

PROSIDING SEMINAR



INDONESIAN PUBLIC HEALTH
PERSPECTIVE SERIES

2016

SEMARANG, 23 SEPTEMBER 2016



JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT S1
BEKERJA SAMA DENGAN PRODI KESEHATAN MASYARAKAT S2 PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PROSIDING SEMINAR

**Indonesian Public Health
Perspective Series
(IPHPS) 2016**

Semarang, 23 September 2016

**Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat S1
Bekerjasama dengan
Prodi Kesehatan Masyarakat S2 Program Pascasarjana
Universitas Negeri Semarang**

PROSIDING SEMINAR NASIONAL

Indonesian Public Health Perspective Series (IPHPS) 2016

Editor: Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes., H. Adang Bachtiar, M.P.H., Sc.D., Agustin Kusumayati, M.Sc., Ph.D., dr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D.

Penyunting: Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes., Rudatin Windraswara, S.T, M.Sc., Lukman Fauzi, S.KM., M.P.H.

Desain sampul dan tata letak: Muhammad Iqbal, S.KM.

Penerbit:

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

Gedung F5 Lt. 2, Kampus UNNES Sekaran, Gunungpati Semarang

Email: ikm@mail.unnes.ac.id, kesmas.unnes@gmail.com

Telp/Fax: (024) 8508107/ (024) 8508007

Cetakan pertama, September 2016

Copyright © 2016, IKM FIK UNNES

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit

ISBN 978-602-71138-2-4

Seminar Nasional IPHPS 2016 yang diselenggarakan oleh Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang bekerjasama program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Negeri Semarang dilaksanakan di Hotel Grasia Semarang pada tanggal 23 September 2016

Semua tulisan yang ada dalam prosiding bukan merupakan cerminan sikap dan atau pendapat Dewan Penyunting. Tanggung jawab terhadap isi atau akibat dari tulisan tetap terletak pada penulis.

Kata Pengantar

Tenaga kesehatan masyarakat menjadi salah satu tenaga kesehatan yang bergerak melalui pendekatan preventif dan promotif yang perlu menjadi perhatian serius bagi pemerintah Indonesia. Dalam perkembangannya, perjalanan tenaga kesehatan menjadi profesi mengalami banyak hambatan dan tantangan. Tantangan terkini yang dihadapi adalah potensi masuknya tenaga kerja asing bidang kesehatan seiring dengan era MEA. Tantangan tersebut disatu sisi merupakan ancaman, namun pada sisi yang lain memberi spirit positif untuk pengembangan profesi kesehatan masyarakat. Spirit positif dari tantangan tersebut pada akhirnya telah mendorong Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia (AIPTKMI) dan IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia) berhasil membentuk Komite Nasional Uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (KomNas UKSKMI).

Pengakuan Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) atas profesi kesehatan masyarakat di Indonesia merupakan permulaan kebangkitan profesi ini. Tantangan berikutnya muncul baik dari institusi pendidikan, internal organisasi profesi, serta profesi kesehatan lain. Tantangan dimulai dari masih tingginya disparitas mutu pendidikan kesehatan masyarakat di Indonesia. IAKMI dan AIPTKMI juga menghadapi kendala hingga sampai saat ini belum ada hasil nyata terbentuknya profesi kesmas level 7 KKNI. Tantangan dari profesi lain juga tidak kalah hebat. Saat ini telah lahir jenis tenaga kesehatan baru, yaitu dokter layanan primer (DLP). Berbagai tantangan lain juga menjadi pekerjaan rumah yang cukup berat untuk mewujudkan cita-cita profesi kesehatan masyarakat.

Memperhatikan carut marut pengembangan profesi kesehatan masyarakat di atas, maka dipandang perlu adanya forum ilmiah sebagai ikhtiar nasional pengembangan profesi kesehatan masyarakat. Forum tersebut diharapkan dapat melahirkan gagasan yang dapat memperbaiki peta jalan menuju profesi kesehatan masyarakat yang diakui, serta setara dengan profesi lain yang telah lebih dulu mempunyai eksistensi.

Oleh karena itu, diperlukan forum ilmiah dan diskusi yang berasaskan ilmu pengetahuan dan pengertian dari semua pihak pemangku kepentingan, praktisi, akademisi, dan ahli di bidang kesehatan masyarakat yang bernama **Indonesian Public Health Perspective Series (IPHPS) 2016**. Hadir sebagai Pembicara Seminar Nasional dalam IPHPS 2016 ini adalah Hendrar Prihadi, S.E., M.M. (Walikota Semarang), Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes. (Guru Besar Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang), H. Adang Bachtiar, M.P.H., Sc.D (Ketua IAKMI), dan Agustin Kusumayati, M.Sc., Ph.D (Ketua Komite UKSKMI).

Akhirnya kami berharap agar publikasi ilmiah yang dipresentasikan pada seminar tersebut dapat bermanfaat bagi masyarakat dan pemerhati perkembangan profesi kesehatan masyarakat.

Semarang, September 2016
Ketua Panitia

Rudatin Windraswara

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| Halaman Awal..... | i |
| Kata Pengantar..... | iii |
| Daftar Isi..... | v |
| | |
| 1. Studi tentang Implementasi Kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM Tahun 2010 Catur Septiawan Gunarto ¹ , Ajeng Setianingsih ¹ , Achmad Lukman Hakim ^{1,1} , Program Studi Asuransi Kesehatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) | 1 |
| 2. Analisis Pelayanan Kehamilan dalam Upaya Menekan Angka Kematian Ibu (AKI) Luluk Hidayah ¹ , ¹ Akademi Kebidanan Islam Al-Hikmah Jepara, Indonesia | 19 |
| 3. Analisis Kesiapan Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 3 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Universitas Diponegoro Lutfiyah Rizqulloh ¹ , Sutopo Patria Jati ¹ , Septo Pawelas Arso ¹ , ¹ Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro | 30 |
| 4. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terkait Pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015 Sri Purwanti ¹ , Dewi Sabrina ¹ , Dzul Faridah Arinal Haq ¹ , Mutia Rahma, Ririn Novita Sari ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat UIN Syarif Hidayatullah Jakarta | 42 |
| 5. Hubungan Motivasi Menjadi Bidan Dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Tingkat I Program Studi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta Pamela Lyndasari ¹ , Eko Mindarsih ¹ , Ch, M. Widhi Hartini ¹ , ¹ Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Respati Yogyakarta | 52 |
| 6. Analisis Faktor Penghambat Pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas di Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta Tahun 2015 Komaria Ode Abudu ¹ , ¹ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global Yogyakarta | 59 |
| 7. Hubungan Kinerja Bidan Menurut Karakteristiknya Terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Baturanta II Kabupaten Oku Tahun 2013 Anik Susilowati ¹ , ¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Al Maarif Baturaja | 71 |
| 8. Terapi Berpikir Positif terhadap Perilaku Membuang Dahak pada Pasien Tuberkulosis Irawati Indrianingrum ¹ , Noor Chandiq Kurniawan ¹ , ¹ Stikes Muhammadiyah Kudus | 82 |
| 9. Pengaruh Madu Terhadap Kadar Trigliserida Tikus Putih (<i>Rattus Novergicus</i>) dengan Diet Atherogenik Septa Katmawanti ¹ , ¹ Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang..... | 95 |
| 10. Multilevel Promotion (MLP) ASI Eksklusif: Analisis Survival di Kabupaten Kendal Lukman Fauzi ¹ , Lindra Anggorowati ¹ , Nur Siyam ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang..... | 101 |

| | |
|--|-----|
| 11. Beberapa Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Abortus Spontan pada Ibu Hamil Periode Januari-Oktober 2013 di RSUD Ambarawa | |
| Emitindira Kusumastuti ¹ , ¹ S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang | 111 |
| 12. Penerapan <i>School Based Vector Control (SBVC)</i> untuk Mewujudkan Kantin Sehat | |
| Nur Siyam ^{1*} , Widya Hary Cahyati ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang..... | 124 |
| 13. Gambaran <i>Container Index</i> dan <i>Bruteau Index</i> pada Aplikasi <i>Light Trap</i> : Kelurahan Tembalang | |
| Dyah Mahendrasari Sukendra ¹ , ¹ Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragan, Universitas Negeri Semarang..... | 134 |
| 14. Analisis Tekanan Panas Dehidrasi pada Pekerja Pabrik di Tangerang Selatan | |
| Luqman Effendi ¹ , Widya Rahayu Tampomas ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta | 143 |
| 15. Pengaruh Efek Samping Depo Progesterin terhadap Peningkatan Berat Badan pada Pasangan Usia Subur (PUS) di Puskesmas Lepo-Lepo di Kota Kendari | |
| Hildayanti Burhan ¹ , Arwiah Sabir ¹ , Abd. Rahman ¹ , ¹ Program Studi D.IV Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar | 151 |
| 16. Faktor-Faktor Lingkungan Fisik Sumur Gali terhadap Keberadaan Jentik Nyamuk <i>Aedes sp.</i> di Dusun Geneng Desa Panggunharjo Kecamatan Sewon 1 Bantul Yogyakarta Tahun 2014 | |
| Lourensiana Yos Sudarso Ngaga ¹ , Indah Werdiningsih ¹ , Sri Lestari ¹ , ¹ S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 159 |
| 17. Fenomena Masalah Gizi pada Remaja Indie Band | |
| Vilda Ana Veria Setyawati ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Dian Nuswantoro..... | 170 |
| 18. Gambaran Higiene Sanitasi Makanan dan Keberadaan <i>Escherichia coli</i> dalam Pengelolaan Makanan di Instalasi Gizi RSKIA Sadewa Yogyakarta | |
| Yulis Keliopas Borowi ¹ dan Elisabeth Deta Lustiyati ¹ , ¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Yogyakarta | 183 |
| 19. Intervensi Perawatan Metode Kangguru dengan <i>Simple Support Binder</i> terhadap Profil Status Gizi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) | |
| Bina Melvia Girsang ¹ , Anita Rahmiwati ² , ¹ Program Studi Ilmu Keperawatan, FK Universitas Sriwijaya..... | 195 |
| 20. Pengaruh Persepsi Shift Kerja dengan Perilaku Caring Perawat di RSUD Ambarawa | |
| Yales Yustisia Riana Anmaru ¹ , ¹ S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 203 |
| 21. Kajian Aktivitas Olahraga Mahasiswa pada Sore Hari Prospeknya dalam Nilai Kesehatan Jasmani dan Rohani di Area Taman Sutera Universitas Negeri Semarang | |
| Moch. Fahmi Abdulaziz ¹ , Dhimas Bagus Dharmawan ¹ , Gustiana Mega Anggita ² , ¹ Pendidikan Jasmani, Kesehatan dan Rekreasi Universitas Negeri Semarang, ² Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang..... | 211 |

| | |
|--|-----|
| 22. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengurangan Rasa Nyeri pada Klien dengan Luka Post Operasi Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara Dr. Esnawan Antariksa Jakarta Mateus Harry Ingguniadi ¹ , Muliatika ¹ , Razami ¹ , ¹ S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 225 |
| 23. Hubungan Kondisi Lingkungan dengan Kejadian Leptospirosis di Kota Semarang Sri Ratna Rahayu ¹ , Yudi Tino Arindra ¹ , Mardiana ¹ , ¹ Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 236 |
| 24. Penurunan Populasi Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> melalui Ovitrap Berbasis Sekolah Widya Hary Cahyati ¹ , ¹ Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang | 248 |
| 25. Kajian Sosial Budaya pada Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif Galuh Nita Prameswari ¹ , Ika Ernia Wirawanti ¹ , ¹ Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 256 |
| 26. Motivasi Orang Dengan HIV dalam Kepatuhan Terapi <i>Antiretroviral</i> Divictory Plus Yogyakarta Ista Wahyu Rohmayanti ¹ , Yelli Yani Rusyani ¹ , Ayu Fitriani ¹ , ¹ Program Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Yogyakarta | 273 |
| 27. Implementasi Surat Keputusan Bersama (SKB) 4 Menteri Tahun 2003 dalam Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Muji Sulistyowati ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga..... | 283 |
| 28. Kajian Nilai Pendidikan Kesehatan Sekolah Prospeknya dalam Upaya Mencegah Pola Perilaku Seksual Pranikah pada Kalangan Pelajar SMA/MA Di Kota Semarang Anirotul Qorih ¹ , Noviani Achmad Putri ¹ , Moch. Fahmi Abdulaziz ² , Dhimas Bagus Dharmawan ² , ¹ Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial, Universitas Negeri Semarang, ² Pendidikan Jasmani, Kesehatan dan Rekreasi, Universitas Negeri Semarang | 294 |
| 29. Peningkatan Jumlah Rumah Bebas Jentik melalui Optimalisasi Peran Kelompok Dasa Wisma Arulita Ika Fibriana ¹ , Mahalul Azam ¹ , Muhammad Azinar ¹ , Anik Setyo Wahyuningsih ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang | 309 |
| 30. Praktik <i>Vaginal Douching</i> yang Berisiko Menularkan IMS pada WPS di Resosialisasi Argorejo Dian Novita Widayarsi ¹ , Sofwan Indarjo ¹ , ¹ Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang..... | 316 |
| 31. Program Sekolah Komunitas untuk Upaya Peningkatan Perilaku Pencegahan Penyakit Menular Seksual pada Warga Lokalisasi Muhammad Azinar ¹ , Mahalul Azam ¹ , Sugiharto ¹ , Anik Setyo Wahyuningsih ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang..... | 329 |
| 32. Model Baru Penanganan Limbah Elektronik di Indonesia Berbasis Daur Ulang Emas Murni Restiana Kartika Mantasti Hapsari ¹ , ¹ Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 337 |

| | |
|--|-----|
| 33. Menciptakan 100% Akses Sanitasi Layak bagi Indonesia Melalui Pengukuran Cepat dan Berkelanjutan Nur Alvira ¹ , Yudha Pracastino Heston ² , ¹ Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Yogyakarta, ² Pusat Penelitian dan Pengembangan Kebijakan dan Penerapan Teknologi, Kementerian Pekerjaan Umum | 346 |
| 34. Hubungan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Gigi dengan Status Karies (Studi pada Pasien BP Gigi Puskesmas Margorejo) Desti Junarti ¹ , Yunita Dyah Puspita Santik ¹ , ¹ Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 364 |
| 35. Determinan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B pada Perawat Di Rumah Sakit Arie Anggara I ¹ , Siti Riptifah Tri Handari ¹ , ¹ Program studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta | 377 |
| 36. Hubungan Antara Bermain Aktif dengan Perkembangan Sosial pada Anak Pra Sekolah Usia 4-6 Tahun di TK Dharma Wanita Persatuan Boro Kecamatan Kedungwaru Kabupaten Tulungagung 2015 Lusi Aprilia Suseno ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 388 |
| 37. Sports Injury Treatment And Prevention Nancy Sylvia Bawiling ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Manado..... | 396 |
| 38. Pengaruh Paparan Debu, Keluhan Subjektif Gangguan Saluran Pernapasan dan Alergi terhadap Gambaran Faal Paru pada Pekerja Peternakan Ayam di 'X Farm' Yuni Wijayanti ¹ , ¹ Program Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang | 406 |
| 39. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak Wachid Dachirin ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat Stikes Hakli Semarang..... | 417 |
| 40. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Kejadian Sibling Rivalry pada Anak Umur 3-6Tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali. Nurarifah Wiji Lestari ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 426 |
| 41. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Peran Tenaga Kesehatan, Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Posbindu Lansia Aswatun Hasanah ¹ , Sonda Nur Assyaidah ² , Astrid Novita ² , ¹ Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta, ² Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta..... | 437 |
| 42. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Buku KIA dengan Frekuensi Kunjungan ANC di BPM Sy Trihana Joton Jogonalan Klaten Firlya Dian Kurniawati ¹ , Istri Yuliani ¹ , Hartini ¹ , ¹ S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 450 |
| 43. Hubungan antara Peran Orang Tua dengan Kesiapan Anak Usia 10-12 Tahun dalam Menghadapi Menarche pada Siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur Ida Nilawati, Program Studi Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran..... | 464 |
| 44. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita dengan Status Gizi Balita di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta Nurhayani ¹ , Sri Wulandari ¹ Listyana Natalia ¹ , S2 Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang..... | 478 |

| | |
|---|-----|
| 45. Persepsi Remaja tentang Perilaku Seksual Pra Nikah di SMA Setia Budhi Kota Semarang | |
| Risa Rahmatin Syamsuddin ¹ , Siti Nur Umariyah Febriyanti ¹ , Rose Nurhudhariani ¹ , ¹ Program Studi D-IV Bidan Pendidik, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kerya Husada Semarang | 486 |
| 46. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Air Susu Ibu Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang | |
| Aronida Mutia Yuslikhah ¹ , ¹ S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang | 493 |
| 47. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur pada Anak Sekolah Dasar di SDN Sekaran 1 Tahun 2016 | |
| Mardiana ¹ ,Windi Kharisma Putra ¹ , Aurel Trifonia Christy ¹ , ¹ Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 506 |
| 48. Analisis <i>Spasial Time Series</i> untuk Kejadian Chikungunya Kota Semarang Tahun 2012-2014 | |
| Fahmi Manarul Alam, Rudatin Windraswara ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang..... | 515 |
| 49. Persepsi Tentang Kualitas Pelayanan dan Minat Pemanfaatan Ulang Rawat Inap di Puskesmas Mijen Semarang | |
| Wynda Widyastika ¹ , Fitri Indrawati ¹ , ¹ Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang..... | 525 |
| 50. Uji Beda Berbagai Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Alternatif Pencarian Kesehatan di Kecamatan Boawae Kabupaten Nagekeo Provinsi Nusa Tenggara Timur | |
| Fransiskus Xaverius Paga Tue ¹ Jati Untari ¹ Surahma A. Mulasari ² , ¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Yogyakarta, ² Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta..... | 536 |
| 51. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Santri Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro Kelurahan Mangunharjo Kecamatan Tambalang Semarang | |
| Andhika Ariyanto ¹ , Edi Soesanto, S,kp, M.Kes ¹ , Ns. Ernawati, S.Kep, M.Kes ¹ , ¹ Program Studi S1 Keperawatan Fikkes UNIMUS | 555 |
| 52. Gambaran Tingkat Pengetahuan Suami Tentang Menopause pada Istri dalam Menghadapi Masa Menopause di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013 | |
| Dewi Fitriana ¹ , ¹ Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan..... | 563 |
| 53. Hubungan antara kebisingan dengan terjadinya Stres Kerja pada pekerja Penggilingan Padi di Kecamatan Kebakkramat Karanganyar | |
| Ervansyah Wahyu utomo ¹ , ¹ Prodi Kesehatan Kerja, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret..... | 574 |

STUDI TENTANG IMPLEMENTASI KURIKULUM DIPLOMA TIGA ASURANSI KESEHATAN STIKIM TAHUN 2010

Catur Septiawan Gunarto¹, Ajeng Setianingsih¹, Achmad Lukman Hakim¹

¹Program Studi Asuransi Kesehatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)

Surel: caturseptiawan@stikim.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Keberadaan kurikulum sangat penting untuk mencetak lulusan yang mempunyai daya saing tinggi, oleh karena itu diperlukan tinjauan kurikulum secara rutin untuk dilihat kesesuaiannya dengan kebutuhan institusi penyelenggara asuransi kesehatan sebagai pengguna lulusan khususnya lulusan Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 terhadap hasil pembelajaran mahasiswa.

Metode: Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan menggunakan instrumen pedoman wawancara untuk mewawancarai 5 informan yang terdiri dari Kaprodi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM, 1 dosen tetap, 1 alumni, 1 mahasiswa, dan 1 pengguna lulusan serta hasil datanya dianalisis dengan menggunakan model Bogdan dan Biklen.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan implementasi kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 sudah sesuai dengan yang diharapkan, hal ini terlihat dari kemudahan alumni dalam memperoleh pekerjaan sesuai dengan bidangnya. Walaupun demikian masih terdapat kekurangan dalam implementasi kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010, yaitu kurangnya kerjasama dengan instansi pemerintah maupun swasta sehingga terbatasnya tempat magang untuk mahasiswa tingkat akhir.

Simpulan: Simpulan penelitian ini adalah kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 masih relevan dengan kebutuhan pengguna lulusan sehingga belum diperlukan adanya perubahan kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010.

Kata Kunci: Hasil pembelajaran, implementasi kurikulum

ABSTRACT

Background: The existence of curriculum very important to print graduates who mostly have competitiveness high, hence required review curriculum routinely to be seen alignment with needs the institutions health insurance as user graduates especially graduates a Diploma Three Health Insurance STIKIM. Research aims to understand the implementation of curriculum a Diploma Three Health Insurance STIKIM 2010 of the results of learning students.

Methods: Research methodology used is qualitative use of the instruments guidelines to interview 5 informants who consisted of a chairman course of study in the Diploma Three Health Insurance STIKIM, 1 lecturer fixed, 1 alumni, 1 student, and 1 user graduates as well as the results the data analyzed by use the model Bogdan and Biklen.

Results: The result showed implementation of curriculum a Diploma Three Health Insurance STIKIM 2010 is in line with expected, this can be seen from ease alumni in obtaining a job in accordance with its field. Nevertheless, there are still deficiencies in the implementation of curriculum a Diploma Three Health Insurance STIKIM 2010, namely a lack of cooperation with government and private agencies so that the limited place an apprentice to the end of the student level.

Conclusion: Research conclusion, curriculum a Diploma Three Health Insurance STIKIM 2010 is still relevant to the to the needs of users graduates so it is not there needs to be of the curriculum change in the Diploma Three Health Insurance STIKIM 2010.

Key Words: Lesson, implementation of curriculum

Pendahuluan

Indonesia termasuk ke dalam 16 besar negara dengan perekonomian terkuat. Tidak hanya itu, 53% populasi perkotaan mampu menyumbang pendapatan daerah hingga 74%. Bahkan Indonesia saat ini memiliki 55 juta tenaga terdidik. Artinya, walaupun Indonesia dari segi jumlah doctor dan pendanaan riset jauh berada di bawah negara-negara maju, dalam kenyataannya, Indonesia menempati peran penting dalam perekonomian dunia. Indonesia memungkinkan pada tahun 2020 masuk ke dalam 7 negara terkuat ekonomi dunia. Hal ini berarti Indonesia mengalami peningkatan jumlah populasi di perkotaan, dari 53% menjadi 71%, sehingga pendapatan daerah juga akan meningkat dari 74% menjadi 86%; mengalami peningkatan jumlah tenaga kerja terdidik, dari 55 juta orang menjadi 113 juta tenaga kerja terdidik; dan sebagainya (Sutrisno dan Suyadi, 2016). Data-data tersebut menjadi alasan mengapa Indonesia harus mampu bersaing dengan negara-negara lain, dimulai dari ASEAN. Artinya dengan segala keterbatasan yang ada, Indonesia saat ini sudah menjadi negara yang diperhitungkan dunia. Meskipun demikian, menyongsong tahun 2030, Indonesia harus menyiapkan diri dari sekarang. Jika tidak dipersiapkan, maka pada tahun tersebut, meskipun Indonesia masuk ke dalam 7 besar Negara terkuat dunia di bidang ekonomi, rakyat pribumi Indonesia masih tetap miskin. Artinya, orang-orang asing yang berdatangan ke Indonesia-lah yang akan sejahtera, bukannya orang pribumi Indonesia (Sutrisno dan Suyadi, 2016).

Pembangunan suatu bangsa memerlukan dua asset utama atau “daya” yang disebut sumber daya (*resource*), yakni sumber daya alam (*natural resource*) dan sumber daya manusia (*human resources*). Kedua sumber daya tersebut sangat penting dalam menentukan keberhasilan suatu pembangunan. Tetapi apabila dipertanyakan sumber daya mana yang lebih penting diantara kedua sumber daya tersebut, maka jelas sumber daya manusia yang lebih penting. Hal ini dapat kita amati dari kemajuan-kemajuan suatu negara sebagai indikator keberhasilan pembangunan bangsa tersebut. Menilai kualitas sumber daya manusia sebagai suatu bangsa ditentukan oleh tiga faktor utama, yakni: pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Pendidikan merupakan suatu upaya untuk mengembangkan potensi manusia, sehingga mempunyai kemampuan untuk mengelola sumber daya alam yang tersedia untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat (Kamalia H.N., 2012). Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan Negara (UU RI Nomor 12, 2012). Institusi pendidikan bukan merupakan entitas yang tetap dan tidak berubah. Lembaga pendidikan akan eksis selama ia dapat meraih tujuan yang bermanfaat. Ia dan lingkungannya berada dalam suatu kondisi perubahan yang konstan, dan jika ia dianalogikan dengan kehidupan biologis, maka ia memiliki *life cycle* (siklus kehidupan). Setiap tahapan dalam siklus kehidupan memiliki tantangan sendiri, dan kegagalan menghadapinya dapat mengakibatkan bencana bagi sebuah institusi pendidikan (Saliis E., 2008).

Pendidikan tinggi merupakan kelanjutan pendidikan menengah yang diselenggarakan untuk menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan profesional dalam menerapkan, mengembangkan dan menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi dan kesenian. Untuk mencapai tujuan tersebut, secara yuridis-formil perguruan tinggi tidak hanya berperan sebagai pusat pengajaran karena proses belajar mengajar yang dilakukan di kelas tanpa ditopang dengan hasil penelitian (*research*) yang relevan akan mengalami kemunduran dan tidak berkembang (Yuliawati S, 2011). Kedudukan dan peran strategis yang diemban perguruan tinggi, mengharuskan lembaga ini secara terus menerus melakukan perubahan dan perbaikan dalam rangka peningkatan mutu perguruan tinggi. Perguruan tinggi yang tidak dengan cepat merespon perkembangan masyarakat terutama dalam keitannya dengan ilmu pengetahuan, teknologi dan seni, maka perguruan tinggi tersebut akan ditinggalkan masyarakat, bahkan pada taraf tertentu kan menjadi beban bagi masyarakat. Oleh karena itu pengembangan akademik merupakan salah satu langkah penting bagi perguruan tinggi dalam rangka memperkuat jati diri sebagai agen pembaruan masyarakat (Abbas S., 2008).

Perguruan tinggi sebagai masyarakat ilmiah dituntut untuk berperan secara aktif positif dalam memecahkan permasalahan (*problem solver*) yang dihadapi masyarakat dengan menghasilkan ilmu yang siap pakai, dalam arti penemu masalah (*problem finder*). Dengan demikian ilmu yang diperoleh melalui penelitian dapat digunakan untuk menerangkan (*to explain*), meramalkan (*to predict*) atau peristiwa (*event*) di dalam kehidupan masyarakat, dunia usaha dan dunia industri. Oleh karena itu perguruan tinggi haruslah mampu menghasilkan lulusan (*output*) yang memiliki kepribadian tangguh, berkemampuan unggul, cerdas, kreatif sehingga mampu bersaing dengan bangsa-bangsa lain dalam menghadapi globalisasi. Oleh karena itu keberadaan perguruan tinggi mempunyai kedudukan dan fungsi penting dalam perkembangan suatu masyarakat. Proses perubahan sosial (*social change*) di masyarakat yang begitu cepat, menuntut agar kedudukan dan fungsi perguruan tinggi itu benar-benar terwujud dalam peran yang nyata (Yuliawati S, 2011).

Keberhasilan pengelolaan perguruan tinggi secara sederhana juga dapat disebutkan karena keberhasilannya dalam mengelola kurikulum. Perguruan tinggi membuat rancangan kurikulum, yang berisi kebijakan dasar, tujuan yang dicapai, asumsi yang harus dipenuhi, template struktur penyajiannya, dan pendekatan evaluasinya. Kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai capaian pembelajaran lulusan, bahan kajian, proses, dan penilaian yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan program studi (Permenristek Nomor 44, 2015). Kurikulum yang berisikan desain pembelajaran mahasiswa dirasionalkan melalui pengelolaan yang tersistem menjadi kegiatan rinci agar kompetensi lulusan yang menjadi sasaran kurikulum tersebut dapat dicapai. Program studi mengisi desain kurikulum tersebut dengan substansinya kelimuan, kemampuan berpikir, proses komunikasi, keterampilan, kepribadian, dan berbagai kegiatan penunjang sesuai dengan karakteristik peserta didik. Unsur-unsur isian dalam kurikulum itu dalam dunia pendidikan disebut dengan kompetensi. Untuk itu, setiap kurikulum program studi berisi

kompetensi yang khas dan berbeda dengan kompetensi yang dikembangkan dari program studi atau perguruan tinggi lainnya (Faisal, M.A., 2016).

Kurikulum merupakan desain dasar pembelajaran mahasiswa yang berwujud *roadmap* bagaimana kompetensi yang bergradasi dan berjenjang tersebut dideskripsikan secara jelas dan sistematis dalam bentuk rencana implementasi, monitoring dan evaluasinya. Kurikulum adalah jantung dari kehidupan perguruan tinggi. Terdapat dua pihak yang terlibat dalam kegiatan kurikuler, yakni dosen dan mahasiswa. Oleh karena itu, semua upaya pengelolaan perguruan tinggi yang meliputi perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasinya tidak lain adalah mengelola kegiatan civitas akademika yang terdiri atas dosen dan mahasiswa tersebut dalam kaitannya dengan implementasi kurikulum secara nyata (Faisal, M.A., 2016). Rencana kegiatan belajar mahasiswa disusun oleh dosen atau tim dosen sesuai dengan bidang ilmu pengetahuan dan/atau teknologi dalam program studinya. Terdapat beberapa model perancangan pembelajaran, salah satunya adalah Model ADDIE. Model ADDIE adalah salah satu model rancangan pembelajaran yang dikembangkan oleh Reiser dan Mollenda (1990). Model ADDIE disusun secara sistematis dengan menggunakan tahap pengembangan yaitu *analysis, design, development, implementation, dan evaluation* yang disingkat dengan ADDIE. Setelah melalui proses pembelajaran yang baik, diharapkan akan dihasilkan lulusan perguruan tinggi yang berkualitas. Beberapa indikator yang sering digunakan untuk menilai keberhasilan lulusan perguruan tinggi adalah (1) IPK; (2) Lama Studi dan (3) Predikat kelulusan yang disandang. Namun proses ini tidak hanya berhenti disini. Untuk dapat mencapai keberhasilan, perguruan tinggi perlu menjamin agar lulusannya dapat terserap di pasar kerja. Keberhasilan perguruan tinggi untuk dapat mengantarkan lulusannya agar diserap dan diakui oleh pasar kerja dan masyarakat inilah yang akan juga membawa nama dan kepercayaan perguruan tinggi di mata calon pendaftar yang akhirnya bermuara pada peningkatan kualitas dan kuantitas pendaftar (*input*). (Dirjen Dikti, 2014).

Keberadaan kurikulum sangat penting untuk mencetak lulusan yang mempunyai daya saing tinggi, oleh karena itu diperlukan tinjauan kurikulum secara rutin untuk dilihat kesesuaiannya dengan kebutuhan institusi penyelenggara asuransi kesehatan sebagai pengguna lulusan khususnya lulusan Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 terhadap hasil pembelajaran mahasiswa.

Metode

Jenis penelitian ini kualitatif untuk menentukan cara mencari, mengumpulkan, mengolah dan menganalisis data hasil penelitian tersebut. Metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. (Moleong, 2007). Fokus penelitian ini pada implementasi kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 terhadap hasil pembelajaran mahasiswa.

Penelitian dilakukan pada bulan Juli s.d. Agustus 2016 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) pada Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah: wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Teknik tersebut digunakan untuk memperoleh informasi yang saling menunjang atau melengkapi tentang implementasi kurikulum Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010.

Peneliti mewawancarai orang yang representatif dalam mengungkap suatu persoalan penting terhadap fokus penelitian dengan pedoman wawancara. Bentuk wawancara yang dilakukan oleh peneliti berupa wawancara bebas (tak berstruktur), mengingat peneliti memiliki hubungan sosial yang cukup baik dengan responden. Wawancara tak berstruktur bersifat luwes dan terbuka dimana memungkinkan pertanyaan yang diajukan, muatannya dan rumusan kata-katanya disusun sendiri oleh peneliti sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian. Dalam pelaksanaan wawancara ini, peneliti menyediakan pedoman wawancara. Wawancara dilakukan dengan menjelaskan adanya tiga komponen yang terjadi, yakni: (1) *Place*, gambaran keadaan tempat di mana interaksi dalam situasi sosial sedang berlangsung; (2) *Actor*, pelaku pada suatu situasi sosial termasuk karakteristik yang melekat pada mereka atau orang-orang yang sedang memainkan peran tertentu; (3) *Activity*, atau kegiatan yang dilakukan oleh aktor dalam situasi sosial yang sedang berlangsung (Sugiyono, 2014). Untuk lebih menyempurnakan hasil penelitian melalui wawancara, peneliti menggunakan *tape recorder* sebagai alat bantu dalam mengumpulkan data. Meskipun menggunakan alat bantu tersebut peneliti tidak lupa mencatat informasi yang non verbal. Pencatatan ini dimaksudkan untuk memperoleh gambaran yang utuh, sekaligus mempermudah penulis mengungkapkan makna dari apa yang hendak disampaikan oleh responden. Wawancara dengan narasumber terkait, dilakukan sampai diperoleh gambaran secara menyeluruh terhadap fokus penelitian. Dengan demikian data pertama mengandung sifat *non directive* yaitu menurut pikiran dan perasaan informan, selanjutnya data tersebut diolah menjadi data yang bersifat *directive* yaitu ditinjau berdasarkan pandangan peneliti.

Selain wawancara, observasi atau pengamatan dilakukan dengan panca indera terhadap tindakan-tindakan yang mencerminkan implementasi kurikulum Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010. Dalam hal ini peneliti melakukan observasi dalam kegiatan proses pembelajaran yang sedang berlangsung maupun observasi pada pihak pengguna lulusan dengan melihat kompetensi lulusan Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM dalam bekerjanya. Sekalipun dalam penelitian kualitatif kebanyakan data diperoleh dari sumber manusia (*human resources*) melalui observasi dan wawancara, akan tetapi belumlah cukup lengkap, perlu adanya penguatan atau penambahan data dari sumber lain yaitu dokumentasi. Dalam penelitian ini dokumen dapat dijadikan bahan triangulasi untuk mengecek kesesuaian data. Adapun perolehan data dalam penelitian ini dilakukan melalui berbagai dokumen tentang implementasi kurikulum Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 dan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian ini, seperti dokumen kurikulum dan dokumen dalam pelaksanaan

evaluasi pembelajaran. Selain itu, peneliti juga melakukan studi dokumentasi dengan mempelajari regulasi dan perundang-undangan, buku-buku referensi, laporan-laporan, majalah-majalah, jurnal-jurnal dan media lainnya yang berkaitan dengan obyek penelitian. Dengan studi dokumentasi ini akan diperoleh data tertulis tentang kegiatan implementasi kurikulum Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010. Studi dokumentasi ini memungkinkan ditemukannya perbedaan atau pertentangan antara hasil wawancara atau observasi dengan hasil yang terdapat dalam dokumen mengkonfirmasikannya dengan bentuk wawancara. (Sugiyono, 2014).

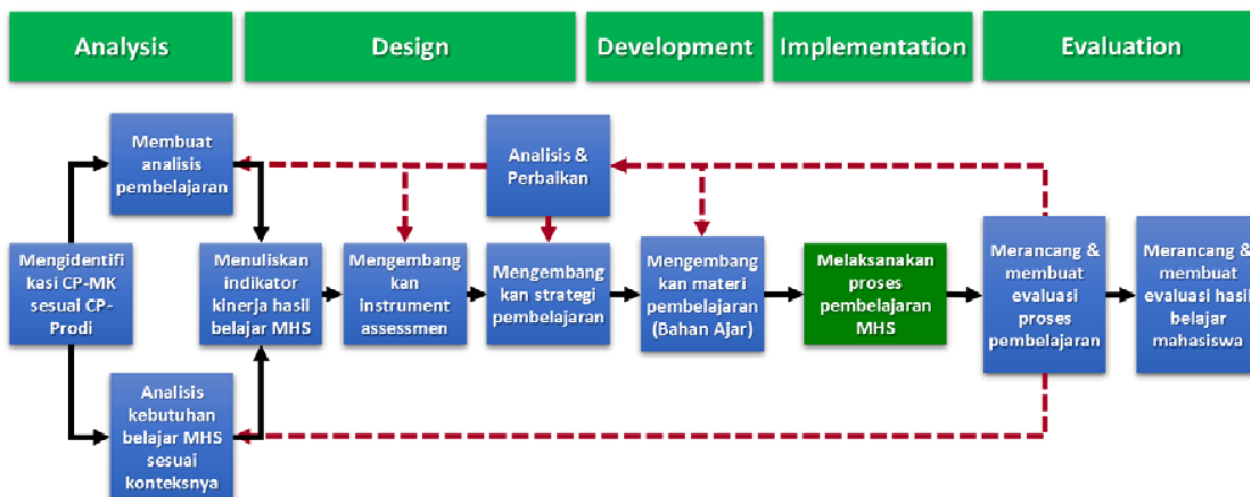
Jenis data yang digunakan pada penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu: sumber primer dan sumber sekunder. Dalam penelitian kualitatif ini, yang substansial bukan jumlah sampel sumber datanya, tetapi informasi yang diberikan akurat dan berkualitas. Jadi, sampel sumber data dalam penelitian ini tidak ditentukan pada saat awal penelitian, melainkan ditentukan pada pengumpulan data sampai informasi yang diperoleh akurat, valid dan berkualitas. Informan penelitian sebagai sumber informasi utama yaitu orang yang benar-benar tahu atau pelaku yang terlibat langsung dengan permasalahan penelitian. Pemilihan informan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pemilihan informan dengan teknik *purposive sampling* yaitu menentukan informan dengan pertimbangan tertentu sehingga hanya yang terlibat langsung atau mengetahui permasalahan penelitian yang dapat dijadikan sebagai informan peneliti dan pemilihan informan berakhir setelah informasi yang didapatkan sama dan berulang serta keterbatasan waktu dan biaya. Informan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sebagai sumber data berdasarkan atas subyek yang menguasai permasalahan, memiliki data dan bersedia memberikan informasi yang lengkap dan akurat. Dari teknik tersebut maka yang menjadi sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah Kaprodi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM, 1 dosen, 1, mahasiswa, 1 alumni, dan 1 pengguna lulusan Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM.

Data yang telah terkumpul dianalisis dengan menggunakan model Bogdan dan Biklen. Analisis data kualitatif menurut Bogdan & Biklen (1982) sebagaimana dikutip Moleong (2007), adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceriterakan kepada orang lain. Langkah awal dari analisis data adalah mengumpulkan data yang ada, menyusun secara sistematis, kemudian mempresentasikan hasil penelitiannya kepada orang lain. Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian ini adalah dengan teks yang bersifat naratif.

Hasil dan Pembahasan

Terdapat beberapa model perancangan pembelajaran untuk melihat impelentasi dan hasil pembelajarannya melalui evaluasi, salah satunya adalah Model *ADDIE*. Model *ADDIE* adalah salah satu model rancangan pembelajaran yang dikembangkan oleh Reiser dan Mollenda (1990).

Model ADDIE disusun secara sistematis dengan menggunakan tahap pengembangan yaitu *analysis, design, development, implementation, dan evaluation* yang disingkat dengan *ADDIE*, disajikan dalam bentuk gambar sebagai berikut:



Gambar 1. Model Perancangan Pembelajaran ADDIE & Dick-Carey

Sumber: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (2014). *Buku Kurikulum Pendidikan Tinggi*. Jakarta: Direktorat Pembelajaran Dan Kemahasiswaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan Dan Kebudayaan

Hasil dan pembahasan dari penelitian ini disesuaikan dengan model gambar di atas, mengenai implementasi kurikulum dan evaluasi terhadap hasil pembelajarannya. Berdasarkan hasil dari tahapan penetapan kurikulum, kemudian diimplementasikan dalam proses pembelajaran mahasiswa, hasil luaran dari tahap ini adalah pelaksanaan pembelajaran mandiri atau terbimbing. Fokus evaluasi kurikulum dilakukan pada *outcome* dari kurikulum tersebut (*outcome based evaluation*) dan juga dapat pada komponen kurikulum tersebut (*intrinsic evaluation*). *Outcome based evaluation* merupakan fokus evaluasi kurikulum yang paling sering dilakukan. Pertanyaannya adalah “apakah kurikulum telah mencapai tujuan yang harus dicapainya?” Fokus pada evaluasi *intrinsic evaluation*, yang dipertanyakan adalah apakah sarana prasarana, sumberdaya manusia sudah menunjang ketercapaiannya dari implementasi kurikulum? (Prasetyo J., 2013).

Profil Lulusan

Implementasi kurikulum diawali dengan melihat profil lulusan. Profil lulusan adalah deskripsi yang terkait dengan kompetensi (sikap, pengetahuan, dan keterampilan) yang dimanifestasikan dalam peran dan fungsi yang dapat dijalankan oleh lulusan perguruan tinggi setelah memasuki kehidupan sosial kemasyarakatan dan dunia kerja (Sutrisno dan Suyadi, 2016). Bagaimana program studi menyusun profil lulusannya, berikut pernyataan dari informan mengenai penyusunan profil lulusan:

“Bahwa penyusunan profil lulusan diawali dengan menganalisis aspek internal maupun eksternal. Aspek internal dengan melakukan analisis SWOT sebagai scientific vision dan nilai keakademik-an, sedangkan aspek eksternal dilakukan dengan melakukan tracer study terhadap alumni, analisis need assessment dari stakeholder, asosiasi profesi, dan pengguna lulusan maupun identification local wisdom. Atas masukan dari aspek kedua itulah program studi merumuskan profil lulusan agar relevan terkait dengan kebutuhan pengguna lulusan dan tuntutan pasar kerja terkait dengan berbagai kriteria dan persyaratan kerja yang diperlukan. Untuk menunjang profil, pastinya ada mata kuliah yang mendukung terciptanya profil lulusan tersebut, semisalnya Marketing dan Underwriting, Asuransi Kesehatan Komersial dan Managed Care, Pengembangan Relasi dan Negosiasi, Manajemen Klaim, Utilization Review dan Fraud, Administrasi Asuransi, Perenc. Program dan Proyek Kesehatan, dan Aktuaria” (Informan: Kaprodi).

Dalam penyusunan profil keterlibatan dari asosiasi profesi dan stakeholders akan memberikan kontribusi untuk memperoleh konvergensi dan konektivitas antara institusi pendidikan dengan pemangku kepentingan yang nantinya akan menggunakan hasil didiknya. Hal ini menjamin mutu dari profil lulusan. Untuk membangun kekhasan program studi, dianjurkan untuk mengidentifikasi keunggulan atau kearifan lokal/daerah. Sehingga rumusan profil akan memuat informasi mengenai kemampuan untuk menjawab persoalan dan tantangan yang berkembang atau muncul di daerah masing-masing, bahkan jika perlu menjadi nilai unggul dari program studi bersangkutan (Sutrisno dan Suyadi, 2016). Berikut ini pernyataan dari informan mengenai bagaimana deskripsi profil lulusan Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM:

“Profil lulusan itu diibaratkan seperti akan menjadi apa setelah lulus dari program studi ini atau peran apa yang dapat dilakukan oleh lulusan di bidang keahliannya setelah selesai studi di program studi ini. Di sini, profil lulusan Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM diharapkan berperan sebagai marketer, komunikator, dan administrator pelaksana di bidang asuransi kesehatan. Profil lulusan ini merujuk pada jenjang ke-5 pada kualifikasi lulusan yang sesuai dengan KKNI” (Informan: Kaprodi).

Bahwa lulusan Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM sesuai dengan profilnya, didukung oleh adanya pernyataan dari salah satu informan yaitu pengguna lulusan Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM yang berisi:

“Perusahaan kami menerima lulusan dari Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM memang karena profil-nya sesuai dengan kebutuhan perusahaan kami, yaitu yang pandai dalam memasarkan produk asuransi, serta terampil dalam berkomunikasi dengan pelanggan serta mempunyai keterampilan untuk menjaga tertib administrasi untuk ditempatkan pada bagian provider relation, administrasi peserta, case monitoring, analisis polis, dan pemverifikasi klaim” (Informan: Pengguna lulusan).

Pernyataan dari pengguna lulusan tersebut juga senada dengan pernyataan dari informan lainnya:

“Iyaa, saya dahulu magang di sana, eh setelah magang saya langsung ditempatkan untuk bekerja di perusahaan tersebut” (Informan: Alumni).

Jika disesuaikan dengan studi dokumentasi pada buku Kurikulum Pendidikan Tinggi, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (2014), Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM sudah cukup baik dalam perumusan profil lulusan, bahwa profil wajib merujuk pada jenjang kualifikasi lulusan sesuai dengan KKNl. Profil lulusan juga telah relevan terkait dengan kebutuhan pengguna lulusan dan tuntutan pasar kerja terkait dengan berbagai kriteria dan persyaratan kerja yang diperlukan.

Capaian Pembelajaran

Capaian pembelajaran (CP) adalah kemampuan yang diperoleh melalui internalisasi pengetahuan, sikap, ketrampilan, kompetensi, dan akumulasi pengalaman kerja (Perpres RI Nomor 8, 2012). Profil yang telah terdefinisi dengan jelas akan menjadi modal utama dalam mengembangkan pernyataan CP program studi. Berapa jumlah profil maksimum dapat diperkirakan dengan merujuk pada jenjang pendidikan diperbandingkan dengan deskripsi KKNl. Dalam implementasi kurikulum, program studi merumuskan dan menetapkan kompetensi lulusan atau di dalam KKNl dikenal dengan istilah capaian pembelajaran atau *learning outcomes*. Bagaimana Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM menyusun capaian pembelajaran sampai pada dirumuskan dan ditetapkannya capaian pembelajaran Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM, berikut pernyataan dari informan penelitian:

“Alur penyusunan capaian pembelajaran yang diturunkan dari profil, diawali dengan memasukkan 4 unsur utama dalam deskripsi KKNl, yaitu adanya deskripsi umum sebagai penciri lulusan, terus rumusan kemampuan di bidang kerjanya apa, kemudian rumusan keilmuan yang harus dikuasai, terakhir rumusan hak dan kewajiban manajerial. Selanjutnya capaian pembelajaran dirumuskan ke dalam tiga tingkatan, yaitu pertama capaian pembelajaran pada tingkat perguruan tinggi, kedua capaian pembelajaran pada tingkat program studi, dan ketiga capaian pembelajaran pada tingkat perkuliahan atau mata kuliah. Kalau sebelumnya kita mengenal profil itu tentang peran apa yang dilakukan lulusan setelah mengenyam pendidikan, maka untuk menetapkan capaian pembelajaran dapat dilakukan dengan menjawab pertanyaan ‘untuk menjadi peran..., misalnya peran sebagai administrator pelaksana, nah tuh lulusan harus mampu melakukan apa saja?’. Seyogyanya capaian pembelajaran dalam ranah pengetahuan dan kompetensi khusus disusun oleh kelompok program studi sejenis, sehingga terjadi kesepakatan yang dapat diterima dan dijadikan rujukan secara nasional. Walaupun program studi ini belum memiliki kelompok program studi yang sejenis dan hanya beberapa saja institusi pendidikan tinggi yang menyelenggarakan program studi diploma tiga asuransi kesehatan, tetap kami, Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM menginisiasi sendiri dalam penyusunan capaian pembelajarannya. Nih lihat capaian pembelajaran apa yang harus Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM capai pada lulusannya (sambil menunjukkan Buku Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM Edisi Revisi Tahun 2015 Edisi Revisi Tahun 2015). CP ini minimal memenuhi kriteria tentang kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang akan dijadikan sebagai standard kompetensi lulusan. Selain itu, memasukkan komponen indikator tingkat capaian; visi dan misi program studi; bidang keilmuan; bidang keahlian;

kemungkinan bahan kajian yang diperlukan; referensi prodi sejenis; peraturan yang ada; kesepakatan prodi dan juga profesi terkait program studi asuransi kesehatan” (Informan: Kaprodi).

Capaian pembelajaran di Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM sebagai berikut:

Tabel 1. Profil dan Kemampuan Lulusan Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM

| Profil | Kemampuan yang Harus Dimiliki |
|-------------------------|--|
| Marketer | Mampu memasarkan produk asuransi kesehatan dengan metode <i>branding strategy</i> hingga mencapai target penjualan produk dalam kondisi yang kompetitif |
| | Mampu menguasai pengetahuan tentang asuransi kesehatan dan <i>managed care</i> , sehingga dapat menyelesaikan masalah klien dalam pemilihan produk asuransi kesehatan yang ditawarkan beranekaragam |
| | Mampu mengelola program pemasaran asuransi kesehatan secara tim kerja hingga penyelesaian pelaporan kegiatan pemasaran yang berkelanjutan |
| Komunikator | Mampu memberikan layanan dalam kepalangan asuransi dengan memposisikan diri sebagai mitra kerja yang baik dalam melakukan penawaran sehingga klien membeli produk asuransi yang ditawarkan dalam kondisi produk yang kompetitif |
| | Mampu berkomunikasi secara efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan asuransi yang prima dengan menyampaikan informasi yang tepat mengenai polis, proses administrasi, dan resiko/klaim yang terjadi berdasarkan prosedural yang ditetapkan perusahaan |
| | Mampu bernegosiasi dalam menyelesaikan permasalahan klien mengenai asuransi kesehatan dengan menguasai konsep teoritis asuransi sosial sehingga dapat meminimalkan kerugian perusahaan |
| Administrator Pelaksana | Mampu membangun relasi dengan memperluas jaringan provider yang berkualitas untuk meningkatkan citra perusahaan dan memberikan nilai tambah pada layanan dalam kondisi situasi ekonomi global yang terus berubah |
| | Mampu aktif berkomunikasi secara interpersonal maupun kelompok dalam melaksanakan pelayanan asuransi dengan penerapan prosedur kerja yang tanpa harus adanya pengawasan dalam bekerja |
| | Mampu memverifikasi klaim, penjaminan dan hospital monitoring dengan penerapan program utilization review untuk mencegah fraud & moral hazard asuransi kesehatan pada kualitas pelayanan yang selalu dipantau secara baik oleh perusahaan asuransinya |
| Administrator Pelaksana | Mampu menguasai pengelolaan risiko keuangan melalui konsep administrasi kepesertaan dan aktuaria untuk membuat dan menetapkan sebuah harga produk asuransi yang kompetitif |
| | Mampu menyusun pelaporan keuangan asuransi secara komprehensif yang dapat menyederhanakan proses analisa klaim dan pengambilan keputusan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien |
| | Mampu melaksanakan serangkaian tugas administrasi perkantoran dalam organisasi asuransi kesehatan dengan menginterpretasikan informasi dan menggunakan alat secara elektronik dengan teknologi terkini, berdasarkan standard operasional prosedur, serta mampu menunjukkan kinerja dengan kualitas dan kuantitas yang terukur, yang sebagian merupakan hasil kerja mandiri |

Sumber: Buku Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM Edisi Revisi Tahun 2015

Jika dilihat pada Buku Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM Edisi Revisi Tahun 2015, rumusan capaian pembelajaran di atas telah disesuaikan dengan uraian deskripsi umum pada jenjang KKNi. Dalam Permendikbud Nomor 73 tahun 2013, perguruan tinggi memang salah satunya mempunyai tugas dan fungsi: menyusun deskripsi capaian pembelajaran

minimal mengacu pada KKNI bidang pendidikan tinggi sesuai dengan jenjang. Sedangkan pada Permenristekdikti Nomor 44 tahun 2015 dinyatakan bahwa rumusan capaian pembelajaran lulusan wajib: (a) mengacu pada deskripsi capaian pembelajaran lulusan KKNI; dan (b) memiliki kesetaraan dengan jenjang kualifikasi pada KKNI. Dalam hal ini capaian pembelajaran Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM sudah memuat apa yang tertera pada rumusan deskripsi umum pada jenjang 5 KKNI, yakni mampu menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas, memilih metode yang sesuai dari beragam pilihan yang sudah maupun belum baku dengan menganalisis data, serta mampu menunjukkan kinerja dengan mutu dan kuantitas yang terukur; menguasai konsep teoritis bidang pengetahuan tertentu secara umum, serta mampu memformulasikan penyelesaian masalah prosedural; mampu mengelola kelompok kerja dan menyusun laporan tertulis secara komprehensif; dan bertanggung jawab pada pekerjaan sendiri dan dapat diberi tanggung jawab atas pencapaian hasil kerja kelompok.

Bahan Kajian dan Struktur Kurikulum

Dalam implementasi kurikulum, Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM menetapkan bahan kajian dan tingkat keluasan dan kedalaman kajian untuk dapat memenuhi ketercapaian dari capaian pembelajaran tersebut. Tingkat kedalaman adalah sebuah tingkatan pencapaian kemampuan lulusan yang dirancang untuk memenuhi standar kompetensi lulusannya. Sementara keluasan materi adalah jumlah dan jenis kajian, atau ilmu atau cabang ilmu ataupun pokok bahasan yang diperlukan dalam mencapai capaian pembelajaran yang telah ditetapkan. Bagaimana program studi menetapkan bahan kajian tersebut, inilah pernyataan dari informan penelitian:

“Di dalam menetapkan keluasan materi dan kedalaman kajian, dasarnya berasal dari capaian pembelajaran yang telah ditetapkan sebagaimana dikemukakan sebelumnya. Secara praktis, pemetaan tingkat keluasan dan kedalaman materi dapat dilakukan dengan menjawab pertanyaan ‘apa saja materi yang perlu dikaji untuk menguasai capaian pembelajaran tersebut?’. Pemetaan keluasan dan kedalaman materi pembelajaran juga bisa menggunakan pertanyaan lain, yaitu ‘untuk mencapai capaian pembelajaran itu.., maka ilmu apa saja yang diperlukan?’ jawaban dari pertanyaan itu akan menghasilkan informasi secara detail dan mendalam mengenai cakupan sebuah mata kuliah” (Informan: Kaprodi).

Setelah mendapatkan berbagai kajian ilmu, Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM menetapkan kedalaman dari materi yang akan disampaikan. Dalam proses penetapan kedalaman materi ini mengacu pada SN-DIKTI, yaitu Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 pasal 9 yang telah menetapkan kerangka tingkatannya. Tingkat kedalaman dan keluasan materi pembelajaran Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM, yaitu menguasai konsep teoritis bidang pengetahuan dan keterampilan tertentu secara umum. Berdasarkan Buku Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM Edisi Revisi Tahun 2015, berikut ini adalah bahan kajian yang telah disusun oleh Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM:

Tabel 2. Bahan Kajian Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM

| Capaian Pembelajaran | Bahan Kajian |
|--|--|
| Kemampuan memasarkan produk asuransi kesehatan | Konsep pemasaran, prinsip asuransi, strategi, makro ekonomi, regulasi asuransi, sosial, wirausaha |
| Kemampuan menguasai pengetahuan tentang asuransi kesehatan dan <i>managed care</i> | Dasar asuransi, <i>managed care</i> , manajemen konflik, pelayanan kesehatan, makro ekonomi |
| Kemampuan mengelola program pemasaran asuransi kesehatan secara tim kerja | Organisasi, perencanaan program, proyek kesehatan, kerjasama tim, penyusunan pelaporan |
| Kemampuan memberikan layanan dalam kepihalangan asuransi | Hukum asuransi, sosial budaya, standar operasional prosedur, mikro dan makro ekonomi |
| Kemampuan berkomunikasi secara efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan asuransi yang prima | Komunikasi, pelayanan kesehatan, polis, standar operasional prosedur, klaim, bahasa, <i>customer services</i> |
| Kemampuan bernegosiasi dalam menyelesaikan permasalahan klien mengenai asuransi kesehatan | Negosiasi, manajemen konflik, asuransi sosial, standar operasional prosedur, manajemen risiko |
| Kemampuan membangun relasi dengan memperluas jaringan provider yang berkualitas | Relasi organisasi, makro ekonomi, perkembangan masyarakat |
| Kemampuan aktif berkomunikasi secara interpersonal maupun kelompok dalam melaksanakan pelayanan asuransi | Komunikasi, perilaku organisasi, standar operasional prosedur, <i>customer services</i> |
| Kemampuan memverifikasi klaim, penjaminan dan hospital monitoring | Verifikasi administrasi, klaim, jaminan social, hospital monitoring, utilization review, fraud dan hazard, statistik asuransi, terminologi medis |
| Kemampuan menguasai pengelolaan risiko keuangan melalui konsep administrasi | Manajemen risiko, aktuarial, keperawatan, Prosedural administrasi, mikro ekonomi |
| Kemampuan menyusun pelaporan keuangan asuransi secara komprehensif | Penyusunan pelaporan, analisis klaim, kerjasama tim, korespondensi, akuntansi |
| Kemampuan melaksanakan serangkaian tugas administrasi perkantoran dalam organisasi asuransi kesehatan | Prosedural administrasi, sistem informasi, kearsipan |

Sumber: Buku Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM Edisi Revisi Tahun 2015

Semua tingkat kedalaman dan keluasan materi pembelajaran yang ditetapkan untuk mencapai capaian pembelajaran tersebut dikemas dalam bentuk mata kuliah. Berikut pernyataan informan penelitian mengenai pembentukan struktur mata kuliah:

“Pembentukan sebuah mata kuliah dilakukan dengan menganalisis keterdekatan bahan kajian serta kemungkinan efektivitas pencapaian kompetensi bila beberapa bahan kajian dipelajari dalam satu mata kuliah, dan dengan strategi atau pendekatan pembelajaran yang tepat. Dengan demikian pembentukan mata kuliah mempunyai fleksibilitas yang tinggi, sehingga satu program studi sangat dimungkinkan mempunyai jumlah dan jenis mata kuliah yang sangat berbeda, karena dalam hal ini mata kuliah hanyalah bungkus serangkaian bahan kajian yang dipilih sendiri oleh sebuah program studi”. Sedangkan besarnya sks sebuah mata kuliah atau suatu pengalaman belajar yang direncanakan, dilakukan dengan menganalisis secara simultan beberapa variabel, yaitu tingkat kemampuan yang ingin dicapai; tingkat keluasan dan kedalaman bahan kajian yang dipelajari; cara/strategi pembelajaran yang akan diterapkan; posisi/letak semester suatu mata kuliah atau suatu kegiatan pembelajaran dilakukan; dan perbandingan terhadap

keseluruhan beban studi di satu semester yang menunjukkan peran/besarnya sumbangan suatu mata kuliah dalam mencapai kompetensi lulusan, dengan bobot praktek/praktikum sebesar 60% dan teori 40%. (Informan: Kaprodi).

Mata kuliah ditetapkan secara terstruktur berdasarkan capaian pembelajaran dan kajian/materi yang diperlukan, tidak berdasarkan mencontoh dan mengambil dari program studi lain yang sejenis. Dengan demikian, terbentuklah mata kuliah tersebut dapat mengarah pada pencapaian kualifikasi yang sesuai. Berikut ini struktur kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM yang telah disesuaikan pada capaian pembelajaran melalui penetapan bahan kajian, tingkat keluasan dan kedalaman kajian.

Tabel 3. Struktur Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM

| Sem. | Struktur Kurikulum | | | | | | | | | | SKS |
|------|---|-------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------------|--|-----|
| VI | Karya Tulis Ilmiah 4 | Magang 12 | Kewirausahaan Perasuransian 2 | | | | | | | | 18 |
| V | Pengantar Magang 2 | Manajemen Kepesertaan 3 | Akuntansi Asuransi Kesehatan 3 | Aktuarial 3 | Praktikum Komputer III 2 | Pengorganisasian Event Kesehatan 2 | Metodologi Penelitian 2 | Manajemen Klaim, Utilization Review dan Fraud 3 | | | 20 |
| IV | Manajemen Risiko Asuransi 2 | Manajemen kontrak 2 | Pengembangan Relasi & Negosiasi 3 | Customer Services 2 | Marketing dan Underwriting 3 | Manajemen Konflik 3 | Administrasi Asuransi 2 | Asuransi Kesehatan Komersial & Managed Care 3 | | | 20 |
| III | Perencanaan Program & Proyek Kesehatan 2 | Ekonomi Kesehatan 2 | Asuransi Sistem Informasi Manajemen 2 | Teknik & Media Penulisan 2 | Terminologi Medis 3 | Writing Business Letter 2 | Komputer II 2 | Aktuarial I 2 | Kearifan 2 | | 19 |
| II | Pengantar Administrasi 2 | Mengetik & Korespondensi 2 | Falsafah & Perkembangan Kesmas 2 | Epidemiologi Dasar 2 | Statistik Kesehatan 2 | Asuransi Kesehatan Sosial 2 | Mikro & Makro Ekonomi 2 | Dasar dan Hukum Asuransi Kesehatan 2 | Komputer I 2 | | 18 |
| I | Pendidikan Pancasila 2 | Pendidikan Agama 2 | Pendidikan Kewarganegaraan 2 | Matematika 2 | Pengantar Asuransi Kesehatan 2 | Bahasa Indonesia 2 | Business English 2 | Organisasi & Manajemen Pelayanan Kesehatan 2 | Ilmu Sosial Budaya Dasar 2 | | 18 |

Sumber: Buku Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM Edisi Revisi Tahun 2015

Proses Pembelajaran

Strategi Pembelajaran yang Digunakan oleh Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM. Pelaksanaan kurikulum diturunkan dalam proses pembelajaran. Proses pembelajaran adalah proses dimana dosen menyediakan berbagai macam strategi dan metode pembelajaran mahasiswanya untuk dapat mengembangkan potensi yang dimilikinya. Berikut ini pernyataan dari

informan mengenai strategi pembelajaran Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM yang ditujukan untuk mencapai capaian pembelajaran:

“Sebelum awal perkuliahan dimulai, Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM melakukan rapat kerja membahas program kegiatan belajar mengajar untuk satu semester ke depan. Di sana membahas kesiapan dari rencana pembelajaran semester yang telah dibuat oleh masing-masing dosen pengampuh mata kuliah, mempersiapkan strategi pengajarannya, sumber dan alat pembelajaran yang dibutuhkan, serta sarana prasarana untuk mendukung kelancaran kegiatan belajar mengajar” (Informan: Kaprodi).

Pernyataan informan Ketua Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tersebut didukung oleh informan dosen tetap. Berikut adalah petikan dari jawaban informan dosen tetap tersebut, yaitu:

“Ya betul, saya dan termasuk dosen lainnya, sebelum pengajaran dimulai, kita diundang oleh Kaprodi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM untuk rapat kerja, kita sebagai dosen mempersiapkan rencana materi yang akan diberikan pada mahasiswa melalui pemberian dokumen rencana pembelajaran semester mata kuliah yang saya ampu, dari situ tersusun materi pengajaran yang mau dilaksanakan, sarana prasarana pembelajaran yang dibutuhkan, sumber belajar maupun alat-alat pembelajaran sampai pada penilaian pembelajarannya” (Informan: Dosen).

Senada dengan pendapat yang sama disampaikan oleh informan dari dosen, informan mahasiswa juga berpendapat sebagai berikut:

“Kalau sebelum semester baru dimulai, ya biasa, kita daftar ulang, mengisi kartu rencana studi, terus mulai deh perkuliahan pertama. Nah pada saat perkuliahan pertama kita selalu dijelaskan mengenai rencana pembelajaran semester pada masing-masing mata kuliah. Kita dijelaskan oleh dosennya itu capaian pembelajarannya, literatur-literatur apa saja yang harus kita kaji, pokoknya gambaran materi dari matakuliah tersebut lah” (Informan: Mahasiswa).

Pendapat dari informan mahasiswa diperkuat juga oleh pendapat dari informan alumni yang mengatakan sebagai berikut:

“Dulu waktu saya kuliah tuh, diawal perkuliahan dikasih dan dijelaskan rencana pembelajaran semester dari mata kuliah yang mahasiswa ambil. Dari situ ketauan arah pencapaian kompetensi mahasiswa yang akan dimiliki jika menyelesaikan mata kuliah ini tuh apa” (Informan: Alumni).

Metode Pembelajaran di Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM

Di samping strategi pembelajaran, metode pembelajaran juga berperan besar untuk memaksimalkan pengembangan potensi yang dimiliki oleh mahasiswa dan metode pembelajaran di Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM sudah tepat, yaitu dengan menggunakan *student center learning*, hal ini terungkap dari pernyataan informan Ketua Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM sebagai berikut.

“Ketika sudah masuk masa pengajaran, waktu yang diberikan dalam pelaksanaan pembelajaran selama 16 minggu di setiap semester, masing-masing dosen pengampuh diberikan kebebasan mimbar akademik dalam mengajar. Proses pembelajaran yang kami lakukan dengan pendekatan pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa. Dosen bertindak sebagai fasilitator dan evaluasi dilakukan bersama dengan mahasiswa, memanfaatkan banyak media (multi media), tidak hanya menekankan pada penguasaan materi, tetapi juga mengembangkan karakter mahasiswa (life-long learning), mahasiswa aktif mengembangkan pengetahuan dan keterampilan yang dipelajarinya, mahasiswa aktif terlibat dalam mengelola pengetahuan proses pembelajaran dan asesmen dilakukan secara berkesinambungan dan terintegrasi, penekanan pada proses pengembangan, pengetahuan. kesalahan dinilai dan dijadikan sumber pembelajaran. Metode pembelajaran yang dilakukan dosen diantaranya yaitu diskusi kelompok, studi kasus, dan bahkan dalam proses pembelajaran mata kuliah kewirausahaan keasuransian kesehatan, mahasiswa menggunakan metode pembelajaran berbasis proyek, yaitu mahasiswa diminta merealisasikan ide untuk dapat dijadikan usaha yang tentunya menguntungkan” (Informan: Kaprodi).

Pernyataan dari Kaprodi mengenai metode pembelajaran di Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM sudah tepat dengan menggunakan *student center learning*, didukung oleh pernyataan dari informan dosen, yaitu:

“Menegenai pelaksanaan pembelajaran pastinya kita melakukan apa yang sudah kita rencanakan, ya dosen melaksanakan pengajaran dari apa saja yang telah tertera pada rencana pembelajaran semester. Dibeaskan memilih metode pembelajaran, asalkan kita mengarahnya pendekatan pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa. Dalam hal ini saya bertindak sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran; memahami capaian pembelajaran matakuliah yang perlu dikuasai mahasiswa di akhir pembelajaran; merancang metode dan lingkungan pembelajaran yang tepat; menyediakan beragam pengalaman belajar yang diperlukan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang dituntut mata kuliah; membantu mahasiswa mengakses informasi, menata dan memprosesnya untuk dimanfaatkan dalam memecahkan permasalahan hidup sehari-hari; mengidentifikasi dan menentukan pola penilaian hasil belajar mahasiswa yang relevan dengan capaian pembelajaran yang akan diukur” (Informan: Dosen).

Pendapat dari informan dosen diperkuat juga oleh pendapat dari informan mahasiswa, yang mengatakan sebagai berikut:

“Pada pelaksanaan pembelajaran ya kita harus memahami capaian pembelajaran mata kuliah yang dipaparkan dosen, melaksanakan metode pembelajaran yang ditawarkan dosen sesuai dengan, rencana pembelajaran untuk mata kuliah yang diikuti oleh kami. Kami mahasiswa, belajar secara aktif dengan cara mendengar, membaca, menulis, diskusi, dan terlibat dalam pemecahan masalah serta lebih penting lagi terlibat dalam kegiatan berfikir tingkat tinggi, seperti analisis, sintesis dan evaluasi, baik secara individu maupun berkelompok. Dosen selalu menghadirkan dosen tamu dari luar, dosen tersebut merupakan praktisi di bidang terkait mengenai mata kuliah yang kita pelajari, terus adanya kuliah umum, pengajarannya real sih tertuju pada dunia nyata, kami melakukan observasi langsung maupun magang di perusahaan asuransi kesehatan, misalnya pada matakuliah organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan, akuntansi asuransi kesehatan, dan lain-lain” (Informan: Mahasiswa).

Evaluasi Pembelajaran di Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM

Di samping pelaksanaan kurikulum yang diturunkan dari 'dokumen kurikulum' dalam bentuk Rencana Pembelajaran Semester (RPS) yang tidak boleh dipisahkan adalah proses evaluasi atau penilaian hasil belajar baik lewat ujian, penugasan, quis, dan lain-lain. Seluruh kegiatan tersebut merupakan alat evaluasi untuk perbaikan (rekonstruksi) rencana mata kuliah. Dalam sistem pembelajaran dengan pendekatan pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa, evaluasi pembelajaran difokuskan pada 'paduan belajar untuk mahasiswa' dan proses menjadi satu dengan penilaian hasil belajar dengan mengembangkan sistem asesmen dalam kegiatan 'pembelajaran', proses belajar (*learning process*), bukan proses mengajar (*teaching process*). Proses belajar yang dilakukan mahasiswa dengan prinsip konstruktif menuntut mahasiswa untuk dapat unjuk kinerja di setiap pertemuan. Apabila terdapat masalah belajar mahasiswa, dapat dideteksi lebih awal dalam proses lewat asesmen tugas mahasiswa, sehingga dapat dilakukan perbaikan saat itu juga secara sistem.

Proses penilaian dalam pendekatan pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa dilakukan selama proses dengan melihat perkembangan hasil di beberapa tahapan pembelajaran. Dalam proses penilaian ini menjadi sangat penting artinya yaitu dengan memeriksa, mengkaji, memberi arahan dan masukan kepada peserta didik, dan menggunakan suatu instrumen penilaian atau evaluasi sebagai tolok ukur ketercapaian kemampuan.

Berikut ini pernyataan informan Kaprodi mengenai evaluasi pembelajaran:

"Program studi setiap akhir semester selalu melakukan evaluasi rutin terkait apakah yang telah direncanakan sudah sesuai dengan pelaksanaan pembelajaran yang telah kami laksanakan. Pelaksanaan evaluasinya menggunakan program evaluasi dosen oleh program studi, dan evaluasi dosen oleh mahasiswa. Hasil dari evaluasi tersebut akan dibawa pada rapat akhir semester sebagai perbaikan untuk pelaksanaan semester berikutnya" (Informan: Kaprodi).

Pendapat dari informan Kaprodi didukung oleh informan dosen, hal ini terungkap dari hasil wawancara, yaitu:

"Kita sebagai dosen pada akhir semester akan dievaluasi dari hasil pelaksanaan pembelajaran yang telah kita laksanakan. Dosen, tenaga pendidik, dan mahasiswa akan mengisi kuesioner pada program evaluasi yang tersedia. Hasil tersebut menjadi masukan untuk kami sebagai peningkatan mutu pembelajaran di semester pengajaran selanjutnya" (Informan: Dosen).

Evaluasi pembelajaran juga dibenarkan oleh informan mahasiswa, hal ini terungkap dari hasil wawancara, yaitu:

"Ya saya bersama mahasiswa lainnya setelah mendapatkan pengajaran pada akhir semester diharuskan untuk mengisi form penilaian, kalau tidak, kami tidak bisa melihat daftar nilai sementara kami. Menurut saya sampai saat ini pelaksanaan sudah cukup baik, karena saya adalah mahasiswa akhir ya, kami itu kesulitan dalam mencari tempat magang, kurangnya kerjasama dengan instansi pemerintah maupun swasta sehingga terbatasnya tempat magang untuk mahasiswa tingkat akhir. Hal seperti ini juga dirasakan oleh kakak tingkat kami sebelumnya" (Informan: Mahasiswa).

Pendapat yang senada dengan informan mahasiswa juga disampaikan oleh informan alumni yang mengatakan, yaitu:

“Kalau mengenai evaluasi, pelaksanaan perkuliahan sih dulu baik-baik saja. Dahulu kami sebagai mahasiswa kesulitannya pada saat tingkat akhir, yaitu kerjasama program studi dengan instansi pemerintah maupun swasta pada perusahaan bidang asuransi belum begitu banyak sehingga terbatasnya tempat magang untuk mahasiswa tingkat akhir. Kalau manfaat kurikulumnya ya baru dirasakannya sekarang, pas masuk magang dan di dunia kerja. Kurikulum yang ada sudah sesuai dengan apa yang diinginkan oleh perusahaan-perusahaan yang bergerak di bidang asuransi. Sekarang aja saya telah bekerja di tempat saya magang. Perusahaan menganggap saya mempunyai kompetensi yang sesuai dengan yang perusahaan inginkan. Hal ini pastinya berkat ilmu dari mata kuliah yang saya dapatkan selama saya berkuliah di program studi D3 asuransi kesehatan STIKIM. Kemudahan dalam beradaptasi dan kompetensi yang saya capai, selama ini saya dapat menyelesaikan pekerjaan saya dengan baik” (Informan: Alumni).

Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM telah menerapkan sistem penjaminan mutu pendidikan dengan baik, mampu mengembangkan nilai-nilai internalnya untuk memenuhi kebutuhan *stakeholders* yang dinamis. Oleh sebab itu program studi, dengan mudah mendapatkan pengakuan dari masyarakat lokal sekitarnya, bahkan dari perusahaan asuransi kesehatan nasional. Sistem pembelajaran merupakan bagian penting untuk mampu menghasilkan lulusan yang berdaya saing tinggi. Sistem pembelajaran yang baik mampu memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa untuk membuka potensi dirinya dalam menginternalisasikan *knowledge*, *skills* dan *attitudes* serta pengalaman belajar sebelumnya. Heterogenitas kemampuan peserta didik, prasarana dan sarana yang dibutuhkan, jumlah mahasiswa, dan karakteristik bidang keilmuan, tentu menuntut pemilihan strategi dan metode yang tepat. Dalam pendekatan pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa yang tidak hanya menekankan pada hasil belajar tetapi juga proses belajar dalam membentuk kemampuan peserta didik.

Penutup

Simpulan penelitian ini adalah kurikulum Program Studi Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010 masih relevan dengan kebutuhan pengguna lulusan, sehingga belum diperlukan adanya perubahan kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010, hal ini terlihat dari kemudahan alumni dalam memperoleh pekerjaan sesuai dengan bidangnya. Walaupun demikian masih terdapat kekurangan dalam implementasi kurikulum Diploma Tiga Asuransi Kesehatan STIKIM tahun 2010, yaitu kurangnya kerjasama dengan instansi pemerintah maupun swasta sehingga terbatasnya tempat magang untuk mahasiswa tingkat akhir.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM yang telah memfasilitasi kegiatan penelitian ini. Selain itu, terimakasih kepada mahasiswa,

dosen, alumni, pengguna lulusan dan Ketua Program Studi Diploma III Asuransi Kesehatan STIKIM yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Abbas S. (2008). *Manajemen Perguruan Tinggi: Beberapa Catatan*. Jakarta: Prenada Media Group
- Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (2014). *Buku Kurikulum Pendidikan Tinggi*. Jakarta: Direktorat Pembelajaran Dan Kemahasiswaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan Dan Kebudayaan
- Faisal, M.A. (2016). *Manajemen Kinerja Perguruan Tinggi*. Jakarta: Mitra Wacana Media
- Kamalia H.N. (2012). *Analisis Beban Kerja Dan Kebutuhan Tenaga Verifikator Klaim Kontrak Di Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Moleong, L.J. (2007) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Pedoman Kurikulum Program Studi D-III Asuransi Kesehatan STIKIM
- Peraturan Menteri Pendidikan Dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2013 Tentang Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia Bidang Pendidikan Tinggi
- Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Dan Pengelolaan Perguruan Tinggi
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 Tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
- Prasetyo J. (2013). *Evaluasi dan Remediasi Belajar*. Jakarta: Trans Info Media
- Saliis E. (2008). *Total Quality Management In Education*. Jojakarta: IRCiSoD
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta
- Sutrisno dan Suyadi. (2016). *Desain Kurikulum Perguruan Tinggi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional
- Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Pendidikan Tinggi
- Yuliawati S. (2011). Kajian Implementasi Tri Dharma Perguruan Tinggi Sebagai Fenomena Pendidikan Tinggi Di Indonesia. Program Pascasarjana UHAMKA. Majalah Widya Tahun 29 Nomor 318 Maret 2012.

ANALISIS PELAYANAN KEHAMILAN DALAM UPAYA MENEKAN ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)

Luluk Hidayah¹

¹Akademi Kebidanan Islam Al-Hikmah Jepara, Indonesia

Surel: l2k.hidayah@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelayanan kehamilan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan sesuai standar dapat menekan terjadinya kematian ibu. Cakupan K1 dan K4 merupakan indikator pelayanan kehamilan. Tujuan penelitian untuk menganalisis pelayanan kehamilan dalam upaya menekan AKI.

Metode: Kualitatif, difokuskan pada aspek input, proses dan output dari pelayanan kehamilan. Informan awal ditentukan dengan teknik *purposive sampling*, dan informan selanjutnya dengan teknik *snowball sampling*. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam terhadap 5 informan utama. Kredibilitas data dengan triangulasi sumber. Analisis data secara deskriptif.

Hasil: Aspek input pelayanan kehamilan meliputi SDM, sumber dana, sarana prasarana, dan SOP tersedia dengan baik. Pelaksanaan pelayanan kehamilan sesuai standar pelayanan kebidanan, dalam bentuk kegiatan ANC rutin dan masal, kelas ibu hamil dan penjarangan risiko tinggi. Output pelayanan kehamilan ada kesenjangan antara cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 sudah mencapai 100%, tetapi cakupan K4 (89,7%) belum mencapai target SPM (95%). Supervisi, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi pelayanan kehamilan dilakukan secara rutin oleh bidan koordinator.

Simpulan: Input pelayanan kehamilan baik, proses sudah sesuai standar pelayanan kebidanan, namun output belum optimal.

Kata Kunci: AKI, pelayanan kehamilan

ABSTRACT

Background: Antenatal care by health workers who are competent and appropriate standards can reduce the occurrence of maternal deaths. K1 and K4 coverage is an indicator of pregnancy services. The aim of research to analyze pregnancy services in an effort to reduce MMR.

Methods: Qualitative, focusing on input aspects, process and output of pregnancy services. Initial informant determined by purposive sampling technique, and next informant with snowball sampling technique. Collecting data technique with in-depth interviews to five key informants. Credibility data with triangulation of data sources. Analysis data was descriptively.

Results: Aspects input of pregnancy services include human resources, financial resources, infrastructure, and SOP were available well. Implementation of pregnancy services according to standards of midwifery services, by routine and mass ANC activities, class of pregnant women and high-risk crawl. Output pregnancy services there was a gap between K1 and K4 coverage. K1 coverage has reached 100%, but the K4 coverage (89.7%) couldn't reached SPM target (95%). Supervision, technical guidance, monitoring and evaluation of pregnancy services carried out routinely by the coordinator of midwife.

Conclusion: Input of pregnancy service was good, the process was standardized midwifery services, but the output are not optimal.

Key Words: MMR, antenatal care

Pendahuluan

Upaya memperbaiki kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak telah menjadi prioritas utama dari pemerintah. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu negara. Angka Kematian Ibu (AKI) yang tinggi di suatu wilayah menunjukkan derajat kesehatan masyarakat yang rendah dan berkaitan sangat erat dengan perubahan kondisi sosial ekonomi masyarakat (Astuti, 2008; Hernandez & Moser, 2013).

Berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia melonjak sangat tinggi yaitu 359/100.000 Kelahiran Hidup (Kemenkes RI, 2013b). Pencapaian tersebut masih jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015, yaitu 102/100.000 Kelahiran Hidup (Stalker, 2008). Data tahun 2014, Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Tengah sebesar 126,55/100.000 Kelahiran Hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2015). Kabupaten Demak menyumbang 17 kasus kematian ibu (Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, 2015).

Faktor penyebab langsung kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh perdarahan (32%), hipertensi dalam kehamilan (25%), dan infeksi (5%). Faktor tidak langsung penyebab kematian ibu karena masih banyak kasus 3 (tiga) Terlambat dan 4 (empat) Terlalu (Kemenkes RI, 2013a). Menurut beberapa hasil penelitian, faktor-faktor yang signifikan berhubungan dengan kematian ibu adalah komplikasi obstetri, riwayat kesehatan, penolong persalinan dan tempat persalinan, jumlah kunjungan antenatal, pendidikan dan status rujukan (Aeni, 2013; Diana, Sukandar, & dan Handono, 2014; Yego *et al.*, 2014).

Pemeriksaan antenatal merupakan faktor risiko penting untuk menekan Angka Kematian Ibu (AKI). Pelayanan kehamilan atau pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) (Kemenkes RI, 2010). Kunjungan antenatal yang sering dan tepat waktu dapat memberikan kesempatan untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan (Yego *et al.*, 2014).

Indikator pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilihat melalui akses pelayanan antenatal (cakupan K1) dan cakupan pelayanan ibu hamil (K4) (Kemenkes RI, 2010b). Data Dinas Kesehatan Kabupaten Demak tahun 2014, menunjukkan bahwa cakupan kunjungan ibu hamil K4 di Kabupaten Demak adalah 98,42%. Puskesmas Karanganyar II merupakan puskesmas dengan cakupan K4 rendah (88,27%) dan terjadi kematian ibu terbanyak (3 kasus) (Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, 2015). Cakupan K4 yang rendah dan tidak dapat mencapai target Standar Pelayanan Minimal (95%), menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil masih rendah.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, menyatakan bahwa kematian ibu sebagian besar disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas (preeklampsia). Pemeriksaan antenatal merupakan faktor risiko

terjadinya preeklampsia pada ibu hamil (Saraswati & Mardiana, 2016). Sebagian komplikasi obstetri dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah jika terdeteksi secara dini, segera mendapat pertolongan tenaga kesehatan dan mendapat penanganan yang sesuai prosedur.

Penelitian ini bertujuan menganalisis pelayanan kehamilan dalam upaya menekan Angka Kematian Ibu (AKI) di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II.

Metode

Jenis penelitian adalah deskriptif kualitatif yang difokuskan pada aspek input, proses dan output dari pelayanan kehamilan. Pemilihan desain studi kualitatif dikarenakan hasil penelitian tidak untuk digeneralisasikan, data yang akan dihasilkan hanya berupa data kualitatif yang didukung data kuantitatif. Aspek input pelayanan kehamilan meliputi Sumber Daya Manusia (SDM), dana, sarana prasarana, dan *Standard Operating Procedure* (SOP). Proses pelayanan kehamilan, supervisi, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi, dan output pelayanan kehamilan yang dilihat dari cakupan K1 dan cakupan K4. Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II Kabupaten Demak. Pengumpulan data dilakukan pada bulan April – Mei 2016.

Informan awal ditentukan dengan teknik *purposive sampling*, sebanyak 3 orang terdiri dari Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator dan Bidan Desa dengan kriteria yang masih aktif dan bertugas di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II, bersedia dan memiliki waktu untuk dilakukan wawancara. Informan selanjutnya ditentukan dengan teknik *snowball sampling* dengan pertimbangan akan memberikan data yang lebih lengkap dan memperoleh informasi yang berarti (Sugiyono, 2014). Jumlah informan akhir adalah 5 orang, yang terdiri dari 1 orang Kepala Puskesmas, 1 orang Bidan Koordinator, dan 3 orang Bidan Desa.

Data dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap informan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara untuk mendapatkan data input (SDM, sumber dana, sarana prasarana, dan SOP) dan proses pelayanan kehamilan. Data output pelayanan kehamilan yang terdiri dari cakupan K1 dan cakupan K4 diperoleh dari dokumentasi laporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA). Uji keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi sumber, yaitu dengan cara membandingkan hasil wawancara antara informan utama dengan informan triangulasi (Moleong, 2014). Informan triangulasi terdiri dari Bidan Puskesmas, Kepala Puskesmas dan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan. Analisis data hasil penelitian dilakukan melalui tahap pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, evaluasi data dan penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2014).

Hasil dan Pembahasan

Sumber Daya Manusia (SDM) yang memberikan pelayanan kehamilan sebagian besar dilakukan oleh bidan desa di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II sudah tercukupi dan berkualitas. Bidan desa sudah terdistribusi di masing-masing desa. Terdapat 10 bidan desa yang tersebar di 8 desa. Desa dengan penduduk kurang sama dengan 5.000 orang ditempatkan 1 bidan desa dan desa dengan penduduk lebih dari 5.000 orang ditempatkan 2 bidan desa. Menurut Ahmad, *et al* (2013) menyatakan bahwa proporsi bidan yang baik akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan sehingga akan berpengaruh terhadap penurunan AKI. Penempatan bidan di desa bertujuan untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, sehingga dapat menekan Angka Kematian Ibu. Menurut Ahmad, *et al* (2013), menyatakan bahwa keberadaan tenaga bidan sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak di wilayah Kabupaten Buol, Sulawesi Tengah. Menurut Helmizar (2014), SDM kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

Kualitas sumber daya manusia sangat menentukan keberhasilan suatu program, terutama program penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Kualitas SDM ditunjukkan oleh semua bidan desa di Puskesmas Karanganyar II berpendidikan minimal D3 Kebidanan. Pendidikan bidan tersebut sudah sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pada pasal 9 ayat 1, bahwa tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga (Republik Indonesia, 2014). Kepala Puskesmas Karanganyar II sebagai penanggung jawab pelayanan kesehatan ibu hamil berpendidikan Sarjana Kedokteran, hal ini sudah sesuai dengan Permenkes RI Nomor: 971/Menkes/Per/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan (Depkes RI, 2009).

Menurut Purwitasari (2012), bahwa baik kuantitas maupun kualitas SDM harus diperhatikan untuk mensukseskan suatu program. Upaya peningkatan SDM, Dinas Kesehatan Kabupaten Demak memberikan pelatihan dan *workshop*. Menurut Mufidz (2016), untuk mengatasi permasalahan kurangnya pengetahuan dan keterampilan SDM dengan mengikutsertakan dalam rapat-rapat koordinasi, seminar, maupun *workshop*. Menurut Rezita (2015), menyatakan bahwa pendidikan dan pelatihan mempunyai pengaruh positif terhadap kinerja pegawai. Pelatihan bertujuan untuk memperbaiki kinerja atau kualitas petugas dalam pencapaian hasil kerja yang telah ditetapkan. Pelatihan yang pernah diadakan meliputi pelatihan kelas ibu hamil, Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA), dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Semua bidan wajib mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang diselenggarakan oleh organisasi profesi, yakni Ikatan Bidan Indonesia (IBI) yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan, dengan biaya ditanggung oleh masing-masing peserta. *Workshop* dilakukan melalui kerjasama antara Dinas Kesehatan dengan rumah sakit, sedangkan biaya ditanggung oleh masing-masing peserta. *Workshop* yang pernah diadakan antara lain penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal,

penatalaksanaan ibu hamil dengan HbsAg+ dan penatalaksanaan ibu hamil dengan pre eklampsia dengan cara pemberian MgSO₄.

Bidan desa di Puskesmas Karanganyar II sudah berpengalaman dalam memberikan pelayanan kehamilan, yang ditunjukkan dengan lama kerja antara 13-25 tahun. Lama kerja menunjukkan lamanya seseorang melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Pengalaman seorang pegawai dapat dilihat melalui lama kerja. Menurut Yunita, Kuntjoro, & Purnami (2013), bahwa seseorang yang berpengalaman dipandang lebih mampu melaksanakan tugas. Semakin lama bekerja maka kecakapan seseorang lebih baik dan sudah dapat menyesuaikan dengan lingkungan kerja.

Sumber dana kegiatan pelayanan kehamilan diambil dari Anggaran Dana Desa (ADD), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Menurut Rahmawati (2013) menyatakan bahwa ketersediaan dana akan mempengaruhi keberhasilan pencapaian cakupan K4 di Puskesmas Rowosari Semarang. Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) digunakan untuk kegiatan promotif dan preventif, sedangkan untuk kegiatan kuratif dan rehabilitatif diambil dari dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dana Anggaran Dana Desa (ADD) digunakan untuk kegiatan yang ada di desa, misalnya posyandu, ANC masal dan kelas ibu hamil. Menurut Pratiwi, *et al* (2014), bahwa pemanfaatan dana BOK di kabupaten/kota, diprioritaskan pada upaya preventif dan promotif kesehatan ibu dan anak untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu dan bayi suatu daerah, termasuk pula penyakit menular yang dapat mempengaruhi kesehatan maternal. Dana BOK dapat dipakai untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) anak balita dan ibu hamil dalam setiap kunjungan posyandu.

Puskesmas Karanganyar II merupakan puskesmas rawat inap dan PONED yang dilengkapi sarana dan prasarana yang menunjang dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, seperti ambulan untuk memperlancar rujukan kegawatdaruratan obstetri. Menurut Ariyanti (2010), lingkungan dan fasilitas alat merupakan faktor yang mendukung untuk melaksanakan tindakan atau kegiatan. Lingkungan meliputi ruangan pemeriksaan yang memenuhi standar. Fasilitas suatu alat merupakan sarana untuk mendukung melaksanakan tindakan atau kegiatan pengelolaan logistik yang baik dan mudah diperoleh serta pencatatan dan pelaporan yang lengkap dan konsisten.

Puskesmas Karanganyar II sudah memiliki *Standard Operating Procedure* (SOP) untuk pelayanan kehamilan yang dijadikan pedoman oleh bidan desa dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil. Menurut Asfian (2008), bahwa tersedianya SOP memperlancar tugas bidan dan tim, sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan, mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak, mengarahkan bidan untuk disiplin dalam bekerja, sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

Pelayanan kehamilan dilakukan melalui kegiatan *antenatal care* (ANC), kelas ibu hamil, dan penjarangan resiko tinggi. ANC dilaksanakan dalam bentuk kegiatan ANC rutin dan ANC masal. ANC rutin adalah kegiatan yang secara rutin dilakukan oleh bidan desa kepada ibu hamil, sedangkan ANC masal merupakan kegiatan inovasi yang dilakukan oleh bidan desa dan bidan

koordinator/bidan puskesmas setiap bulan di Pos Kesehatan Desa (PKD) masing-masing desa secara masal. ANC yang dilakukan secara rutin merupakan salah satu upaya untuk melakukan penjangkaran terhadap ibu hamil berisiko, sehingga segera mendapatkan penanganan yang tepat. Pemeriksaan antenatal merupakan faktor risiko penting untuk menekan Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut Yego, *et al* (2014), kunjungan antenatal yang sering dan tepat waktu dapat memberikan kesempatan untuk mendeteksi faktor risiko untuk eklampsia, dan penyakit lain yang mendasarinya.

Proses pelaksanaan pelayanan kehamilan sudah sesuai standar pelayanan kebidanan, yaitu ANC dengan standar 10T dan frekuensi minimal 4 kali selama kehamilan dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3. Standar pelayanan kehamilan "10T" meliputi penimbang berat badan dan pengukuran tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, penilaian status gizi, pengukuran tinggi fundus uteri, penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan imunisasi bila diperlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam upaya peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil (Depkes RI, 2009a). Setiap ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II telah diberikan stiker P4K untuk ditempel di rumahnya yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan dan fasilitas tempat persalinan, serta calon pendonor darah dan transportasi yang digunakan. Kendala pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), sebagian besar ibu hamil tidak mencantumkan calon pendonor darah karena tidak mengetahui golongan darah keluarga, meskipun bidan desa sudah memfasilitasi pemeriksaan golongan darah gratis bagi seluruh masyarakat.

Kegiatan pelayanan kehamilan sudah mengacu Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 464 tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan (pasal 13 dan 18) yang menyatakan bahwa bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta melakukan pelayanan kesehatan lain sesuai program pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat..

Salah satu program pemerintah dalam pelayanan kehamilan adalah kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil merupakan kegiatan yang dilakukan oleh bidan desa dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan membentuk kelompok-kelompok ibu hamil. Setiap kelompok ibu hamil tersebut terdiri kurang lebih 10 ibu hamil, yang dikelompokkan berdasarkan umur kehamilan. Kelas ibu hamil dilakukan setiap bulan dimasing-masing desa yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, persalinan dan nifas dengan melibatkan keluarga atau suami. Kendala saat melakukan kelas ibu hamil adalah

tidak dapat menghadirkan keluarga (suami), karena sebagian suami bekerja di luar kota. Menurut Puspitasari (2012), menyatakan bahwa dukungan dari keluarga terutama suami dalam mengikuti kelas ibu hamil dengan sangat berpengaruh besar pada ibu hamil.

Upaya mengoptimalkan pelayanan kehamilan, dilakukan penjarangan resiko tinggi baik oleh masyarakat maupun tenaga kesehatan. Penjarangan faktor risiko kehamilan selain melalui kegiatan ANC, juga melalui kegiatan inovasi, yaitu Puskesmas Karanganyar II dengan membentuk “Tim Kasih” di masing-masing desa. Kegiatan inovasi ini terbentuk karena adanya dorongan dari Dinas Kesehatan Kabupaten bahwa masing-masing Puskesmas harus memiliki kegiatan inovasi dalam upaya menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Tim Kasih adalah kelompok sayang ibu yang melibatkan stakeholder terdiri dari bidan desa, kepala desa, perangkat desa, tokoh masyarakat dan kader kesehatan. Tim Kasih tersebut ditetapkan oleh Kepala Puskesmas dengan diterbitkannya Surat Keputusan (SK) Kepala Puskesmas tentang Tim Kasih. Tim Kasih merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan ibu yang bertujuan untuk melakukan penjarangan terhadap ibu hamil berisiko dan mengatasi masalah yang ada di desa berkaitan dengan kesehatan ibu. Menurut Sakinah & Fibriana (2015), menyatakan bahwa peran serta masyarakat melalui pemberdayaan kader ANC dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kunjungan ANC.

Upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dilakukan pengawasan terhadap pelaksanaan pelayanan kehamilan melalui kegiatan supervisi dan bimbingan teknis secara rutin setiap bulan oleh bidan koordinator, serta monitoring dan evaluasi yang dijalankan secara rutin setiap tiga bulan dalam bentuk lokakarya mini. Hal ini di sudah sesuai dengan aturan yang ditetapkan, yaitu monitoring dilakukan setiap 3-4 bulan sekali, sedangkan evaluasi internal dapat dilakukan 2 kali dalam setahun (Kemenkes RI, 2010a). Supervisi dilakukan pengecekan administrasi, kelengkapan sarana prasarana, serta pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan daftar tilik. Bidan koordinator menggunakan daftar tilik dalam supervisi untuk menilai pekerjaan yang dilakukan oleh bidan di desa. Supervisi merupakan komponen penting dan faktor determinan bagi efektivitas pelayanan kesehatan maternal. Supervisi dan bimbingan teknis dilakukan ketika ada kegiatan di desa, misalnya posyandu, ANC masal dan kelas ibu hamil.

Supervisi dan bimbingan teknis di Puskesmas Karanganyar II sudah berjalan dengan baik, dan didukung oleh bidan koordinator sebagai supervisor yang sudah berpengalaman 25 tahun, sehingga dapat memotivasi bidan desa untuk terus meningkatkan kinerjanya. Menurut Gusna, *et al* (2016), menyatakan bahwa kemampuan seorang supervisor dalam menyediakan bimbingan berupa pengetahuan dan teknik mentor yang bagus merupakan faktor penting. Supervisor merupakan motivator bagi peningkatan kinerja bidan. Monitoring dan evaluasi bertujuan untuk menilai tingkat pencapaian program. Menurut Ahmad, *et al* (2013), bahwa pengawasan (*monitoring*) oleh pengelola program akan berpengaruh terhadap kualitas kinerja tenaga kesehatan khususnya tenaga bidan di desa. Kegiatan monitoring lebih terfokus pada hasil pencapaian pelayanan,

sedangkan kegiatan evaluasi lebih terfokus pada indikator keberhasilan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yaitu sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Tabel 1. Cakupan Pelayanan Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II Kabupaten Demak

| No. | Desa | K1 (%) | K4 (%) |
|--------|------------------|-----------|-----------|
| 1 | Kedungwaru Lor | 100 | 76,8 |
| 2 | Kedungwaru Kidul | 100 | 86,7 |
| 3 | Tugu Lor | 100 | 84,1 |
| 4 | Kotakan | 100 | 81,7 |
| 5 | Bandungrejo | 100 | 100,0 |
| 6 | Jatirejo | 100 | 83,8 |
| 7 | Wonoketingal | 100 | 96,6 |
| 8 | Ngaluran | 100 | 100,0 |
| Jumlah | | 100 | 89,7 |

Keterangan:

- K1 = Cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan.
- K4 = Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali.

Output pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilihat dari indikator pelayanan yang meliputi cakupan K1 dan cakupan K4. Berdasarkan Tabel 1, menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 sudah mencapai 100%, menunjukkan bahwa pelayanan kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II sudah terjangkau oleh seluruh masyarakat. Cakupan K4 di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II tidak mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu 95%. Masih rendahnya cakupan K4 menggambarkan bahwa perlindungan terhadap ibu hamil dan kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih rendah.

Cakupan K4 rendah dikarenakan belum optimalnya kinerja bidan desa dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil. Hal ini ditunjukkan oleh bidan desa yang sudah terdistribusi di masing-masing desa di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II, tetapi cakupan pelayanan ibu hamil yang tidak dapat mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM). Terdapat lima desa yang cakupan K4 masih dibawah target SPM, yaitu desa Kedungwaru Lor, Kedungwaru Kidul, Tugu Lor, Kotakan, dan Jatirejo. Belum optimalnya kinerja bidan desa

dikarenakan belum adanya petunjuk pelaksanaan (Juklak) dan *Standard Operating Procedure* (SOP) yang jelas tentang target pelayanan kesehatan ibu hamil.

Menurut hasil wawancara, cakupan K4 tidak dapat mencapai target karena tidak semua ibu hamil periksa di masing-masing bidan desa setempat. Ada sebagian ibu hamil yang periksa ke bidan praktik mandiri, atau klinik kesehatan lain, terutama pada ibu hamil yang bekerja sebagai karyawan swasta. Rata-rata mereka periksa hamil di klinik tempat mereka bekerja, akibatnya tidak dilaporkan oleh bidan desa setempat. Berbagai usaha telah dilakukan, salah satunya adalah menjalin kemitraan atau jejaring kerja dengan bidan praktik mandiri dan dokter, namun masih ada kesenjangan antara cakupan K1 dan cakupan K4. Hal ini dikarenakan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di tempat yang berbeda-beda dan tidak selalu membawa Buku KIA, sehingga perkembangan kesehatan ibu hamil tersebut tidak tercatat dalam Buku KIA, dan tidak dilaporkan oleh bidan desa. Setiap kehamilan mendapat 1 (satu) Buku KIA. Buku KIA merupakan buku dokumentasi yang berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita) dan juga memuat informasi tentang cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak.

Penutup

Aspek input pelayanan kehamilan sudah baik karena didukung oleh Sumber Daya Manusia (SDM) yang tercukupi dan berkualitas, tersedia sumber dana, sarana dan prasarana, serta *Standard Operating Procedure* (SOP) yang baik. Proses pelaksanaan pelayanan kehamilan sudah sesuai Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Output pelayanan kehamilan belum optimal karena cakupan K4 tidak dapat mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami tujukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, Kepala Puskesmas beserta seluruh bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II atas segala bantuan, kerja sama dan partisipasi yang telah diberikan.

Daftar Pustaka

- Aeni, N. (2013). Faktor Risiko Kematian Ibu. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 7(10). 453–459.
- Ahmad, Hamzah, A., & Maria, I. L. (2013). Pelaksanaan Program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Dinas Kesehatan Kabupaten Buol. *Jurnal Administrasi & Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2(2). 19–28.
- Ariyanti, D. F. (2010). Analisis Kualitas Pelayanan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas di Kabupaten Purbalingga. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Asfian. (2008). Analisis Pemanfaatan Pedoman Kerja Bidan Dalam Pengelolaan Program KIA-KB Di Puskesmas Kota Pontianak. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Astuti, S. P. (2008). Pola Pengambilan Keputusan Keluarga dan Bidan dalam Merujuk Ibu Bersalin

ke Rumah Sakit pada Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Demak. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.

Depkes RI. (2009a). *Pedoman Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Stiker*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Depkes RI. (2009b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Diana, Sukandar, & Handono. (2014). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Komplikasi Obstetri Ibu dan Bayi di Kecamatan Parongpong Kabupaten Bandung Barat. *Skripsi*. Bandung: Universitas Padjadjaran.

Dinas Kesehatan Kabupaten Demak. (2015). *Profil Kesehatan Tahun 2014*. Demak: Dinas Kesehatan Kabupaten Demak.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2015). *Buku Saku Kesehatan Tahun 2014*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Retrieved from <http://www.dinkesjatengprov.go.id>

Gusna, E., Sulaini, P., & Bachtiar, H. (2016). Analisis Cakupan Antenatal Care K4 Program Kesehatan Ibu dan Anak di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 5(1). 1–9.

Helmizar. (2014). Evaluasi Kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal) dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 9(2). 197–205. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>

Hernandez, J. C., & Moser, C. M. (2013). Community Level Risk Factors for Maternal Mortality in Madagascar. *African Journal of Reproductive Health*, 17(4), 118–129.

Kemenkes RI. (2010a). *Pedoman Bidan Koordinator. Annual Reports 1989-2009*. Jakarta: Departemen Kesehatan. Retrieved from <http://www.gizikia.depkes.go.id/download/Buku-Pedoman-Bidan-Koordinator.pdf>

Kemenkes RI. (2010b). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Kemenkes RI. (2013a). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta.

Kemenkes RI. (2013b). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.

Moleong, L. J. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Mufidz, M. (2016). Evaluasi Input Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue di Dinas Kesehatan Kab. Tegal (Studi kualitatif di Kab. Tegal). *Unnes Journal of Public Health*. 5(2). 156–166.

Pratiwi, N. L., Suprpto, A., Laksono, A. D., R, B., Rukmini, Gurendro, S. (2014). Kajian Kebijakan Penyaluran Dana Bantuan Operasional Kesehatan dalam Mendukung Pencapaian Kesehatan Ibu dan Anak (MDGs 4,5) di Tiga Kabupaten, Kota di Propinsi Jawa Timur Indonesia. *Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 17(4). 395–405.

Purwitasari, A. Y. (2012). Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak Propinsi Banten Tahun 2011. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia.

Puspitasari, L. (2012). Gambaran Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 1(2). 1054–1060.

- Rahmawati, L. (2013). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pencapaian Cakupan K4 di Puskesmas Rowosari Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2(1).
- Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- Rezita, R. (2015). Pengaruh Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) terhadap Kinerja Pegawai pada Badan Perpustakaan dan Arsip Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Sakinah, V., & Fibriana, A. I. (2015). Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil melalui Pemberdayaan Kader ANC. *Unnes Journal of Public Health*. 4(1). 54–60.
- Saraswati, N., & Mardiana. (2016). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil (Studi Kasus di RSUD Kabupaten Brebes Tahun 2014). *Unnes Journal of Public Health*. 5(2). 90–99.
- Stalker, P. (2008). Millenium Development Goal. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 14(3). 318–21.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Yego, F., Este, C. D., Byles, J., Williams, J. S., & Nyongesa, P. (2014). Risk Factors for Maternal Mortality in a Tertiary Hospital in Kenya : a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14(38).
- Yunita, H., Kuntjoro, T., & Purnami, C. T. (2013). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Desa dalam Deteksi Dini Resiko Tinggi Ibu Hamil pada Pelayanan Antenatal di Kabupaten Bengkulu Selatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. 01(02).

ANALISIS KESIAPAN IMPLEMENTASI PERATURAN DAERAH KOTA SEMARANG NOMOR 3 TAHUN 2013 TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK DI UNIVERSITAS DIPONEGORO

Lutfiyah Rizqulloh¹, Sutopo Patria Jati¹, Septo Pawelas Arso¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

Surel: lutfiyah.rizqulloh@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemerintah Kota Semarang mengeluarkan Peraturan Daerah No.3 tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Universitas Diponegoro (UNDIP) termasuk wilayah yang wajib menerapkan kawasan tanpa rokok sesuai amanat Perda Kota Semarang No.3 tahun 2013. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimanakah kesiapan Undip dalam mengimplementasi kebijakan Perda Kota Semarang No.3 tahun 2013.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Sample penelitian terdiri dari kejadian yakni kesiapan implementasi Perda Kota Semarang no.3 tahun 2013 terhadap pelaksanaan kewajiban dan larangan di kawasan tanpa rokok Undip sebanyak 15 orang. Analisis data menggunakan *Content Analysis*.

Hasil dan Pembahasan: Undip belum siap dalam mengimplementasikan Perda Kota Semarang no.3 tahun 2013 dikarenakan komitmen pimpinan Undip masih rendah dengan belum dikeluarkannya SK Rektor terkait penerapan kampus tanpa rokok dan Undip masih tergantung pada CSR dari industri rokok dalam pendanaan untuk pembangunan menuju visi Undip 2020 universitas riset dan menuju Undip universitas kelas dunia (*world class university*). Walaupun secara keseluruhan civitas akademik Undip sudah sangat mendukung adanya kampus kawasan tanpa rokok.

Kesimpulan: Untuk saat ini yang Undip bisa lakukan ialah Kawasan Terbatas Merokok (KTM) dengan Undip masih menyediakan tempat khusus merokok dan lebih banyak lagi menyediakan media promosi terkait tanda atau larangan kawasan tanpa merokok.

Kata Kunci: Kawasan Tanpa Rokok, kesiapan, Perguruan Tinggi

ABSTRACT

Background: *No smoking area has been in effect since 2013 in Semarang at the Regional Regulation of Semarang. Diponegoro University including areas that are required to apply no smoking area as mandated by regulation of Semarang number 3 of 2013. The purpose of this research is to find out how the readiness implementation of regulation of Semarang number 3 of 2013 in Diponegoro University.*

Methods: *This research uses a qualitative methodology with descriptive approach. Research sample consists of incidence that is the implementation regulation of Semarang number 3 of 2013 on the implementation of obligations and restrictions in the no smoking area in Undip as many as 15 people. Data analysis uses content analysis.*

Results: *Content analysis results found that Undip not yet ready to implement the regulation of Semarang number 3 of 2013 because Undip still very dependent on the tobacco industry in funding for the development towards vision 2020 Undip research universities and towards world-class university.*

Conclusion: *Undip can do is Limited Smoking Area (KTM) with Undip still provide a special place to smoke and more provide media-related promotional signs or region without a smoking prohibition.*

Key Words: *No Smoking Area, Readiness, University*

Pendahuluan

Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan dihisap dan atau dihirup asapnya, termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan ataupun bahan tambahan.¹

Indonesia merupakan negara dengan konsumsi rokok terbesar ke empat di dunia setelah China, Rusia, dan Amerika. Jumlah batang rokok yang dikonsumsi di Indonesia cenderung meningkat dari 182 milyar batang pada tahun 2001 menjadi 260,8 milyar batang pada tahun 2009.²

Prevalensi perokok 16 kali lebih tinggi pada laki-laki (65,9%) dibandingkan perempuan (4,2%). Juga tampak yang lebih tinggi pada penduduk yang tinggal dipedesaan, tingkat pendidikan rendah (tamat atau tidak tamat SD), pekerjaan informal sebagai petani/nelayan/buruh dan status ekonomi rendah. Secara nasional, rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap tiap hari oleh lebih dari separuh (52,3%) perokok adalah 1-10 batang. Sekitar dua dari lima perokok saat ini rata-rata merokok sebanyak 11-20 batang per hari. Sedangkan prevalensi yang merokok rata-rata 21-30 batang perhari dan lebih dari 30 batang perhari masing-masing sebanyak 4,7% dan 2,1%.³ Proporsi penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok dan mengunyah tembakau cenderung meningkat, berdasarkan Riskesdas 2007 sebesar 34,2 persen, Riskesdas 2010 sebesar 34,7 persen dan Riskesdas 2013 menjadi 36,3 persen. Proporsi tertinggi pada tahun 2013 adalah di Nusa Tenggara Timur (55,6%). Besarnya masalah rokok bervariasi di tiap provinsi di Indonesia, baik pada populasi laki-laki dan perempuan. Variasi di tiap provinsi erat kaitannya dengan tradisi dan budaya masyarakat setempat, baik pada konsumsi tembakau hisap maupun kunyah.⁴

Diperkirakan lebih dari 43 juta anak tinggal bersama perokok dan terpapar pada asap rokok di lingkungannya dan disebut sebagai perokok pasif. Anak yang terpapar asap rokok dapat mengalami peningkatan risiko terkena bronkitis, pneumonia, infeksi telinga tengah, asma serta keterlambatan pertumbuhan paru-paru. Kerusakan kesehatan dini ini dapat menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa. Orang dewasa bukan perokok pun yang terus menerus terpapar juga akan mengalami peningkatan risiko kanker paru dan jenis kanker lainnya. Dan terbukti cukup kuat rokok sebagai penyebab kanker mulut, tenggorokan, lambung, pankreas, hati, ginjal, ureter, kandung kemih, mulut rahim dan sumsum tulang.⁵ Asap rokok orang lain terdiri dari asap rokok utama (main stream) yang dihembuskan dari mulut perokok yang mengandung 25% kadar bahan berbahaya, dan asap rokok sampingan dari ujung rokok yang dibakar (side stream) yang mengandung 75% kadar bahan berbahaya. Asap rokok mengandung lebih dari 4.000 jenis senyawa kimia. Sekitar 400 jenis diantaranya merupakan zat beracun (berbahaya) dan 69 jenis tergolong zat penyebab kanker (karsinogenik).⁶ Asap rokok orang lain merupakan zat sangat kompleks berisi campuran gas, partikel halus yang dikeluarkan dari pembakaran rokok.

Di Indonesia masalah rokok menjadi masalah nasional, karena menyangkut berbagai strata sosial di bidang kehidupan seperti kesehatan, ekonomi dan sosial.⁷ Selain dampak kesehatan asap rokok orang lain juga akan berdampak terhadap ekonomi individu, keluarga dan masyarakat

akibat hilangnya pendapatan karena sakit dan tidak dapat bekerja, pengeluaran biaya obat dan biaya perawatan.⁸ Salah satu kebijakan yang dibuat pemerintah untuk mendukung pengendalian konsumsi tembakau lahirilah Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan sebagai tindak lanjut amanat pasal 116 Undang-undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah ini mencabut Peraturan Pemerintah Nomor 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

Penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan meliputi produksi dan impor, peredaran, perlindungan khusus bagi anak dan perempuan hamil dan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan, pemerintah, dan pemerintah daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok.¹ Sebagai turunan kebijakan tersebut Kota Semarang sudah mengeluarkan kebijakan kawasan tanpa rokok, dengan diawalinya melalui Peraturan Walikota No.12 tahun 2009 tentang KTR dan KTM (Kawasan Terbatas Merokok) serta pada Peraturan Daerah (Perda) Kota Semarang No. 3 tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok. Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan. Dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi. Perda Kota Semarang No. 3 tahun 2013 mengatur mengenai Kawasan Tanpa Rokok, dalam perda tersebut kawasan tanpa rokok meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum.

Menurut hasil survei pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 30 Desember 2014 melalui wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang terkait sosialisasi Perda Kota Semarang No.3 tahun 2013, Pemerintah Daerah Semarang sudah melakukan sosialisasi kepada tujuh tempat kawasan tanpa rokok terutama ke tempat pendidikan seperti SD, SMP, dan SMA. Untuk di pendidikan perguruan tinggi terkait perda ini memang belum disosialisasikan, akan tetapi dari bagian sosialisasi Promosi Kesehatan dan Informasi Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang para akademisi harapannya sudah mengerti dengan adanya peraturan tersebut. Karena perda tersebut sudah disebar luaskan di media. Dan berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan KPKTR (Komunitas Peduli Kawasan Tanpa Rokok) pada tanggal 31 Desember 2014 mengatakan bahwa hasil observasi yang dilakukan oleh KPKTR rata-rata pelanggaran terkait kawasan tanpa rokok paling banyak terjadi pada tempat proses belajar mengajar (sekolah dan kampus) dan tempat kerja.

Dalam hal ini Universitas Diponegoro merupakan salah satu tempat belajar mengajar yang masih ditemukan pelanggaran terhadap larangan di lokasi KTR. Perguruan tinggi merupakan tempat belajar mengajar yang berpotensi besar menghasilkan para pemimpin masa depan dan menjadi agen perubahan. Universitas Diponegoro yang merupakan salah satu perguruan tinggi

negeri besar di Semarang adalah salah satu tempat proses belajar mengajar yang masuk dalam kawasan tanpa rokok sesuai dengan yang tercantum dalam perda Kota Semarang no. 3 tahun 2013. Universitas Diponegoro juga masih berada dalam wilayah pemerintahan Kota Semarang. Sehingga seharusnya sudah mampu menerapkan aturan ini secara baik. Terlebih dengan visi misi Universitas Diponegoro 2020 menjadi universitas riset unggul. Di dalam riset tersebut terdapat salah satu aspek terkait melaksanakan penelitian untuk mendukung pengembangan sains dan teknologi, hal ini sejalan dengan penelitian dampak rokok dan merokok bagi kesehatan. Pada universitas riset segala kebijakannya harus ada risetnya dan semua berdasarkan ilmiah. Hal ini seharusnya sejalan dengan visi perda, sehingga mempermudah dalam penerapan perda Kota Semarang no. 3 tahun 2013 di Universitas Diponegoro.

Namun pada kenyataannya dalam pelaksanaan peraturan KTR ini Undip belum mampu menerapkan KTR seutuhnya. Dari 11 fakultas yang terdapat di Undip, Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) merupakan fakultas yang pertama kali menerapkan kampus bebas asap rokok di tahun 2008, lalu pada tahun 2014 Fakultas Ekonomi dan Bisnis juga ikut menerapkan KTR. Setelah enam tahun mencangkan kampus bebas rokok, hingga kini FKM tetap konsisten dalam melakukan berbagai kampanye untuk hidup sehat tanpa rokok. Melalui gerakan Go Undip KTR yang diusulkan oleh FKM diharapkan Undip mampu mewujudkan dan menerapkan KTR di kampus. Gerakan Go Undip KTR juga diharapkan mampu mendesak pimpinan Universitas yaitu rektor untuk mengeluarkan Surat Keputusan (SK) mengenai kebijakan KTR di wilayah Undip. Berdasarkan wawancara dengan rektor Undip pada tanggal 16 Maret 2015 dengan masa kepengurusan Prof. Sudharto P. Hadi, MES, Ph. D beliau sangat mendukung inisiasi dari Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Undip dalam mewujudkan KTR di Undip, inisiasi tersebut sudah dilakukan sejak 2008 hingga sekarang. Rektor yang terbaru masa kepengurusan Prof. Dr. Yos Johan Utama, S.H.,M.Hum juga sangat mendukung untuk mewujudkan KTR di Undip. Dibuktikan dengan beliau menyetujui pakta integritas yang diberikan kepada BEM KM Undip, yang salah satu pointnya yaitu mewujudkan KTR di Undip.¹⁰

Walaupun di beberapa rektorat sudah ada peraturan tentang larangan merokok, tapi belum diterapkan kawasan tanpa rokok secara optimal. Masih banyak mahasiswa, dosen bahkan karyawan yang merokok di lingkungan kampus dengan leluasa, serta belum sepenuhnya dipasang tanda larangan merokok. Hal ini terjadi karena belum adanya peraturan tegas seperti SK Rektor tentang kawasan tanpa rokok di Undip. Hasil survei pendahuluan tersebut didapat bahwa kendala dari kesiapan penerapan KTR di Undip yaitu kurang pemahaman tentang ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan, sumber-sumber kebijakan yang belum terlaksana dengan baik, komunikasi antar organisasi dari pihak Undip dengan Dinas Kesehatan belum berjalan efektif dalam melaksanakan kebijakan KTR, kemudian dari kondisi lingkungan ekonomi, sosial, dan politik yang ada di Undip, dan sikap dari pelaksana (implementor) terkait pemahaman, tanggapan dan intensitas sikap pelaksana terhadap kebijakan KTR serta masih rendahnya komitmen pelaksana dalam menerapkan kebijakan KTR di Undip.

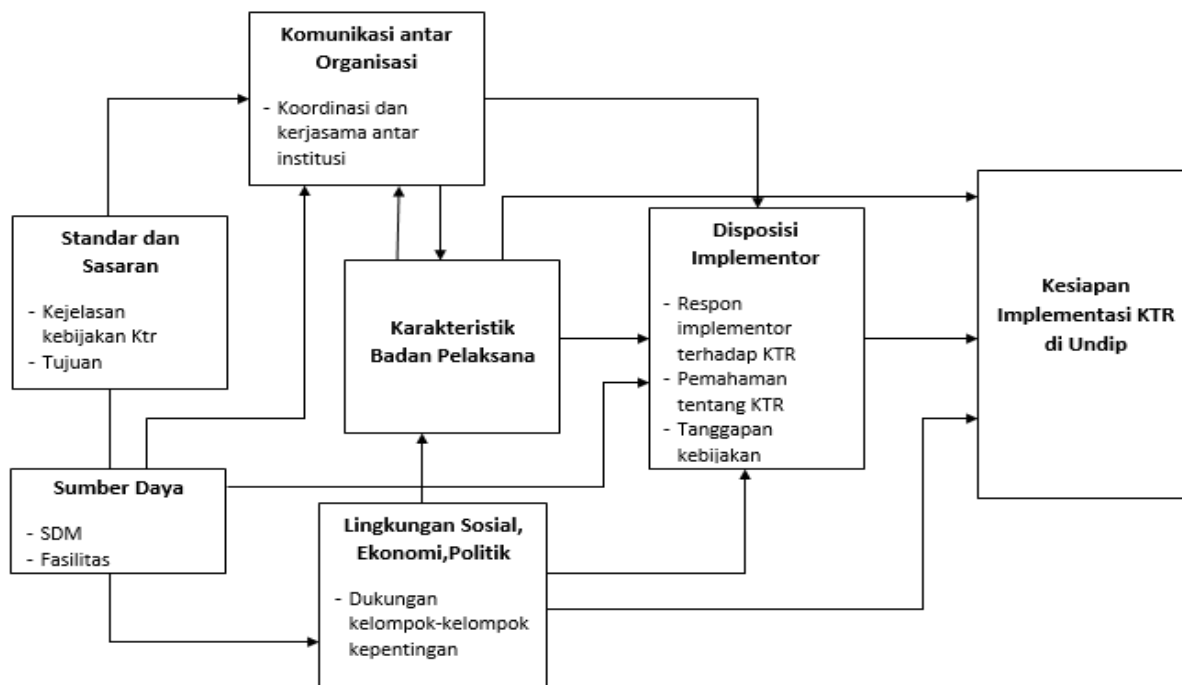
Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh. Hal ini berarti kegagalan suatu implementasi kebijakan sering diakibatkan oleh ketidaktaatan para pelaksana terhadap kebijakan. Komitmen dari pelaksana (implementor) juga harus bersungguh-sungguh dalam menjalankan tugasnya. Berdasarkan permasalahan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Bagaimana analisis kesiapan implementasi Perda Kota Semarang No.3 tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Undip?”

Metode

Jenis penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Informan utama dalam penelitian ini adalah civitas akademika Universitas Diponegoro yang terdiri dari dekan, dosen, mahasiswa, dan karyawan dengan kriteria dekan yang memiliki SK KTR dan dekan yang tidak memiliki SK KTR, dosen yang pernah merokok dan berhenti merokok, dosen yang merokok, dan dosen yang belum pernah merokok, mahasiswa yang pernah merokok dan berhenti merokok, mahasiswa yang merokok, dan mahasiswa yang belum pernah merokok, karyawan yang honorer dan tidak honorer yang pernah merokok dan berhenti merokok, karyawan yang merokok, dan karyawan yang belum pernah merokok. Informan triangulasi dalam penelitian ini adalah pemangku kebijakan yang ada di Undip yaitu Rektor Undip, Senator Undip, Pembantu Rektor III. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi di lapangan. Sedangkan triangulasi dilakukan untuk memeriksa kebenaran data yang diperoleh kepada pihak-pihak lain yang dapat dipercaya.

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara penelusuran terhadap dokumen yang berhubungan dengan kesiapan Universitas Diponegoro dalam menerapkan peraturan daerah kota Semarang no.3 tahun 2013 dan gambaran umum profil Universitas Diponegoro. Untuk mencapai keabsahan data pada penelitian kualitatif dilakukan dengan proses triangulasi. Pada penelitian ini peneliti memakai triangulasi sumber, dimana membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif.

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat sebagai bahan rujukan Undip dalam mengimplementasikan kawasan tanpa rokok agar didapat pemikiran tentang perlunya agenda kebijakan untuk perlindungan kesehatan dilingkungan kampus Undip terhadap bahaya dari merokok. Kerangka konsep dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Kerangka Konsep

Hasil dan Pembahasan

1. Karakteristik Informan

Informan utama berjumlah dua belas orang civitas akademika Universitas Diponegoro yang terdiri dari tiga dekan, tiga mahasiswa, tiga dosen dan tiga karyawan dengan karakteristik sebagaimana terlihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan Utama

| Inisial | Umur (Tahun) | Pendidikan | Jabatan |
|---------|-----------------|------------|------------------------|
| IU1 | 29 | SMK | Karyawan FKM |
| IU2 | 34 | SMA | Karyawan Psikologi |
| IU3 | 46 | S1 | Kepala Bagian TU Undip |
| IU4 | 21 | Mahasiswa | Mahasiswa FT |
| IU5 | 26 | Mahasiswa | Mahasiswa FEB |
| IU6 | 20 | Mahasiswa | Mahasiswa FIB |
| IU7 | 32 | S2 | Dosen FPIK |
| IU8 | 50 | S2 | Dosen FISIKA |
| IU9 | 53 | S3 | Dosen FKM |
| IU10 | 46 | S3 | Dekan FKM |
| IU11 | 49 | S3 | Dekan FISIP |
| IU12 | 44 | S3 | Dekan FEB |

Dari tabel 1 semua informan inti berumur sekitar 20-53 tahun. Berdasarkan tingkat pendidikan, semua informan merupakan lulusan SMK, SMA, S2, dan lulusan S3. Dan berdasarkan jabatan, semuanya merupakan civitas akademik Undip yang tentunya memiliki peran dalam mempersiapkan pelaksanaan kebijakan KTR di Undip.

Informan triangulasi penelitian terdiri dari tiga orang yang terdiri dari pemangku kebijakan yang ada di Undip yaitu Rektor Undip, Pembantu Rektor III, dan Senat Universitas.

Tabel 2. Karakteristik Informan Triangulasi

| Inisial | Umur (Tahun) | Pendidikan | Jabatan |
|---------|-----------------|------------|---------------------------------|
| IT1 | 53 | S3 | Rektor Universitas |
| IT2 | 63 | S3 | Sekretaris Senat Universitas |
| IT3 | 44 | S3 | Pembantu Rektor III |

Dari tabel 2 semua informan inti berumur sekitar 44-63 tahun. Berdasarkan tingkat pendidikan, semua informan merupakan lulusan S3. Dan berdasarkan jabatan, semuanya merupakan orang yang memiliki peran dalam mempersiapkan pelaksanaan kebijakan KTR di Undip

2. Standar dan Sasaran Kebijakan dalam Kesiapan Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Undip

Kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran. Karena dijadikan sebagai kriteria penilaian, maka standar dan sasaran dirumuskan secara spesifik dan kongkret. Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan informan inti maupun informan lainnya (triangulasi) banyak yang masih mengatakan kawasan tanpa rokok merupakan kawasan yang orang tidak merokok ditempat tertentu atau ditempat tersebut. Walaupun ada salah satu dosen yang mengatakan bahwa kawasan tanpa rokok tidak hanya dilarang untuk merokok dikawasan tersebut tapi juga memproduksi, mengiklankan, mempromosikan itu tidak boleh didalam kawasan tersebut. Ditinjau dari konteks tersebut bahwa civitas akademika yang ada di Undip masih memiliki persepsi yang beragam terkait kawasan tanpa rokok. Keberagaman persepsi ini lah yang menimbulkan pandangan yang berbeda-beda terkait KTR. Konteks dari kebijakan KTR ini juga sebagai pengendalian konsumsi tembakau. Selain itu dari segi konten kebijakan KTR yang ada di Undip, sudah diinisiasi oleh dua fakultas yaitu FKM dengan mengeluarkan SK Dekan dan FEB dengan mengeluarkan Surat Edaran. SK Dekan FKM menyatakan bahwa fakultas tersebut bebas asap rokok dan pada pasal 8 mengatakan bahwa FKM menyediakan tempat khusus merokok dengan tempat terpisah. Dengan diawali dari FKM yang sudah mengeluarkan SK Dekan tentang kampus bebas asap rokok dengan maksud ruangan atau area yang dinyatakan untuk merokok.

SK Dekan FKM juga sudah membentuk Satuan Tugas (Satgas) yang dilimpahkan wewenang tersebut kepada dosen-dosen di FKM. Satgas ini bertujuan untuk mengawasi mahasiswa, dosen atau karyawan yang merokok sembarangan di lingkungan FKM dengan dikenakan denda administrasi sebesar Rp 50.000. Akan tetapi keberadaan satgas selama ini tidak begitu jelas bahkan alur sangsi yang ada pun masih sebagian besar civitas akademika FKM tidak begitu tahu. Sampai sekarangpun regulasi dari satgas ini belum jelas.

Surat Edaran yang dikeluarkan oleh Dekan FEB sejak 2014 mengatakan bahwa kampus FEB sebagai kawasan tanpa rokok dengan menyediakan tempat khusus merokok. Surat Edaran tersebut berdasarkan hasil observasi lapangan hanya ditempel di dinding ruangan akan tetapi untuk pengawasan bagi yang melanggar masih sangat minim. Isi konten dari surat edaran yang dikeluarkan oleh Dekan FEB sangat kontradiktif dengan Perda KTR Kota Semarang. Di dalam Perda KTR Kota Semarang tempat proses belajar mengajar yang termasuk dalam kawasan tanpa rokok dilarang merokok di area tersebut dan tidak ada penyediaan tempat khusus merokok akan tetapi diwajibkan untuk memasang pengumuman dan tanda larangan kegiatan produksi, menjual, iklan, promosi penggunaan rokok. Penyediaan tempat khusus merokok hanya di tempat kerja, tempat umum dan tempat lainnya.

Ketidakpahaman para kebijakan dalam mendefinisikan suatu kebijakan. Nantinya akan berdampak kepada ketidaktepatan kebijakan yang diambil dengan tujuan kebijakan yang ada. Dengan hal ini ketika pemangku kebijakan yang ada di Undip ingin menerapkan KTR di Undip, perlu dilakukannya keseragaman pemahaman kepada seluruh civitas akademik terkait KTR yang memang sesuai dengan peraturan yang ada.

3. Sumber Daya

Sumber daya yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu segala bentuk dana, tenaga, dan sarana prasarana yang mendukung kesiapan implementasi kawasan tanpa rokok di Undip sesuai yang ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 Kesiapan Undip dari segi sumberdaya meliputi sumber daya manusia, pendanaan, dan sarana prasarana masih kurang memadai. Belum ada anggaran khusus untuk perda, sarana dan prasarana yang digunakan masih kurang. Dan yang tidak kalah pentingnya adalah tingkat kewenangan yang ada di Undip masih kurang tegas terkait pelanggaran yang terjadi. Sebagai satu hal yang menjadi sorotan penting untuk mempersiapkan penerapan perda di Undip adalah perlunya sebuah lembaga khusus yang menangani pelaksanaan perda ini agar lebih terarah dan optimal. Dengan adanya lembaga khusus ini maka peran sumber daya dalam implementasi perda ini baru akan tercapai dengan baik.

Komunikasi Antar Organisasi

Komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari kesiapan Undip dalam mengimplementasi kampus kawasan tanpa rokok. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Sehingga implementasi program harus dikomunikasikan dengan baik kepada pihak-pihak yang terkait. Selain itu, kebijakan yang dikomunikasikan pun harus tepat, akurat, dan konsisten. Penyampaian informasi mengenai

pelaksanaan Perda Semarang No.3 tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok yang ada di Undip sampai saat ini memang masih sangat minim sekali. Proses sosialisasi yang seharusnya dilakukan oleh pihak terkait yang dalam hal ini seharusnya adalah Pemerintah daerah Kota Semarang selama ini belum berjalan optimal di Undip. Sosialisasi yang sudah dilakukan sampai saat ini pun masih sebatas kepada Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Fakultas Kesehatan Masyarakat yang sejak dulu di tahun 2011 sudah ikut aktif dalam menyuarkan Undip KTR dan Dekan FKM. Hasil ini pun juga belum sampai kepada seluruh civitas akademika Undip yang lainnya.

Sementara itu, pihak dosen dan pengambil kebijakan di Undip dalam skala besar juga belum mendapat sosialisasi yang komprehensif dari pihak terkait yang dalam hal ini Pemerintah daerah Kota Semarang. Akibatnya, informasi yang diperoleh tentang Perda Semarang No.3 tahun 2013 secara keseluruhan tidak optimal di Undip. Walaupun Rektor Undip sudah sering melakukan sosialisasi terkait bebas rokok dalam kegiatan rapat-rapat di fakultas maupun di universitas. Hanya saja itu baru sekedar secara tidak formal terkait sosialisasi secara formal kepada fakultas-fakultas belum dilakukan sosialisasi KTR.

Dari hasil penelitian didapat bahwa dukungan dari fakultas yang ada di Undip terkait kawasan tanpa rokok beberapa fakultas sangat mendukung dengan adanya kawasan tanpa rokok ini dan dari pihak kemahasiswaan Undip juga akan menyusun draft peraturan rektor terkait kawasan tanpa rokok di lingkungan Undip. Namun sebelum pihak Undip mempersiapkan draft terkait kawasan tanpa rokok harus berkoordinasi juga dengan pemerintah daerah Kota Semarang selaku pembuat kebijakan perda KTR. Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi.

4. Lingkungan Sosial, Ekonomi, Politik

Kondisi-kondisi lingkungan mempunyai pengaruh yang penting pada keinginan dan kemampuan organisasi pelaksana. Lingkungan eksternal dalam hal ini lingkungan sosial, ekonomi, dan politik turut mendorong keberhasilan kebijakan publik khususnya dalam kesiapan Undip kampus kawasan tanpa rokok. Lingkungan sosial dan ekonomi di Undip cukup kondusif tetapi tidak dengan lingkungan politiknya. Pengaruh lingkungan sosial yang ada di Undip cukup kondusif dalam mempersiapkan Undip KTR hal ini dikarenakan lingkungan Undip yang ada di Undip berstatus para akademisi sehingga dengan mudahnya menerima adopsi kebijakan baru. Dari pengaruh sumber-sumber ekonomi yang ada di Undip sudah tergolong cukup, akan tetapi beberapa dana kemahasiswaan yang masih kurang. Sehingga masih bergantung pada industri rokok yang seharusnya bisa di inovasi dengan beralih pada sponsor yang lain. Dan dari pengaruh lingkungan politik penentangan dari sponsor rokok yang ada di Undip tidak ada pertentangan secara langsung kepada fakultas-fakultas yang mendapatkan sponsor dari Undip akan tetapi pertentangannya lebih secara tidak langsung.

5. Karakteristik Badan Pelaksana

Dalam pengimplementasian suatu program, karakter dari para pelaksana kebijakan atau program harus berkarakteristik keras dan ketat pada aturan serta taat pada sanksi hukum yang berlaku. Dari penelitian yang dilakukan hubungan Undip dengan pembuat kebijakan yaitu pemerintah daerah Kota Semarang cukup baik, akan tetapi terkait peraturan kawasan tanpa rokok masih sama sekali belum ada pembahasan dari pihak pemerintah daerah Kota Semarang dan kebijakan yang ada di Undip tidak tumpah tindih dengan kebijakan kawasan tanpa rokok, karena memang kebijakan kawasan tanpa rokok belum ada kebijakannya dan belum dibahas. Sehingga membuat pimpinan di Undip belum bisa bersikap tegas. Dikarenakan juga Undip dibawah naungan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Dikti) dan dari Dikti belum ada peraturan yang mengatur kampus harus kawasan tanpa rokok.

6. Disposisi Implementor

Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh. Hal ini berarti kegagalan suatu implementasi kebijakan sering diakibatkan oleh ketidaktaatan para pelaksana terhadap kebijakan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan semua civitas akademik memiliki respon yang sangat baik terkait kesiapan kawasan tanpa rokok di Undip dan respon tersebut tidak sama sekali bertentangan dengan nilai pribadi yang ada di masing-masing civitas akademik. Semua civitas akademik Undip memiliki komitmen yang sangat baik terkait kesiapan Undip menuju kampus kawasan tanpa rokok. Untuk saat ini Undip belum siap secara maksimal dalam mengimplementasikan Perda Kota Semarang No.3 tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok, dikarenakan Undip masih sangat tergantung kepada industri rokok dalam pendanaan untuk pembangunan menuju visi Undip 2020 universitas riset dan menuju Undip universitas kelas dunia (*world class university*).

Dengan komitmen pimpinan Undip masih rendah dalam menegaskan perda KTR di lingkungan Undip. Di karenakan belum mampu melepaskan begitu saja CSR dari industri rokok. Walaupun secara keseluruhan civitas akademik Undip sudah sangat mendukung adanya kampus kawasan tanpa rokok. Untuk saat ini yang Undip bisa lakukan ialah Kawasan Terbatas Merokok (KTM) dengan Undip masih menyediakan tempat khusus merokok dan lebih banyak lagi menyediakan media promosi terkait tanda atau larangan kawasan tanpa merokok.

Penutup

Penerapan Perda Kota Semarang terkait Kawasan Tanpa Rokok belum bisa diberlakukan di Undip secara maksimal dapat dilihat dari standar dan sasaran kebijakan masih secara beragam terkait pemahaman KTR pada civitas akademik Undip. Kesiapan Undip dari segi sumberdaya meliputi sumber daya manusia, pendanaan, dan sarana prasaran masih kurang memadai. Belum ada anggaran khusus untuk perda, sarana dan prasarana yang digunakan masih kurang. Komunikasi antar organisasi pembuat kebijakan dalam hal ini Pemerintah Daerah Kota Semarang masih sangat minim dalam hal mensosialisasikan KTR kepada pimpinan di Undip. Pada

lingkungan sosial dan ekonomi di Undip cukup kondusif tetapi tidak dengan lingkungan politiknya penentangan dari sponshor rokok yang ada di Undip lebih secara tidak langsung. Karakteristik badan pelaksana yang ada di Undip masih belum bersikap tegas terkait pelanggaran yang terjadi di kawasan tanpa rokok. Akan tetapi semua civitas akademik memiliki respon yang sangat baik terkait kesiapan kawasan tanpa rokok di Undip.

Untuk saat ini yang Undip bisa lakukan ialah Kawasan Terbatas Merokok (KTM) dengan Undip masih menyediakan tempat khusus merokok dan lebih banyak lagi menyediakan media promosi terkait tanda atau larangan kawasan tanpa merokok.

Ucapan Terima Kasih

Keberhasilan penulis dalam menyelesaikan penelitian ini tidak terlepas dari bimbingan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak yang dengan ketulusan, kasih sayang, dan pengorbanannya memberikan bantuan kepada penulis. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis dengan tulus hati mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kedua orang tuaku Ummu tercinta Setiani, S.Pd, Abu tercinta Joko Sudarmo, S.Pd terima kasih banyak atas segala do'a, pengorbanan, dukungan dan kepercayaannya.
2. Prof. Dr. Yos Johan Utama, S.H., M.Hum selaku Rektor Universitas Diponegoro atas dukungan dan motivasinya.
3. Ibu Hanifah Maher Denny, SKM, MPH, PhD selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro beserta staf dan jajarannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan ini.
4. Bapak DR. Dr.Sutopo Patria Jati, MM, M.Kes selaku dosen pembimbing utama yang selalu bijaksana memberikan bimbingan, nasehat serta waktu selama penelitian dan penulisan.
5. Bapak Septo Pawelas Arso, SKM, MARS, selaku dosen pembimbing pendamping yang juga telah berdedikasi dalam membantu penyelesaian penelitian dan penulisan.
6. Ibu dr. Anneke Suparwati, MPH, selaku dosen penguji yang juga telah banyak meluangkan waktu dan tenaganya, memberikan bimbingan dan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan ini.
7. Pembantu Rektor III, Senat Universitas, Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Dosen FPIK, Dosen FSM, Dosen FKM serta karyawan Undip yang telah bersedia dan membantu menjadi informan dalam penelitian ini.
8. Seluruh Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro yang telah banyak membantu memberikan kelancaran administrasi.

Daftar Pustaka

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan.

Tobacco Control Support Center IAKMI. 2012. Atlas Tembakau Indonesia. Jakarta

- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Jakarta
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Panduan Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok: Jakarta
- International Agency for Research on Cancer, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Human. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking, Vol 83. 2004
- US Department of Health and Human Services, The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of Surgeon General. Atlanta, Georgia; 2006
- Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. 2010. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Peraturan Daerah Semarang No. 3 tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok
- <http://www.ph-cyber.com/2015/04/pakta-integritas-simbol-kehendak-dan.html> diakses pada tanggal 3 April 2015
- Suharto, Edi. 2005. *Analisis Kebijakan Publik*. Alfabeta:Bandung
- Abdul Wahab, Solichin. 2008. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Edisi Kedua. Jakarta:PT Bumi Aksara

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TERKAIT PEMANFAATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KELURAHAN PONDOK CABE UDIK TAHUN 2015

Sri Purwanti¹, Dewi Sabrina¹, Dzul Faridah Arinal Haq¹, Mutia Rahma, Ririn Novita Sari¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Surel: Purwantimatriks77@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang:Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditujukan untuk mempermudah akses pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang bermutu. Oleh karena itu beberapa kelompok masyarakat menanggapi positif adanya JKN dan ada pula yang sebaliknya. Beberapa detminan berperan dalam menentukan masalah tersebut antara lain pengetahuan dan sikap masyarakat.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode survei cepat (rapid survey) dengan total sampel sebanyak 210 yang diambil dari 30 klaster dan masing-masing kluster diambil 7 responden. Adapun instrumen yang digunakan yaitu dengan menggunakan lembar kuesioner .

Hasil: Sebanyak 88 orang (41,9%) responden memiliki pengetahuan yang kurang mengenai pemanfaatan program JKN , 35 orang (16,7%) memiliki pengetahuan yang cukup dan 87 orang (41,4%) baik. Sementara masyarakat yang menunjukkan sikap negatif terhadap JKN sebanyak 109 orang (51,9%) dan yang menunjukkan sikap positif sebanyak 101 (48,1%).

Kesimpulan:Sebagian besar pengetahuan terkait pemanfaatan JKN masyarakat Pondok Cabe Udik masih kurang dan sebagian besar masih memiliki sikap negatif.

Keywords: Pengetahuan, Sikap, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

ABSTRACT

Background: *The National Health Insurance (JKN) intended to facilitate access to the fulfillment of basic needs quality health. Therefore, some groups of people respond positively to the JKN and some are otherwise. Some determinant role in determining the issue, among others, knowledge, and attitudes.*

Methods: *This study used a rapid survey with a total of 210 samples were taken from 30 clusters and each cluster is taken 7 respondents. The instrument used is by using a questionnaire.*

Results: *A total of 88 people (41.9%) of respondents have less knowledge about the utilization of JKN program, 35 people (16.7%) have sufficient knowledge and 87 (41.4%) either. While the public that shows the negative attitude towards JKN as many as 109 people (51.9%) and indicating a positive attitude as much as 101 (48.1%).*

Conclusion: *The majority of knowledge concerning utilization JKN Pondok Cabe Udik society is still lacking and most still have a negative attitude.*

Keywords: *Knowledge, Attitudes, the National Health Insurance (JKN)*

Pendahuluan

Dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat 1 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini juga didukung dalam UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Salah satu program pemerintah untuk memberikan perlindungan dan kesejahteraan bagi rakyat Indonesia adalah melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

SJSN di bidang kesehatan direalisasikan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertujuan untuk memberikan jaminan dengan memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini merupakan salah satu bentuk asuransi kesehatan wajib bagi seluruh masyarakat Indonesia yang bertujuan untuk mengurangi risiko menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri (Undang-Undang, 2011). Sampai saat ini biaya kesehatan masih memerlukan dana yang cukup besar. Sehingga, Untuk masyarakat dengan taraf ekonomi menengah kebawah akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan jika biaya kesehatan masih ditanggung oleh dirinya sendiri.

Pentingnya Program Jaminan Kesehatan (JKN) ini nyatanya belum mendapat apresiasi masyarakat secara umum. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa determinan sehingga sebagian masyarakat turut berpartisipasi dengan mendaftarkan diri menjadi anggota dan ada pula yang sebaliknya. Berdasarkan Teori Green diketahui bahwasanya terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain faktor predisposisi (*predisposing*) yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan/keyakinan, nilai-nilai, serta karakteristik masyarakat, kedua faktor pemungkin (*enabling*) seperti sarana dan prasarana, dan yang ketiga yaitu faktor penguat (*reinforcing*) seperti dukungan dari pemangku kebijakan, kader atau tokoh agama, sikap petugas kesehatan, serta peraturan-peraturan yang terkait. (Notoatmodjo, 2010)

Sampai saat ini belum banyak survei atau penelitian mengenai implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sehingga dibutuhkan adanya survei cepat epidemiologi untuk mengetahui determinan perilaku tersebut, utamanya mengenai pengetahuan dan sikap masyarakat terkait pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pondok Cabe Udik merupakan kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Pamulang yang merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan BPJS di wilayah Tangerang Selatan. Dimana Tangerang Selatan termasuk urban area sehingga dimungkinkan adanya keterpaparan informasi yang lebih banyak daripada wilayah lainnya. Sehingga, dimungkinkan tingkat partisipasi masyarakat juga semakin tinggi. Oleh karena itu diperlukan kajian lebih lanjut untuk melihat gambaran nyata di lapangan sehingga dapat menghasilkan data yang

relevan untuk dijadikan masukan kepada BPJS Kesehatan ataupun Pemerintah setempat dalam pengambilan kebijakan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. SJSN adalah program Negara yang bertujuan untuk memberi perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun. Pengertian SJSN sebagaimana ditentukan dalam UU SJSN tersebut bermakna bahwa jaminan sosial adalah instrumen negara yang dilaksanakan untuk mengalihkan risiko individu secara nasional dengan dikelola sesuai asas dan prinsip-prinsip dalam UU SJSN (Putri, 2014).

Perilaku adalah aksi dari individu terhadap reaksi dari hubungannya (Suryani, 2003 dalam Fitriyani, 2011). Sedangkan, menurut (Robert Kwik, 1974 dalam Mubarak, 2007) perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dipelajari.

Sedangkan menurut Lawrence Green, 1980 dalam (Mubarak, 2007), perilaku terbentuk dari 3 faktor :

1. Faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas/sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
3. Faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, orang tua, dan sebagainya.

Kognitif/ pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Sejalan dengan itu, pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya (Soekanto, 2003:8) dalam (Mubarak, 2007). Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010). Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Berdasarkan penelitian Rogers (1974) dalam (Notoatmodjo, 2010),

Afektif/ sikap (*attitude*) merupakan respon tertutup terhadap stimulus, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dsb) dalam (Notoatmodjo, 2010). Hal ini sejalan dengan Newcomb, seorang ahli psikologi sosial dalam (Fitriyani, 2011) yang menyebutkan bahwa sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan/ praktik/ perbuatan (Mubarak, 2007). Untuk terwujudnya sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas atau sarana dan prasarana.

Diketuinya gambaran pengetahuan dan sikap masyarakat terkait pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional di kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015.

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Diketuinya distribusi responden terkait pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional di kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015.
- b. Diketuinya tingkat pengetahuan masyarakat terkait pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional di kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015
- c. Diketuinya sikap masyarakat terkait pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional di kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015
- d. Diketuinya pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional di kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode survei cepat (*rapid survey*), Dilakukan di kelurahan Pondok Cabe Udik kecamatan Pamulang pada bulan Oktober hingga November 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang tinggal di kelurahan Pondok Cabe Udik kecamatan Pamulang. Sedangkan untuk pengambilan sampel dilakukan kluster dua tahap, dimana jumlah RT kelurahan Pondok Cabe Udik dibagi menjadi 30 kluster dan masing-masing kluster diambil sebanyak 7 responden. Sehingga jumlah sampel untuk penelitian ini adalah 30 kluster x 7 responden = 210 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner yang ditanyakan langsung oleh peneliti. Adapun analisis data menggunakan *Software SPSS 16.0*.

Hasil dan Pembahasan

Gambaran umum distribusi responden dapat dilihat berdasarkan tabel berikut;

Tabel 1. Gambaran umum distribusi responden terkait pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

| Karakteristik Responden | Jumlah (N) | Persentase (%) |
|-------------------------|------------|----------------|
| Jenis Kelamin | 70 | 33,3% |
| Laki –laki | 140 | 66,7% |
| Perempuan | | |
| Tingkat Pendidikan | | |
| Tidak sekolah | 6 | 2,9% |
| Tidak tamat SD | 3 | 1,4% |
| SD | 32 | 15,2% |
| SMP | 37 | 17,6% |

| | | |
|-------------------------|-----|-------|
| SMA | 75 | 35,7% |
| Perguruan Tinggi (PT) | 57 | 27,1% |
| Pekerjaan | | |
| PNS | 5 | 2,4% |
| Non PNS | 85 | 40,5% |
| Ibu Rumah Tangga | 93 | 44,3% |
| Lainnya | 27 | 12,9% |
| Status Keanggotaan BPJS | | |
| Anggota BPJS | 87 | 41,4% |
| Bukan Anggota BPJS | 123 | 58,6% |

Jenis kelamin perempuan lebih banyak daripada laki-laki yaitu 70 orang (33,3%) laki-laki, dan 140 (66,7%) perempuan. Hal ini dikarenakan dikarenakan waktu yang digunakan peneliti pada saat pengumpulan data di masyarakat adalah siang dan sore hari yang mana biasanya laki-laki atau suami masih sibuk bekerja. Selain itu, ada beberapa calon responden laki-laki yang menolak untuk diwawancarai dan menyuruh istri atau saudaranya untuk menggantikan dirinya sebagai responden penelitian.

Tingkat pendidikan masyarakat paling banyak yaitu SMA sebanyak 75 orang (35,7%), sementara yang paling sedikit yaitu tidak tamat SD sebanyak 3 orang (1,4%) Hal ini disebabkan sebagian besar yang menjadi responden peneliti yaitu perempuan atau ibu rumah tangga, dan kebanyakan dari ibu rumah tangga pendidikan terakhirnya yaitu SMA. Selain itu, wilayah kerja Puskesmas Pamulang termasuk wilayah kota sehingga sebagian respondennya mempunyai tingkat pendidikan menengah keatas.

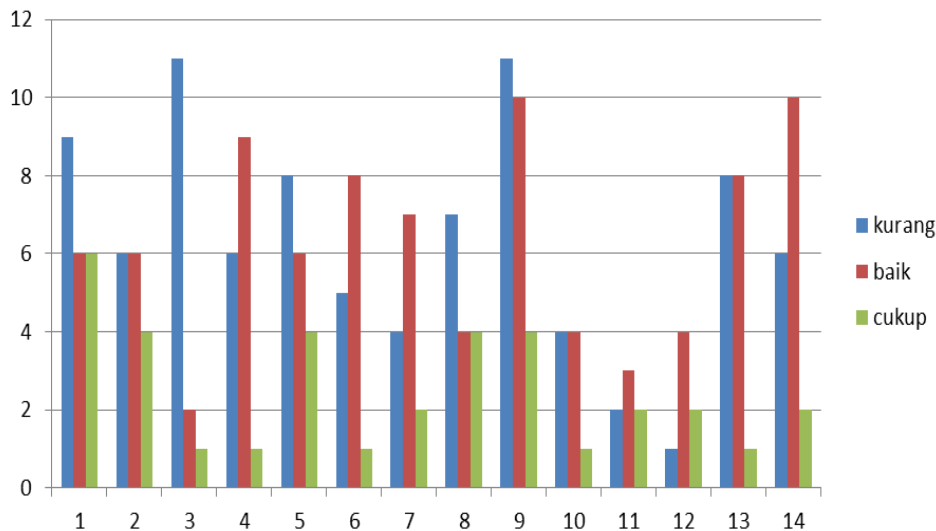
Gambaran Tingkat Pengetahuan Responden Terkait Pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015 dapat diketahui berdasarkan tabel dibawah ini;

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan mengenai pemanfaatan program JKN di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

| Pengetahuan | Jumlah (orang) | Persentase (%) |
|-------------|----------------|----------------|
| Kurang | 88 | 41.9% |
| Baik | 87 | 41.4% |
| Cukup | 35 | 16.7% |
| Total | 210 | 100% |

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa tidak berbeda jauh jumlah responden yang pengetahuan kurang dengan responden yang pengetahuan baik. Pengetahuan seseorang individu erat kaitannya dengan perilaku yang akandiamilnya, karena dengan pengetahuan tersebut ia memiliki alasan dan landasan untuk bertindak. Sehingga pengetahuan yang kurang dapat berpengaruh pada perilaku pengambilan keputusan.

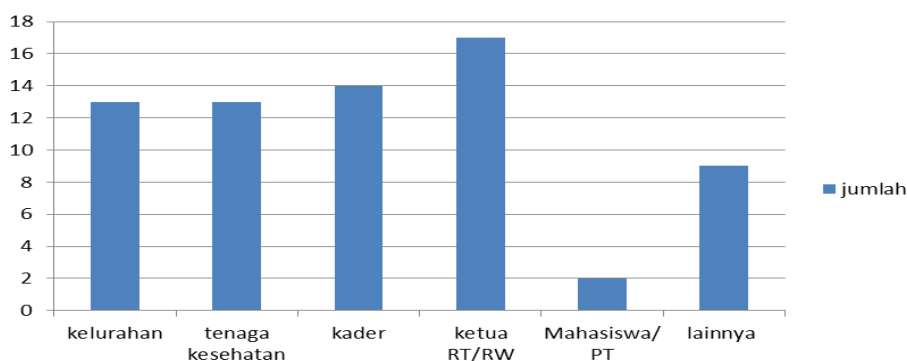
Adapun perbedaan tingkat pengetahuan di masing masing RW dapat diketahui berdasarkan grafik berikut ini;



Gambar 1. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden berdasarkan RW mengenai pemanfaatan program JKN di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

Dari grafik di atas, diketahui bahwa RW yang belum merata tingkat pengetahuannya adalah RW 3, RW 4, RW 5, RW 6, RW 7, RW 12, dan RW 14.

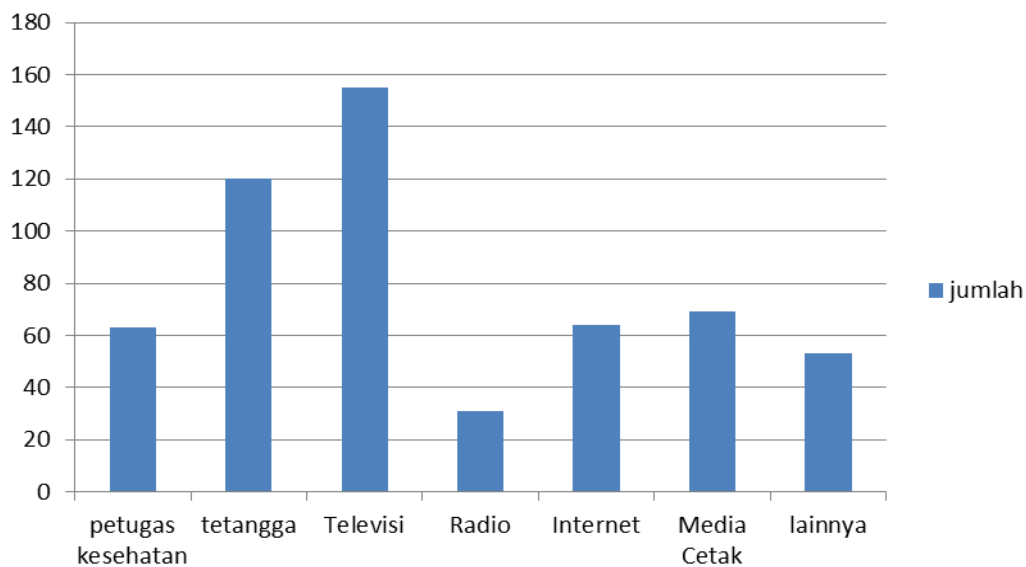
Tingkat pengetahuan responden terkait dengan BPJS dapat ditentukan oleh informasi yang ia peroleh baik melalui media maupun penyuluhan dan sosialisasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebanyak 184 orang (87,6%) mengaku mengetahui BPJS, sementara 26 lainnya (12,4%) tidak mengetahui BPJS. Sementara itu hanya 35 (16,7%) responden yang mengaku pernah mendapatkan penyuluhan sementara 175 (83,3%) tidak/belum pernah mendapatkan penyuluhan. Adapun penyuluhan tersebut dilakukan oleh beberapa figur antara lain pihak kelurahan, tenaga kesehatan, kader, ketua RT, Mahasiswa, dll. Adapun grafiknya adalah sebagai berikut:



Gambar 2. Distribusi frekuensi penyuluh informasi tentang BPJS di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa mayoritas masyarakat mendapat informasi dari ketua RW/RT, sementara paling sedikit responden mendapat informasi dari mahasiswa. Selain

aparatur sebagai sumber informasi, responden juga mendapat informasi dari berbagai sumber informasi yang dapat dilihat berdasarkan grafik berikut;



Gambar 3. Sumber informasi responden

Dari grafik diatas, dapat disimpulkan bahwa sumber informasi terkait BPJS paling banyak diperoleh melalui Televisi dan paling rendah dari radio.

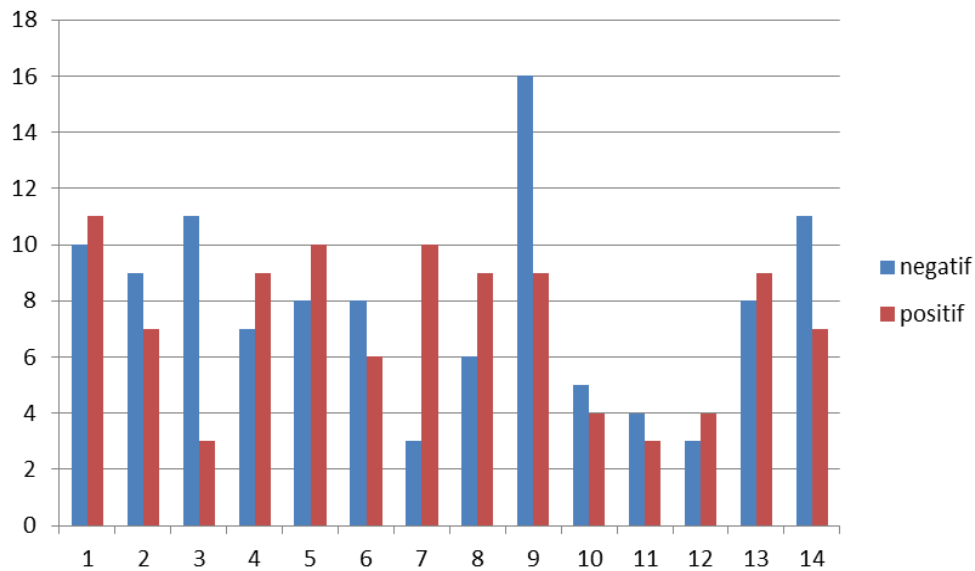
Gambaran Sikap Responden Terkait Pemanfaatan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015.

Tabel 3. Distribusi kategori sikap responden mengenai pemanfaatan program Jaminan Kesehatan Nasional di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

| Sikap | Jumlah (orang) | Persentase (%) |
|---------|----------------|----------------|
| Negatif | 109 | 51.9 |
| Positif | 101 | 48.1 |
| Total | 210 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa responden yang sikapnya negatif terhadap BPJS berjumlah 109 responden dengan persentase 51.9 %. sementara yang bersikap positif hanya sebesar 101 responden (48,1%).

Berikut ini grafik frekuensi sikap responden berdasarkan RW.



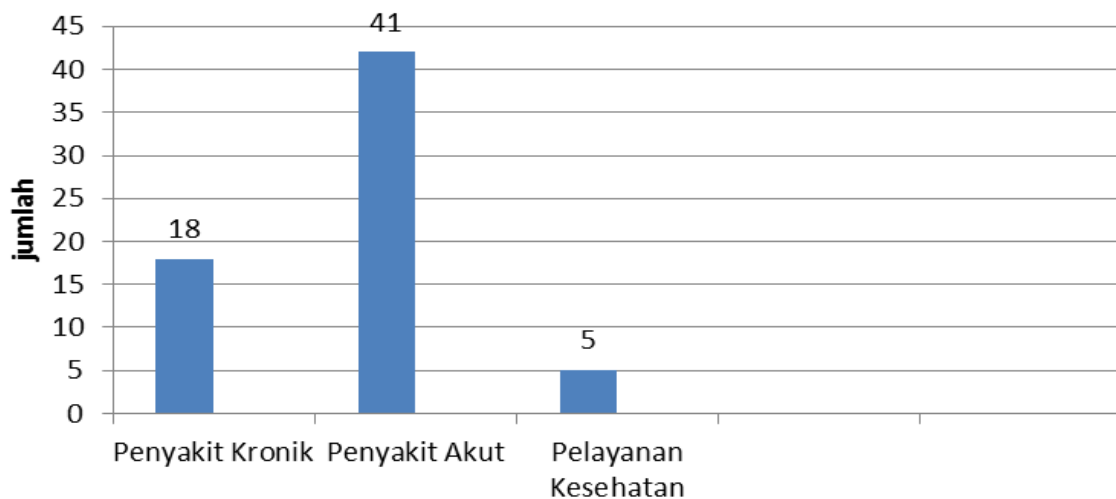
Gambar 4. Distribusi frekuensi sikap responden berdasarkan RW mengenai pemanfaatan program JKN di Kelurahan Pondok Cabe UdikTahun 2015

Berdasarkan grafik tersebut diketahui bahwasanya sikap positif responden yang paling banyak terdapat di RW 1 sementara sikap negatif paling banyak terdapat di RW 9.

Terkait dengan status keanggotaan BPJS, sebagian besar responden belum menjadikan BPJS sebagai jaminan kesehatannya. Hal ini diketahui dari jumlah anggota BPJS di kelurahan Pondok Cabe Udik hanya sebanyak 87 responden (41,4%) sementara ada 123 orang (58,6%) bukan anggota BPJS.

Adapun dari 123 responden (58,6%) yang tidak mendaftarkan sebagai anggota BPJS di kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015 dikarenakan beberapa alasan. Sebanyak 25 orang (20,3%) mengaku karena persyaratan sulit untuk dipenuhi, 5 responden (4,1%) karena pekerjaan wiraswasta sehingga tidak ada jaminan bagi mereka, sementara 7 responden (5,7%) mengaku karena mampu membayar secara mandiri biaya pengobatan, sebanyak 97 orang (78,9%) mengakui ada alasan lain. Adapun alasan tersebut antara lain tersedianya asuransi lain dari perusahaan, malas mendaftarkan karena persyaratan dianggap sulit, tempat pendaftaran jauh, kurangnya informasi terkait BPJS, sibuk karena tidak ada waktu untuk mendaftarkan dan pelayanan yang dianggap tidak memuaskan. Alasan tersebut yang pada akhirnya menyebabkan responden tidak ikut mendaftarkan sebagai anggota JKN.

Adapun responden yang turut menjadi anggota BPJS menggunakannya untuk menjalani pengobatan. Adapun jenis penyakit yang dikeluhkan adalah sebagai berikut;

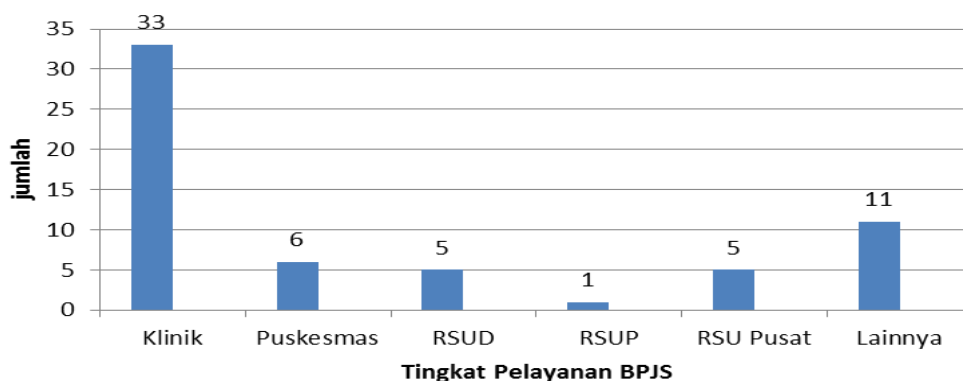


Jenis Keluhan Penyakit

Gambar 5. Distribusi Anggota BPJS Berdasarkan Jenis Keluhan Penyakit di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

Berdasarkan grafik tersebut, diketahui bahwa pengguna BPJS paling banyak berobat disebabkan karena penyakit akut sebesar 41 orang dan penyakit kronik sebesar 18 orang dan untuk kegiatan pelayanan kesehatan sebesar 5 orang.

Pengguna BPJS mendapatkan pelayanan kesehatan di berbagai tingkatan sebagai grafik berikut ini;



Gambar 6. Distribusi Anggota BPJS Berdasarkan Tingkat Pelayanan BPJS yang Digunakan di Kelurahan Pondok Cabe Udik Tahun 2015

Berdasarkan grafik tersebut, dapat diketahui bahwa pengguna BPJS yang berobat ke klinik sebesar 33 orang, Puskesmas sebesar 6 Orang, RSUD sebesar 5 Orang, RSUP 1 Orang, RSU Pusat sebesar 5 Orang dan lainnya sebesar 11 Orang. Tingkat pelayanan kesehatan lainnya yang dimaksud adalah Rumah Sakit Swasta. Banyaknya kunjungan di klinik dikarenakan tempat rujukan

yang utama adalah di klinik kesehatan yang kebetulan letaknya dekat dengan kelurahan Pondok Cabe Udik.

Penutup

Dapat diketahui bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dan tingkat pendidikan responden mayoritas SMA, sementara jenis pekerjaan responden yang paling banyak yaitu ibu rumah tangga. Masyarakat masih banyak yang belum mendaftarkan diri sebagai anggota BPJS. Hal ini dikarenakan beberapa faktor antara lain pengetahuan masyarakat yang masih kurang dan sikap masyarakat yang negatif. Sehingga masih banyak masyarakat yang belum mendaftarkan diri sebagai anggota BPJS.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih disampaikan penulis kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian dan penulisan artikel ini. Semoga dengan adanya karya tulis ini dapat memberikan manfaat terkhusus untuk penulis dan pembaca yang budiman.

Daftar Pustaka

- Fitriyani, Sinta. (2011). *PROMOSI KESEHATAN*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mubarak, Wahit Iqbal. (2007). *PROMOSI KESEHATAN : Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan* (Edisi Pertama ed.). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Notoatmodjo, Prof Dr Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Prof Dr Soekidjo. (2011). *KESEHATAN MASYARAKAT*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Kemenkes. *BUKU PEGANGAN SOSIALISASI Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* [Online]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available: <http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf> [Accessed 23 September 2015].
- Kemenkes. 2013. *BPJS Kesehatan Buku Saku FAQ* [Online]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available: <http://www.itjen.depkes.go.id/public/upload/unit/pusat/files/BUKU%20SAKU%20FAQ%20BPJS.pdf> [Accessed 20 September 2015].
- BPJS Kesehatan, 2015. *Sejarah BPJS Kesehatan*. Diakses dari <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/13> pada 20 September 2015.
- Jamso Indonesia, *BPJS Kesehatan*. Diakses dari http://www.jamsosindonesia.com/teropong/subdetail/bpjs-kesehatan_397/paket-manfaat_125 pada 20 September 2015.

HUBUNGAN MOTIVASI MENJADI BIDAN DENGAN PRESTASI BELAJAR MAHASISWA TINGKAT IPROGRAM STUDI D III KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS RESPATI YOGYAKARTA

Pamela Lyndasari¹ , Eko Mindarsih¹ , Ch, M. Widhi Hartini¹

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Respati Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang : Motivasi yang dapat menentukan hasil belajar dapat berupa motivasi menjadi bidan yang dimiliki oleh mahasiswa baik motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui hubungan motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar Mahasiswa Semester II Program Studi DIII Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta TA 2012/2013.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi yaitu semua mahasiswa semester II program studi D-III kebidanan Universitas Respati Yogyakarta. Teknik sampling yang digunakan adalah accidental sampling dengan dengan jumlah sampel yaitu 144 mahasiswa. Analisis data penelitian menggunakan analisis spearman rank.

Hasil: Motivasi menjadi bidan pada mahasiswa pada kategori sedang (74,3%), Prestasi belajar Mahasiswa pada kategori cukup (52,8%), ada hubungan motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar Mahasiswa dengan nilai p-value sebesar 0,000

Simpulan: Ada hubungan motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013

Kata Kunci: Motivasi, Bidan, Prestasi, Belajar

ABSTRACT

Background: Motivation that can determine the outcome can be a motivation to learn to be midwife held by both intrinsic motivation and extrinsic motivation. The objective was to identify the relationship of motivation to be midwife with the 1st level student learning achievement in Diploma Of Midwifery Study Program In Health Faculty At Respati University Of Yogyakarta

Methods: This study is a descriptive correlational cross-sectional approach. The sampling technique is accidental sampling with a sample of the 144 mahasiswa. Analisis research data using Spearman rank analysis. Student population that is all second semester courses Universities of Diploma midwifery workforce Respati Yogyakarta year 2012/2013 the number of 225 students. Results: Motivation a student midwife in the medium category (74.3%), student learning achievement in enough categories (52.8%), there is motivation to be a midwife relationship with student achievement with p-value of 0.000.

Conclusion: There is a relationship with the motivation to be a midwife student achievement on the 2nd Semester D iploma Midwifery Studies Program University of Yogyakarta Respati Force Year 2012/2013.

Key Words: Motivation, Midwives, Achievement, Learning

Pendahuluan

Bidan dalam subyek pelayanannya terhadap perempuan, bayi baru lahir, anak, keluarga dan komunitas mengalami perkembangan dalam pendidikannya. Sebab, bidan professional perkembangannya dipengaruhi oleh beberapa kebijakan antara lain pelayanan dan pendidikan. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk menjamin kualitas tersebut diperlukan suatu standar profesi sebagai acuan untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek input, proses dan output¹.

Ketua umum Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Pusat menjelaskan bahwa perkembangan pendidikan dari tahun ke tahun mengalami perkembangan signifikan. Pada tahun 1954 hingga tahun 1996 mulai dibuka D3 Kebidanan, tahun 2000 dibuka D IV Bidan Pendidik, pada tahun 2006 dibuka S1 Kebidanan dan tahun 2008 dibuka S2 Kebidanan. Hal tersebut dapat dinilai bahwa pendidikan kebidanan semakin diakui masyarakat. Tentunya semakin berkembang pendidikan kebidanan maka diharapkan esensi bidan yang profesional, bisa bertanggung jawab, member support dan care kepada pasien dan juga mampu mengambil keputusan dan mandiri dapat terwujud dengan baik².

Bidan merupakan profesi yang diakui secara nasional maupun internasional dengan sejumlah praktisi diseluruh dunia. Pengertian bidan dan bidang prakteknya secara internasional telah diakui oleh Internasional Confederation of Midwives (ICM) tahun 1972 dan Internasional Federation of International Gynaecologist and Obstetritian (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan lainnya. Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan yang diakui dan mendapatkan lisensi untuk melaksanakan praktek kebidanan.

Prestasi belajar mahasiswa dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, diantaranya sosial ekonomi orang tua, motivasi belajar dan tingkat pemanfaatan fasilitas belajar. Orang tua memegang peran sangat penting terhadap proses belajar mahasiswa, orang tua berkewajiban memenuhi kebutuhan anak untuk mencapai hasil belajar yang maksimal. Motivasi yang dapat menentukan hasil belajar dapat berupa motivasi belajar yang dimiliki oleh mahasiswa baik motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Tingkat pemanfaatan fasilitas belajar juga berperan penting terhadap proses dan kelangsungan hasil belajar mahasiswa di sekolah. Kondisi social ekonomi orang tua, motivasi belajar dan tingkat pemanfaatan fasilitas belajar, secara bersama juga dapat mendukung tercapainya prestasi belajar mahasiswa secara maksimal³.

Hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan oleh peneliti di Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta tanggal 12 April 2013, didapatkan jumlah mahasiswa aktif tahun

angkatan 2012/2013 yaitu 225 orang yang terdiri dari 6 kelas yaitu A91, A92, A93, A94, A95, A96. Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada sepuluh mahasiswa diperoleh hasil bahwa dua mahasiswa mengatakan motivasi mereka masuk pendidikan bidan karena prospek kerja bidan di daerah mereka masih sangat dibutuhkan serta memperoleh pendapatan yang besar sehingga dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. Dua orang tersebut memperoleh IPS dengan rata-rata 3,63. Enam orang mengatakan mempunyai motivasi masuk Prodi Kebidanan karena mengikuti kemauan orang tua dengan rata-rata IPS yang diperoleh yaitu 2,46 dan 2 orang lainnya motivasi masuk Prodi Kebidanan karena kemauan sendiri dengan rata-rata IPS yang diperoleh yaitu 3,34.

Berdasarkan data tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Motivasi Menjadi Bidan dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Tingkat I Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta Tahun angkatan 2012/2013.

Metode

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *deskriptif korelasional*. Penelitian *deskriptif korelasional*, yaitu penelitian yang bertujuan mendeskripsikan variabel penelitian yang terdiri dari variabel bebas dan variabel terikat dan melakukan analisis untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel tersebut⁴. Penelitian ini menggambarkan variabel penelitian yang terdiri dari motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar dan melakukan analisis untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel tersebut. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*.

Penelitian dilakukan di Universitas Respati Yogyakarta pada Prodi D-III Kebidanan di Jl. Laksda Adisucipto Km. 6,3 Depok, Sleman Yogyakarta pada tanggal 21 Juni 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah semua mahasiswa D-III kebidanan semester II tahun angkatan 2012/2013 di Universitas Respati Yogyakarta dengan jumlah 225 Mahasiswa. Sampel penelitian ini adalah sebagian mahasiswi semester II Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta tahun angkatan 2012/2013. Sampel diambil secara *Accidental Sampling* yaitu pengambilan sampel secara aksidental dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian.

Pengolaan dan analisis data dilakukan melalui tahap *Editing, Scoring, Coding, Processing, Tabulating*. Kemudian dilanjutkan dengan analisis univariat dan bivariat yang menggunakan rumus *sperman rank*.

Hasil dan Pembahasan

A. Hasil

Tabel 1. Karakteristik Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013

| Karakteristik | F | % |
|--------------------------------|-----|-------|
| Umur | | |
| 16-20 tahun | 139 | 96,5 |
| 21-25 tahun | 4 | 2,8 |
| 26-30 tahun | 1 | 0,7 |
| Total | 144 | 100,0 |
| Pendidikan Ayah | | |
| Tidak Sekolah | 1 | 0,7 |
| Dasar | 34 | 36,3 |
| Menengah | 69 | 47,9 |
| Tinggi | 40 | 27,8 |
| Total | 144 | 100,0 |
| Pendidikan Ibu | | |
| Dasar | 59 | 41 |
| Menengah | 68 | 47,2 |
| Tinggi | 17 | 11,8 |
| Total | 144 | 100,0 |
| Pekerjaan Ayah | | |
| Wiraswasta | 55 | 38,2 |
| PNS | 39 | 27,1 |
| Petani | 25 | 17,4 |
| Karyawan | 1 | 0,7 |
| Swasta | 20 | 13,9 |
| Buruh | 2 | 1,4 |
| TNI | 2 | 1,4 |
| Total | 144 | 100,0 |
| Pekerjaan Ibu | | |
| Bekerja | 37 | 25,7 |
| Tidak Bekerja | 107 | 74,3 |
| Total | 144 | 100,0 |
| Alasan Menjadi Bidan | | |
| Sendiri | 37 | 25,7 |
| Orang tua | 13 | 9,0 |
| Sendiri,Orang tua dan keluarga | 94 | 65,3 |
| Total | 144 | 100,0 |

Sumber : Data Primer diolah, 2013

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 19 tahun sebanyak 64 orang (44,4%). Berdasarkan pendidikan ayah bahwa sebagian besar berpendidikan menengah sebanyak 69 orang (47,9%). Berdasarkan pendidikan ibu bahwa sebagian besar pendidikan menengah sebanyak 67 orang (46,5%).

Berdasarkan pekerjaan ayah sebagian besar bekerja sebagai wiraswasta, yaitu 55 orang (38,2%). Berdasarkan pekerjaan ibu bahwa sebagian besar tidak bekerja sebanyak 107 orang (74,3%). Berdasarkan alasan menjadi bidan, bahwa sebagian besar karena kemauan keluarga, sendiri dan orang tua yaitu 94 orang (65,3%).

Tabel 2. Motivasi Menjadi Bidan Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013

| Motivasi Menjadi Bidan | F | % |
|------------------------|-----|-------|
| Tinggi | 21 | 14.6 |
| Sedang | 107 | 74.3 |
| Rendah | 16 | 11.1 |
| Total | 144 | 100.0 |

Sumber : Data Primer diolah, 2013

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar motivasi menjadi bidan pada kategori sedang sebanyak 107 orang (74,3%).

Tabel 3. Prestasi Belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013.

| Prestasi Belajar | F | % |
|------------------|-----|-------|
| Sangat Baik | 15 | 10.4 |
| Baik | 47 | 32.6 |
| Cukup | 76 | 52.8 |
| Kurang | 6 | 4.2 |
| Total | 144 | 100.0 |

Sumber : Data Primer diolah, 2013

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui sebagian besar prestasi belajar mahasiswa 76 orang (52,8%) pada kategori cukup.

Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar mahasiswa Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013. Hasil analisis bivariat penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.3 berikut.

Tabel 4. Hubungan Motivasi Menjadi Bidan dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013

| Motivasi Menjadi Bidan | Prestasi Belajar | | | | | | | | Total | | p-Value |
|------------------------|------------------|------|------|------|-------|------|--------|------|-------|-------|---------|
| | Sangat Baik | | Baik | | Cukup | | Kurang | | F | % | |
| | f | % | F | % | f | % | 0 | 0 | | | |
| Tinggi | 11 | 36,7 | 15 | 50,0 | 4 | 13,3 | 0 | 0 | 30 | 100 | 0,000 |
| Sedang | 4 | 4,1 | 29 | 29,6 | 62 | 63,3 | 3 | 3,1 | 98 | 100 | |
| Rendah | 0 | 0 | 3 | 18,8 | 10 | 62,5 | 3 | 18,8 | 16 | 100 | |
| Total | 15 | 10,4 | 47 | 32,6 | 76 | 52,8 | 6 | 4,2 | 144 | 100,0 | |

Sumber: Data Primer diolah,2013

Berdasarkan tabel 4.4 tersebut di atas bahwa sebagian besar motivasi menjadi bidan pada kategori sedang dengan prestasi belajar pada kategori cukup sebanyak 62 orang (63,3%),

sedangkan yang lainnya pada kategori baik sebanyak 29 orang (29,6%), pada kategori sangat baik sebanyak 4 orang (4,1%) dan pada kategori kurang sebanyak 3 orang (3,1%). Responden dengan motivasi pada kategori tinggi dengan prestasi belajar pada kategori baik sebanyak 15 orang (50,0%), sedangkan yang lainnya pada kategori baik sebanyak 11 orang (36,7%) dan pada kategori kurang sebanyak 4 orang (13,3%). Responden dengan motivasi pada kategori rendah dengan prestasi belajar pada kategori cukup sebanyak 10 orang (62,5%), sedangkan yang lainnya pada kategori baik dan kurang sebanyak 3 orang (18,8%). Berdasarkan hasil analisis *spearman rank* diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,000. Nilai *p-value* $0,000 < 0,005$ maka hipotesis penelitian diterima bahwa ada hubungan motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 19 tahun sebanyak 64 orang (44,4%). Hal tersebut menunjukkan bahwa usia responden masih dalam kategori usia remaja. Usia remaja umumnya masih labih sehingga akan mempengaruhi cara berpikir yang belum matang. Umur mempunyai peran, dalam peningkatan pengetahuan. Semakin meningkatnya umur, maka manusia akan memasuki tahap perkembangan kedewasaan baik fisik, mental maupun spiritual.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sartikasari (2012) bahwa sebagian besar mahasiswa program studi D-III Kebidanan semester IV berusia 20 tahun (45,2%).

Berdasarkan pendidikan ayah bahwa sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 69 orang (47,9%). Berdasarkan pendidikan ibu bahwa sebagian besar pendidikan SMA sebanyak 67 orang (46,5%). Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, dan masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat⁵.

2. Motivasi Menjadi Bidan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa motivasi menjadi bidan pada kategori sedang sebanyak 107 orang (74,3%). Hal tersebut menunjukkan bahwa responden cukup termotivasi untuk menjadi bidan. Motivasi yang sedang pada responden dikarenakan motivasi menjadi bidan lebih dari orang tua dan keluarga, dan sendiri serta termotivasi karena peluang kerja masih baik dan banyak dibutuhkan.

3. Prestasi Belajar

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui sebagian besar prestasi belajar mahasiswa yaitu 76 orang (52,8%) pada kategori cukup. Hasil belajar responden yang tercermin

dalam indeks prestasi semester sudah cukup baik. Prestasi yang cukup pada responden dipengaruhi oleh kelelahan karena perkuliahan dilakukan dengan system blocking serta waktu perkuliahan yang banyak dilakukan pada sore hari. Selain itu juga responden melakukan praktek lahan dan belum bisa membbagi waktu belajar dengan membuat tugas praktek seperti laporan praktek.

4. Hubungan Motivasi Menjadi Bidan dengan Hasil Belajar

Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada hubungan motivasi menjadi bidan dengan prestasi belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013, dengan nilai *p-value* 0,000.

Hal tersebut menunjukkan motivasi menjadi bidan dapat mempengaruhi hasil belajar yang tercermin dalam IPK. Motivasi belajar merupakan faktor internal yang dapat mempengaruhi prestasi belajar Motivasi adalah keadaan internal manusia yang mendorongnya untuk berbuat sesuatu. Motivasi dibedakan menjadi dua yaitu motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi intrinsik adalah hal yang berasal dari dalam diri siswa yang dapat mendorongnya untuk melakukan tindakan belajar. Motivasi ekstrinsik adalah hal dan keadaan yang datang dari luar individu siswa yang juga mendorongnya untuk melakukan kegiatan belajar⁶.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, diperoleh beberapa kesimpulan yaitu:

1. Motivasi menjadi bidan pada mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013 pada kategori sedang (74,3%).
2. Prestasi belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013 pada kategori cukup (52,8%)
3. Ada Hubungan Motivasi Menjadi Bidan dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Semester II Program Studi D III Kebidanan Universitas Respati Yogyakarta Tahun Angkatan 2012/2013 dengan nilai *p-value* sebesar 0,000

Daftar Pustaka

- Depkes RI. (2007). *Manajemen Kebidanan*. Jakarta
- Sofyan, M. (2008). *Bidan Menyongsong Masa depan*. Jakarta : PP IBI
- Syah, M. (2011). *Psikologi Pendidikan*. : Bandung, Remaja Rosdakarya
- Syah, M. (2011). *Psikologi Belajar*. Jakarta : Rajawali Press
- Notoatmodjo,S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Asdi Mahastya
- Syah, M. (2011). *Psikologi Belajar*. Jakarta : Rajawali Press

ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT PELAKSANAAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PUSKESMAS DI PUSKESMAS MANTRIJERON YOGYAKARTA TAHUN 2015

Komaria Ode Abudu¹

¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Ragam penggunaan teknologi mengakibatkan seluruh bidang kehidupan berubah tidak terkecuali bidang kesehatan, termasuk puskesmas. Agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat, puskesmas dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerjanya. Salah satu cara meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat adalah mengembangkan SIMPUS. Dalam pelaksanaan SIMPUS, Puskesmas Mantrijeron menghadapi hambatan seperti pelayanan terganggu karena koneksi yang lama ketika seluruh petugas menggunakan SIMPUS.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus dan hasil penelitian disajikan secara deskriptif.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Mantrijeron menggunakan aplikasi SIMPUS MedCis dan *software* sistem operasi yang dipakai menggunakan linux ubuntu. Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron sudah terintegrasi di semua bagian pelayanan yaitu pendaftaran, BPU, poli gigi, KIA, farmasi, laboratorium, dan kasir. Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron belum berjalan dengan optimal dikarenakan adanya kendala-kendala dalam Pelaksanaan SIMPUS, baik itu dari SDM yang belum mencukupi untuk pelaksanaan SIMPUS, menu atau *item* yang belum lengkap dan gangguan teknis seperti jaringan yang lambat dan mati listrik.

Simpulan : Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron sudah baik walaupun belum optimal, karena masih terdapat hambatan dalam pelaksanaannya tetapi manfaat pelaksanaan SIMPUS dapat dinikmati oleh pihak puskesmas, pasien dan dinas yang terkait.

Kata Kunci : SIMPUS, penghambat, SDM, sarana

ABSTRACT

Background: Variety use of technology results in all areas of life change is no exception in health, including the health center. In order to meet the needs of the community, health centers are required to improve the quality of its performance. One way to improve health services for the community is to develop SIMPUS. In SIMPUS implementation, PHC Mantrijeron face barriers such as service connection is interrupted because of time when all officers using SIMPUS.

Methods: This study is a qualitative research with case study design and results of the study are presented descriptively.

Results: The results showed that PHC Mantrijeron use MedCis SIMPUS application and operating system software that is used using ubuntu linux. Implementation SIMPUS Mantrijeron already integrated in health centers in all parts of the service that is registration, BPU, poly teeth, KIA, pharmacy, laboratory, and cashier. Implementation SIMPUS in PHC Mantrijeron not running optimally due to constraints in the implementation of SIMPUS, either from insufficient human resources for the implementation of SIMPUS, menus or incomplete item and technical gagguan like a slow network and die electric.

Conclusion: The implementation of PHC SIMPUS in Mantrijeron already well although not optimal, because there are obstacles in the implementation, but the benefits can be enjoyed by the implementation SIMPUS the clinic, patients and related services.

Keywords: SIMPUS, Inhibitors, HR, Facilities

Pendahuluan

Saat ini kita berada pada era yang disebut era informasi. Era informasi merupakan periode yang melibatkan banyak informasi dalam pengambilan keputusan, baik oleh individu, perusahaan, maupun instansi pemerintah. Informasi sudah semakin diperoleh, sudah semakin bervariasi bentuknya, dan semakin banyak pula kegunaannya (Winarno, 2006).

Pada tahun 2002 Menteri Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.511 tentang "Kebijakan & Strategi Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)" dan Kepmenkes No.932 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Daerah (SIKDA)". Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) di Kabupaten/kota adalah sebagai bagian sub sistem SIKDA yang ada di provinsi, sedangkan SIKDA yang ada di provinsi adalah bagian subsistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS). SIKDA seharusnya bertujuan untuk mendukung SIKNAS, namun dengan terjadinya desentralisasi sektor kesehatan ternyata mempunyai dampak negatif. Terjadi kemunduran dalam pelaksanaan sistem informasi kesehatan secara nasional, seperti menurunnya kelengkapan dan ketepatan waktu penyampaian data SP2TP/SIMPUS, SP2RS dan profil kesehatan. Dengan desentralisasi, pengembangan sistem informasi kesehatan daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun belum adanya kebijakan tentang standar pelayanan bidang kesehatan (termasuk mengenai data dan informasi) mengakibatkan persepsi masing-masing pemerintah daerah berbeda-beda. Hal ini menyebabkan sistem informasi kesehatan yang dibangun tidak standar juga, akibat keadaan di atas, data yang dihasilkan dari masing-masing daerah tidak seragam, ada yang tidak lengkap dan ada data variabel yang sama dalam sistem informasi satu program kesehatan berbeda dengan di sistem informasi program kesehatan lainnya. Maka validitas dan akurasi data diragukan, apalagi jika verifikasi data tidak terlaksana, ditambah dengan lambatnya pengiriman data, baik ke Dinas Kesehatan maupun ke Kementerian Kesehatan, mengakibatkan informasi yang diterima sudah tidak *up to date* atau belum adanya kebijakan tentang standar pelayanan bidang kesehatan lagi, proses pengolahan dan analisis data terhambat. Pada akhirnya para pengambil keputusan/pemangku kepentingan mengambil keputusan dan kebijakan kesehatan tidak berdasarkan data yang akurat. Melihat berbagai kondisi di atas maka dibutuhkan suatu aplikasi sistem informasi kesehatan yang "berstandar nasional" dengan format *input* maupun *output* data yang diharapkan dapat mengakomodir kebutuhan dari tingkat pelayanan kesehatan, kabupaten/kota, provinsi, hingga pusat. Untuk itu awal tahun 2012, Kementerian Kesehatan melalui Pusat data dan Informasi meluncurkan aplikasi "SIKDA Generik". Seluruh unit pelayanan kesehatan yang meliputi puskesmas dan rumah sakit, baik pemerintah maupun swasta, dapat terhubung jejaring kerjasamanya melalui aplikasi SIKDA Generik. Aplikasi SIM Puskesmas digunakan di puskesmas dalam kegiatan pencatatan berbagai kegiatan pelayanan, baik itu kegiatan dalam gedung maupun kegiatan luar gedung, dan dapat dilakukan koneksi data *base* secara *oline* melalui jaringan internet ke Server SIKDA Generik di Dinas Kesehatan, maupun ke *database* lokal yang ada di puskesmas.

Berdasarkan kenyataan tentang manajemen kesehatan yang belum optimal, maka Dinas

Kesehatan Kota Yogyakarta menggunakan suatu sistem untuk manajemen data yang baru masuk dari tingkat puskesmas untuk membantu dalam pengelolaan data dengan menerapkan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) untuk Puskesmas di setiap wilayah kerjanya. Yang dimaksud dengan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) disini adalah suatu tatanan manusia atau peralatan yang menyediakan informasi untuk membantu proses manajemen Puskesmas mencapai sasaran kegiatannya.

Sejak tahun 2006 Puskesmas Mantrijeron telah menggunakan SIMPUS buatan sendiri namun aplikasi atau menu yang ditampilkan masih sangat kurang, dan pada tahun 2011 Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menginstruksikan untuk menggunakan SIMPUS di seluruh puskesmas di Kota Yogyakarta termasuk Puskesmas Mantrijeron. Sampai saat ini ada 7 bagian yang telah menggunakan SIMPUS yaitu bagian pendaftaran, Poli KIA, Balai Pengobatan Umum (BPU), Balai Pengobatan Gigi (BPG), bagian Farmasi, Laboratorium, dan kasir. Penggunaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron ini dimaksudkan untuk mempermudah dan mempercepat dalam memberikan pelayanan terhadap pasien, mendapatkan data dan informasi yang valid, mempermudah dalam membuat pelaporan serta mengurangi beban kerja dari petugas Puskesmas.

Pada perkembangannya hingga kini masih menghadapi kendala. Melalui observasi yang dilakukan pada bulan November 2014, pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas yang telah menerapkan sistem menjaga mutu ISO 9001 : 2008 Pada tanggal 18 November 2011 nomor *sertifikat* QEC23121 dan berlaku sampai 17 Januari 2015 masih menghadapi kendala. Hal tersebut dapat diketahui pada saat pelaksanaan SIMPUS berlangsung ditemukan kendala-kendala yang mempengaruhi pelaksanaan SIMPUS seperti, tidak ada pelatihan khusus mengenai SIMPUS untuk seluruh petugas, kurangnya keterampilan petugas di beberapa bagian yang menggunakan SIMPUS seperti petugas yang tidak bisa menggunakan komputer ,masih ada kekurangan dalam menu SIMPUS untuk beberapa bagian yang melaksanakan SIMPUS seperti *item* obat yang terdapat di menu SIMPUS masih belum lengkap, sehingga memperlambat dalam pendataan nama-nama obat. Jaringan komputer kadang tidak *connect*, yang mengakibatkan petugas tidak dapat *entry* data pada waktu itu, sehingga para petugas harus *mengentry* data ke sistem manual dahulu baru kemudian di *entry* lagi ke SIMPUS,.

Oleh karena itu dalam rangka mengoptimalkan fungsi SIMPUS dalam pelaksanaan Sistem Informasi dan Manajemen Puskesmas (SIMPUS) maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Analisis Faktor Penghambat Pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) di Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta Tahun 2015 ”.

Metode

Jenis penelitian pada penelitian ini yaitu kualitatif dengan desain penelitian studi kasus dan hasil di sajikan secara deskriptif. Penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti

sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (Sugiyono,2013).

Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang berusaha mengungkap fakta suatu kejadian, objek, aktifitas, proses, dan manusia secara " apa adanya" pada waktu sekarang atau jangka waktu yang masih memungkinkan dalam ingatan responden (Prastowo, 2014).

Desain penelitian pada penelitian ini yaitu studi kasus(*case study*). Studi kasus adalah suatu model penelitian yang terperinci tentang individu atau suatu unit sosial tertentu selama kurun waktu tertentu. Secara lebih dalam, studi kasus merupakan suatu model yang bersifat komprehensif, intens, terperinci, dan mendalam serta lebih diarahkan sebagai upaya untuk menelaah masalah-masalah atau fenomena yang bersifat kontemporer atau terbatas waktu (Herdiansyah,2010).

Dengan menggunakan metode penelitian ini maka peneliti dapat berkesempatan untuk mengikuti dan memahami peristiwa secara kronologis dan menemukan gambaran yang lebih mendalam juga mengetahui sebab dan akibat dalam ruang lingkup tentang faktor penghambat pelaksanaan SIMPUS di puskesmas Mantrijeron.

Dalam penelitian ini yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti sendiri (*human instrument*) yang mana berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiyono, 2013).

Alat bantu Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu :

1. Pedoman wawancara mendalam berisi daftar pertanyaan terbuka terkait dengan pelaksanaan SIMPUS.
2. *Cheklis*t observasi berisi daftar observasi untuk pengamatan pelaksanaan SIMPUS.
3. Studi dokumentasi menggunakan petunjuk teknis SIMPUS, dokumen-dokumen terkait pelaksanaan SIMPUS dan menggunakan alat bantu berupa alat tulis, kamera dan *tipe recorder*.

Menurut Saryono (2008), teknik pengumpulan data dalam penelitian ini ada dua, yaitu :

1. Data primer

Data primer diperoleh langsung dari subyek penelitian dengan mengenakan alat pengukuran atau alat pengambil data, langsung pada subyek sebagai sumber informasi yang dicari. Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan dua metode, yaitu :

- a. Pengamatan/Observasi

Dalam penelitian ini pengamatan/observasi dilakukan pada saat pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) berlangsung. Alat yang digunakan untuk pengamatan/observasi ini adalah panduan observasi yang berupa *check list* observasi serta alat tulis.

- b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*),

(Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini menggunakan pedoman wawancara semi terstruktur dan alat perekam yang dilakukan peneliti langsung dengan petugas tentang penghambat dalam pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dengan tujuan untuk mengetahui faktor penghambat dalam pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) di Puskesmas Mantrijeron. Pihak-pihak yang dijadikan Subyek untuk diwawancarai adalah :

- 1) Informan : Penanggung jawab SIK Puskesmas
- 2) Subyek I : Kepala Puskesmas Mantrijeron
- 3) Subyek II : Kepala tata usaha
- 4) Subyek III : Penanggung jawab SIMPUS pendaftaran
- 5) Subyek IV : Penanggung jawab SIMPUS BPU
- 6) Subyek V : Penanggung jawab SIMPUS poli KIA/KB
- 7) Subyek VI : Penanggung jawab SIMPUS farmasi
- 8) Subyek VII : Penanggung jawab SIMPUS laboratorium
- 9) Subyek VIII : Penanggung jawab poli gigi
- 10) Subyek IX : Penanggung jawab Kasir

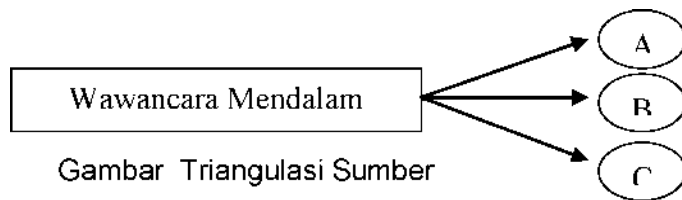
2. Data sekunder

Pengumpulan data sekunder dalam penelitian ini dilakukan dengan metode studi dokumentasi, yaitu dengan cara mengumpulkan dokumen-dokumen atau berkas-berkas di Puskesmas yang relevan dengan penelitian ini dan sesuai kebutuhan diantaranya kebijakan yang ada di Puskesmas Mantrijeron.

Triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada (Sugiyono, 2013). Dalam penelitian ini menggunakan jenis triangulasi sumber dan triangulasi teknik.

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber dilakukan untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber (Sugiyono, 2013)



Gambar Triangulasi Sumber

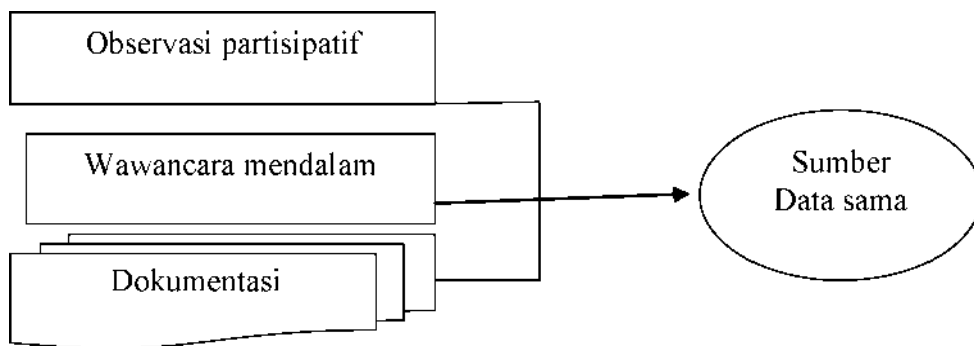
(Sumber : Sugiyono, 2013)

Triangulasi sumber dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas dan penanggung jawab pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron sebagai pembanding dari hasil yang diperoleh dari sumber terkait (petugas bagian pendaftaran, Poli BPU, Poli BPG, Poli KIA, bagian Laboratorium, bagian Farmasi, bagiankasir, koordinator pelaksanaan SIMPUS, dan Kabag TU).

2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik dilakukan untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda (Sugiyono, 2013).

Gambar Triangulasi Teknik



(Sumber : Sugiyono, 2013)

Metode analisis data yang digunakan adalah analisis kualitatif. Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada saat data berlangsung. Pada saat wawancara, peneliti sudah menganalisa jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai belum terasa memuaskan maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi sampai pada tahap tertentu hingga diperoleh data yang dianggap kredibel (Sugiyono, 2011).

1. Reduksi data

Data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya cukup banyak, untuk itu maka perlu dicatat secara teliti dan rinci. Semakin lama peneliti ke lapangan maka jumlah data yang diperoleh akan semakin banyak. Untuk itu perlu segera dilakukan analisis data melalui reduksi data. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data.

2. Penyajian data

Setelah data direduksi, langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Penyajian data bersifat naratif. Dengan menyajikan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami.

3. Verifikasi

Setelah penyajian data dilakukanlah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara dan akan berubah bila ditemukan bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan yang kredibel.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi proses pelaksanaan SIMPUS didukung oleh *hardware* (perangkat keras), *software* (perangkat lunak), dan *brainware* (manusia). Menurut Rustiyanto (2011), unsur pengoperasian dalam pelaksanaan sistem informasi manajemen terdiri dari *hardware, software, file, prosedur, dan brainware*.

Di puskesmas Mantrijeron pelaksanaan SIMPUS dilaksanakan mulai tahun 2006 dengan aplikasi buatan sendiri, kemudian pada tahun 2011 Puskesmas Mantrijeron menggunakan SIMPUS buatan dan aplikasi dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, pada tahun 2012 Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menginstruksikan secara serentak agar seluruh Puskesmas yang ada di Kota Yogyakarta menggunakan SIMPUS *MedCis* yaitu SIMPUS yang memiliki aplikasi terbaru dan lebih lengkap dari SIMPUS sebelumnya dan sistem operasi komputer yang dipakai menggunakan linux ubuntu. Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron dilakukan secara bertahap, mulai dari pendaftaran dan kemudian ke bagian yang lainnya dan yang terakhir di bagian kasir yang di terapkan pada tahun 2014.

Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron belum berjalan dengan optimal dikarenakan adanya kendala-kendala dalam Pelaksanaan SIMPUS, baik itu dari manusianya (SDM) yang belum mencukupi untuk pelaksanaan SIMPUS, menu atau *item* yang belum lengkap dan gangguan teknis seperti jaringan yang lambat dan ketika mati listrik.

Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron masih mengalami banyak hambatan. Hal ini dapat diketahui dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Hambatan yang terjadi diantaranya Sumber Daya Manusia (SDM) yang kurang untuk mengoperasikan komputer dan kurangnya pelatihan, komputer yang *error*, akses *internet* yang lambat, mati listrik, tidak adanya tanda peringatan ketika data yang *diinput* salah, dan adanya rangkap kerja petugas mengakibatkan kegiatan *input* data di masing-masing bagian menjadi terganggu, karena petugas tidak hanya *mengentry* data pasien ke SIMPUS tetapi petugas juga melaksanakan tugasnya untuk melayani pasien di masing-masing unit pelayanan. Sehingga *input* data yang seharusnya dilaksanakan sesuai jam kerja, tetapi dilaksanakan diakhir pelayanan bahkan ada beberapa petugas yang harus menambah jam kerja atau lembur guna menyelesaikan tugas kerjanya.

Adanya komputer yang *error*, akses *internet* yang lambat dan adanya mati listrik merupakan kendala teknis pelaksanaan SIMPUS. Komputer merupakan suatu alat yang sangat tergantung dengan ketersediaan energi listrik, ketika listrik padam maka sistem berhenti. Sehingga ketersediaan energi listrik sangat penting. Puskesmas Mantrijeron memiliki alat yang digunakan untuk pembangkit listrik seperti *generator set* atau genset dan UPS (*Uninterruptable Power System*) tetapi alat tersebut daya listriknya terbatas sehingga pelaksanaan SIMPUS terganggu.

Untuk jaringan *internetnya* sendiri sudah cukup baik untuk digunakan, asalkan jika tidak mati listrik atau terjadi *troubel*, jika terjadi mati listrik maka para petugas tidak bisa memasukkan data ke dalam SIMPUS, petugas akan melakukan secara manual, sambil menunggu listriknya nyala, kadang untuk jaringan juga pernah terjadi *error*, dimana data yang di pendaftaran sudah dimasukkan, pada saat di buka di farmasi dan BPU tidak muncul, padahal dari pendaftaran sudah dimasukkan, yang mana hal tersebut akan membuat *entry* datanya lama. Penghambat menurut kamus besar bahasa indonesia (2005), adalah suatu keadaan yang selalu dalam keadaan tidak lancar atau mengalami gangguan.

a. Pengetahuan

Pengetahuan petugas tentang SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron dapat dikatakan baik karena petugas di setiap bagian mengetahui pengertian SIMPUS itu seperti apa, menurut keseluruhan subyek bahwa SIMPUS adalah sistem informasi manajemen puskesmas yang berupa pencatatan dan pelaporan untuk memudahkan dalam pengelolaan data yang berbasis *internet*.

Menurut Barsasella (2012), SIMPUS merupakan suatu program aplikasi yang memberikan informasi baik untuk administrasi dan pengelolaan sebuah Puskesmas demi meningkatkan kinerja dan menangani keseluruhan proses manajemen di puskesmas.

Menurut Notoadmodjo (2010), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Untuk data-data yang di *entry* kedalam SIMPUS semua petugas *entry* data di setiap bagian yang telah menggunakan SIMPUS sudah mengerti data apa saja yang harus dimasukkan, mulai dari data sosial pasien sampai data medis pasien. Data sosial pasien adalah data dasar identitas diri pasien yang berisi nama, alamat, tanggal lahir, jenis kelamin, status pernikahan, nama dan alamat keluarga terdekat, tanggal dan waktu terdaftar. Sedangkan data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (Hatta, 2008).

b. Keterampilan dalam penggunaan SIMPUS

Keterampilan yang dimiliki oleh para petugas untuk pelaksanaan SIMPUS sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat ketika petugas menggunakan SIMPUS. Dimana pada bagian pendaftaran, Poli KIA, bagian farmasi, Poli umum, Poli Gigi, laboratorium, dan bagian kasir sudah dapat mengoperasikan SIMPUS dengan lancar, tahu dan mengerti apa yang akan mereka lakukan. Tetapi

tidak semua petugas yang ada di Puskesmas Mantrijeron memiliki keterampilan untuk menggunakan SIMPUS, hanya orang-orang tertentu saja atau yang bertugas *mengentry* data saja yang memiliki keterampilan, dan itupun jumlahnya terbatas di beberapa bagian.

Jumlah petugas di pendaftaran ada 4 orang, dan yang terampil menggunakan ada 3 orang, untuk yang lain tidak terampil dikarenakan keterbatasan akan pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan SIMPUS. Untuk Poli KIA jumlah petugasnya ada 4 orang dan hanya ada 2 orang yang terampil menggunakan SIMPUS, untuk yang lainnya tidak terampil dikarenakan faktor usia yang sudah lanjut.

Menurut Hamalik (2007), Keterampilan merupakan salah satu kemampuan yang lazimnya dimiliki oleh seseorang setelah mendapatkan pelatihan maupun pendidikan. Semakin tinggi tingkat keterampilan seorang pegawai atau karyawan maka akan dapat membantu pegawai itu dalam melaksanakan tugas-tugasnya, dan akan dapat membantu program kerja organisasi.

c. Pelatihan

Pelatihan terhadap petugas di Puskesmas Mantrijeron sudah pernah dilakukan namun yang mendapatkan pelatihan hanya 2 orang saja yaitu penanggung jawab SIMPUS Puskesmas Mantrijeron dan kepala Puskesmas Mantrijeron yang mewakili Puskesmas. Pelatihan SIMPUS tersebut diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan dihadiri oleh peserta perwakilan dari masing-masing Puskesmas Kota Yogyakarta.

Setelah mendapatkan pelatihan penanggung jawab SIMPUS memberikan pendampingan kepada seluruh pegawai di setiap unit masing-masing tentang bagaimana cara penggunaan SIMPUS, namun hanya dengan memberikan pendampingan saja bagi pegawai di setiap unit ada yang merasa kurang memahami karena pegawai tersebut memiliki latarbelakang pendidikan yang berbeda dan membutuhkan waktu yang lama untuk memahami secara mendalam penggunaan SIMPUS, sehingga untuk pelaksanaannya memerlukan suatu pelatihan, yang mana dengan diadakan suatu pelatihan ini semua petugas mampu, mengerti dan memiliki tanggungjawab terhadap apa yang mereka lakukan dan kerjakan. Supaya pemakaian program komputer dapat berjalan dengan baik, pelatihan bagi para pemakai (user) sangat penting perannya (Kumorotomo dan Margono, 2004).

Menurut Hamalik (2007), Pelatihan perlu diadakan secara terus menerus dalam rangka pembinaan tenaga kerja, proses pelatihan dilakukan secara berkesinambungan, bertahap dan terpadu, tiap proses harus dilakukan secara terarah untuk mencapai tujuan tertentu.

d. Komputer (*hardware* dan *software*)

Untuk ketersediaan seperangkat komputer di tiap bagian yaitu bagian Pendaftaran, Poli Gigi, Poli KIA, bagian kasir, bagian farmasi, dan bagian laboratorium yang telah menggunakan SIMPUS sudah terpenuhi dibagiannya masing-masing dan tidak ditemukan adanya kendala yang berarti, Sehingga tidak diperlukan perbaikan pada hardwarenya, dan untuk di bagian balai pengobatan umum komputer sering mengalami gangguan atau error sehingga di butuhkan perbaikan. Untuk kecukupan sarana dan prasarana di Puskesmas Mantrijeron sudah cukup

dimana disetiap bagian atau unit sudah terdapat seperangkat komputer beserta jaringannya dan total komputer yang ada di Puskesmas Mantrijeron berjumlah 15 unit komputer.

Sedangkan untuk menu SIMPUS atau aplikasi SIMPUS masih terdapat hambatan, dimana untuk menu diagnosa, tindakan-tindakan ada yang tidak lengkap disemua bagian, serta untuk bagian farmasi menu untuk item obat yang terbaru tidak lengkap.

Menurut Bambang Hartono dalam bukunya Aditama (2007), mengatakan bahwa dalam pengadaan perangkat lunak komputer perlu diperhatikan keamanan, kemudahan menggunakan, efisiensi, dapat diperluas dan kemudahan menginstal.

Upaya yang dilakukan petugas puskesmas dalam mengatasi hambatan pelaksanaan SIMPUS Puskesmas Mantrijeron yaitu dengan mengoptimalkan petugas yang ada untuk membantu pelaksanaan SIMPUS, sehingga pelayanan kesehatan dan *entry* data pasien dapat berjalan dengan baik tanpa mengabaikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Upaya yang dilakukan Puskesmas Mantrijeron untuk mengatasi masalah listrik mati, yaitu Puskesmas menyediakan genset sebagai cadangan energy listrik walaupun daya listriknya terbatas, serta di tulis secara manual sampai menunggu listriknya hidup jika listriknya belum hidup *entry* data pasien dilakukan dihari berikutnya. Upaya lain yang dilakukan adalah saling berabgi ilmu mengenai penggunaan SIMPUS karena ada petugas yang belum mengetahui penggunaan SIMPUS. Petugas Puskesmas juga memperbaiki komputer yang *error* sesuai kemampuan, jika komputer masih *error* maka petugas menghubungi Dinas kesehatan Kota Yogyakarta guna memperbaiki gangguan yang ada pada komputer. Karena di Dinas kesehatan Kota Yogyakarta terdapat petugas TIT (Teknologi informasi Telematika) yang berkompeten dalam bidang teknologi informasi.

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kota, sehingga tepat sekali ketika ada masalah di puskesmas, Puskesmas Mantrijeron menghubungi Dinas kesehatan Kota Yogyakarta. Hal ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 menyatakan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

Manfaat yang diperoleh Puskesmas Mantrijeron dalam pelaksanaan SIMPUS yaitu membantu SP2TP (Sistem Pencatatan Pelaporan Terpadu Puskesmas) sehingga pelaporan lebih mudah, pasien dengan lebih mudah dan cepat. Hal ini sesuai dengan tujuan SIMPUS yaitu pemanfaatan secara optimal data Sistem Pencatatan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) dan data informasi yang lain yang menunjang. Menurut Markus (2010), sistem informasi berguna untuk mengolah berbagai laporan penting dari transaksi.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan mengenai faktor penghambat pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) di Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta dapat di tarik kesimpulan bahwa :

Dalam pelaksanaan SIMPUS, Puskesmas Mantrijeron menggunakan aplikasi SIMPUS *MedCis* dan *software* sistem operasi komputer yang dipakai menggunakan linux ubuntu. Pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron sudah meliputi semua bagian pelayanan yaitu pendaftaran, BPU, poli gigi, KIA, farmasi, laboratorium, dan kasir. Pelaksanaan SIMPUS dilakukan secara bertahap dimulai dari pendaftaran kemudian kebagian lainnya dan terakhir di bagian Kasir. Puskesmas Mantrijeron mulai menerapkan SIMPUS pada tahun 2006 dengan aplikasi buatan sendiri namun masih banyak kekurangan, pada tahun 2011 atas instruksi dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta seluruh Puskesmas yang ada di Kota Yogyakarta menerapkan SIMPUS dari Dinas dengan aplikasi yang terbaru.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan SIMPUS di Puskesmas Mantrijeron yaitu masih kurangnya SDM sehingga terjadi rangkap kerja petugas dan masih minimnya pengetahuan petugas tentang sistem informasi khususnya perangkat komputer, belum adanya pelatihan khusus mengenai penggunaan SIMPUS. Faktor teknis juga menjadi hambatan seperti mati listrik, komputer *error* dan lambatnya akses internet.

Dalam pelaksanaan SIMPUS dibutuhkannya suatu pengetahuan, pelatihan dan keterampilan khusus, untuk pengetahuan petugas di Puskesmas Mantrijeron dapat dikatakan baik, namun untuk pelatihan seluruh petugas belum diberikan pelatihan khusus hanya berupa pendampingan saja, dan yang sudah mendapatkan pelatihan hanyalah koordinator SIMPUS dan Kepala Puskesmas. Keterampilan yang dimiliki petugas Puskesmas Mantrijeron masih sangat minim, khususnya petugas yang umurnya sudah tua, dan petugas yang lainnya sudah memiliki *skill* mengenai penggunaan SIMPUS. Hal ini dipengaruhi oleh motivasi kerja petugas yang rendah karena adanya penambahan jam kerja atau lembur dan rangkap kerja sehingga petugas harus mengerjakan pekerjaan yang lain selain disamping mengoperasikan SIMPUS.

Manfaat yang diperoleh dalam pelaksanaan SIMPUS yaitu membantu SP2TP (Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas), sehingga pelaporan lebih mudah, mempermudah mencari data informasi tentang puskesmas dan menyediakan pelayanan kepada pasien dengan lebih mudah dan cepat.

Upaya yang dilakukan petugas untuk mengatasi hambatan dalam pelaksanaan SIMPUS yaitu dengan cara mengoptimalkan SDM dan sarana yang ada.

1. Ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas Mantrijeron dalam mendukung pelaksanaan SIMPUS sudah cukup baik dimana terdapat 15 unit komputer dan disetiap bagian sudah ada komputer masing-masing dengan aplikasi SIMPUS.

Daftar Pustaka

Aditama, Candra Yoga. 2010. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta. UI - Press..

Barsasella, Diana. 2012. *Sistem Informasi kesehatan*. Jakarta : Mitra Wacana Medika.

Departemen Kesehatan RI, 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.

- Dinas Kesehatan RI, 2007. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas Kota Yogyakarta*. Yogyakarta.
- Hamalik, Oemar. 2007. *Manajemen Pelatihan Ketenagakerjaan Pendekatan Terpadu Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Hatta, Gemala. 2008. *Pendoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta. Universitas Indonesia.
- Herdiansyah, Haris. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk ilmu-ilmu sosial*. Jakarta : Salemba Humanika.
- Kumorotomo, W & Margono A. 2009. *Sistem informasi Manajemen Dalam Organisasi - Organisasi Publik*. Yogyakarta. Gajah Mada University Press.
- Markus, Nugroho Suryo. 2011. *Master Plan Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta . Poltekkes Permata Indonesia
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (Edisi Revisi). Jakarta : PT Rineka Cipta
- Prastowo, Andi. 2014. *Memahami Metode-metode Penelitian*. Yogyakarta : AR-Ruzz Media.
- Rustiyanto, Ery. 2011. *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Yang Terintegrasi*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sugiyono, 2013. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Winarno, Wahyu Wing. 2006. *Sistem Informasi Manajemen*. Yogyakarta. UPP STIM YKPN.
- Saryono & Anggraeni, Mekar Dwi. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika

HUBUNGAN KINERJA BIDAN MENURUT KARAKTERISTIKNYA TERHADAP PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNG AGUNG, PUSKESMAS KEMALARAJA, PUSKESMAS BATUMARTA II KABUPATEN OKU TAHUN 2013

Anik Susilowati¹

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Al Maarif Baturaja

Surel: Aniksusilowati607@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Di Indonesia, praktek inisiasi menyusui segera setelah persalinan dan pemberian ASI eksklusif masih rendah. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 cakupan pemberian ASI eksklusif bayi usia 0-5 bulan hanya mencapai 27,2%.

Metode: Desain penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional*, dengan wawancara terstruktur serta observasi. Analisa yang digunakan analisa Univariat dan Bivariat dengan uji statistik *Chi Square*. Populasi penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II yang berjumlah 259 responden dan seluruh bidan Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II yang berjumlah 117 responden, waktu penelitian ini dilakukan pada bulan Mei-Juli 2013.

Hasil: Hasil analisa univariat pemberian ASI eksklusif 27%, responden yang pernah mengikuti pelatihan Inisiasi Menyusui Dini 7,7%, responden yang menggunakan metode baik perorangan/ kelompok 19,7%, sedangkan frekuensi menyampaikan informasi ASI eksklusif 30,8%.

Simpulan: Hasil bivariat tidak ada hubungan antara pelatihan inisiasi menyusui dini dengan pemberian ASI eksklusif. Ada hubungan antara metode menyampaikan informasi dan frekuensi penyampaian informasi dengan pemberian ASI eksklusif. Diharapkan bagi masyarakat termotivasi dalam memberikan ASI eksklusif.

Kata kunci : Pemberian ASI eksklusif

ABSTRACT

Background: In Indonesia, the practice of initiation of breastfeeding immediately after birth and exclusive breastfeeding is low. Basic Health Research (RISKESDAS) in 2010 coverage of exclusive breastfeeding of infants aged 0-5 months only reached 27,2%.

Methods: Design of this study used a *Cross Sectional* design, with structured interviews and observations. Univariate analysis used and Bivariate analysis with *Chi Square* test statistic. The population was mothers who have children in Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II amounting to 259 respondents and all midwives Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II totaling 117 respondents, the study time conducted in May-July 2013.

Result: Result of univariate analysis of exclusive breastfeeding 27%, respondents who had attended training Early Initiation of Breastfeeding 7,7% of respondents who use both methods of individual / group 19,7%, while the frequency of exclusive breastfeeding convey information 30,8%.

Results: Bivariate results there is no relationship between training of early initiation of breastfeeding with exclusive breastfeeding. There is a relationship between the method of conveying information and frequency information delivery with exclusive breastfeeding. Expected for people motivated to give exclusive breastfeeding.

Keywords: exclusive breastfeeding

Pendahuluan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk. Untuk mencapai tujuan pembangunan tersebut maka diprogramkan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dan dapat diterima serta terjangkau oleh seluruh masyarakat. Dalam pembangunan bangsa, peningkatan kualitas manusia harus dimulai sedini mungkin yaitu sejak masih bayi, salah satu faktor yang memegang peranan penting dalam peningkatan kualitas manusia adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI). Pemberian ASI semaksimal mungkin merupakan kegiatan penting dalam pemeliharaan anak dan persiapan generasi penerus di masa depan (Depkes, 2010).

Target Indonesia pada *Millenium Development Goals* (MDGs), tahun 2015 angka kematian bayi dan angka kematian balita menurun sebesar dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015. Berdasarkan hal tersebut diatas Indonesia mempunyai komitmen untuk menurunkan angka kematian bayi dari 68 menjadi 23/1.000 KH dan angka kematian balita dari 97 menjadi 32/1.000 KH pada tahun 2015. Menghadapi tantangan dan target MDGs tersebut maka perlu adanya program kesehatan anak yang mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian pada bayi dan anak. Beberapa program dalam proses pelaksanaan percepatan penurunan angka kematian bayi dan angka kematian balita antara lain adalah program gizi, program ASI eksklusif, dan penyediaan konsultan ASI eksklusif di Puskesmas/Rumah Sakit (Depkes 2010).

Pencapaian ASI eksklusif masih kurang, hal ini berdasarkan data hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, pemberian ASI eksklusif pada bayi berumur 0-1 bulan hanya 48%. Persentase ini kemudian menurun cukup tajam menjadi 34,4 % pada bayi berumur 2-3 bulan dan 17,8 % pada bayi berumur 4 - 5 bulan. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 cakupan pemberian ASI eksklusif bayi usia 0 - 5 bulan hanya mencapai 27,2%.^{7,8}.

Hasil penelitian Mardiah (2011), hasil penelitian ini didapat bahwa umur bidan memiliki dominan kinerja bidan dalam memberi ASI eksklusif sebesar 54,7%, sedangkan bidan yang mendapat pelatihan IMD mempengaruhi pemberian ASI sebesar 64,2%, masa kerja bidan juga mempengaruhi pemberian ASI sebesar 51,9%, pendidikan sebesar 92,5%, pengetahuan kurang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif sebesar 43,4%, status perkawinan sebesar 87,7% dan sikap tidak mempengaruhi dalam pemberian ASI eksklusif yaitu hanya sebesar 42,5%. Tingkat pelatihan IMD, pendidikan dan status perkawinan yang memiliki hubungan paling dominan dalam pemberian ASI eksklusif di kota Pekanbaru tahun 2011.

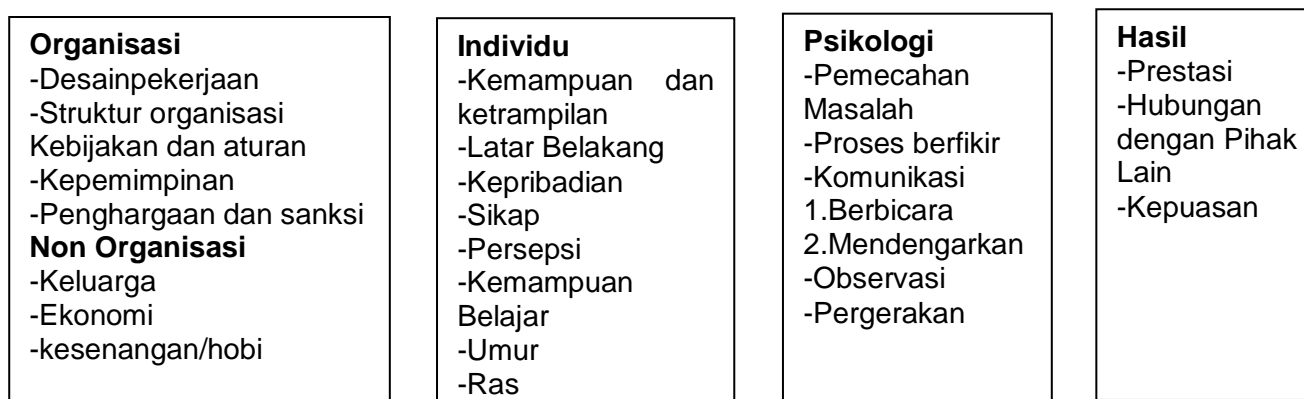
WHO dan UNICEF pada tahun 2008 menyatakan jumlah ibu menyusui di banyak Negara kawasan Asia Timur dan Asia Pasifik terus menurun, terutama di Negara berkembang. UNICEF menyimpulkan cakupan ASI eksklusif 6 bulan di Indonesia masih jauh dari rata-rata dunia yaitu 38%. Hasil SDKI Tahun 2007 menunjukkan hanya 32% bayi yang mendapat ASI eksklusif sampai umur 6 bulan, dan persentase tersebut masih sangat jauh dari target nasional, yaitu 80% (Anggraini, 2009).

Di Indonesia, praktek inisiasi menyusui segera setelah persalinan dan pemberian ASI eksklusif masih rendah. Berdasarkan SDKI 2009 ibu yang memberikan ASI eksklusif dan cakupan ASI eksklusif di Indonesia baru mencapai 50,7%. Proporsi praktek inisiasi menyusui dalam 30 menit setelah persalinan adalah 8.3% (Depkes RI, 2010), dalam 1 jam adalah 4-36%, dan dalam 1 hari adalah 27% (BPS, 2010). Data sebuah studi di Jakarta menunjukkan bahwa proporsi praktek pemberian ASI eksklusif hingga usia 4-6 bulan adalah 8,5% (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2009); hingga usia 6 bulan adalah 7,8% (BPS, 2010).

Profil kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tahun 2012 menunjukkan bahwa, cakupan presentasi bayi yang mendapat ASI eksklusif ada peningkatan yang cukup berarti dibanding tahun 2011 sebesar 10,33% (36,72 % tahun 2012 dan 26,39% tahun 2011).

Menurut profil Kesehatan Kabupaten OKU tahun 2010 yang mendapat ASI eksklusif hanya 1189 bayi (31,60%), tahun 2011 jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif sebesar 1654 bayi (35,45%) dan tahun 2012 jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif sebesar 1899 bayi (46,51%) persentase tersebut masih sangat jauh dari target yang telah ditetapkan Nasional, yaitu 80% (Dinkes, 2012). Masih rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif merupakan masalah yang menarik. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang “hubungan kinerja bidan menurut karakteristiknya terhadap pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tanjung Agung, Kemalaraja, Batumarta II Kabupaten Ogan Komering Ulu tahun 2013”

Dalam Indisari (2011), Gibson (1987), menjelaskan bahwa ada tiga variabel yang mempengaruhi karakteristik personal yaitu karakteristik individu, karakteristik organisasi dan karakteristik psikologi. Variabel karakteristik individu meliputi kemampuan ,ketrampilan, latar belakang dan *demografis*, yaitu : umur, jenis kelamin, status pernikahan, tempat tinggal ,pendidikan, dan masa kerja, karakteristik organisasi terdiri dari kepemimpinan, pengawasan, sumber daya, dan imbalan sedangkan karakteristik psikologi dari persepsi ,pengetahuan, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi yang dapat di gambarkan pada bagan berikut :



Gambar1. Kerangka teori berdasarkan teori Gibson (1987) dan Indisari (2011)

Metode

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *studyCross Sectional* (penelitian yang dilakukan pada satu waktu dan satu kali untuk mencari hubungan variabel independent dan variabel dependent) yaitu data Pelatihan IMD, metode penyampaian informasi, frekuensi penyampaian informasi dengan ASI eksklusif diperoleh melalui kuesioner dengan skala ukur ordinal, dan ASI eksklusif melalui kuesioner dengan skala ukur ordinal, dikumpulkan secara bersama (Notoatmodjo, 2010).

Data primer diperoleh melalui observasi/ wawancara dengan menanyakan langsung kepada responden tentang hal-hal yang akan diteliti. Data Sekunder diperoleh dari buku, laporan bulanan/ laporan tahunan, sumber pustaka, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten OKU, dan Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Selatan. Sedangkan instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner.

Teknik analisis yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti, baik Variabel Dependen (ASI eksklusif) maupun Variabel Independen (pelatihan IMD, teknik menyampaikan informasi, metode menyampaikan informasi, frekuensi menyampaikan informasi, dan tempat tinggal bidan), yang menampilkan output berupa tabel distribusi frekuensi.

Dilakukan tabulasi silang yang bertujuan untuk melihat hubungan antara Variabel Dependen (ASI eksklusif), maupun Variabel Independen (pelatihan IMD, teknik menyampaikan informasi, metode menyampaikan informasi, frekuensi menyampaikan informasi, dan tempat tinggal bidan), dengan menggunakan uji statistik '*Chi-Square*' dengan tingkat kepercayaan (α) = 95%. Bila $p \text{ value} \leq 0,05$, maka perhitungan statistik bermakna yang berarti ada hubungan, namun Bila $p \text{ value} > 0,05$, maka perhitungan statistik tidak bermakna atau tidak ada hubungan.

Hasil dan Pembahasan

Tabel.1 Distribusi frekuensi pemberian ASI eksklusif responden di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013

| No | Pemberian ASI Eksklusif | Frekuensi | % |
|----|-------------------------|-----------|------|
| 1 | Eksklusif | 70 | 27,0 |
| 2 | Tidak | 189 | 73,0 |
| | Jumlah | 259 | 100 |

Berdasarkan Tabel.1 dari hasil distribusi frekuensi pemberian ASI Eksklusif lebih banyak yang tidak memberikan ASI Eksklusif yaitu sebesar 189 responden (73%) dibandingkan responden yang memberikan ASI Eksklusif sebanyak 70% responden (27%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi pelatihan IMD responden di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013

| No | Pelatihan IMD | Frekuensi | % |
|----|-----------------|-----------|------|
| 1 | Mengikuti | 9 | 7,7 |
| 2 | Belum Mengikuti | 108 | 92,3 |
| | Jumlah | 117 | 100 |

Berdasarkan Tabel. 2 di dapatkan bahwa distribusi frekuensi yang belum pernah mengikuti Pelatihan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 108 responden (92,3%) lebih banyak daripada responden yang pernah mengikuti Pelatihan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 9 responden (7,7%).

Tabel. 3 Distribusi frekuensi metode menyampaikan informasi responden di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013.

| No | Metode Menyampaikan Informasi | Frekuensi | % |
|----|--|-----------|------|
| 1 | Menggunakan metode perorangan/kelompok | 23 | 19,7 |
| 2 | Tidak menggunakan metode | 94 | 80,3 |
| | Jumlah | 259 | 100 |

Berdasarkan Tabel.3 Distribusi frekuensi diatas didapatkan bahwa responden yang tidak menggunakan metode sebanyak 94 responden (80,3%) lebih banyak daripada responden yang menggunakan metode baik perorangan/kelompok sebanyak 23% (19,7%).

Tabel.4 Distribusi frekuensi penyampaian informasi responden di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013.

| No | Frekuensi Penyampaian Informasi | Frekuensi | % |
|----|---------------------------------|-----------|------|
| 1 | Ya | 36 | 30,8 |
| 2 | Tidak | 81 | 69,2 |
| | Jumlah | 117 | 100 |

Berdasarkan Tabel.4 didapatkan bahwa distribusi frekuensi yang tidak pernah menyampaikan informasi sebanyak 81 responden (69,2%) lebih banyak daripada responden yang menyampaikan informasi eksklusif minimal 1 kali dalam sebulan dalam posyandu sebanyak 36 responden (30,8%).

Tabel. 5 Hubungan pelatihan IMD dengan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013

| No | Pelatihan IMD | Pemberian ASI Eksklusif | | Total | <i>p value</i> |
|----|-----------------|-------------------------|---------------|---------------|----------------|
| | | Eksklusif | Tidak | | |
| 1 | Mengikuti | 4 (44,4%) | 5 (55,6%) | 9 (100%) | 0,209 |
| 2 | Belum Mengikuti | 23 (21,3%) | 85 (78,7%) | 108 (100%) | |
| | Jumlah | 27 (23,3%) | 90 (76,9%) | 117 (100%) | |

Dari Tabel. 5 dapat diketahui bahwa proporsi bidan yang pernah mengikuti pelatihan IMD yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 4 responden (44.4%), proporsi responden yang belum pernah mengikuti pelatihan IMD yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 23 responden (21,3%).

Hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh *p value* 0,209, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan IMD dengan pemberian ASI Eksklusif.

Tabel 6. Hubungan metode menyampaikan informasi dengan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013

| No | Metode menyampaikan Informasi | Pemberian ASI Eksklusif | | Total | <i>p value</i> |
|----|--|-------------------------|---------------|---------------|----------------|
| | | Eksklusif | Tidak | | |
| 1 | Menggunakan Metode informasi Perorangan/kelompok | 13 (56,5%) | 10 (43,5%) | 23 (100%) | 0,209 |
| 2 | Tidak Menggunakan Metode | 14 (14,9%) | 80 (85,1%) | 94 (100%) | |
| | Jumlah | 27 (23,1%) | 90 (76,9%) | 117 (100%) | |

Dari Tabel. 6 dapat diketahui bahwa proporsi Metode Menyampaikan Informasi yang menggunakan metode baik perorangan /kelompok yang berhubungan dengan dalam pemberian ASI Eksklusif sebesar 13 responden (56,5%), proporsi responden yang tidak menggunakan metode dalam menyampaikan informasi yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 14 responden (14,9%).

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh *p value* 0,001 ,maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara metode menyampaikan informasi dengan pemberian ASI Eksklusif.

Tabel 7. Hubungan frekuensi penyampaian informasi dengan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja, Puskesmas Batumarta II Kabupaten OKU tahun 2013

| No | Frekuensi penyampaian Informasi | Pemberian ASI Eksklusif | | Total | <i>p value</i> |
|----|---------------------------------|-------------------------|---------------|---------------|----------------|
| | | Eksklusif | Tidak | | |
| 1 | Ya | 14 (38,9%) | 22 (61,1%) | 36 (100%) | 0,209 |
| 2 | Tidak | 13 (16,0%) | 68 (84,0%) | 81 (100%) | |
| | Jumlah | 27 (23,1%) | 90 (76,9%) | 117 (100%) | |

Dari Tabel. 7 dapat diketahui bahwa proporsi responden dengan frekuensi penyampaian informasi yang diberikan bidan yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 14 responden (38,9%) dan proporsi responden dengan frekuensi penyampaian informasi yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 13 responden (16%).

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh *p value* 0,014, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara frekuensi penyampaian informasi dengan pemberian ASI Eksklusif.

Hasil analisa hubungan antara pelatihan IMD yang didapat responden yang pemberian ASI Eksklusif didapat proporsi bidan yang pernah mengikuti pelatihan IMD yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 4 responden (44,4%) lebih besar dibandingkan dengan proporsi responden yang belum pernah mengikuti pelatihan IMD yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 23 responden (21,3).

Hasil uji statistik *Chi-square* diperoleh *p value* 0,209 , maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan IMD dengan pemberian ASI Eksklusif . Pelatihan merupakan proses pembelajaran dari rangkaian program perubahan perilaku. Pelatihan tersebut melibatkan pengetahuan sehingga pengetahuan seorang akan meningkat serta lebih waspada terhadap peraturan dan prosedur.

Hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi Yenni (2010) waktu bayi baru lahir dilakukan IMD, ibu akan memberikan ASI Eksklusif pada bayinya hingga 6 bulan, karena biasanya bidan memberikan penjelasan manfaat ASI Eksklusif. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa responden yang pernah mengikuti pelatihan IMD dan yang belum pernah mengikuti pelatihan IMD tidak mempengaruhi ibu yang memiliki balita dalam pemberian ASI Eksklusif.

Hasil analisa hubungan antara metode menyampaikan informasi yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif didapat proporsi metode menyampaikan informasi yang menggunakan metode baik perorangan/kelompok yang berhubungan dalam pemberian ASI Eksklusif sebesar 13 responden (56,5%) lebih besar dibandingkan dengan proporsi responden yang tidak menggunakan metode dalam menyampaikan informasi yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 14 responden (14,9%)

Hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh *p value* 0,001, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara metode menyampaikan informasi dengan pemberian ASI Eksklusif. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa metode menyampaikan informasi mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif, karena responden yang dijelaskan dengan menggunakan metode akan lebih paham dan mudah mengerti oleh calon ibu dan ibu yang memiliki balita sehingga di harapkan ASI Eksklusif dapat mencapai target.

Hasil analisa hubungan antara frekuensi penyampaian informasi yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif didapat proporsi responden dengan frekuensi penyampaian informasi yang diberikan bidan yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 14 responden (38,9%) dan proporsi responden dengan frekuensi penyampaian informasi yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif sebesar 13 responden (16,0%).

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh *p value* 0,014, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara frekuensi penyampaian informasi dengan pemberian ASI Eksklusif. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa frekuensi penyampaian informasi mempengaruhi ibu yang memiliki balita dalam pemberian ASI Eksklusif. Ibu yang mendapat informasi setiap bulan di Posyandu / setiap kunjungan ke tenaga kesehatan tentang cara / tehnik menyusui yang benar dan manfaat ASI Eksklusif untuk bayinya akan termotivasi dalam pemberian ASI Eksklusif secara penuh yaitu selama 6 bulan.

Penutup

Dari hasil wawancara dengan 117 responden sebagai sampel tentang ASI Eksklusif di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja dan Puskesmas Baturanta II kabupaten OKU menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan IMD responden dengan pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja dan Puskesmas Baturanta II kabupaten OKU tahun 2013 dengan *p value* 0,209. Ada hubungan yang bermakna antara metode menyampaikan informasi responden dengan pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja dan Puskesmas Baturanta II kabupaten OKU tahun 2013 dengan *p value* 0,001. Ada hubungan yang bermakna antara frekuensi penyampaian informasi responden dengan pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Kemalaraja dan Puskesmas Baturanta II kabupaten OKU tahun 2013 dengan *p value* 0,014.

Ucapan Terima Kasih

Penulis sadar bahwa penelitian ini tidak mungkin terwujud sesuai harapan tanpa bantuan dan dukungan berbagai pihak. Perkenankanlah penulis menyampaikan penghargaan yang tinggi dan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. H. Rachman Djalili, MM sebagai ketua Yayasan Darul Ma'arif Al Insan Baturaja
2. Ibu Dra. Hj. Herawaty, M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al Ma'arif Baturaja
3. Bapak Syaiful Kamal, SKM, M.Epid, selaku kepala Dinas Kesehatan Kabupaten OKU
4. Bapak Marwan Baits, SKM, MKM, selaku ketua program studi Kesehatan Masyarakat STIKES Al-Ma'arif Baturaja
5. Bapak Suharmasto, SKM, M.Epid, selaku pembimbing 1 yang telah memberikan arahan dan bimbingan
6. Ibu Fera Meliyanti, SKM, M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan motivasi dan arahan penulisan selama proses penelitian
7. Bapak Asmawi Nazori, SKM., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan kritik dan saran
8. Bapak Adi Prapto Dimulyo, SKM, selaku kepala UPTD puskesmas Tanjung Agung beserta staf Puskesmas
9. Ibu Hj. Widia Astuti, SKM, M.Kes selaku kepala UPTD puskesmas Kemalaraja beserta staf Puskesmas
10. Bapak Gufron, SKM, selaku kepala UPTD puskesmas Baturaja II beserta staf Puskesmas
11. Seluruh staf Dosen dan tata usaha Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Al Ma'arif Baturaja

Daftar Pustaka

- Ahmadi, R. (2008). *Susu Formula menghambat Pemberian ASI Eksklusif*. Jakarta: Salam Sahabat.
- Anggraini, D. (2009). *Hubungan Karakteristik Ibu, Aspek Dukungan, dan Inisiasi Menyusu Dini dengan Pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Swakelola 11 Ilir Palembang tahun 2009*. Palembang: FKM UNSRI.
- Alkatiri, S. (2008). *Teknik Menyusui Dengan Benar, Edisi Revisi VI*. Jakarta.
- Anonim, S. (2012). *Maraknya Iklan Susu Formula Berpengaruh terhadap ASI Eksklusif*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- BPS. (2010). Pendidikan (online) BPS. Dari <http://demografi.bps.go.id> (diakses 03 Maret 2013).
- Depkes RI. (2005). *Kepmenkes No. 450/Menkes/IV/2004 tentang Pemberian ASI secara eksklusif pada bayi di Indonesia*. Jakarta: Departmen Kesehatan RI.
- _____. RI. (2007). *Manajemen Laktasi Buku Panduan Bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Gizi Masyarakat.

- _____. RI. (2010). Panduan Peserta Konseling Menyusui. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dinkes, Sumsel, (2012). Profil Dinkes Sumatera Selatan Data PWS-KIA. Palembang,
- _____, OKU, (2012) Profil Dinkes OKU Data PWS-KIA. Baturaja.
- Helmiyah, U. (2012). Tatalaksana Ibu dan Bayi Pasca Kelahiran .Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher.
- Indisari, D. (2011). Perkembangan Perseptual Gibson. <http://cinthamymy.wordpress.com/2011/12/31/perkembangan-perseptual-gibson/> (diakses tanggal 18 Juni 2013).
- Kalra. (2008). Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Lubis, J. (2008). Peran Suami dalam Pemberian ASI Eksklusif pada Bayinya. Jakarta. Universitas Indonesia.
- Mangkunegara, A.P, (2010). Evaluasi Kinerja SDM. Bandung. Refika Aditama.
- Menkes, (2010). Nomor HK.02.01/MENKES/149/2010 tentang registrasi dan praktik Bidan. Jakarta.
- Nursalam. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar. Jakarta.
- Notoadmojo. S. (2005). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan . Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2007). Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2010). Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurafifah, (2011). Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI terhadap Kejadian Diare, ISPA, dan Status Gizi Bayi pada 4 Bulan Pertama Kehidupannya .Tesis. UGM.
- Robins, R. (2001). Air Susu Ibu versus Susu Botol. Dari <http://www.gizi.net> (di akses 21 Februari 2013).
- Roesli, U. (2005). Bayi Sehat Berkat ASI Eksklusif Makanan Pendamping Tepat dan Imunisasi Lengkap. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Sidi, P. (2009). Asi Panduan Khusus Ibu Menyusui. Yogyakarta. Banyu Medika.
- Syahan, H. (2011). Tidak Etisnya Promosi Susu Formula (telaah) Warta Konsumen No. 4 Tahun 2011.
- Srimaryati, (2009). Adakah lebih baik daripada menyusui ? Strategi Untuk Memperbaiki Pemberian Makanan Pada Anak. Jakarta. Warta Konsumen.
- Soetjiningsih, (2007). Jalan Panjang Mensukseskan ASI Eksklusif 6 Bulan. Jakarta. Warta Konsumen.
- Widjaja, MC. (2009). Gizi Tepat untuk Perkembangan Otak dan Kesehatan Balita. Jakarta: Kawan Pustaka.

- Widodo, S.(2010). Faktor-Faktor Gizi untuk menunjang Kesehatan Disamping dalam Seminar Anak Sehat dan Cerdas dari Tinjauan Medis, Gizi dan Psikologi. Semarang.
- Yenni, D.(2010). Hubungan Karakteristik Ibu dan Faktor lain terkait terhadap Status Gizi Bayi Umur 0-6 Bulan yang Gagal mendapat ASI Eksklusif di Kecamatan Baturaja Timur Kabupaten Ogan Komering Ulu. Yogyakarta: Program Studi S-1 Gizi Kesehatan FK UGM.
- Yunidar, (2010). Hubungan antara Pola Pemberian ASI dengan Faktor Sosial Ekonomi, Demografi dan Perawatan Kesehatan. Dari <http://www.tempo.co.id> diakses tanggal 28 Maret 2013
- Zulfayeni, dkk. (2008). Pengaruh Dukungan Pelayanan Kesehatan terhadap Pemberian ASI Eksklusif pada bayi sampai usia 4 bulan di kota Pekanbaru. Jakarta: Jurnal Klinik Indonesia

TERAPI BERPIKIR POSITIF TERHADAP PERILAKU MEMBUANG DAHAK PADA PASIEN TUBERKULOSIS

Irawati Indrianingrum¹, Noor Chandiq Kurniawan¹

¹Stikes Muhammadiyah Kudus

Surel: irawati@stikesmuhkudus.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Risiko penularan TB setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection (ARTI)* yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun sebesar 1%. Pencegahan penularan dengan cara perilaku membuang dahak tidak disembarang tempat. Kekuatan pikiran akan meningkatkan konsentrasi pada sesuatu. Jika pikiran, konsentrasi dan perasaan bersifat positif maka akan melahirkan perilaku positif yaitu tidak membuang dahak sembarangan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi berpikir positif terhadap perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus.

Metode: Desain penelitian adalah *quasy experiment* dengan pendekatan *cohort*. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 38 orang. Uji yang digunakan menggunakan *wilcoxon* dan instrument penelitian adalah kuesioner dan buku kerja terapi berpikir positif.

Hasil: Berdasarkan hasil uji *wilcoxon* didapatkan p value sebesar $0,001 < p \text{ value } 0,05$ pada kelompok perlakuan.

Simpulan: Hal tersebut berarti ada pengaruh antara terapi berpikir positif terhadap perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis.

Kata Kunci: Perilaku membuang dahak, terapi berpikir positif, tuberkulosis.

ABSTRACT

Background: The risk of transmission of TB each year is shown by the *Annual Risk of Tuberculosis Infection (ARTI)* is the proportion of people at risk of TB during the year amounted to 1%. Prevention of transmission by way of phlegm throwing behavior is not disembarang place. Will increase the power of the mind to concentrate on something. If the mind, concentration and feelings are positive it will bring forth positive behavior that is not carelessly throw phlegm. This study aimed to determine the effect of positive thinking on behavior therapy dispose of sputum in tuberculosis patients in Puskesmas Gribig Kudus District.

Methods: Design research is *Quasy experiment* with a *cohort* approach. Sampling using *purposive sampling*. This study used a sample of 38 people. Using the *Wilcoxon* test and the instrument used was a questionnaire study workbook therapy and positive thinking.

Result: Based on the results obtained *Wilcoxon* test p value of $0.001 < p \text{ value } 0.05$ in the treatment group.

Conclusion: That means there is between the therapeutic effect of positive thinking to get rid of phlegm in the behavior of tuberculosis patients.

Key Words: Behavior dispose sputum, positive thinking therapy, tuberculosis.

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) telah mencanangkan TB sebagai *Global Health Emergency* (Rouillon, 2010). WHO memperkirakan bahwa jumlah seluruh kasus di dunia akan meningkat dari 7,5 juta pada tahun 1990 menjadi 10,2 juta pada tahun 2000, sedangkan jumlah kematian akan meningkat seluruhnya dari 2,5 juta menjadi 3,5 juta (Crofton, 2002).

Berdasarkan data regional dari WHO, jumlah kasus TB yang terjadi di Asia Tenggara adalah 33 % dari seluruh kasus TB di dunia, dan bila dilihat dari jumlah penduduk terdapat 182 kasus setiap 100.000 penduduk (Rouillon, 2010).

Indonesia merupakan negara pertama di antara negara-negara dengan beban TB tertinggi di kawasan Asia Tenggara, yaitu 70% penemuan kasus baru TB BTA positif dan 85% kesembuhan. Saat ini peringkat Indonesia telah turun dari urutan ketiga (setelah India dan China) menjadi urutan kelima diantara negara-negara dengan beban TB tertinggi di dunia (Buku Rencana Aksi Nasional Pengendalian TB, 2011).

Di Indonesia, tiga daerah yang termasuk *Case Detection Rate* TB Paru tertinggi adalah Sulawesi Utara, DKI Jakarta, dan Maluku. Sedangkan Jawa Tengah memiliki prevalensi tuberkulosis sebesar 74,52 pasien setiap 100.000 penduduk dari target renstra Dinas Kesehatan Jawa Tengah yaitu prevalensi TB 231/100.000 (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2011).

Tuberkulosis sendiri adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. (Depkes, 2006). Di banyak negara industri, uang, sumber daya, standar hidup yang tinggi, dan kemoterapi yang dipakai luas selama 40 tahun belakangan ini, telah membantu mengurangi tuberkulosis menjadi masalah yang relatif kecil. Namun, di negara-negara miskin, tuberkulosis tetap merupakan masalah besar hampir sama seperti sediakala (Crofton, 2002).

Masalah seperti ini diperlukan kegiatan penanggulangan Tuberkulosis, khususnya TB Paru di Indonesia telah dimulai sejak diadakan simposium pemberantasan TB Paru di Cilito pada tahun 1969. Namun sampai sekarang perkembangannya belum menunjukkan hasil yang mengembirakan (Depkes RI, 2002).

Penularan penyakit tuberkulosis ini kepada seseorang salah satu indikasi tercepatnya adalah banyaknya kuman dalam paru-paru penderita. Penyebaran kuman tuberkulosis ini terjadi di udara melalui dahak yang berupa *droplet*. Pada saat penderita batuk atau bersin, kuman TB paru dan BTA positif yang berbentuk *droplet* sangat kecil ini bertebaran di udara. *Droplet* yang sangat kecil ini kemudian mengering dengan cepat dan menjadi *droplet* yang mengandung kuman tuberkulosis. Kuman ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam, sehingga cepat atau lambat *droplet* yang mengandung kuman tuberkulosis itu terhirup oleh orang lain (Naga, 2012).

Pencegahan dari penyebaran kuman TB Paru dapat dikerjakan oleh penderita, masyarakat, maupun petugas kesehatan. Khususnya untuk penderita dapat melakukan pencegahan dengan

cara menutup mulut saat batuk serta perilaku membuang dahak tidak disebarkan tempat (Naga, 2012)

Sedangkan perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Salah satu proses pembentukan perilaku didasarkan pada kebutuhan dan salah satu kebutuhan itu adalah kebutuhan rasa aman dari sakit dan penyakit (Sunaryo, 2004).

Sampai sekarang kita masih bicara tentang kekuatan pikiran, dan pengaruhnya terhadap akal yang meningkatkan konsentrasi pada sesuatu, konsentrasi ini menyebabkan lahirnya perasaan tertentu dalam diri. Selanjutnya perasaan mendorong untuk bersikap. Salah satu sikap adalah taat dan menerima, sikap semacam ini digunakan oleh seseorang karena beberapa sebab salah satunya adalah menghindari dampak yang negatif. Akan tetapi jika pikiran, konsentrasi dan perasaan bersifat positif maka akan melahirkan perilaku positif (Elfiky, 2009).

Secara umum, penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat kita. Penyakit tuberkulosis paru dimulai dari tuberkulosis, yang berarti suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantaraan ludah atau dahak penderita yang mengandung tuberkulosis paru (Naga, 2012).

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes, 2006).

Mycobacterium tuberculosis adalah bakteri penyebab terjadinya penyakit tuberkulosis, bakteri ini pertama kali di deskripsikan pada tanggal 24 Maret 1882 oleh Robert Koch, bakteri ini juga sering disebut *Abasilus Koch* (Naga, 2012).

Penyebaran kuman Mikrobakterium tuberkolusis bisa masuk melalui tiga tempat yaitu saluran pernafasan, saluran pencernaan dan adanya luka yang terbuka pada kulit. Infeksi kuman ini sering terjadi melalui udara (*airbone*) yang cara penularannya dengan inhalasi droplet yang mengandung kuman dari orang yang terinfeksi sebelumnya .

Pada permulaan penyebaran akan terjadi beberapa kemungkinan yang bisa muncul yaitu penyebaran limfohematogen yang dapat menyebar melewati getah bening atau pembuluh darah. Kejadian ini dapat meloloskan kuman dari kelenjar getah bening dan menuju aliran darah dalam jumlah kecil yang dapat menyebabkan lesi pada organ tubuh yang lain.

TB adalah penyakit yang dikendalikan oleh sistem imunitas diperantarai oleh sel. Sel efektor adalah makrofag, dan limfosit (biasanya sel T) adalah sel imunoresponsi. Tipe imunitas seperti ini biasanya lokal, melibatkan makrofag yang diaktifkan di tempat infeksi oleh limfosit dan limfokinya. Respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitivitas selular.

Pada tahun 1995, WHO telah merekomendasikan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) sebagai strategi dalam penanggulangan TB. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi strategi DOTS

ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya. Satu studi *cost benefit* yang dilakukan oleh WHO di Indonesia menggambarkan bahwa dengan menggunakan strategi DOTS, setiap dolar yang digunakan untuk membiayai program penanggulangan TB, akan menghemat sebesar US\$ 55 selama 20 tahun (Depkes, 2006).

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes, 2006).

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons.

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2003) adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan.

Perilaku Kesehatan Pasien Tuberkulosis

Berikut adalah perilaku kesehatan pasien TB (Muniroh, 2012) :

- 1) Lantai dirumah disapu setiap dan dipel setiap hari
- 2) Air pel diberi larutan lisol atau larutan anti kuman
- 3) Diupayakan cahaya matahari sebanyak mungkin masuk ke dalam rumah
- 4) Membuka jendela setiap hari
- 5) Segera membuang tisu yang sudah dipakai kedalam tempat sampah
- 6) Cuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun
- 7) Menggunakan masker selama berpergian
- 8) Menjaga jarak dengan lawan bicara

Perilaku membuang dahak dapat berdampak terhadap penularan penyakit TBC (Muniroh, 2012) :

- 1) Penderita tidak meludah di lantai atau disembarang tempat, agar kuman tidak menyebar dan menular ke orang lain.
- 2) Penderita harus menutup mulut dengan sapu tangan, bila batuk atau bersin.
- 3) Setiap membuang dahak sebaiknya pada kaleng.

- 4) Kaleng untuk dahak berisi cairan desinfektan minimal 1/3 dari isi kaleng (cairan berupa lisol atau karbol).
- 5) Kaleng harus memiliki tutup yang rapat dan tidak mudah tumpah.
- 6) Kaleng harus dibersihkan dengan air sabun.
- 7) Bersihkan kaleng setiap 2 atau 3 kali sehari dengan menyiramkan ke lubang pembuangan air mengalir atau dengan menguburnya di tanah.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi, dkk (2012) ditemukan bahwa sebanyak 86,7 % pasien membuang dahak sembarangan. Pasien membuang dahak sembarangan dipengaruhi oleh kesadaran diri atau perilaku negatif yang dilakukannya tanpa mementingkan kesehatan dirinya maupun lingkungan disekitarnya.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Dwitanyanov, dkk (2010), dengan kelompok eksperimen terdapat peningkatan skor sebesar 17,62 dan $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Mengemukakan bahwa pelatihan berpikir positif yang dilakukan secara aplikatif oleh mahasiswa untuk meningkatkan efikasi diri akademik akan menyebabkan perubahan efektivitas dalam belajar, kematangan emosional, kondisi kesehatan fisik serta emosional. Dengan kata lain dapat merubah perilaku seseorang menjadi lebih positif.

Berpikir merupakan suatu proses yang berjalan secara bersinambungan yang mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi (Smeltzer, 2002).

Berpikir positif yang paling baik dan paling kuat dan tidak terpengaruh oleh ruang dan waktu adalah orang yang selalu berpikir positif. Hal semacam ini menunjukkan orang tersebut selalu bersyukur kepada Allah SWT. Selanjutnya ia berpikir mencari solusi dari segala kemungkinan hingga pikiran itu menjadi kebiasaan dalam hidupnya (Elfiky, 2009).

Berpikir positif adalah satu pokok penting terhadap kebahagiaan seseorang karena pikiran positif mendorong seseorang menanggapi atau bersikap kritis terhadap setiap masalah yang dihadapi dengan jernih. Pikiran positif mendorong seseorang untuk menghindari prasangka, kecurigaan yang berlebihan, kecemasan, atau ketakutan yang tidak beralasan terhadap berbagai fenomena hidup (Surbakti, 2010).

Jika seseorang selalu berpikiran positif, maka seseorang itu akan mendapatkan keuntungan-keuntungan seperti: selalu terdorong ingin melakukan kebaikan, meninggalkan perbuatan tercela, terhindar dari tekanan darah tinggi, selalu diliputi rasa senang, terhindar dari tekanan psikologis, memAndang orang lain dari sisi kebajikannya, menghargai pribadi dan kepribadian orang lain, menutupi kekurangan orang lain, tidak membesar-besarkan kesalahan orang lain, mudah memaafkan dan mengampuni kesalahan orang lain, bisa menjadi teladan kebaikan bagi orang lain, memAndang orang lain sebagai partner untuk maju, bukan saingan (Surbakti, 2010).

Salah satu strategi yang digunakan dalam berfikir positif adalah Strategi otogenik (terus mengulangi pernyataan positif)

Pra Interaksi

- 1) Diamlah ditempat yang tenang dan jauh dari kebisingan paling tidak selama sepuluh menit.

- 2) Kenakan pakaian yang nyaman, lepasan kacamata, dan matikan *handphone*.
- 3) Duduklah dikursi atau di lantai dengan punggung tegak. Boleh juga dengan cara berbaring (telentang)
- 4) Siapkan setengah gelas air.

Fase Kerja

- 1) Pikirkan masalah tertentu yang Anda alami.
- 2) Tuliskan sebab-sebab masalah ini yang menimbulkan masalah Anda.
- 3) Tuliskan berbagai dampak dari masalah ini.
- 4) Tuliskan target yang Anda inginkan terhadap masalah ini dan cara Anda menyelesaikannya.
- 5) Tuliskan jenis kepribadian yang akan Anda gunakan untuk menghadapi masalah ini. Contoh kepribadian yang percaya diri.
- 6) Atau tuliskan solusi yang ingin Anda lihat terjadi dalam hidup Anda. Contoh: bebas dari sakit kepala, sikap emosional, gelisah dan lain-lain.
- 7) Tuliskan sesuatu yang Anda ingin perbaiki dalam hidup Anda. Contoh: ingatan, konsentrasi, kemampuan berbicara di muka umum, dan lain-lain.
- 8) Minumlah sedikit air. Tarik nafas dalam-dalam secara perlahan-lahan hingga memenuhi dada. Hembuskan secara perlahan-lahan melalui mulut. Jadikan embusan itu lebih panjang daripada saat menghirup. Gunakan cara bernafas yang saya sebut dengan cara 4, 2, 8. Artinya hirup udara melalui hidung dengan empat hitungan. Tahan selama dua hitungan dan hembuskan selama delapan hitungan. Semakin lama hembusan nafas itu Anda semakin merasakan suasana rileks. Selanjutnya Anda akan merasakan ketenangan luar biasa.
- 9) Pejamkan mata Anda, lalu bayangkan diri Anda menghadapi masalah yang ada. Lihatlah diri Anda yang begitu percaya diri. Pasang ekspresi wajah, gerak tubuh, nafas, pikiran, dan gaya yang Anda inginkan.
- 10) Jadikan perasaan Anda terikat kuat dengan citra diri Anda. Biarkan perasaan yang terhubung dengan citra diri Anda itu selalu menguat di akal bawah sadar Anda hingga menjadi keyakinan.
- 11) Bukalah mata Anda dan lakukan kembali latihan ini. Atau minumlah, lalu tarik nafas dengan cara yang sama. Pejamkan mata, bayangkan diri Anda sedang menghadapi suatu masalah. Tetapi kali ini Anda harus lebih baik dari sebelumnya.
- 12) Bukalah mata Anda lalu lakukan kembali latihan ini untuk ketiga kalinya. Boleh ditambah apa saja yang Anda inginkan, tapi jangan lupa untuk mengikatnya dengan perasaan Anda.

Fase Terminasi

- 1) Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan terapi ini.
- 2) Menyampaikan tindak lanjut dari terapi, terapi ini dilakukan minimal sekali dalam sehari selama satu minggu.
- 3) Melakukan kontrak dengan klien untuk pertemuan selanjutnya

- 4) Tujuan penelitian ini untuk Mengetahui Pengaruh antara Terapi Berpikir Positif Terhadap Perilaku Membuang Dahak pada Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus.

Metode

Jenis penelitian *quasy experiment* dengan menggunakan bentuk rancangan *equivalent control group pre test-post test* digunakan dalam penelitian ini. Desain ini bertujuan mengidentifikasi hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan dua kelompok subyek. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Teknik samplingnya secara *Non Probability Sampling (Purposive Sampling)*. Dalam rancangan ini, kelompok eksperimen diberi perlakuan berupa terapi berpikir positif. Sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan apapun. Pada kelompok eksperimen dan kontrol diawali dengan pre test (pengukuran awal) perilaku membuang dahak dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (post test).

Metode pendekatan yang dipakai adalah *studi cohort* artinya, mengkaji hubungan antara faktor resiko dengan efek. Penelitian ini digunakan untuk mempelajari dinamika korelasi melalui pendekatan *longitudinal* ke depan atau prospektif (Notoatmojo, 2010).

Populasi adalah seluruh subyek atau obyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Alimul, 2007). Populasi pada penelitian ini adalah penderita tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gribig sebanyak 47 Pasien.

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel dalam penelitian ini adalah Penderita TBC di Wilayah Kerja Puskesmas Gribig yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi tersebut dibawah ini.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Penderita TBC yang berada di wilayah kerja Puskesmas Gribig Kudus
- 2) Penderita TBC yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian karena ada hambatan (Alimul, 2007).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Penderita TBC yang mengundurkan diri saat berjalannya terapi berpikir positif / ditengah jalannya penelitian.
- 2) Penderita TBC yang mengalami perburukan kondisi sehingga diperlukan perawatan selanjutnya.

Menurut Sopiudin dan Dahlan (2006), maka sampel yang digunakan dalam penelitian analitik kategorik dengan desain *cohort*.

Berdasarkan perhitungan di atas maka kelompok perlakuan dan kontrol masing-masing mendapat 16 responden. Pada penelitian *cohort* harus ditambah dengan jumlah *lost to follow* atau responden yang akan lepas selama pengamatan, biasanya diasumsikan 15 %. ($16 \times 15\% = 2,4$

dibulatkan menjadi 3). Jadi sampel yang digunakan adalah kelompok perlakuan 19 responden, dan kelompok kontrol 19 responden.

Peneliti menentukan sampel yang terdapat dalam populasi secara *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2011).

Instrumen penelitian adalah alat bantu fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data, sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2002). Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah Pedoman Strategi / teknik Terapi berpikir positif dan kuesioner.

Validitas merupakan ketepatan atau kecermatan pengukuran, valid artinya alat tersebut mengukur apa yang ingin diukur. Suatu kuesioner dikatakan valid kalau pertanyaan pada kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Riyanto, 2011). Uji validitas yang digunakan adalah "*Korelasi Pearson Product Moment*".

Reliabilitas artinya kestabilan pengukuran, alat dikatakan reliabel jika digunakan berulang-ulang nilai sama. Sedangkan pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan konsisten atau stabil dari waktu ke waktu (Riyanto, 2011). Reabilitas uji yang digunakan adalah uji "*Cronbach's Alpha*".

Analisa univariat yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2005). Analisa univariat pada penelitian adalah terapi berpikir positif.

Analisa bivariat yaitu analisa data yang dilakukan pada dua variable yang diduga mempunyai hubungan atau korelasi (Notoatmojo, 2010). Analisa bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi berpikir positif terhadap perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kudus.

Sebelum dilakukan analisa bivariat sebelumnya dilakukan uji homogenitas dan uji normalitas data. Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui apakah data dalam variabel X dan Y bersifat homogen atau tidak. Uji normalitas data awal tersebut menggunakan rumus Chi-kuadrat Hipotesis yang diuji. Uji Anova pada prinsipnya adalah melakukan analisis variabilitas data menjadi dua sumber variasi yaitu variasi didalam kelompok (*within*) dan variasi antar kelompok (*between*). Bila variasi *within* dan *between* sama (nilai perbandingan kedua varian mendekati angka satu), maka berarti tidak ada perbedaan efek dari intervensi yang dilakukan, dengan kata lain nilai mean yang dibandingkan tidak ada perbedaan. Sebaliknya bila variasi antar kelompok lebih besar dari variasi didalam kelompok, artinya intervensi tersebut memberikan efek yang berbeda, dengan kata lain nilai mean yang dibandingkan menunjukkan adanya perbedaan. Uji wilcoxon digunakan untuk menganalisis hasil-hasil pengamatan yang berpasangan dari dua data apakah berbeda atau tidak. Wilcoxon signed Rank test ini digunakan hanya untuk data bertipe interval atau ratio, namun datanya tidak mengikuti distribusi normal.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik pada penelitian ini adalah sebagian besar umur penderita tuberkulosis adalah 20–45 tahun dengan jumlah 21 responden (55,3%), umur >45 tahun sejumlah 14 responden (36,8%), umur <20 tahun sejumlah 3 responden (7,9%). Sebagian besar pekerjaan penderita tuberkulosis adalah buruh dengan jumlah 14 responden (36,8%), petani sejumlah 8 responden (21,1%), swasta sejumlah 8 responden (21,1%), IRT (ibu rumah tangga) sejumlah 5 responden (13,2%), pelajar sejumlah 3 responden (7,9%). Sebagian besar pendidikan penderita tuberkulosis adalah SD dengan jumlah 22 responden (57,9%), SMP sejumlah 9 responden (23,7%), SMA sejumlah 4 responden (10,5%), tidak Tamat SD sejumlah 3 responden (7,9%).

Sebagian besar pekerjaan penderita tuberkulosis adalah buruh dengan jumlah 14 responden (36,8%), petani sejumlah 8 responden (21,1%), swasta sejumlah 8 responden (21,1%), IRT (ibu rumah tangga) sejumlah 5 responden (13,2%), pelajar sejumlah 3 responden (7,9%).

Perilaku membuang dahak pasien tuberkulosis sebelum dilakukan terapi berpikir positif. Menurut data penelitian yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan perilaku membuang dahak rata-rata nilai perlakuan 7,32. nilai median 7,00, nilai modus 7 dengan jumlah 4 responden, standar deviasi 3,019 dan nilai minimum 2 serta nilai maksimum adalah 12.

Sedangkan menurut kategori frekuensi perilaku membuang dahak menunjukkan bahwa perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis dalam kelompok perlakuan adalah frekuensi perilaku baik sejumlah 8 orang (42,1%), dan perilaku buruk 11 orang (57,9%). Dan dalam kelompok kontrol frekuensi perilaku baik sejumlah 4 orang (21,1%), dan perilaku buruk 15 orang (78,9%).

Dalam penelitian yang dilakukan Pertiwi dkk, 2012, melalui analisis kebiasaan membuang dahak yaitu di luar tubuh manusia, kuman *Mycobacterium tuberculosis* hidup baik pada lingkungan yang lembab akan tetapi tidak tahan terhadap sinar matahari. Hal ini terkait dengan keadaan di lingkungan responden yang rumahnya berdempetan, masyarakatnya tidak menerapkan praktik kesehatan yang baik, maka responden tersebut kemungkinan tertular sangat tinggi. Dan sebenarnya masyarakat sudah tahu tentang gejala, tanda, dan cara penularan penyakit TB Paru dari kader kesehatan dan petugas kesehatan, namun karakteristik individu yang membuat masyarakat hanya sebatas tahu dan mengerti saja bukan menerapkan secara langsung. Keadaan ini dapat dibuktikan bahwa perilaku buruk membuang dahak pada kelompok perlakuan sejumlah 11 orang (57,9%). Dan dalam kelompok kontrol frekuensi perilaku buruk 15 orang (78,9%).

Masyarakat tidak mementingkan kesehatan diri sendiri atau bahkan lingkungannya meskipun mereka tahu dan sadar bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan praktik kesehatan yang benar (Pertiwi dkk, 2012). Hal ini yang menimbulkan perilaku yang negatif yaitu mengabaikan kepentingan orang lain dan tidak peduli dengan penyebaran penyakit tuberkulosis. Perilaku negatif dapat diubah dengan selalu berpikir positif pada dirinya bahwa kegiatan atau perilaku yang baik dan positif dapat juga menguntungkan diri sendiri dan orang lain.

Cara membuang dahak yang benar adalah penderita tidak meludah di lantai atau di sembarang tempat, agar kuman tidak menyebar dan menular ke orang lain, penderita harus menutup mulut dengan sapu tangan, bila batuk atau bersin, setiap membuang dahak sebaiknya pada kaleng, kaleng untuk dahak berisi cairan desinfektan minimal 1/3 dari isi kaleng (cairan berupa lisol atau karbol), kaleng harus memiliki tutup yang rapat dan tidak mudah tumpah, kaleng harus dibersihkan dengan air sabun, bersihkan kaleng setiap 2 atau 3 kali sehari dengan menyiramkan ke lubang pembuangan air mengalir atau dengan menguburnya di tanah (Muniroh, 2012).

Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, dalam kenyataannya penderita TBC seringkali membuang dahak di sembarang tempat yaitu pekarangan, kamar mandi, selokan. Selain itu, beberapa diantaranya memang sudah membuang dahak di tempat khusus tetapi belum menggunakan desinfektan di dalam tempat itu.

Perilaku membuang dahak pasien tuberkulosis setelah dilakukan terapi berpikir positif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan perilaku membuang dahak rata-rata nilai perlakuan 8,79. nilai median 8,00, nilai modus 8 dengan jumlah 8 responden, standar deviasi 1,873 dan nilai minimum 6 serta nilai maksimum adalah 12. Sedangkan pada kelompok kontrol perilaku membuang dahak rata-rata nilai kontrol 5,84, nilai median 6,00, nilai modus 7 dengan jumlah 4 responden, standar deviasi 2,888 dan nilai minimum 2 serta nilai maksimum adalah 12. Sedangkan frekuensi perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis dalam kelompok perlakuan adalah frekuensi perilaku baik sejumlah 15 orang (78,9%), dan perilaku buruk 4 orang (21,1%). Dan dalam kelompok kontrol frekuensi perilaku baik sejumlah 4 orang (21,1%), dan perilaku buruk 15 orang (78,9%).

Peneliti melihat bahwa sebelum dilakukan penelitian dalam kelompok perlakuan maupun kontrol, beberapa responden memang sudah memiliki perilaku baik dalam membuang dahak, tetapi banyak di antaranya memang tidak membuang dahak secara benar. Setelah dilakukan terapi berpikir positif menunjukkan perubahan yang cukup banyak dari kelompok perlakuan yaitu perilaku membuang dahak yang menjadi baik sebanyak 15 orang (78,9%). Sedangkan dalam kelompok kontrol tidak terdapat perubahan yang cukup banyak tentang hal itu yaitu sebanyak 4 orang (21,1%).

Pada penelitian ini, pada kelompok perlakuan dan kontrol sama-sama dilakukan pendidikan kesehatan sebelum dilakukan terapi. Hal ini dilakukan agar mengikuti etika penelitian sekaligus untuk membandingkan efek dari terapi berpikir positif yang lebih signifikan. selain itu pendidikan kesehatan diperlukan untuk mengetahui seberapa jauh kemampuan atau pengetahuan dari responden tentang penyakit tuberkulosis.

Pengaruh terapi berpikir positif terhadap perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi berpikir positif dengan perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kudus. Berpikir positif merupakan suatu proses kegiatan yang mencakup interaksi dan kerja otak

dari suatu rangkaian pikiran atau persepsi yang merupakan satu cara penting terhadap kebahagiaan seseorang karena pikiran positif mendorong seseorang menanggapi atau bersikap kritis terhadap setiap masalah yang dihadapi dengan jernih (Elfiky, 2009).

Terapi berpikir positif adalah terapi yang digunakan untuk merubah suatu pikiran negatif menjadi sebuah pikiran positif yang digunakan untuk meningkatkan kualitas perilaku pasien menjadi lebih baik. Terapi berpikir positif bertujuan untuk merubah pikiran negatif, memberikan ketenangan pada diri, merubah perilaku menjadi lebih baik, menghargai diri sendiri dan orang lain (Elfiky, 2009).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Dwitanyanov (2010) dengan judul “pengaruh pemberian pelatihan berpikir positif terhadap efikasi diri akademik pada mahasiswa Universitas Diponegoro”. Menyatakan bahwa berpikir positif membantu untuk mengarahkan motivasi, kemampuan kognisi, dan mengambil tindakan yang diperlukan. berpikir positif membuat individu cenderung berperasaan positif serta memAndang tujuan tertentu dapat diraihinya apabila mau mengarahkan dan memotivasi dirinya sendiri untuk mencapai harapan.

Dari hasil analisa *Wilcoxon* didapatkan bahwa $p\ value\ 0.001 < \alpha\ (0,05)$ pada kelompok perlakuan dan $p\ value\ 0.317 > \alpha\ (0,05)$ pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perubahan yang signifikan pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti ada pengaruh terapi berpikir positif dengan perilaku. membuang dahak pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kudus.

Penutup

Penyakit tuberkulosis paru dimulai dari tuberkulosis, yang berarti suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantaraan ludah atau dahak penderita yang mengandung tuberkulosis paru

Karakteristik pada penelitian ini adalah sebagian besar umur penderita tuberkulosis adalah 20–45 tahun dengan jumlah 21 responden (55,3%), umur >45 tahun sejumlah 14 responden (36,8%), umur <20 tahun sejumlah 3 responden (7,9%). Sebagian besar pekerjaan penderita tuberkulosis adalah buruh dengan jumlah 14 responden (36,8%), petani sejumlah 8 responden (21,1%), swasta sejumlah 8 responden (21,1%), IRT (ibu rumah tangga) sejumlah 5 responden (13,2%), Pelajar sejumlah 3 responden (7,9%). Sebagian besar pendidikan penderita tuberkulosis adalah SD dengan jumlah 22 responden (57,9%), SMP sejumlah 9 responden (23,7%), SMA sejumlah 4 responden (10,5%), tidak tamat SD sejumlah 3 responden (7,9%).

Sebagian besar pekerjaan penderita tuberkulosis adalah buruh dengan jumlah 14 responden (36,8%), petani sejumlah 8 responden (21,1%), swasta sejumlah 8 responden (21,1%), IRT (ibu rumah tangga) sejumlah 5 responden (13,2%), pelajar sejumlah 3 responden (7,9%).

Perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis sebelum terapi berpikir positif bahwa perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis dalam kelompok perlakuan adalah frekuensi perilaku baik sejumlah 8 orang (42,1%), dan perilaku buruk 11 orang (57,9%). Dan dalam kelompok kontrol frekuensi perilaku baik sejumlah 4 orang (21,1%), dan perilaku buruk 15 orang (78,9%).

Perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis setelah terapi berpikir positif bahwa perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis dalam kelompok perlakuan adalah frekuensi perilaku baik sejumlah 15 orang (78,9%), dan perilaku buruk 4 orang (21,1%). Dan dalam kelompok kontrol frekuensi perilaku baik sejumlah 4 orang (21,1%), dan perilaku buruk 15 orang (78,9 %).

Ada pengaruh terapi berpikir positif terhadap perilaku membuang dahak pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Gribig Kudus dengan nilai *p value* sebesar $0.001 < \alpha 0,05$ pada kelompok perlakuan.

Daftar Pustaka

- Alimul Hidayat, A. Aziz. 2007, *Metode Penelitian Keperawatan dan teknik Analisa Data* . Salemba medika.
- Alimul Hidayat, A. Aziz. 2008, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Crofton, J., Horne, N., dan Miller, F., 2002. Tuberkulosis Klinis. alih bahasa, Muherman Harun, - [et al]. Ed. 2. Jakarta : Widya Medika.
- Depkes RI. 2002. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta: Depkes
- Depkes RI. 2006. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta: Depkes
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2011. *Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2011*. Jawa Tengah : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Kudus Tahun 2011*. Kudus : Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.
- Dwitantyanov, arswendo, dkk. 2010. *Pengaruh Pelatihan Berpikir Positif pada Efikasi Diri Akademik Mahasiswa*. Universitas Diponegoro.
- Effendi, Makhludi. 2009. *Keperawatan kesehatan Komunitas : teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Elfiky Ibrahim. 2009. Terapi berpikir Positif. Alih bahasa : Khalifurrahman, et al. Zaman : Jakarta.
- Hiswani. 2009. *Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. FKM Universitas Sumatera Utara.
- Kemenkes RI. 2011. *Rencana Aksi Nasional Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*. Jakarta.

- Kozier, Erb, et al. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik. Jakarta. EGC.
- Mansjoer, A., dkk, 2005. *Kapita Selekta Kedokteran* .Edisi ketiga Jilid 1 Cetakan Keenam., Jakarta : Media Aesculapius Fakultas kedokteran UI.
- Muniroh, nuha. 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesembuhan Penyakit Tuberkulosis (TBC) Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mangkang Semarang Barat*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Notoatmodjo. 2007. Promosi Kesehatan Ilmu Dan Seni. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. 2011. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi II. Salemba Medika. Jakarta
- Permatasari, Amira. 2005, *Pemberantasan Penyakit TB paru dan strategi Dots*. Bagian Paru Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Pertiwi, Rikha Nurul, dkk. 2012. *Hubungan antara karakteristik individu praktik hygiene dan sanitasi lingkungan dengan kejadian tuberculosis di Kecamatan Semarang Utara Tahun 2011*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. FKM UNDIP.
- Price, Sylvia A dan Wilson, Lorrain M, 2005, Patofisiologi Konsep Klinis Proses- proses Penyakit, edisi 6, Jakarta: EGC.
- Puskesmas Gribig Kudus, 2012. *Plan of Action* Puskesmas Gribig Tahun 2012.
- Rouillon, A., dan Enarson, D.A., 2010. *History of the Union* : IUALTD.
- Sholeh. S. Naga. 2012. Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam. Cetakan Pertama. Diva Press. Jogjakarta.
- Smeltzer & Bare. 2002. Keperawatan medikal bedah. Edisi 8 Vol.1. Alih Bahasa : Agung waluyo. Jakarta. EGC.
- Sobur, Alex. 2003. *Psikologi Umum Dalam Lintasan Sejarah*. CV. Pustaka Setia. Bandung.
- Sopiyudin, Dahlan. 2006. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Uji Hipotesis dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta : PT. Arkans.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Susanto, Handy. 2006. *Meningkatkan Konsentrasi Siswa Melalui Optimalisasi Modalitas Belajar Siswa*. Jurnal Pendidikan Penabur.

PENGARUH MADU TERHADAP KADAR TRIGLISERIDA TIKUS PUTIH (*RATTUS NOVERGICUS*) DENGAN DIET ATHEROGENIK

Septa Katmawanti¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Malang

Surel: Septakatma@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Beberapa penelitian menunjukkan bahwa madu mengandung dua komposisi aktif yaitu fruktosa dan *fruktooligosakarida* (FOS) yang mekanisme kerjanya saling berlawanan pada trigliserida serum darah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian madu terhadap kadar trigliserida serum darah tikus putih (*Rattus novergicus*) dengan diet atherogenik.

Metode: Jenis penelitian adalah eksperimen dengan desain yang digunakan adalah Rancangan Acak Lengkap, 4 kali replikasi. Pengolahan dan analisis data menggunakan uji statistic *One Way Anova*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kadar trigliserida serum darah tertinggi pada kelompok kontrol negatif (P_1) yaitu 59.2 ± 1.2 mg/dl; sedangkan yang terendah adalah pada kelompok diet atherogenik dengan pemberian madu 1.38 ml/hari (P_4) yaitu 36.5 ± 2.6 mg/dl.

Simpulan: Hasil uji korelasi dan regresi linear menunjukkan bahwa terjadi hubungan yang kuat dan jika dosis madu semakin tinggi maka kadar trigliserida tikus akan semakin rendah.

Kata kunci: madu, diet atherogenik, kadar trigliserida serum darah.

ABSTRACT

Background: Several studies show that honey have two active composition, they are fructose and fructooligosaccharides (FOS). fructose and fructooligosaccharides (FOS) have antagonist mechanism in triglyceride blood serum. Therefore, this research is aimed to investigate the effect of honey consumption on triglyceride blood serum of *Rattus novergicus* with atherogenic diet.

Methods: This study was classified as experimental study. The design applied was complete randome design with four multiple replication. Independent variable involves the honey consumption on atherogenic diet, whereas, dependent variable involves the level of triglyseride on *Rattus novergicus* blood serum. Data processing and analysis in the research are conducted by using *Oneway Anova* statistical test.

Results: The results of this study show that the average of the highest level of triglyceride on blood serum appears on the negative control group (P_1) in a number 59.2 ± 1.2 mg/dl; meanwhile for the lowest level appears on the P_4 group, with atherogenic diet with the giving of 1.38 ml honey/day in a number 36.5 ± 2.6 mg/dl. Further

Conclusion: On the correlation and linear regression test, the result shows that the relation between two variable is strong and if giving honey increase so triglyceride serum level will decrease.

Keywords: Honey, atherogenic diet, triglyceride level on blood serum

Pendahuluan

Riset yang dilakukan oleh *World Health Organization* pada tahun 2005 menunjukkan bahwa dari 17,6 juta penduduk dunia, sekitar 7,6 juta diantaranya meninggal karena serangan jantung dan 5,7 juta lainnya meninggal disebabkan oleh penyakit stroke. Apabila langkah yang tepat tidak segera dilakukan maka pada tahun 2015 diperkirakan 20 juta orang akan meninggal akibat penyakit kardiovaskuler setiap tahunnya (WHO, 2007).

Penyakit kardiovaskuler disebabkan karena proses *atherosclerosis*. *Atherosclerosis* sebagai pangkal terjadinya penyakit jantung koroner mempunyai penyebab yang multifaktorial antara lain hiperlipidemia, merokok, dan hipertensi. Penelitian epidemiologik, laboratorium dan klinik yang dilakukan oleh *Farmingham Heart Study* (FHS) dan *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT) sudah membuktikan bahwa gangguan metabolisme lipid merupakan factor sentral terjadinya *atherosclerosis*. Gangguan metabolisme lipid adalah keadaan dimana kadar lipoprotein dalam darah meningkat, dibedakan menjadi dua jenis yaitu hiperkolesterolemia dan hipertrigliseridemia. Penelitian ini akan menggunakan diet atherogenik. Diet atherogenik dapat memicu terjadinya *metabolic syndrome*. Pada *Journal of molecular Endocrinology* tahun 2006, melaporkan bahwa *metabolic syndrome* dapat mengakibatkan terjadinya insiden obesitas, insulin resisten, hipertensi dan hiperlipidemia pada tikus wistar (Buettner et al, 2006 ; Haim, 1999 ; Tjay dkk, 2002).

Madu adalah cairan manis alami yang berasal dari nectar tumbuhan yang diproduksi oleh lebah madu. Waili NS pada tahun 2004 melaporkan tentang efek madu pada terhadap glukosa plasma, *C – reactive protein* (CRP), dan lipid darah pada orang yang sehat, pasien diabetes, dan orang yang kelebihan lipid. Penelitian oleh Waili dan kawan – kawan tersebut menunjukkan beberapa hasil. Pertama, pada orang sehat, ternyata gula biasa (dekstrose) meningkatkan kadar glukosa plasma 52% pada satu jam pertama dan 3% setelah dua jam, sedangkan madu asli meningkatkan kadar glukosa plasma 14% pada satu jam pertama dan 10% pada dua jam. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa madu hanya meningkatkan sedikit kadar gula darah dibandingkan gula lainnya. Kedua, gula biasa dan madu buatan juga meningkatkan kadar trigliserida, sedangkan madu asli menurunkan trigliserida dan meningkatkan kadar kolesterol HDL. Ketiga, madu yang dikonsumsi selama 25 hari ternyata menurunkan kolesterol total dan LDL, serta meningkatkan kolesterol baik. Pada tahun 2002 riset yang dilakukan oleh Jerome Busserolles dimuat dalam menunjukkan bahwa penambahan diet madu dapat melindungi tikus dari hipertriglyseridemia (Suranto, 2007 ; Waili et al, 2004 ; Busserolles, 2002).

Pada *First International Symposium on Honey and Human Health* tahun 2008, Fessenden R mengatakan bahwa madu dapat mengontrol peningkatan glukosa darah. Peningkatan glukosa darah terjadi karena gangguan metabolisme glukosa, *insulin resistance*, diabetes, dan penyakit kardiovaskuler. Sampai sekarang, manfaat madu bagi kesehatan manusia masih terus dikaji. Madu sebagai suplemen sampai madu sebagai obat berbagai penyakit. Komposisi madu adalah fruktosa, glukosa, sebagian kecil fruktooligosakarida, serta sejumlah mineral seperti magnesium,

kalium, kalsium, natrium, klor, belerang, besi, dan fosfat. Madu juga mengandung vitamin B1, B2, C, B6 dan B3. Sebuah riset John P Bantle dkk pada tahun 2000 melaporkan bahwa konsumsi makanan yang mengandung fruktosa dapat meningkatkan konsentrasi plasma trigliserida pada laki laki sehat. Pada tahun 2004, Karen L Teff dkk melaporkan penelitian yang membandingkan penambahan diet tinggi fruktosa dan diet tinggi glukosa terhadap kadar plasma trigliserida pada 12 wanita dengan berat badan normal. Penelitian yang dilakukan oleh Karen L Teff tersebut menunjukkan hasil yaitu diet tinggi fruktosa meningkatkan kadar plasma trigliserida daripada diet tinggi glukosa (Gross, 2008 ; Bantle, 2000 ; Teff, 2004).

Madu juga mengandung *fruktooligosakarida*. Banyak penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa fruktooligosakarida memiliki peran dalam metabolisme lipid. Penelitian yang dilakukan oleh Nathalie M Delzenne et al yang dimuat tahun 2001 melaporkan bahwa *fruktooligosakarida* dapat menurunkan trigliserida – VLDL pada tikus. Pada Desember 2007, Bhatia A menemukan bahwa *fruktooligosakarida* memiliki efek hipotrigliseridemia. Tahun 1996 Nadine Kok et al mengadakan penelitian pada tikus yang diberi diet normal dengan 10% fruktosa pada minuman tikus, suplemen *fruktooligosakarida* diberikan bersamaan selama 30 hari. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya penurunan trigliserida plasma pada tikus (Delzenne, 2001 ; Aruna, 2007 ; Kok, 1996).

Madu memiliki komposisi fruktosa dan fruktooligosakarida yang keduanya memiliki mekanisme kerja dalam tubuh yang berlawanan, sehingga perlu diketahui pengaruh penambahan madu pada tikus strain wistar yang diberi diet atherogenik.

Metode

Penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen (*True experimental*). Desain yang digunakan adalah Rancangan Acak Lengkap. Pengolahan data untuk mengetahui pengaruh penambahan berbagai dosis madu yang sudah diencerkan pada diet atherogenik pada kadar trigliserida tikus putih dengan menggunakan uji statistik *One Way Anova*. besar sampel dibutuhkan tikus percobaan sebanyak 4 (empat) ekor tikus untuk masing – masing taraf perlakuan. Pakan tikus diberikan secara oral, sedangkan madu yang sudah diencerkan diberikan melalui sonde. Pakan standar terdiri dari PARS 66,6% dan tepung terigu 33,4%, untuk diet atherogenik terdiri dari pakan standar yang ditambahkan kolesterol 2%, asam kolat 0,2% dan minyak babi 10%.

Hasil dan Pembahasan

Kadar trigliserida merupakan jumlah trigliserida dalam darah tikus yang disignifikankan dalam mg/dl. Rerata kadar trrigliserida dalam serum tikus wistar dapat dilihat pada tabel 1. Analisis statistik ANOVA *One Way* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara rerata kadar trigliserida lima kelompok perlakuan ($p=0,000$). Analisis dilanjutkan dengan menggunakan *Post Hoc Tukey*. Rerata kadar trigliserida pada kelompok diet normal (kontrol

positif) adalah 52.25 mg/dl, dan rerata kadar trigliserida pada kelompok diet normal tersebut menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan kelompok diet atherogenik, kelompok perlakuan diet atherogenik dengan penambahan madu dosis II serta kelompok perlakuan diet atherogenik dengan penambahan madu dosis III. Sedangkan kadar trigliserida kelompok diet atherogenik (kontrol negatif) adalah 59.25 mg/dl, kelompok diet atherogenik memiliki perbedaan secara signifikan dengan kelompok diet normal (kontrol negatif) serta ketiga kelompok perlakuan yang lain. Rerata kadar trigliserida pada kelompok diet atherogenik dengan penambahan madu dosis I adalah 49.5 mg/dl yang menunjukkan perbedaan yang nyata dengan kelompok diet atherogenik (kontrol negatif), dan kedua kelompok perlakuan yang lain namun tidak memiliki perbedaan yang nyata dengan diet normal (kontrol positif).

Tabel 1 Reratrigliserida tikus wistar akibat penambahan madu

| No. | Perlakuan | | | | | Sig |
|-----|-----------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------|
| | Kontrol + | Kontrol - | Athero+M adu I | Athero+Ma du II | Athero+ Madu III | |
| 1 | 51 | 58 | 48 | 40 | 33 | P0= 0,000 |
| 2 | 52 | 59 | 49 | 41 | 36 | P1=0, 178 |
| 3 | 52 | 61 | 50 | 42 | 38 | P2=0,000 |
| 4 | 54 | 59 | 51 | 43 | 39 | P3= 0,000 |
| | | | | | | P4= 0,000 |
| | | | | | | P5= 0,000 |
| | | | | | | P6= 0,000 |
| Mea | | | | | | P7= 0,000 |
| n±S | 52.2±1.2 | | | | | P8=0,000 |
| D | 5 | 59.2±1.2 | 49.5±1.29 | 41.5±1.2 | 36.5±2.6 | P9=0,005 |

Rerata kadar trigliserida pada kelompok perlakuan diet atherogenik dengan penambahan madu dosis II adalah 41.5 mg/dl yang memiliki perbedaan yang signifikan dengan kelompok diet normal (kontrol positif), kelompok diet atherogenik serta kedua kelompok perlakuan yang lain. Rerata kadar trigliserida kelompok perlakuan diet atherogenik dengan penambahan madu dosis III adalah 36.5 mg/dl menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan kedua kelompok kontrol yaitu diet normal dan diet atherogenik maupun dengan kedua kelompok perlakuan lainnya.

Untuk memperlengkap hasil dari penelitian ini maka dilakukan dua uji lagi, yaitu uji korelasi dan uji regresi. Tujuan dari uji korelasi adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel penambahan madu dengan variabel kadar trigliserida darah tikus putih. Sedangkan tujuan dari uji regresi adalah untuk memprediksi seberapa jauh pengaruh variabel bebas (penambahan madu pada diet tinggi lemak) terhadap variabel terikat (kadar trigliserida darah tikus putih).

tampak bahwa hubungan yang terjadi antara variabel Penambahan Madu dan variabel kadar trigliserida darah tikus wistar adalah hubungan terbalik (dilihat dari nilai negative yang diperoleh dari analisis korelasi Pearson). Artinya, jika dosis madu semakin tinggi maka kadar trigliserida tikus putih akan semakin rendah, begitu pula sebaliknya.

Dari ketiga kelompok perlakuan yang diberikan madu rata-rata kadar trigliserida mengalami penurunan dengan semakin meningkatnya dosis madu. Kelompok perlakuan diet *atherogenik* dengan penambahan madu dosis III memiliki rata-rata kadar trigliserida paling rendah diantara kelompok perlakuan dengan penambahan dosis madu yang lain. Hal ini dikarenakan kandungan *fruktooligosakarida* pada kelompok perlakuan diet *atherogenik* semakin meningkat seiring dengan meningkatnya dosis madu. *Fruktooligosakarida* memiliki efek *hipotrigliseridemia* yaitu dengan cara menurunkan proses *lipogenic* dalam hepar yang pada akhirnya akan menyebabkan penurunan sintesa trigliserida (Delzenne, 2001).

Tingginya intake karbohidrat dapat menyebabkan tingginya kadar trigliserida (Eberly, 2003). Walaupun dari rata-rata intake karbohidrat menunjukkan nilai tertinggi pada kelompok diet normal (kontrol positif) namun dari hasil pemeriksaan trigliserida menunjukkan perubahan nilai trigliserida tertinggi pada kelompok diet *atherogenik* (kontrol negative). Hal ini dikarenakan diet tinggi lemak dapat lebih cepat meningkatkan kadar trigliserida darah (Baraas, 2003). Uji yang dilakukan secara statistic dengan menggunakan uji *One Way Anova* menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan kadar trigliserida dari masing-masing kelompok tersebut $p = 0,000$ ($\alpha=0,05$). Dan dari masing-masing kelompok tersebut, yang paling menunjukkan perbedaan adalah kelompok perlakuan diet *atherogenik* dengan penambahan madu dosis II dan kelompok perlakuan diet *atherogenik* dengan penambahan madu dosis III sebagaimana ditunjukkan oleh *Post Hoc Tukey Test*.

Pada tikus kelompok perlakuan diet *atherogenik* (kontrol negative) memiliki rata-rata kadar trigliserida yang berbeda signifikan dibanding kelompok perlakuan diet *atherogenik* dengan penambahan madu dosis I, II, III. Hal ini dikarenakan pengaruh pemberian madu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Busseroles, dkk. (2002) kadar Trigliserida tikus wistar yang diberi madu selama 2 minggu adalah 1.49 ± 0.12 mmol/L sedangkan kadar trigliserida kontrol negative adalah 2.03 ± 0.2 mmol/L, hal ini menunjukkan bahwa madu dapat mencegah terjadinya *hipertrigliseridemia*. Penelitian lain yang dilakukan oleh Kok (1996) menunjukkan bahwa 10% *fruktooligosakarida* yang terkandung dalam madu dapat mencegah terjadinya peningkatan trigliserida darah pada tikus wistar. Kemungkinan Madu juga memiliki banyak komposisi yang bisa memberikan efek menurunkan trigliserida selain kandungan dari *Fruktooligosakarida*.

Analisis statistika untuk mengetahui hubungan antara penambahan madu dan kadar trigliserida darah menunjukkan adanya hubungan yang bermakna $p = 0,000$ ($\alpha=0,05$) dan memiliki korelasi yang kuat. Sehingga penambahan madu memiliki pengaruh yang bermakna terhadap peningkatan kadar trigliserida darah.

Berdasarkan hasil uji regresi didapatkan nilai persentase perubahan kadar trigliserida darah pada tikus wistar yang disebabkan oleh penambahan madu menurut pengujian ini adalah 84%, maka kemungkinan perubahan trigliserida darah yang disebabkan faktor lain adalah 16%. Faktor-faktor lain tersebut antara lain faktor dari hewan coba dan faktor pakan yang diberikan. Faktor hewan coba meliputi nafsu makan dan keadaan kesehatan yang mempengaruhi nafsu makannya. Faktor pakan antara lain warna pakan, tekstur, dan aroma pakan. Sesuai pendapat Den Hartog dan Hautvast (1980) dalam buku "Prinsip Dasar Ilmu Gizi" yang menyatakan bahwa selain untuk memenuhi rasa lapar, makanan juga mempunyai peranan sosio-kultural. Secara umum, makanan yang disukai adalah makanan yang memenuhi selera/cita rasa indrawi yaitu dalam hal rupa, warna, bau, rasa, suhu dan tekstur makanan (Almatsier, 2003).

Penutup

Tikus yang diberi penambahan dosis madu I(0.35 ml/hari), II(0.69ml/hari),III(1.38ml/hari) cenderung memiliki kadar trigliserida lebih rendah dibanding kelompok perlakuan kontrol positif dan negative. Makin tinggi penambahan dosis madu yang diberikan maka semakin rendah kadar trigliserida darah tikus strain wistar (*Rattus norvegicus*). Perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan sampel manusia untuk mengetahui efek *fruktooligosakarida* terhadap trigliserida darah manusia.

Daftar Pustaka

- WHO, *More Fact about Cardiovasculer Disease*, Press Rellease, 2nd WHO & Wellcome Trust Workshop, 6 – 8 Juni 2007, Office of Information, p. 1 – 2.
- Buettner R, Parhofer K G, Woenckhaus M, Wrede C E, Schughart L A, Scholmerich J, Bollheimer L C. *Defining High – Fat – Rat Models: Metabolic and Molecular Effects of Different Fat Types*. J. of Molecular Endocrinology. Department of Internal Medicine. 2006. 36. 495 – 501.
- Suranto, Adji dr. 2007. *Terapi Madu untuk Pengobatan dan Kesehatan*. Edisi 1. Penebar Swadaya. Jakarta. hal 27 – 28.
- Delzenne M Nathalie, Kok Nadine. *Effects of Fructans Type Prebiotics on Lipids Metabolism*. Am. J. of Clinical Nutrition. American Society for Clinical Nutrition. 2001; 73 (2): 456S – 458S.

MULTILEVEL PROMOTION (MLP) ASI EKSKLUSIF: ANALISIS SURVIVAL DI KABUPATEN KENDAL

Lukman Fauzi¹, Lindra Anggorowati¹, Nur Siyam¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: lindraanggorowati@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Air susu ibu (ASI) eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan sangat penting. Namun, cakupan ASI eksklusif di Kecamatan Singorojo, Kendal di bawah 30%. Hal ini mendorong dilakukannya upaya komprehensif ke semua lapisan dengan *multilevel promotion* (MLP). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas MLP ASI eksklusif terhadap durasi dan cakupan pemberian ASI eksklusif.

Metode: Jenis penelitian ini adalah eksperimen quasi, dengan rancangan *pretest-posttest control group design*. Pengukuran dilakukan sebelum dan setelah intervensi 2, 4, 6, 8, 10, dan 12 minggu. Data yang terkumpul dianalisis dengan analisis survival menggunakan *cox proportional-hazard model*.

Hasil: Nilai median durasi pemberian ASI eksklusif pada kelompok MLP adalah 10 minggu, sedangkan pada kelompok kontrol adalah 8 minggu. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada minggu 2, 4, 6, 8, 10, dan 12 pada kelompok MLP dan kontrol berturut-turut sebagai berikut 100% dan 100%, 100% dan 90%, 100% dan 60%, 80% dan 42%, 39% dan 10%, serta 10% dan 0% ($p < 0,001$). Ibu yang tidak mendapatkan MLP ASI eksklusif berpotensi 2,85 kali lebih besar untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif daripada ibu yang mendapatkan MLP ASI eksklusif (*adjusted HR*: 2,85; CI 95%: 1,69-4,76).

Simpulan: *Multilevel promotion* (MLP) ASI eksklusif efektif untuk memperpanjang durasi dan meningkatkan cakupan pemberian ASI eksklusif.

Kata Kunci: MLP ASI eksklusif, durasi, cakupan, analisis survival

ABSTRACT

Background: Exclusive breastfeeding during the first six months of life is very important. However, the coverage of exclusive breastfeeding in Limbangan Subdistrict was below 30%. It encourages for a comprehensive effort called *multilevel promotion* (MLP). The objective was to know the effectiveness of MLP in duration and coverage of exclusive breastfeeding.

Methods: The research was a quasi-experimental, with *pretest-posttest control group design*. Measurements were performed before and after intervention at 2, 4, 6, 8, 10, and 12 weeks. The collected data were analyzed by survival analysis using a *Cox proportional-hazard models*.

Results: The median duration of exclusive breastfeeding in the MLP group was 10 weeks, while the control group was 8 weeks. The coverage of exclusive breastfeeding at week 2, 4, 6, 8, 10, and 12 in MLP and control groups were 100% and 100%, 100% and 90%, 100% and 60%, 80% and 42%, 39% and 10%, and 10% and 0%, respectively ($p < 0,001$). Mothers in the control group were 2.85 times more likely to stop exclusive breastfeeding per unit of time than mothers in the intervention group (*adjusted HR*: 2.85; 95% CI: 1.69-4.76).

Conclusion: *Multilevel promotion* (MLP) can prolong the duration and increase the coverage of exclusive breastfeeding.

Key Words: MLP of exclusive breastfeeding, duration, coverage, survival analysis

Pendahuluan

Di Indonesia, ASI eksklusif merupakan salah satu indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Berdasarkan Riskesdas 2013, cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia sebesar 54,3% (Balitbangkes Kemenkes RI, 2013). Dengan kata lain, hanya separuh bayi 0-6 bulan di Indonesia yang hanya diberikan ASI. Dari 33 provinsi di Indonesia, terdapat 14 provinsi yang memiliki cakupan pemberian ASI eksklusif di bawah cakupan nasional. Di sisi lain, dari 19 provinsi yang memiliki cakupan di atas cakupan nasional, Provinsi Jawa Tengah berada di peringkat 17, dengan cakupan sebesar 58,4% di atas Provinsi Riau dan Sulawesi Tenggara. Hal ini dapat disimpulkan bahwa 42% bayi di Jawa Tengah belum memperoleh haknya berupa ASI.

WHO (2015a) menyatakan bahwa pemberian ASI eksklusif berarti bahwa bayi menerima ASI saja. Tidak ada cairan atau padatan lainnya yang diberikan - bahkan air - dengan pengecualian cairan rehidrasi oral, atau tetes / sirup vitamin, mineral atau obat-obatan. ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan terbukti empiris untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, pengembangan dan kesehatan. ASI mengandung semua nutrisi bayi kebutuhan dalam enam bulan pertama kehidupan. Menyusui melindungi terhadap diare dan masa kanak-kanak umum penyakit seperti pneumonia, dan mungkin juga memiliki manfaat kesehatan jangka panjang bagi ibu dan anak, seperti mengurangi risiko kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak dan remaja (WHO, 2015b; Jones *et al*, 2003; Kramer *et al*, 2001)

Kabupaten Kendal sebagai salah satu kabupaten yang berkontribusi dalam cakupan pemberian ASI di Jawa Tengah. Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Kendal tahun 2013 yang didapatkan dari laporan puskesmas, pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan sebanyak 3.777 bayi (47,8%) dari 7.906 bayi yang ada. Cakupan ini meningkat jika dibandingkan dengan capaian tahun 2012 sebesar 22,9%. Meskipun terjadi peningkatan cakupan, namun capaian ini masih belum memenuhi standar pelayanan minimal. Penelitian yang dilakukan oleh Widiastuti *et al*. (2013), jumlah bayi yang dilahirkan dari bulan Juli sampai dengan September 2011 di RSUD Soewondo Kendal sebanyak 456 orang, bidan yang melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi yang baru lahir hanya sebanyak 30% dari persalinan yang ditolong oleh bidan. Padahal bidan yang bertugas di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal sudah mengikuti pelatihan baik itu pelatihan asuhan persalinan normal (APN), inisiasi menyusui dini (IMD), dan konselor air susu ibu (ASI). Namun pada kenyataannya masih ada ibu-ibu yang mempunyai bayi pada saat melahirkan tidak dilakukan IMD.

Keberhasilan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh banyak faktor, mulai dari faktor ibu, faktor lingkungan sosial budaya, dan faktor penolong persalinan. Berdasarkan Raharjo (2015), keberhasilan IMD dan ASI eksklusif dipengaruhi oleh dukungan mertua, bidan, dan tokoh masyarakat. Bidan, mertua, dan tokoh masyarakat memiliki pengaruh yang sangat besar agar ibu tidak memberikan ASI kepada anaknya, terutama di wilayah pedesaan yang masih tinggi tingkat kekerabatannya. Dalam penelitian tersebut, disebutkan pula bahwa bidan telah melakukan

pelanggaran kode etik profesi dengan mempengaruhi ibu untuk memberikan susu formula kepada anaknya.

Salah satu kecamatan di Kabupaten Kendal yang masih rendah cakupan pemberian ASI eksklusifnya adalah Kecamatan Limbangan. Kecamatan ini didominasi oleh topografi pegunungan yang masih sangat kuat tingkat kekerabatannya. Bahkan, sebagian besar desa di Kecamatan Limbangan memiliki cakupan pemberian ASI eksklusif di bawah 30%.

Hal ini mendorong dilakukannya upaya dukungan, promosi dan proteksi menyusui secara eksklusif yang dilakukan pemerintah maupun masyarakat melalui program-program atau penelitian pendukung. Pelaksanaan intervensinya bisa dalam bentuk intervensi tunggal atau *jamak*. Intervensi *jamak* atau kompleks biasanya lebih efektif daripada intervensi tunggal karena menangani beberapa faktor risiko atau determinan.

Multilevel promotion (MLP) dilakukan di tingkat kecamatan, desa, keluarga, dan individu. Promosi ini merupakan kegiatan intervensi yang komprehensif dengan memodifikasi determinan ASI eksklusif, kerja sama lintas sektoral, dan melibatkan tokoh masyarakat, seperti kader kesehatan, dukun bayi, tokoh agama, dan kepala desa. Strategi yang dilakukan adalah advokasi, pelatihan, media, dan konseling kunjungan rumah (*home visit counseling*) (Susiloretni *et al*, 2013). Hal ini perlu dilakukan karena faktor-faktor yang menghambat pemberian ASI eksklusif tidak hanya tunggal, namun berasal dari banyak faktor, seperti dari diri ibu hamil, pengaruh orang tua, penolong persalinan, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat. Intervensi *jamak* atau kompleks biasanya lebih efektif daripada intervensi tunggal karena menangani beberapa faktor risiko atau determinan. MLP didasarkan pada gagasan bahwa masyarakat mempengaruhi kesehatan, di luar karakteristik individu seseorang atau perilaku.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan contoh model promosi atau upaya konkret untuk meningkatkan durasi dan cakupan ASI eksklusif., sehingga terjadi peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku agar selalu memberikan ASI eksklusif kepada bayi berusia 0-6 dan pada akhirnya dapat memberikan kontribusi untuk mengatasi permasalahan cakupan ASI eksklusif yang masih rendah di Kecamatan Singorojo, Kabupaten Kendal. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas MLP ASI eksklusif terhadap durasi dan cakupan ASI eksklusif di Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian eksperimen semu, dengan rancangan *pretest-posttest control group design*. Eksperimen semu merupakan jenis penelitian yang ditandai dengan pemberian suatu intervensi kepada subjek yang dipilih secara tidak acak. Intervensi tersebut adalah MLP ASI eksklusif. Pengukuran dilakukan sebelum intervensi dan setelah intervensi 2, 4, 6, 8, dan 12 minggu.

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas di Kecamatan Limbangan, yaitu Desa Limbangan sebagai kelompok eksperimen dan Desa Peron sebagai kontrol. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil di Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal

Sampel dalam penelitian ini dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu sampel eksperimen dan kontrol. Sampel eksperimen, yaitu ibu hamil yang mendapatkan intervensi pemberian MLP ASI eksklusif (bertempat tinggal di Desa Limbangan, Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal). Sampel kontrol, yaitu ibu hamil yang tidak mendapatkan intervensi pemberian MLP ASI eksklusif (bertempat tinggal di Desa Peron, Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal). Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*.

Bentuk kegiatan MLP adalah advokasi, pelatihan keluarga, masyarakat, dan puskesmas, pemberian media, dan *home visit counseling* kepada ibu hamil. Partisipan yang mengikuti kegiatan tersebut adalah ibu hamil, keluarga ibu hamil, kepala desa, kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan penolong persalinan. Bahan yang digunakan dalam intervensi ini dibuat berdasarkan bahan rujukan tentang ASI dari UNICEF, WHO, dan LINGKAGE yang diterjemahkan atau dimodifikasi sesuai dengan keadaan di Indonesia di antaranya buku, *booklet*, dan bahan presentasi dalam bentuk *power point*. Skala data variabel ini adalah nominal, dengan kategori diberikan MLP dan tidak diberikan MLP. Analisis data yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis survival menggunakan *cox proportional-hazard model*.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Limbangan dan Desa Peron, Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal. Kelompok yang mendapatkan intervensi MLP berasal dari Desa Limbangan dan kelompok kontrol berasal dari Desa Peron, dengan besar sampel masing-masing 40 orang ibu hamil. Menurut variabel pendidikan dan usia, karakteristik subjek penelitian disajikan sebagai berikut.

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian menurut variabel pendidikan dan usia

| Variabel | Intervensi | | Kontrol | | Jumlah | |
|-------------------|------------|------|---------|------|--------|-----|
| | n | % | n | % | N | % |
| Pendidikan | | | | | | |
| 1. Rendah | 17 | 80,9 | 4 | 19,1 | 21 | 100 |
| 2. Tinggi | 23 | 38,9 | 36 | 61,1 | 59 | 100 |
| Jumlah | 40 | 50 | 40 | 50 | 80 | 100 |
| Usia | | | | | | |
| 1. > 35 tahun | 23 | 53,5 | 20 | 46,5 | 43 | 100 |
| 2. ≤ 35 tahun | 17 | 45,9 | 20 | 54,1 | 37 | 100 |
| Jumlah | 40 | 50 | 40 | 50 | 80 | 100 |

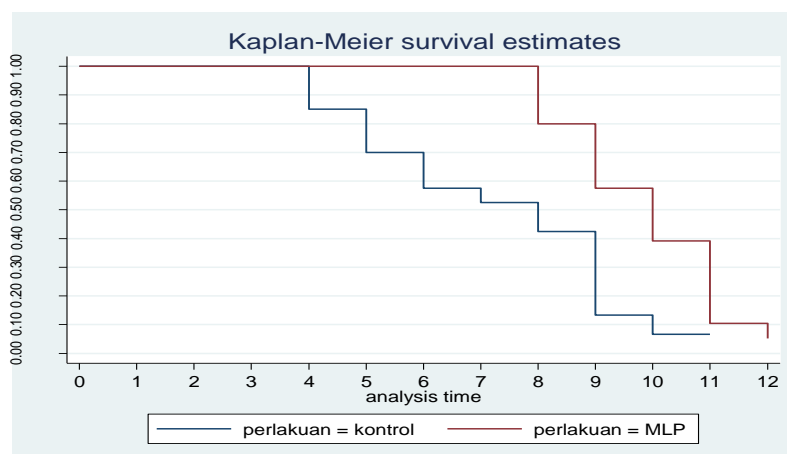
Berdasarkan tabel di atas, proporsi ibu berpendidikan rendah pada kelompok intervensi (80,9%) lebih besar daripada kelompok kontrol (19,1%). Sementara itu, proporsi ibu berpendidikan tinggi pada kelompok kontrol (61,1%) lebih besar daripada kelompok intervensi (38,9%). Pada variabel usia, proporsi ibu dengan usia lebih dari 35 tahun pada kelompok intervensi lebih besar daripada kelompok kontrol. Sebaliknya, proporsi ibu dengan usia kurang dari sama dengan 35 tahun lebih pada kelompok intervensi lebih kecil daripada kelompok kontrol. . Kedua variabel tersebut penting untuk dianalisis lebih lanjut dikarenakan merupakan variabel yang diduga dapat mempengaruhi efektivitas pemberian MLP terhadap durasi pemberian ASI eksklusif.

Tabel 2. *Person time* (minggu) pada kelompok intervensi dan kontrol

| <i>Person time</i> | N | Rerata | Standar Deviasi | Min | Maks |
|--------------------|----|--------|-----------------|-----|------|
| Kontrol | 40 | 7,2 | 2,17 | 4 | 11 |
| Intervensi | 40 | 9,8 | 1,31 | 8 | 12 |

Tabel di atas menunjukkan *person time* pada kelompok intervensi dan kontrol. *Person time* merupakan waktu pengamatan mulai dari awal pengamatan hingga akhir pengamatan. *Event* dalam penelitian ini adalah ibu tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan sensornya adalah ibu masih memberikan ASI eksklusif atau ibu hilang dari pengamatan. Oleh karena itu, waktu pengamatan dalam penelitian ini dimulai dari awal penelitian hingga 12 minggu pengamatan. Hal yang diamati adalah apakah ibu memberikan ASI eksklusif untuk bayinya hingga minggu ke-12. Rerata waktu ibu memberikan ASI eksklusif pada kelompok kontrol adalah 7,2 minggu, sedangkan pada kelompok intervensi adalah 9,8 minggu.

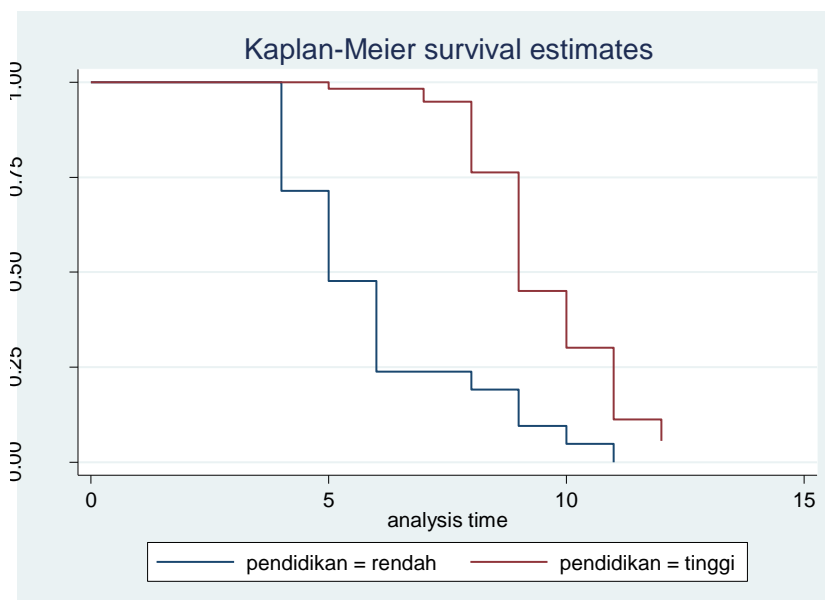
Sebelum melakukan analisis cox, maka perlu dilakukan analisis untuk mengetahui asumsi *proportional hazard* (PH) apakah terpenuhi atau tidak. Asumsi PH dilakukan pada variabel MLP dengan durasi pemberian ASI, variabel pendidikan dengan durasi pemberian ASI, dan variabel usia dengan durasi pemberian ASI Asumsi ini dapat diketahui melalui kurva Kaplan-meier sebagai berikut.



Gambar 1. Kurva Kaplan-meier menurut kelompok perlakuan (MLP dan kontrol)

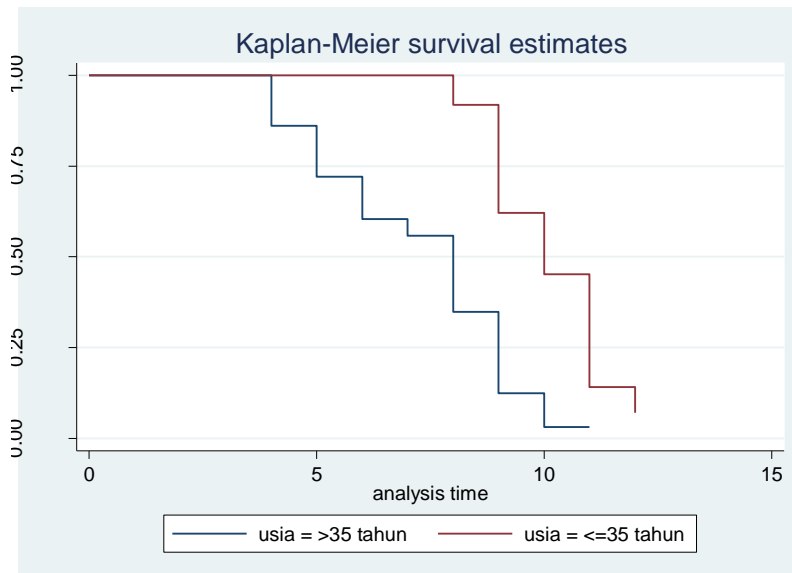
Gambar di atas menjelaskan bahwa asumsi PH terpenuhi, yang ditandai dengan tidak adanya garis Kaplan pada kontrol dan MLP yang saling berpotongan. Gambar di atas juga menggambarkan cakupan pemberian ASI eksklusif pada minggu 2, 4, 6, 8, 10, dan 12 pada kelompok MLP dan kontrol berturut-turut sebagai berikut 100% dan 100%, 100% dan 90%, 100% dan 60%, 80% dan 42%, 39% dan 10%, serta 10% dan 0%. Hal ini menunjukkan bahwa cakupan pemberian ASI eksklusif pada kelompok MLP lebih tinggi daripada kelompok kontrol pada minggu 4, 6, 8, dan 12. Informasi lain yang dapat diambil dari gambar di atas adalah median durasi pemberian ASI eksklusif pada kelompok MLP adalah 10 minggu, sedangkan pada kelompok kontrol adalah 8 minggu. Nilai ini menunjukkan waktu dimana 50% ibu tidak memberikan lagi ASI eksklusif kepada bayinya. Pada kelompok MLP, 50% ibu tidak memberikan lagi ASI eksklusif kepada bayinya setelah 10 minggu, sedangkan pada kelompok kontrol, 50% ibu tidak memberikan lagi ASI eksklusif kepada bayinya setelah 8 minggu.

Asumsi kedua dilakukan pada variabel pendidikan dengan durasi pemberian ASI eksklusif. Asumsi PH yang kedua ini juga terpenuhi, karena tidak adanya garis Kaplan pada pendidikan rendah dan tinggi yang saling berpotongan. Asumsi ini dijelaskan dalam gambar berikut.



Gambar 2. Kurva Kaplan-meier menurut variabel pendidikan

Asumsi ketiga dilakukan pada variabel usia dengan durasi pemberian ASI eksklusif. Asumsi PH yang kedua ini juga terpenuhi, karena tidak adanya garis Kaplan pada usia kurang dari sama dengan 35 tahun dan lebih dari 35 tahun yang saling berpotongan. Asumsi ini dijelaskan dalam gambar berikut.



Gambar 3. Kurva Kaplan-meier menurut variabel usia

Oleh karena ketiga variabel tersebut memenuhi asumsi PH, maka dapat dilakukan analisis bivariabel dengan uji cox. Hasil analisis bivariabel disajikan sebagai berikut.

Tabel 3. Analisis bivariabel variabel MLP, pendidikan, dan usia dengan durasi pemberian ASI eksklusif

| Variabel | HR | CI 95% | Nilai p |
|------------|-----|---------|---------|
| Perlakuan | 2,5 | 1,5-4,1 | 0,00 |
| Pendidikan | 3,7 | 2,2-6,3 | 0,00 |
| Usia | 3,4 | 2,1-5,9 | 0,00 |

Berdasarkan tabel di atas, masing-masing variabel di atas menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan durasi pemberian ASI eksklusif. Nilai HR masing-masing variabel perlakuan, pendidikan, dan usia adalah 2,5; 3,7; dan 3,4. Hal ini dapat disimpulkan sebagai berikut: 1) setiap saat, ibu yang tidak mendapatkan MLP ASI eksklusif memiliki kemungkinan 2,5 kali lebih besar untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif per unit waktu daripada ibu yang mendapatkan MLP ASI eksklusif, 2) setiap saat, ibu berpendidikan rendah memiliki kemungkinan 3,7 kali lebih besar untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif per unit waktu daripada ibu berpendidikan tinggi, dan 3) setiap saat, ibu yang berusia > 35 tahun memiliki kemungkinan 3,4 kali lebih besar untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif per unit waktu daripada ibu berusia \leq 35 tahun.

Untuk mengetahui efektivitas pemberian MLP terhadap durasi pemberian ASI eksklusif setelah mengendalikan variabel usia dan pendidikan, maka analisis yang dilakukan adalah analisis multivariabel *cox regression time independent*. Hasil analisis tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 4. Analisis multivariabel variabel MLP, pendidikan, dan usia dengan durasi pemberian ASI eksklusif

| Variabel | HR | CI 95% | Nilai p |
|------------|------|-----------|---------|
| Perlakuan | 2,85 | 1,69-4,76 | 0,00 |
| Pendidikan | 3,57 | 2,04-6,24 | 0,00 |
| Usia | 3,22 | 1,92-5,26 | 0,00 |

Berdasarkan gambar di atas, setiap saat, ibu yang tidak mendapatkan MLP ASI eksklusif berpotensi 2,9 kali lebih besar untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif daripada ibu yang mendapatkan MLP ASI eksklusif, setelah mengendalikan variabel pendidikan dan usia.

Promosi kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Hal ini bukan sekedar perubahan gaya hidup saja, namun berkairan dengan perubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui penggabungan: 1) menciptakan lingkungan yang mendukung, 2) mengubah perilaku, dan 3) meningkatkan kesadaran (O'Donnel, 1989).

Berdasarkan penjelasan tersebut, pemberian MLP ASI eksklusif telah memiliki aspek-aspek dalam promosi kesehatan, seperti menciptakan lingkungan yang mendukung, adanya perubahan perilaku, dan adanya peningkatan kesadaran. Dalam penelitian ini, MLP ASI eksklusif memiliki peran untuk menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pemberian ASI eksklusif, yang ditandai dengan adanya dukungan dari keluarga, penolong persalinan, dan tokoh masyarakat kepada ibu menyusui agar memberikan hanya ASI eksklusif kepada bayinya. Berkaitan dengan aspek kedua, MLP ASI eksklusif terbukti memberikan dampak perubahan perilaku pada ibu menyusui di Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal untuk meningkatkan durasi dan cakupan pemberian ASI eksklusif. Pada aspek ketiga, ibu menyusui, keluarga, dan masyarakat juga sadar akan pentingnya ASI eksklusif bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak.

Multilevel promotion (MLP) dilakukan di tingkat kecamatan, desa, keluarga, dan individu. Promosi ini merupakan kegiatan intervensi yang komprehensif dengan memodifikasi determinan ASI eksklusif, kerja sama lintas sektoral, dan melibatkan tokoh masyarakat, seperti kader kesehatan, dukun bayi, tokoh agama, dan kepala desa. Strategi yang dilakukan adalah advokasi, pelatihan, media, dan konseling kunjungan rumah (*home visit counseling*) (Susiloretni *et al*, 2013).

Metode ini perlu diterapkan karena faktor-faktor yang menghambat pemberian ASI eksklusif tidak hanya tunggal, namun berasal dari banyak faktor, seperti dari diri ibu hamil, pengaruh orang tua, penolong persalinan, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat. Intervensi *jamak* atau kompleks biasanya lebih efektif daripada intervensi tunggal karena menangani beberapa faktor risiko atau determinan (Imdad *et al*, 2011). MLP didasarkan pada gagasan bahwa masyarakat mempengaruhi kesehatan, di luar karakteristik individu seseorang atau perilaku.

Riset promosi multilevel ASI eksklusif telah membuktikan peningkatan durasi dan proporsi menyusui secara eksklusif. Durasi menyusui meningkat, yaitu 0.1 minggu pada kelompok kontrol dibandingkan dengan 18 minggu pada kelompok intervensi. Prevalensi menyusui secara eksklusif enam bulan sebesar 3,7 persen di kelompok kontrol dan 37,0 persen di kelompok intervensi (Susiloretni *et al*, 2013).

Menurut Kothari dan Birch (2014), penelitian promosi kesehatan multilevel didasarkan pada gagasan bahwa masyarakat mempengaruhi kesehatan, atas dan di luar karakteristik individu seseorang atau perilaku. Efek kontekstual dapat dianalisis secara ketat menggunakan pemodelan multilevel (MLM), sehingga menentukan apakah efek kontekstual yang benar-benar berasal dari konteks atau merupakan hasil dari profil sosial warga. Dengan kata lain, suatu permasalahan kesehatan yang dipengaruhi beberapa determinan, maka upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut harus dilakukan secara komprehensif, tidak hanya fokus pada individu, namun juga mempertimbangkan lingkungan sekitar individu, dalam hal ini adalah keluarga, penolong persalinan, dan tokoh masyarakat.

Penutup

Multilevel promotion (MLP) ASI eksklusif merupakan upaya promosi kesehatan yang efektif untuk memperpanjang durasi dan meningkatkan cakupan pemberian ASI eksklusif di Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih penulis ucapkan kepada Universitas Negeri Semarang (Unnes) atas pendanaan penelitian pemula dana DIPA Unnes tahun 2015, Puskesmas Limbangan dan Peron, aparat Desa Limbangan dan Peron, bidan desa dan kader kesehatan Desa Limbangan dan Peron, serta seluruh ibu hamil dan menyusui di Desa Limbangan dan Peron, Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal.

Daftar Pustaka

- Balitbangkes Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Jones, G, Steketee, RW, Black, RE, Bhutta, ZA & Morris, SS. 2003. How Many Child Deaths Can We Prevent This Year? *Lancet*, 362: 65-71.
- Imdad, A, Yakoob, MY & Bhutta, ZA. 2011. Effect of Breastfeeding Promotion Interventions on Breastfeeding Rates, with Special Focus on Developing Countries. *BMC Public Health* :11: S24-S34.
- Kothari AR & Birch S. 2004. Multilevel health promotion research: conceptual and analytical consideration. *Can J Nurs Res*: Mar;36(1):56-75.
- Kramer, MS, Chalmers, B, Hodnett, ED, Sevkovskaya, Z, Dzikovich, I & Shapiro, S. 2001. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285: 413-20.

- O'Donnell, M. 1989. Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Definition. *American Journal of Health Promotion*. Winter 1989, Vol. 3, No. 3 p. 5.
- WHO. 2015a. *Exclusive Breastfeeding* [Online]. Available: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/ [Accessed 15 Maret 2015].
- _____. 2015b. *Exclusive breastfeeding to reduce the risk of childhood overweight and obesity* [Online]. Available: http://www.who.int/elena/titles/breastfeeding_childhood_obesity/en/ [Accessed 15 Maret 2015].
- Raharjo, BB. 2015. Momentum Emas Pembentukan SDM Berkualitas Kajian Sosial Budaya Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Masyarakat Kendal, Jawa Tengah. Salatiga: UKSW Press.
- Susiloretni, KA, Krisnamurni, S, Sunarto, Widiyanto, SYD, Yazid, A & Wilopo, SA. 2013. The Effectiveness of Multilevel Promotion of Exclusive Breastfeeding in Rural Indonesia. *American Journal of Health Promotion*, 28(2): 44-55.
- Widiastuti, YP, Rejeki, S & Khamidah, N. 2013 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 1(2): 142-146.

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ABORTUS SPONTAN PADA IBU HAMIL PERIODE JANUARI-OKTOBER 2013 DI RSUD AMBARAWA

Emitindira Kusumastuti

¹S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: emitindira.kuswanto@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan umur dengan kejadian abortus spontan, pendidikan dengan kejadian abortus spontan, pekerjaan dengan kejadian abortus spontan, paritas dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil di RSUD Ambarawa.

Metode: Penelitian jenis analitik, pendekatan *Cross sectional*. Populasi penelitian ini seluruh ibu hamil yang diperiksa di RSUD Ambarawa pada bulan Januari-Oktober 2013 yaitu sebanyak 980, tehnik sampling menggunakan *purposive sampling*.

Hasil: Berdasarkan uji Analisis Uji *Chi Square* umur dengan kejadian abortus spontan diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga $p_{\text{value}} (0,000) < \alpha (0,05)$. Uji *Chi Square* pendidikan dengan kejadian abortus spontan diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,002 sehingga $p_{\text{value}} (0,002) < \alpha (0,05)$. Uji *Chi Square* pekerjaan dengan kejadian abortus spontan diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,005 sehingga $p_{\text{value}} (0,005) < \alpha (0,05)$. Uji *Chi Square* paritas dengan abortus spontan diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga $p_{\text{value}} (0,000) < \alpha (0,05)$.

Simpulan: Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan gambaran pada masyarakat khususnya tentang abortus spontan untuk menghindari kehamilan yang beresiko terhadap terjadinya abortus spontan, dengan cara memperhatikan perencanaan kehamilan dan melakukan pemeriksaan rutin ke tenaga kesehatan.

Kata Kunci: Beberapa faktor, kejadian abortus spontan

ABSTRACT

Background: Abortion is a threat or expense results konsepsi pada gestational age less than 20 weeks or fetal weight of less than 500 grams, before the fetus can live outside the womb. The research objective to mengetahui hubungan kejaian age with spontaneous abortion, spontaneous abortion education, work with spontaneous abortion, parity with spontaneous abortion in pregnant women in hospitals Ambarawa.

Methods: The study types analytic cross sectional approach. This study population all pregnant women in hospitals check Ambarawa January-October 2013 as many as 980, the sampling techniques using *purposive sampling*.

Results: Based on the test *Chi Square Test Analysis* of age with spontaneous abortion obtained Asymp value Sig. (2-tailed) of 0.000 so $p_{\text{value}} (0,000) < \alpha (0.05)$. *Chi Square test* of spontaneous abortion education with values obtained Asymp Sig. (2-tailed) of 0.002 so $p_{\text{value}} (0.002) < \alpha (0.05)$. *Chi Square test* work with spontaneous abortion obtained Asymp value Sig. (2-tailed) of 0.005 so $p_{\text{value}} (0.005) < \alpha (0.05)$. *Chi Square test* parity with abortion spontan diperoleh Asymp value Sig. (2-tailed) of 0.000 so $p_{\text{value}} (0,000) < \alpha (0.05)$.

Conclusion: The results of this study are expected to provide knowledge and overview on society, especially on spontaneous abortion to avoid pregnancy are at risk of spontaneous abortion, by considering pregnancy planning and conduct routine checks to healthcare providers.

Keywords: Multiple factors, the incidence of spontaneous abortion

Pendahuluan

Penyakit perdarahan pada kehamilan adalah suatu keadaan kedaruratan dalam kedokteran khususnya kebidanan. Mortalitas maternal menurun secara bermakna pada tahun-tahun terakhir, tetapi perdarahan tetap menjadi penyebab kematian maternal yang utama. Perdarahan pada kehamilan awal membahayakan bagi ibu dan merupakan masalah bagi tenaga kesehatan khususnya bidan yang merawat. Gangguan perdarahan yang sering timbul pada awal kehamilan adalah abortus (Bobak, 2004)

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Salah satu penyebab kematian ibu selama kehamilan akibat perdarahan adalah abortus. Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum usia 22 minggu atau buah kehamilan yang belum mampu hidup diluar kandungan. Berdasarkan kejadiannya dibagi menjadi 2 yaitu abortus spontan dan abortus buatan (Prawirohardjo, 2009).

Diperkirakan angka abortus di dunia sekitar 10.000.000 orang per tahun. Angka kejadian abortus tersebut diakibatkan penanganan yang kurang bersih dan kurang kurang aman sekitar 400.000 jiwa per tahun (Manuaba IBG, 2010).

Departemen Kesehatan RI (2003) menyatakan tingkat abortus di Indonesia masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara maju di dunia, yakni mencapai 2,3 juta abortus per tahun.

Di Indonesia, diperkirakan sekitar 2-2,5 % juga mengalami keguguran setiap tahun, sehingga secara nyata dapat menurunkan angka kelahiran menjadi 1,7 pertahunnya . Kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan prematur, abortus berulang, dan berat badan lahir rendah (BBLR) (Cunningham, 2005).

Menurut data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah angka kejadian komplikasi kebidanan termasuk abortus di dalamnya di Jawa Tengah pada tahun 2009 masih tinggi yaitu sebesar 125.841 atau 20% dari jumlah ibu hamil (Dinas kesehatan Jawa Tengah, 2010).

Menurut Departemen Kesehatan RI (2010), penyebab langsung kematian maternal di Indonesia terkait kehamilan dan persalinan terutama yaitu perdarahan 28%. Sebab lain, yaitu eklamsi 24%,infeksi 11%, abortus 5% dan partus lama 5%.

Menurut Manuaba (2010), bahwa abortus dapat disebabkan oleh faktor umur, faktor pekerjaan dan faktor paritas. Ibu yang mempunyai umur lebih dari 35 tahun dan umur kurang dari 20 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya abortus. Pendidikan ibu yang rendah merupakan faktor resiko yang tinggi terjadinya abortus dimana kurangnya pengetahuan sehingga tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional seperti masih banyaknya ibu yang berobat ke dukun dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi. Pekerjaan juga menyebabkan terjadinya abortus karena adanya peningkatan beban kerja.

Resiko terjadinya abortus spontan meningkat bersamaan dengan peningkatan jumlah paritas dan usia ibu. Abortus meningkat sebesar 12% pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan meningkat sebesar 26% pada usia lebih dari 40 tahun (Manuaba, 2010).

Salah satu resiko terjadinya abortus dikarenakan oleh paritas yang meningkat (Cunningham, 2005).

Lebih dari 80% abortus terjadi dalam 12 minggu pertama kehamilan. Resiko terjadinya abortus meningkat dengan makin tingginya usia ibu serta makin banyaknya kehamilan (graviditas) atau jumlah persalinan yang dialami ibu (paritas) selain itu kemungkinan terjadinya abortus bertambah pada wanita yang hamil dalam waktu tiga bulan setelah melahirkan (Cunningham, 2005).

Abortus spontan adalah kehilangan kehamilan pada usia <20 minggu atau janin dengan berat <500 gram. Abortus dini terjadi sebelum usia 12 minggu, sedangkan abortus tahap akhir (late abortions) terjadi antara minggu ke-12 dan ke-20. Pada 53% abortus spontan trimester pertama dan pada 36% abortus spontan trimester kedua. (Sinclair, 2009).

Menurut Nugroho (2012), komplikasi dari abortus spontan antara lain dapat menimbulkan perdarahan, perforasi, infeksi dan syok.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa didapatkan 10 ibu hamil yang mengalami abortus spontan. Dari 10 ibu hamil yang mengalami abortus spontan tersebut dilihat dari faktor umur, pada umur beresiko (<20 tahun atau umur > 35 tahun) sebanyak 8 orang (80%) dan umur tidak beresiko (20-35 tahun) sebanyak 2 orang (20%). Faktor pendidikan, ibu yang berpendidikan rendah (SD, SMP) sebanyak 4 orang (40%), dan yang berpendidikan tinggi (SMA, PT) sebanyak 6 orang (60%). Dari faktor pekerjaan, ibu hamil yang bekerja sebagai PNS mengalami abortus spontan sebanyak 4 orang (40%), ibu yang bekerja swasta mengalami abortus spontan sebanyak 3 orang (30%), dan ibu yang tidak bekerja (IRT) mengalami abortus sebanyak 3 orang (30%). Sedangkan untuk paritas ibu yang mengalami abortus spontan, untuk nulipara sebanyak 5 orang (50%), primipara sebanyak 2 orang (20%), dan multipara sebanyak 3 orang (30%).

Metode

Jenis penelitian penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik adalah suatu metode penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena atau antara faktor risiko dengan faktor efek (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini menggunakan metode survey, dengan pendekatan cross sectional dimana data yang menyangkut variabel bebas atau resiko dan variabel terikat atau variabel akibat, akan dikumpulkan dalam waktu yang sama (Notoatmodjo, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang diperiksa di RSUD Ambarawa pada Bulan Januari – Oktober tahun 2013 yaitu sebanyak 980. Sampel penelitian ini adalah

adalah sebagian ibu hamil yang periksa di RSUD Ambarawa pada Bulan Januari – Oktober tahun 2013 yang memenuhi kriteria.

Hasil dan Pembahasan

Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi frekuensi berdasarkan umur ibu hamil

| Umur | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------|-----------|----------------|
| Beresiko | 98 | 58,3 |
| Tidak Beresiko | 70 | 41,7 |
| Jumlah | 168 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 1 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa mempunyai umur yang beresiko (<20 tahun atau > 35 tahun) yaitu sebanyak 98 orang (58,3%)

Tabel 2. Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan ibu hamil

| Pendidikan | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------------|-----------|----------------|
| Pendidikan Rendah | 99 | 58,9 |
| Pendidikan Tinggi | 69 | 41,1 |
| Jumlah | 168 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 2 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa mempunyai pendidikan yang rendah (SD, SMP) yaitu sebanyak 99 orang (58,9%)

Tabel 3. Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan ibu hamil

| Pekerjaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----------|-----------|----------------|
| PNS | 43 | 25,6 |
| IRT | 55 | 32,7 |
| Swasta | 70 | 41,7 |
| Jumlah | 168 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.3 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa bekerja sebagai swasta yaitu sebanyak 70 orang (41,7%) dan sebagian kecil bekerja sebagai PNS yaitu ada 43 orang (25,6%)

Tabel 4. Distribusi frekuensi berdasar-kan paritas ibu hamil

| Paritas | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----------|-----------|----------------|
| Nulipara | 64 | 38,1 |
| Primipara | 51 | 30,4 |
| Multipara | 53 | 31,5 |
| Jumlah | 168 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 4 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa merupakan ibu hamil nulipara yaitu sebanyak 64 orang (38,1%) dan sebagian kecil merupakan ibu hamil primipara yaitu 51 orang (30,4%).

Tabel 5. Distribusi frekuensi berdasar-kan kejadian abortus spontan pada ibu hamil

| Kejadian | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----------------|-----------|----------------|
| Abortus Spontan | | |
| Ya | 76 | 45,2 |
| Tidak | 92 | 54,8 |
| Jumlah | 168 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa tidak mengalami kejadian abortus spontan yaitu sebanyak 92 orang (54,8%).

Analisis Bivariat

Tabel 6. Hubungan umur dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil periode Januari Oktober 2013

| Umur | Kejadian Abortus Spontan | | | | Jumlah | | ρ_{value} |
|----------------|--------------------------|------|-------|-----|--------|-----|----------------|
| | Ya | | Tidak | | f | % | |
| | F | % | F | % | | | |
| Beresiko | 64 | 65,3 | 34 | 34, | 98 | 100 | 0.00 |
| Tidak Beresiko | 12 | 17,1 | 58 | 7 | 70 | 100 | |
| Total | 76 | 45,2 | 92 | 54, | 168 | 100 | |

Berdasarkan tabel 6 di atas didapatkan mayoritas umur ibu hamil yang beresiko lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 64 orang (65,3%) dibandingkan dengan umur ibu hamil yang tidak beresiko yaitu 12 orang (17,1%).

Tabel 7. Hubungan pendidikan dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil periode Januari-Oktober 2013 di RSUD Ambarawa

| Pendidikan | Kejadian Abortus Spontan | | | | Total | | ρ_{value} |
|------------|--------------------------|------|-------|------|-------|-----|----------------|
| | Ya | | Tidak | | F | % | |
| | F | % | F | % | | | |
| Rendah | 55 | 55,6 | 44 | 44,4 | 99 | 100 | 0.002 |
| Tinggi | 21 | 45,2 | 48 | 26,2 | 69 | 100 | |
| Jumlah | 76 | 45,2 | 92 | 54,8 | 168 | 100 | |

Berdasarkan tabel 7 di atas didapatkan mayoritas pendidikan ibu hamil yang rendah lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 55 orang (55,6%) dibandingkan dengan ibu hamil yang berpendidikan tinggi yaitu 21 orang (45,2%).

Selanjutnya untuk mengetahui hubungan pendidikan ibu hamil dengan kejadian abortus spontan, digunakan Analisis Uji Chi Square diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,002 sehingga p_{value} (0,002) < α (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan secara bermakna antara pendidikan ibuhamil dengan kejadian abortus spontan.

Tabel 8. Hubungan pekerjaan dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil periode Januari-Oktober 2013 di RSUD Ambarawa

| Pekerjaa n | Kejadian Abortus Spontan | | | | Total | | ρ_{value} |
|---------------|--------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|----------------|
| | Ya | | Tidak | | F | % | |
| | F | % | F | % | | | |
| PNS | 12 | 27, | 31 | 72, | 43 | 100 | 0.00 |
| IRT | 23 | 9 | 32 | 1 | 56 | 100 | |
| Swasta | 42 | 41, | 39 | 58, | 70 | 100 | |
| | | 8 | 2 | | | 5 | |
| | | 58, | 41, | | | | |
| | | 6 | 4 | | | | |
| Jumlah | 76 | 45, | 92 | 54, | 168 | 100 | |
| | | 2 | 8 | | | | |

Berdasarkan tabel 8 di atas didapatkan mayoritas pekerjaan ibu hamil yang swasta lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 42 orang (58,6%) dibandingkan dengan pekerjaan ibu sebagai PNS 12 orang (27,9%).

Tabel 9. Hubungan paritas dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil periode Januari-Oktober 2013

| Paritas | Kejadian Abortus Spontan | | | | Total | | ρ_{value} |
|----------|--------------------------|------|-------|-----|-------|-----|----------------|
| | Ya | | Tidak | | F | % | |
| | F | % | F | % | | | |
| Nulipara | 44 | 68,8 | 20 | 31, | 64 | 100 | 0.00 |
| Primipar | 17 | 33,3 | 34 | 2 | 51 | 100 | 0 |

| | | | | | |
|----------|----|------|-----|---------|-----|
| a | 15 | 28,3 | 38 | 66, 53 | 100 |
| Multipar | | | 7 | | |
| a | | | 71, | | |
| | | | 7 | | |
| Jumlah | 76 | 45,2 | 92 | 54, 168 | 100 |
| | | | 8 | | |

Berdasarkan tabel 9 di atas didapatkan mayoritas paritas ibu hamil yang nulipara lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 44 orang (68,8%) dibandingkan dengan paritas ibu hamil yang multipara yaitu 15 orang (28,3%).

Selanjutnya untuk mengetahui hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian abortus spontan, digunakan Analisis Uji Chi Square diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga $p\text{-value } (0,000) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan secara bermakna antara paritas ibu hamil dengan kejadian abortus spontan.

Analisis Univariat

1. Umur

Dari penelitian yang telah dilakukan di RSUD Ambarawa dapat disimpulkan bahwa dari 168 responden sebagian besar ibu hamil mempunyai umur yang beresiko. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa mempunyai umur yang beresiko (< 20 tahun atau > 35 tahun) yaitu sebanyak 98 orang (58,3%). Sedangkan umur ibu hamil yang tidak beresiko (< 20 tahun sampai > 35 tahun) sebanyak 70 orang (41,7%).

2. Pendidikan

Dari penelitian yang telah dilakukan di RSUD Ambarawa dapat disimpulkan bahwa dari 168 responden sebagian besar ibu hamil mempunyai pendidikan yang rendah. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa mempunyai pendidikan yang rendah (SD,SMP) yaitu sebanyak 99 orang (58,9%). Sedangkan ibu hamil yang mempunyai pendidikan tinggi (SMA,PT) sebanyak 69 orang (41,1%).

Penelitian yang dilakukan di RSUD Ambarawa terhadap pendidikan ibu hamil didapatkan 99 orang (58,9%) mempunyai pendidikan yang rendah sehingga ini sangat beresiko terhadap kehamilannya, karena menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan akan mempengaruhi perilaku, karena orang yang berpendidikan akan lebih mempunyai pemikiran rasional. Sehingga apabila orang yang mempunyai pendidikan yang tinggi maka ia akan lebih mengetahui pengetahuan yang luas dan dapat berpikir secara kritis dibandingkan dengan orang yang mempunyai pendidikan yang rendah. Maka orang yang berpendidikan tinggi diharapkan dapat menjaga kesehatannya khususnya kehamilannya tersebut.

3. Pekerjaan

Dari penelitian yang telah dilakukan di RSUD Ambarawa dapat disimpulkan bahwa dari 168 responden sebagian besar ibu hamil bekerja sebagai swasta. Hasil penelitian menunjukkan

sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa bekerja sebagai swasta yaitu 70 orang (41,7%) dan sebagai ibu rumah tangga sebesar 55 orang (32,7%) dan sebagian kecil ibu hamil bekerja sebagai PNS yaitu 43 orang (25,6%).

4. Kejadian Abortus Spontan

Dari penelitian yang telah dilakukan di RSUD Ambarawa dapat disimpulkan bahwa dari 168 responden sebagian besar ibu hamil tidak mengalami abortus spontan. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa tidak mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 92 orang (54,8%) sedangkan sebagian kecil ibu hamil mengalami abortus spontan yaitu 76 orang (45,2%).

Dari hasil penelitian yang dilakukan, didapatkan 76 ibu hamil (45,2%) yang mengalami abortus spontan. Angka ini cukup besar untuk kejadian abortus spontan jika dibandingkan dengan data WHO (2011) bahwa presentase kemungkinan terjadinya abortus sekitar 15-40 %. Data ini membuktikan bahwa kejadian abortus spontan di RSUD Ambarawa masih cukup tinggi.

Analisis Bivariat

1. Hubungan Umur dengan Kejadian Abortus Spontan

Berdasarkan tabel 6 didapatkan mayoritas umur ibu hamil yang beresiko lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 64 orang (65,3%) dibandingkan dengan umur ibu hamil yang tidak beresiko yaitu 12 orang (17,1%).

Dari analisis Uji Chi Square diperoleh χ^2 hitung = 36,316 $>$ χ^2 tabel = 3,84 dengan nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga pvalue (0,000) $<$ α (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan secara bermakna antara umur ibu hamil dengan kejadian abortus spontan.

Dalam penelitian ini menunjukkan hanya sebagian kecil umur ibu hamil yang tidak beresiko yang mengalami kejadian abortus spontan yaitu sebesar 12 orang (17,1%). Hal ini dikarenakan umur 20 tahun sampai dengan umur 35 tahun tergolong umur yang aman untuk seorang wanita hamil, sebab pada umur 20-35 tahun ini sistem reproduksi seorang wanita sudah matang dan siap untuk hamil dan melahirkan.

Resiko tinggi terjadinya abortus pada ibu yang mempunyai umur lebih dari 35 tahun dan umur kurang dari 20 tahun. Umur dibawah 20 tahun sebaiknya tidak mempunyai anak dulu, karena kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari kematian maternal pada usia 20-29 tahun. Umur antara 20-35 tahun merupakan umur yang terbaik untuk mengandung dan melahirkan. Dalam usia ini, mereka sudah memiliki kematangan baik fisik maupun psikologis, sehingga mereka telah siap menjadi seorang ibu, termasuk merawat dan memelihara anak-anaknya dengan baik, sedangkan umur di atas 35 tahun tidak hamil lagi. Karena setelah umur 30 Tahun Resiko keguguran spontan tampak meningkat dengan bertambahnya usia, baik kromosom janin itu normal atau tidak, wanita dengan usia lebih tua, lebih besar kemungkinan keguguran baik janinnya normal atau abnormal (Winkjosastro, 2009).

Hasil penelitian menunjukkan untuk umur yang tidak beresiko (20-35 tahun) yang mengalami abortus hanya 12 orang (17,1%). Hal ini didukung oleh teori Setyorini (2004). Menurut Setyorini (2004), pada usia 20-35 tahun merupakan usia produktif untuk seorang wanita hamil dan melahirkan sehingga persentase terjadinya abortus spontan lebih kecil dibandingkan usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. (Setyorini, 2004).

2. Hubungan Pendidikan dengan Kejadian Abortus Spontan

Berdasarkan tabel 7 didapatkan mayoritas pendidikan ibu hamil yang rendah lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 55 orang (55,6%) dibandingkan dengan ibu hamil yang berpendidikan tinggi yaitu 21 orang (45,2%).

Dari analisis Uji Chi Square diperoleh nilai χ^2 hitung = 9,389 $>$ χ^2 tabel = 3,84 dengan nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,002 sehingga pvalue (0,002) $<$ α (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan secara bermakna antara pendidikan ibu hamil dengan kejadian abortus spontan.

Dalam penelitian ini menunjukkan hanya sebagian kecil ibu hamil yang berpendidikan tinggi yang mengalami kejadian abortus spontan yaitu sebesar 21 orang (45,2%). Hal ini dikarenakan orang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan lebih mempunyai pemikiran rasional. Sehingga apabila orang yang mempunyai pendidikan yang tinggi maka ia akan lebih mengetahui pengetahuan yang luas dan dapat berpikir secara kritis dibandingkan dengan orang yang mempunyai pendidikan yang rendah. Maka orang yang berpendidikan tinggi akan dapat menjaga kesehatannya khususnya kehamilannya tersebut.

Mayoritas pendidikan ibu hamil yang rendah lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 55 orang (55,6%) dibandingkan dengan ibu hamil yang berpendidikan tinggi yaitu 21 orang (45,2%). Hal ini sejalan dengan teori dari Manuaba (2010). Menurut Manuaba (2010) bahwa pendidikan ibu yang rendah merupakan faktor resiko tinggi terjadinya abortus dimana kurangnya pengetahuan dari ibu hamil tersebut. Hal ini berbeda dengan ibu yang berpendidikan tinggi yang mudah menerima informasi dan banyak pengetahuan yang dimiliki.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Yudiayutz's (2008), yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian abortus.

3. Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Abortus Spontan

Berdasarkan tabel 8 didapatkan mayoritas pekerjaan ibu hamil yang swasta lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 42 orang (58,6%) dibandingkan dengan pekerjaan ibu sebagai PNS 12 orang (27,9%).

Dari analisis Uji Chi Square diperoleh nilai χ^2 hitung = 10,496 $>$ χ^2 tabel = 3,84 dengan nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,005 sehingga pvalue (0,005) $<$ α (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan secara bermakna antara pekerjaan ibu hamil dengan kejadian abortus spontan.

Sebenarnya wanita hamil boleh bekerja, tetapi jangan terlalu berat. Sebaiknya diimbangi dengan istirahat sebanyak Wiknjosastro, 2009). Sedangkan menurut Kusmiyati (2008), aktivitas bagi ibu hamil bukan hanya pekerjaan di luar rumah atau institusi tertentu, tetapi juga pekerjaan atau aktivitas sebagai ibu rumah tangga di dalam rumah termasuk pekerjaan sehari-hari termasuk mengasuh anak.

4. Hubungan Paritas dengan Kejadian Abortus Spontan

Berdasarkan tabel 9 di atas didapatkan mayoritas paritas ibu hamil yang nulipara lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 44 orang (68,8%) dibandingkan dengan paritas ibu hamil yang multipara yaitu 15 orang (28,3%).

Dari analisis Uji Chi Square diperoleh nilai χ^2 hitung = 23,336 > χ^2 tabel = 5,59 dengan nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga pvalue (0,000) < α (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan secara bermakna antara paritas ibu hamil dengan kejadian abortus spontan.

Dalam penelitian ini menunjukkan paritas ibu hamil yang nulipara lebih besar mengalami abortus spontan yaitu sebanyak 44 orang (68,8%). Hal ini dikarenakan pada ibu nulipara memiliki beberapa organ yang belum cukup matang untuk menanggung beban kehamilan dan secara psikis belum memiliki kondisi psikis yang stabil sehingga dapat mengakibatkan kontraksi selama kehamilan serta beberapa organ reproduksi seperti rahim belum cukup matang untuk menanggung beban kehamilan sedangkan pada multiipara memiliki otot-otot rahim yang mengalami penurunan elastisitas dibandingkan pada primipara oleh karena frekuensi kehamilannya lebih sering dibandingkan primipara sehingga tidak mampu menjaga janin dalam posisi yang stabil.

Frekuensi terjadinya abortus meningkat bersama dengan meningkatnya angka graviditas, 6% kehamilan pertama atau kedua berakhir dengan abortus, angka ini meningkat menjadi 16% pada kehamilan ketiga dan seterusnya (Oxorn, 2010).

Uterus yang meregang adalah etiologi dari abortus, sehingga dapat disimpulkan bahwa paritas yang meningkat menjadi salah satu faktor resiko ibu untuk mengalami abortus (Sastrawinata, 2005).

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Wiknjosastro. Menurut Wiknjosastro (2009), paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 4) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetric lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat diurangi atau dicegah dengan kehamilan berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sumarni (2006), yang menunjukkan ada hubungan antara paritas ibu dengan kejadian abortus. Begitu juga, dengan hasil penelitian Ernawaty (2011), yang menunjukkan ada hubungan antara paritas ibu dengan kejadian abortus.

Penutup

Sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa mempunyai umur yang beresiko (< 20 tahun atau > 35 tahun) yaitu sebanyak 98 orang (58,3%). Sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa mempunyai pendidikan yang rendah (SD, SMP) yaitu sebanyak 99 orang (58,9%). Sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa bekerja sebagai swasta yaitu sebanyak 70 orang (41,7%) dan sebagian kecil bekerja sebagai PNS yaitu ada 43 orang (25,6%). Sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa merupakan ibu hamil nulipara yaitu sebanyak 64 orang (38,1%) dan sebagian kecil merupakan ibu hamil primipara yaitu 51 orang (30,4%). Sebagian besar ibu hamil di RSUD Ambarawa tidak mengalami kejadian abortus spontan yaitu sebanyak 92 orang (54,8%). Ada hubungan secara bermakna antara umur dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil di RSUD Ambarawa dimana hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga $p_{\text{value}} (0,000) < \alpha (0,05)$. Ada hubungan secara bermakna antara pendidikan dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil di RSUD Ambarawa dimana hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,002 sehingga $p_{\text{value}} (0,002) < \alpha (0,05)$. Ada hubungan secara bermakna antara pekerjaan dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil di RSUD Ambarawa dimana hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,005 sehingga $p_{\text{value}} (0,005) < \alpha (0,05)$. Ada hubungan secara bermakna antara paritas dengan kejadian abortus spontan pada ibu hamil di RSUD Ambarawa dimana hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai Asymp Sig. (2-tailed) sebesar 0,000 sehingga $p_{\text{value}} (0,000) < \alpha (0,05)$.

Daftar Pustaka

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Bobak, Lowdermilk Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. 2005. *Obstetri Williams Edisi 21 Vol.2*. Jakarta: EGC.
- Dahlan, MS. 2006. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Uji Hipotesis Dengan Menggunakan SPSS Seri 1*. Jakarta: Arkans.
- Depkes RI. 2007. *Buku Acuan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Jakarta: Depkes RI
- Fraser, Diane M. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan Edisi 14*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Khamdan. 2013. *Analisis Kebijakan Wajib Belajar 9 Tahun*. [Diakses 5 Oktober 2013] dari <http://khamdanguru.wordpress.com/2012/03/13/analisis-kebijakan-wajib-belajar-9-tahun-khamdan-m-pd-i/>
- Klein&Thomson. 2008. *Panduan Lengkap Kebidanan*. Yogyakarta: Pallmal
- Mansjeoer, 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.

- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba IBG, Manuaba IAC, Manuaba IBGF. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Murkoff, Heidi. 2006. *Kehamilan Apa yang Anda Hadapi Bulan per Bulan*. Jakarta : ARCAN
- Notoadmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugrahehy, Esti. 2010. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Nugroho, Taufan. 2012. *Obstetri dan Ginekologi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riwidikdo, H. 2009. *Statistik Untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Pustaka Rihana
- Saifudin AB, Adriaanz G, Wiknjosastro GH. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifudin AB, Wiknjosastro GH, Affandi B, Waspodo D. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifudin AB, Rachimhadhi T, Wiknjosastro GH. 2009. *Ilmu Kebidanan Edisi ke Empat Cetakan Kedua*. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sastrawinata, Sulaiman. 2005. *Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC
- Setiawan A , Saryono. 2010. *Metodologi Penelitian Kebidanan D III, D IV, S 1 dan S 2*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setiyarini. 2007. *Hubungan Antara Tingkat Pekerjaan Ibu Hamil Dengan Kejadian Abortus Di RSUD Sunan Kalijaga Demak bulan Juli 2006 – April 2007*. Semarang: AKBID Karyadi Semarang.
- Sinclair, Constance. 2009. *Buku Saku Kebidanan (A Midwife's Handbook)*. Jakarta: EGC.
- Suyanto, U.S. 2008. *Riset Kebidanan Metodologi dan Aplikasi*.Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.
- Sugiyono. 2010. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryaningsih ARM, Fatmawati E, Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tiara. 2011. *Angka Kejadian Abortus*. [Diakses tanggal 25 November 2013] dari <http://www.bascommetro.com/2011/09/angka-kejadian-abortus.html>
- Tiran, Denise. 2006. *Kamus Saku Bidan Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Umayah, DS. *Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Abortus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2009*. [Diakses tanggal 29 Januari 2014] dari http://digilib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=detail&d_id=14552

Umma, Al. *Hubungan Antara Usia Dengan Kejadian Abortus Di RSUD Sidoarjo Tahun 2011*.
[Diakses tanggal 29 Januari 2014] dari
<http://share.stikesyarsis.ac.id/elib/main/dok/00192/HUBUNGAN-ANTARA-USIA-IBU-DENGAN-KEJADIAN-ABORTUS-DI-RSUD-SIDOARJO-TAHUN-2011>

William Oxorn, H. (2010). *Buku Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta. Yayasan Essentia Medika.

PENERAPAN SCHOOL BASED VECTOR CONTROL (SBVC) UNTUK MEWUJUDKAN KANTIN SEHAT

Nur Siyam^{1*}, Widya Hary Cahyati¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: nursiyam@mail.unnes.ac.id.

Abstrak

Latar Belakang: Upaya mewujudkan kantin sehat diperlukan kesadaran dan perubahan perilaku siswa dalam menjaga lingkungan. Langkah yang bisa di ambil untuk membangun kantin sekolah yang sehat adalah mencegah dan mengendalikan perkembangbiakan vektor penyakit. Metode pencegahan dan pengendalian vektor di kantin dapat dilakukan melalui penerapan *School Based Vector Control* (SBVC). Penerapan SBVC ini menekankan pada kesadaran dan kepedulian siswa dalam pengendalian dan penciptaan lingkungan sehat di sekolah. Tujuan penelitian adalah terbentuknya Model SBVC dan mendapatkan gambaran efektifitas model SBVC sebagai upaya kantin sehat di sekolah. Penelitian di lakukan di SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang.

Metode: Sampel penelitian adalah siswa yang mempunyai permasalahan kesehatan dan mempunyai kebiasaan tidak sehat berdasarkan hasil koordinasi dari guru wali kelas. Jenis penelitian adalah *Quasi Experiment* dengan rancangan *Non Randomized One Group Pretest-Posttest Design*.

Hasil: Hasil analisis uji *Wilcoxon*, bahwa semua variabel, yaitu perilaku membuang sampah, kebersihan lingkungan kantin dan hygiene penjaja makanan sesudah menerapkan SBVC menunjukkan perubahan yang signifikan (*p value* <0,05). Perilaku siswa dalam menciptakan kantin sehat secara menyeluruh meningkat setelah di terapkan Metode SBVC (*p value* = 0,000).

Simpulan: Kerjasama yang baik antara pihak sekolah, siswa dan juga penjaja makanan dapat menciptakan kantin sehat di sekolah.

Kata Kunci: *school, vector control, lingkungan, siswa, kantin*

Abstract

Background: Efforts to achieve healthy canteen necessary awareness and changes in student behavior to protecting the environment. Steps can be taken to build a healthy school canteen is to prevent and control the breeding of disease vectors. Methods of prevention and vector control in the cafeteria can be done through the implementation of *School Based Vector Control* (SBVC). SBVC application of this emphasis on the awareness and concern of students in the control and the creation of a healthy environment in school. The purpose of the study was the establishment of Model SBVC and get an idea of the effectiveness of the model in an effort SBVC healthy school canteen. Research was done in SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang.

Methods: Samples were students who have health problems and have unhealthy habits based on the results of the coordination of the homeroom teacher. This type of research is a *Quasi Non-Randomized Experiment* with the design of one group pretest-posttest design..

Results: The results of the analysis *Wilcoxon* test, that all of the variables, the behavior of littering, environmental cleanliness and hygiene canteen food vendors after applying SBVC showed a significant change (*p value* <0.05). The behavior of students in creating healthy canteen overall increased after applied SBVC method (*p value* = 0.000).

Conclusion: The good cooperation between the school, the students and also food vendors can create healthy school canteen.

Key Words: *school, vector control, environmental, student, canteen*

Pendahuluan

Kantin sehat di lingkungan sekolah merupakan kunci utama dalam mewujudkan generasi penerus bangsa yang sehat dan cerdas. Menurut Mendiknas (pada pembukaan Rakernas UKS ke IX, 2008, Bali) sekolah sebagai tempat belajar, perlu memiliki lingkungan bersih dan sehat, yang mendukung berlangsungnya proses belajar dan mengajar yang baik, serta memiliki sarana dan prasarana sanitasi yang baik dan memadai, seperti tersedianya kantin yang sehat. Lingkungan sekolah sehat, akan mendukung pencapaian tujuan pendidikan (Retno, 2011).

Upaya pencapaian tujuan pendidikan dapat dilakukan dengan pelaksanaan program UKS. Tiga program pokok UKS yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sehat. Tiga program pokok tersebut perlu didorong dan dimasyarakatkan agar semua pihak memahami dan mendukung program ini di sekolah. Selain itu, siswa harus dilibatkan dalam semua kegiatan yang menyangkut kesehatan mereka di sekolah dan memberikan kesadaran kepada mereka akan pentingnya menanamkan perilaku hidup sehat dan bersih dalam menciptakan lingkungan sekolah yang sehat (Retno, 2011).

Mewujudkan kantin sekolah menjadi tempat yang dapat menunjang kesehatan dan kecerdasan siswa di sekolah adalah tugas bersama. Kantin yang bersih, nyaman dan bebas dari sumber-sumber penyakit menjadi tanggung jawab bersama pihak sekolah, siswa dan orang tua murid. Lingkungan sekolah yang tertata baik dan bersih, termasuk kantin sekolah akan mampu menciptakan suasana belajar yang kondusif yang pada gilirannya nanti akan meningkatkan prestasi belajar. termasuk didalamnya rasa kemandirian, tanggung jawab dan kreativitas, serta membentuk masyarakat yang sadar kesehatan (Pernyataan Mendiknas pada pembukaan Rakernas UKS ke IX, 2008, Bali) (Retno, 2011).

Pendidikan Kesehatan dan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit di sekolah masih harus ditingkatkan. Hal ini dikarenakan masih kurangnya kesadaran siswa dalam berperilaku menjaga lingkungan sekolah yang masih kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma (2013) menyebutkan bahwa perilaku hidup bersih dan sehat masih dalam kategori kurang sehingga dapat mempengaruhi kesehatan siswa di sekolah (Kusuma, 2013). Berdasarkan data dari Litbangkes Ponorogo tahun 2003-2004, jenis penyakit yang muncul akibat higiene individu dan sanitasi lingkungan yang kurang adalah scabies (39,5%), Dermatitis (18,2%), ISPA (18,5%), Diare (11,2%), Typhus (1,6%), Gastritis (7,3%), dan alergi (3,8%) (Badri, 2007).

Kebiasaan anak yang bisa mempengaruhi kesehatan anak di sekolah yaitu kebiasaan makan anak, kebiasaan mencuci tangan, dan juga kebiasaan anak-anak untuk jajan di tempat sembarangan dengan jajanan yang rata-rata tidak sehat, selain itu juga kebiasaan membuang sampah tidak di tempatnya. Sedangkan pada anak SMP mereka adalah remaja yang masih sangat membutuhkan bimbingan dari guru agar dapat menjaga kesehatannya. Oleh karena itu, siswa perlu dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan tentang kesehatan, agar remaja lebih bertanggung jawab terhadap kehidupan di lingkungannya (Kennedy *et al.*, 2011, Muadz *et al.*, 2008, Williams *et al.*, 2007).

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan minuman serta lingkungan (Notoatmojo, 2007). Pengetahuan tentang perilaku sehat di sekolah yang perlu diupayakan adalah perawatan dan menjaga kesehatan, pendidikan kesehatan, pertolongan dan tindakan ketika terkena penyakit, serta upaya peningkatan kesehatan lingkungan baik secara individu dan sosial.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan pihak sekolah, yang dalam hal ini diwakili oleh salah satu Guru Wali Kelas, menerangkan bahwa siswa masih mempunyai kebiasaan membuang sampah di sembarang tempat. Hal ini menyebabkan sampah/ bungkus makanan berserakan di kantin, halaman sekolah, di taman, bahkan masuk ke dalam saluran air/ got. Selain itu, sampah dan sisa-sisa makanan tak jarang ditemukan di dalam laci meja mereka dan juga di dalam ruang kelas.

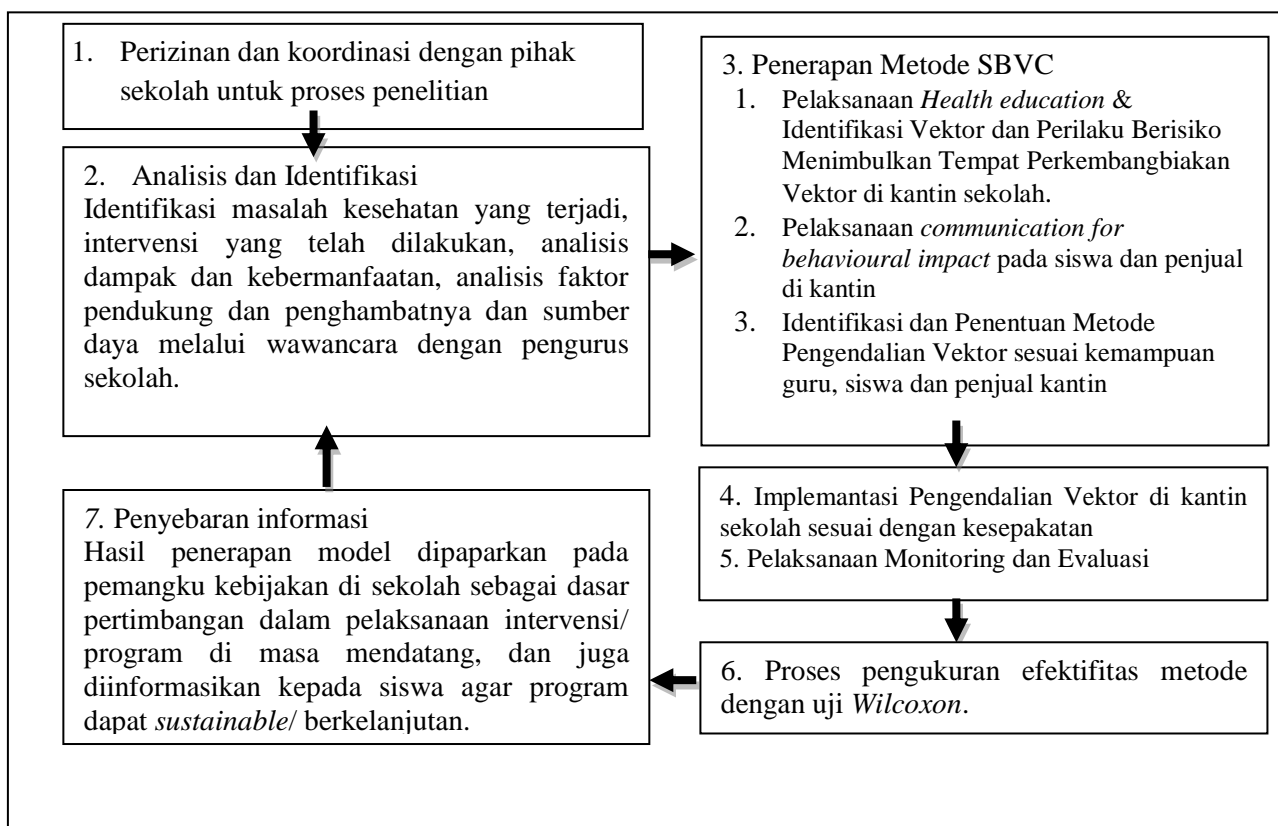
SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang ini terletak di daerah pesisir pantai di mana air rob akan menggenangi lingkungan sekolah setiap jam 12.00 sampai jam 15.00 WIB. Secara umum, lingkungan sekolah dikelilingi oleh kolam-kolam air asin. Hal ini membuat udara di ruangan semakin pengap dan tidak bersih. Perilaku hygiene individu santri berdasarkan wawancara juga masih kurang baik. Misalnya perilaku jarang mengganti pakaian dimana dapat terlihat dari baju mereka yang kumal dan dekil karena belum dicuci serta bau keringat yang menyengat.

Upaya mewujudkan kantin sekolah yang sehat bebas vektor maka untuk menciptakan kesadaran siswa dalam menjaga lingkungan adalah dengan menerapkan metode *School Based Vector Control* (SBVC) di sekolah (ADB and WHO, 2013). Inti penerapan SBVC ini adalah Pengendalian vektor berbasis sekolah dimana seluruh warga sekolah terlibat dalam kegiatan penciptaan lingkungan kantin sekolah yang sehat bebas vektor. Konsep SBVC ini adalah melandaskan kegiatan sekolah untuk memberikan pendidikan vektor penyakit, menemukan perilaku yang tidak bersih dan sehat, menemukan penyebab sanitasi lingkungan yang buruk agar mereka mampu berkomunikasi dan mengupayakan penyelesaian permasalahan yang mereka hadapi melalui kerjasama di dalam tim dan dengan pengurus sekolah tersebut serta juga dengan penjual di kantin. Melalui SBVC ini diharapkan pengendalian vektor penyakit dapat berlanjut secara berkelanjutan/ *sustainable*. Sehingga kesadaran dan kepedulian siswa akan pentingnya hidup bersih dan sehat dan lingkungan sehat dapat tumbuh dengan baik.

Untuk itu, untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam pengendalian vektor, maka penerapan SBVC ini penting dilakukan untuk mewujudkan kantin sekolah. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat akan dapat meningkatkan kualitas hidup siswa sebagai generasi penerus bangsa yang berprestasi, sehat jasmani dan rohani yang terhindar dari penyakit.

Metode

Tahapan penerapan SBVC dalam mewujudkan kantin sehat dapat dilihat pada Gambar 1



Gambar 1. Tahapan Penelitian SBVC

Penelitian SBVC ini dilakukan di SMP Islam Sultan Agung 4, Kec. Genuk, Kota Semarang. Populasi: populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Warga di SMP Islam Seltan Agung 4. Sampel dalam penelitian ini adalah Sampel penelitian adalah siswa yang mempunyai permasalahan kesehatan dan mempunyai kebiasaan tidak sehat berdasarkan hasil koordinasi dari guru wali kelas, dan sebagian lagi siswa berprestasi yang dapat menjadi leader dalam kelompok. Penelitian ini adalah penelitian *Quasi Experiment* dengan rancangan *Non Randomized One Group Pretest- Posttest Design*. Instrument penelitiannya adalah: *checklist* observasi, pedoman wawancara dan kuesioner. Analisis data menggunakan Analisis Univariabel (Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi) dan analisis Bivariabel digunakan untuk mengetahui efektifitas metode yaitu sebelum dan setelah penerapan metode menggunakan uji statistik *Wilcoxon*.

Hasil dan Pembahasan

Sekolah Menengah Pertama Islam Sultan Agung 4 Semarang merupakan salah satu sekolah yang ada di Kota Semarang. Sekolah ini terdiri dari 364 Siswa yang dibagi ke dalam 14 kelas, untuk tahun ajaran baru ini kelas siswa putrid dipisah dengan siswa putri. SMP Islam Sultan

Agung 4 ini yang beralamat di Jl. Raya Kaligawe KM. 4, Genuk Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah 50112. Kegiatan utama di sekolah adalah belajar mengajar, yang dilengkapi dengan kegiatan keagamaan dan ekstrakurikuler setiap sore.

Kegiatan Penelitian mulai tanggal 16 Mei 2016. Penelitian dimulai dengan melakukan koordinasi dan perizinan dengan pihak pimpinan sekolah. Setelah diperbolehkan meneliti di sekolah oleh pengurus, maka tim peneliti melakukan koordinasi dengan pihak pengurus sekolah. Setelah menentukan jadwal yang disesuaikan dengan waktu siswa, maka peneliti melakukan wawancara dengan pengurus sekolah mengenai perilaku hidup bersih dan sehat siswa dan juga tentang perilaku menjaga sanitasi lingkungan dalam mencegah vektor di lingkungan kantin sekolah. Selain itu, juga ditanyakan kendala yang dihadapi dalam menjaga PHBS siswa dan lingkungan sekolah.

Hasil wawancara dengan pihak sekolah menyebutkan masalah kesehatan yang terjadi pada siswa adalah kebersihan diri setiap siswa masih kurang, misalnya jarang mengganti pakaian, membuang sampah di selokan, di lingkungan kantin, membuang sampah di laci meja kelas, di ruang kelas, membuang sampah di pekarangan sekolah. Sedangkan keadaan kebersihan lingkungan disekitar sekolah adalah sekitar sekolah di kelilingi oleh got, air rob sering menggenang setiap pukul 14.00-15.00 WIB.

Di sekolahan disediakan kantin yang menjajakan makanan siap saji maupun makanan yang diolah terlebih dahulu. Kantin di sekolah perlu mendapatkan perhatian karena dapat menjadi tempat perkembangbiakan vektor jika kebersihan dan cara penyimpanan bahan makanannya tidak dijaga dengan baik.

Intervensi khusus yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi belum ada. Kegiatan yang ada hanyalah pembentukan jadwal piket untuk membersihkan sekolah dan menyediakan petugas kebersihan di sekolah. Sedangkan penyuluhan yang pernah dilakukan oleh puskesmas belum mengenai PHBS dan sanitasi lingkungan tetapi hanya menyangkut penyakit DBD. Sedangkan untuk kantin di sekolah sendiri kurang mendapatkan perhatian dari sekolah. Pihak sekolah belum menerapkan peraturan khusus untuk mengatur sanitasi di kantin.

Siswa SMP merupakan anak usia remaja, dimana mereka masih labil dan mudah terpengaruh dengan lingkungan, termasuk lingkungan sekolah, keluarga, teman dan masyarakat. Ada beberapa siswa yang rajin dalam menjaga kebersihan diri dan lingkungan, tapi ada siswa yang tidak mau tau dengan masalah kebersihan lingkungan di sekolah.

Faktor penghambat dalam upaya meningkatkan sanitasi kantin adalah kurangnya kebersamaan dan rendahnya rasa butuh siswa akan pentingnya kebersihan lingkungan, hal ini dikarenakan kurangnya informasi mendalam terkait dengan cara melakukan koordinasi untuk peningkatan sanitasi lingkungan. Faktor pendukung dalam upaya peningkatan di seko sanitasi kantin sekolah adalah rasa kebersamaan mereka yang sangat kental. Diharapkan dengan rasa kebersamaan yang kuat dalam koordinasi tim diantara mereka berhasil mewujudkan pengendalian vektor berbasis sekolah dalam mewujudkan kantin sehat.

Penerapan SBVC ini menekankan pada pengendalian vektor berbasis sekolah untuk mewujudkan kantin sehat, dimana seluruh warga sekolah terlibat dalam kegiatan penciptaan kantin yang sehat bebas vektor agar mau dan mampu untuk hidup bersih dan sehat. Konsep SBVC ini adalah melandaskan kegiatan sekolah untuk memberikan pendidikan vektor penyakit, menemukan perilaku yang tidak bersih dan sehat, menemukan penyebab sanitasi lingkungan yang buruk agar mereka mampu berkomunikasi dan mengupayakan penyelesaian permasalahan yang mereka hadapi melalui kerjasama di dalam tim dan dengan pengurus sekolah tersebut (Jupatanakul *et al.*, 2014). Melalui SBVC ini diharapkan pengendalian vektor penyakit dapat berkelanjutan/ *sustainable*. Sehingga pada akhirnya kesadaran dan kepedulian akan pentingnya hidup bersih dan sehat dan lingkungan sehat dapat tumbuh dengan baik (ADB and WHO, 2013).

Dalam Penelitian ini, indikator yang diambil berjumlah 7, yaitu: 1) Perilaku membuang sampah 2) Kebersihan meja penjaja makanan, 3) Kebersihan dapur, 4) meja tempat makan, 5) Keberadaan tempat sampah, 6) kebersihan tempat cuci piring, 7) Higiene penjaja makanan. Hasil identifikasi perilaku berisiko menimbulkan tempat perkembangbiakan vector di kantin sekolah dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini:

Tabel 1. Hasil Identifikasi Perilaku Berisiko Menimbulkan tempat perkembangbiakan Vektor di Kantin Sekolah Tahun 2016

| No. | Perilaku berisiko | % |
|-----|---|------|
| 1 | Perilaku membuang sampah (Sisa makanan yg berserakan/ tidak dibersihkan di lingkungan kantin, Membuang sampah di selokan, dan Membuang sampah tidak di tempat sampah) | 50,0 |
| 2 | Kebersihan meja penjaja makanan | 66,7 |
| 3 | Kebersihan dapur | 66,7 |
| 4 | Kebersihan meja tempat makan | 83,3 |
| 5 | Keberadaan tempat sampah | 66,7 |
| 6 | kebersihan tempat cuci piring | 66,7 |
| 7 | Higiene penjaja makanan | 83,3 |
| | Rata-rata | 69,1 |

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan Tabel 1, masalah perilaku berisiko yang menimbulkan tempat perkembangbiakan vektor yang paling tinggi yang ada di kantin sekolah berdasarkan kesepakatan bersama adalah perilaku membuang sampah (50,0%), perilaku membuang sampah tidak pada tempatnya, sisa makanan tidak dibersihkan di lingkungan kantin, dan membuang sampah di selokan. Permasalahan yang telah ditemukan bersama-sama kemudian disepakati untuk diselesaikan bersama. Tahap selanjutnya adalah identifikasi pengendalian vektor sesuai dengan kemampuan sekolah.

Tahap yang ke tiga dari SBVC adalah melakukan implementasi pengendalian vector sesuai dengan kemampuan sekolah yang telah disepakati bersama, yaitu pembentukan tim pelaksana SBVC di sekolah untuk menciptakan kantin sehat. Tim ini terdiri dari 3 kelompok/ grup. Satu kelompok terdiri dari 1 orang ketua dan 5 orang anggota. Berikut adalah nama-nama kelompok tersebut; HEBAT, TANGGUH dan MANDIRI. Kelompok ini bertugas untuk memantau lingkungan kantin, baik perilaku siswa dan juga penjual di kantin. Pemantauan dilakukan setiap minggu selama 1 bulan. Masing-masing kelompok akan dihitung jumlah rata-rata skor perminggunya. Berikut hasil pemantauan rata-rata skor pemantauan diri dan lingkungan selama sebulan:

Tabel 2. Rata-rata skor Perilaku Pencegahan dalam Pengendalian Vektor di Kantin SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang 2016

| No | Kelompok | Rata-rata skor dalam 1 bulan (%) |
|----|-----------|----------------------------------|
| 1 | Hebat | 83 |
| 2 | Tanggung | 80 |
| 3 | Mandiri | 78 |
| | Rata-rata | 80,3 |

Sumber: Data Primer Penelitian Tahun 2016

Kelompok Hebat menduduki skor yang tertinggi karena sebagian besar kelompok Diponegoro beranggotakan anak OSIS, dimana mereka merupakan anak-anak yang berprestasi dan rajin. Kelompok Mandiri memperoleh skor yang paling rendah karena kelompok ini mempunyai anggota kelompok yang kurang kompak karena kurang saat itu berbarengan dengan persiapan lomba Baris Berbaris. Rata-rata skor PHBS dan manajemen lingkungan dalam pengendalian vector di sekolah setiap minggunya meningkat.

Tabel 4. Hasil Perubahan Perilaku Berisiko Menimbulkan Tempat Perkembangbiakan Vektor Sebelum dan Sesudah Penerapan SBVC di Kantin SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang 2016

| No | Variabel | Penerapan | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|-------|
| | | Rata-rata sebelum (%) | Rata-rata sesudah (%) | delta |
| . | | | | |
| 1 | Perilaku Membuang Sampah | 50,0 | 83,3* | 33,3 |
| 2 | Kebersihan Masing-masing kantin | 66,7 | 83,3* | 16,6 |
| 3 | Higiene Penjaja makanan | 66,7 | 83,3* | 16,6 |
| | Rata-rata PHBS Santri secara menyeluruh | 61,13 | 83,3 | 22,2 |

*signifikan pada uji *wilcoxon* ($\alpha = 0,05$)

Perilaku berisiko menimbulkan tempat perkembangbiakan vektor di kantin sekolah dengan delta yang paling tinggi adalah perilaku membuang sampah. Perilaku siswa dalam membuang

sampah meningkat setelah adanya penelitian karena kebersihan di lingkungan sekolah menjadi prioritas permasalahan bagi siswa. Sehingga siswa merasa harus segera mengubah perilakunya. Lingkungan yang nyaman akan membuat mereka betah dan nyaman saat berkunjung dan makan di kantin.

Hasil analisis dengan uji *Wilcoxon*, didapatkan hasil bahwa semua variabel, yaitu perilaku membuang sampah, kebersihan lingkungan kantin dan hygiene penjaja makanan sesudah menerapkan SBVC menunjukkan perubahan yang signifikan ($p\ value < 0,05$). Perilaku siswa dalam menciptakan kantin sehat secara menyeluruh meningkat setelah di terapkan Metode SBVC ($p\ value = 0,000$).

Pencegahan dan pengendalian vektor dapat dilakukan dengan beberapa metode pengendalian vektor, baik melalui pengendalian dengan metode tunggal ataupun pengendalian vektor terpadu. Pengendalian vektor dapat dilakukan secara biologi, kimiawi, fisik/ mekanik, rekayasa genetik untuk vektor maupun melalui manajemen lingkungan (Mutero *et al.*, 2012, Naranjo and Ellsworth, 2009, van den Berg *et al.*, 2007, Zhang *et al.*, 2015). Kegiatan pengendalian vektor yang tidak melibatkan warga yang menjadi target pelaksana pengendalian vector akan sulit untuk berhasil. Hal ini karena kegiatan pengendalian vektor membutuhkan peran semua pihak agar program pengendalian vektor dapat *sustainable* (Siyam, 2013). Perilaku pengendalian vektor dapat berjalan jika komunitas yang disasar mempunyai kemauan untuk melakukan tindakan. Kemauan yang didukung dengan kesadaran akan kebutuhan mereka terhadap pentingnya lingkungan yang sehat, akan dapat menciptakan kebiasaan (Siyam, 2015).

Mengingat penyebabnya, hygiene dan sanitasi lingkungan di sekolah termasuk kantin dalam mencegah penyakit menular *food borne disease* memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak selain dari penjual di kantin itu sendiri. Bukan hanya dari dokter maupun tenaga kesehatan saja, tetapi juga dari pihak siswa dan orang tua dalam hal ini adalah pengasuh dan guru, maupun pemerintah. Tenaga kesehatan sangat dibutuhkan dalam membantu pemberian edukasi pada masyarakat sekolah, terutama dalam menanggulangi kebiasaan siswa dalam pengelolaan lingkungan sekolah yang semuanya diserahkan pada petugas kebersihan sekolah (Mensink *et al.*, 2012). Demikian juga puskesmas sebagai ujung tombak dalam melakukan skrining atau deteksi dini dan pelayanan pertama dalam pencegahan penyakit menular bawaan makanan, lingkungan dan perilaku (Kemenkes RI, 2012).

Upaya menciptakan kantin sehat di sekolah menjadi tanggung jawab bersama setiap pihak yang ada di sekolah, tidak terkecuali siswa itu sendiri (van den Berg *et al.*, 2007). Lingkungan sekolah dapat menjadi kelompok masyarakat kunci untuk melakukan perubahan perilaku dalam menciptakan kantin sehat. Perubahan sikap dan perilaku dalam pencegahan dan pengendalian vektor penyakit menular sangat dibutuhkan untuk melindungi komunitas yang ada di dalamnya dan juga akan bermanfaat untuk komunitas masyarakat di sekitarnya (Lizzi *et al.*, 2014). Penguatan koordinasi intern komunitas di sekolah akan meningkatkan kerjasama dan komunikasi siswa dalam melakukan pemantauan lingkungan untuk mencegah tempat perkembangbiakan vektor.

Sedangkan perawatan diri yang intensif dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah. Pencegahan dan pengendalian vektor di sekolah dalam menciptakan kantin sehat, pada intinya adalah melibatkan pengurus, guru dan juga siswa untuk turut serta dalam kegiatan pemberantasan vektor penyakit menular.

Pengurus/ stake holder di sekolah maupun di pondok pesantren merupakan orang-orang yang menjadi penentu kebijakan, termasuk kebijakan dalam pengelolaan lingkungan dan penentu dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk mendorong mereka berperilaku bersih dan sehat (Chanda *et al.*, 2013, Mutero *et al.*, 2012, Nalwanga and Ssempebwa, 2011). Kerjasama yang baik antara pihak sekolah, siswa dan juga penjaja makanan dapat menciptakan kantin sehat di sekolah.

Penutup

Upaya menciptakan kantin sehat yang bebas vector akan berhasil jika didukung oleh semua pihak yang ada di sekolah. Kerjasama dan komunikasi yang baik antara penentu kebijakan di sekolah, guru, siswa dan juga penjaja makanan di kantin akan memudahkan pihak sekolah dalam memberikan fasilitas kantin sehat untuk menunjang keberhasilan dalam proses belajar dan mengajar.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada LP2M (Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat) Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan dana kepada Penulis untuk menjalankan penelitian. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada keluarga SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang atas kerjasamanya sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik.

Daftar Pustaka

- ADB and WHO (2013) *Managing Regional Public Goods for Health, Community-Based Dengue Vector Control*, Cambodia:WHO.
- Badri, M. (2007) Higiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo. *Media Litbang Kesehatan*, XVII(2): 20-27.
- Chanda, E., Govere, J. M., Macdonald, M. B., Lako, R. L., Haque, U., Baba, S. P. & Mnzava, A. (2013) Integrated vector management: a critical strategy for combating vector-borne diseases in South Sudan. *Malaria Journal*, 12(369): 1-9.
- Jupatanakul, N., Sim, S. & Dimopoulos, G. (2014) *Aedes aegypti* ML and Niemann-Pick type C family members are agonists of dengue virus infection. *Developmental & Comparative Immunology*, 43(1): 1-9.
- Kemendes RI, D. J. B. G. d. K. I. d. A. D. B. G. (2012) Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Tahun 2011 Menuju Perbaikan Gizi Perseorangan dan Masyarakat yang Bermutu. Jakarta: Kemendes RI.
- Kennedy, E., Gray, N., Azzopardi, P. & Creati, M. (2011) Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. *Reprod Health*, 811.

- Kusuma, L. I. (2013) Hubungan antara Trias UKS dengan Pelaksanaan PHBS Pada Murid Di SDN 1 dan 4 Plalangan Gunungpati Semarang 2013. *Prodi S1 Kesehatan Masyarakat*, Udinus.
- Lizzi, K. M., Qualls, W. A., Brown, S. C. & Beier, J. C. (2014) Expanding Integrated Vector Management to promote healthy environments. *Trends Parasitol*, 30(8): 394-400.
- Mensink, F., Schwinghammer, S. A. & Smeets, A. (2012) The Healthy School Canteen programme: a promising intervention to make the school food environment healthier. *J Environ Public Health*, 2012415746.
- Muadz, M. M., Fathonah, S., Syarbaini, Mardiana, N., Utomo, B. & Salamah, U. (2008) *Modul dan Kurikulum Pelatihan Pemberian Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja Oleh Pendidik Sebaya*, Jakarta:BKKBN.
- Mutero, C. M., Schlodder, D., Kabatereine, N. & Kramer, R. (2012) Integrated vector management for malaria control in Uganda: knowledge, perceptions and policy development. *Malaria Journal*, 11(21): 1-10.
- Nalwanga, E. & Ssempebwa, J. C. (2011) Knowledge and practices of in-home pesticide use: a community survey in Uganda. *Journal of Environmental and Public Health*, 201111-7.
- Naranjo, S. E. & Ellsworth, P. C. (2009) Fifty years of the integrated control concept: moving the model and implementation forward in Arizona. *Pest management science*, 65(12): 1267-1286.
- Notoatmojo, S. (2007) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta:Rineka Cipta.
- Retno (2011) *Sekolah Sehat* [Online]. Available: <http://retnoayunurafifah.blogspot.co.id/> [Accessed 7 Maret 2016].
- Siyam, N. (2013) Integrated and Comprehensive Action to Reduce and Control Dengue Hemorrhagic Fever: A Survey in Pekalongan City, Central Java. *Tropical Medicine Journal*, 03 No. 185-93.
- Siyam, N. (Year) Strengthening of Self Care Management To Improve Clean And Healthy Lifestyle Habits of Female Santri Efforts As Candidate As Preparation of Mother. *In: Handayani, O. W. K., ed. 2nd International Seminar on Public Health and Education, 2015 Semarang City. Jurusan IKM Unnes.*
- van den Berg, H., von Hildebrand, A., Ragnathan, V. & Das, P. K. (2007) Reducing vector-borne disease by empowering farmers in integrated vector management. *Bull World Health Organ*, 85(7): 561-566.
- Williams, Mullen Stephanie, Karim Ali & Jessica., P. (2007) Evaluation of The African Youth Alliance Program in Ghana, Tanzania, and Uganda, Impact on Sexual and Reproductive Health Behavior Among Young People. New York: United Nations Population Fund, UNFPA.
- Zhang, D., Zheng, X., Xi, Z., Bourtzis, K. & Gilles, J. R. (2015) Combining the sterile insect technique with the incompatible insect technique: I-impact of wolbachia infection on the fitness of triple- and double-infected strains of *Aedes albopictus*. *PLoS One*, 10(4): 121-126.

GAMBARAN *CONTAINER INDEX* DAN *BRUTEAU INDEX* PADA APLIKASI *LIGHT TRAP* : KELURAHAN TEMBALANG

Dyah Mahendrasari Sukendra¹

¹Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragan, Universitas Negeri Semarang

Surel: dyahmahendra@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit tular vektor nyamuk (DBD, Cikungunya, dst) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang cenderung semakin luas penyebarannya dan berisiko menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB). *Light trap* merupakan alat perangkap nyamuk dan bekerja dengan cara mempengaruhi respon visual nyamuk. Penggunaan *Light trap* ditargetkan dapat mempengaruhi tingkah laku kawin nyamuk. *Light trap* dapat dipakai untuk menekan dan mengontrol populasi nyamuk, sehingga menurunkan jumlah vektor penyakit. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran indikator entomologi kualitatif yaitu *Container Index* (CI) dan *Bruteau Index* pada aplikasi *light trap*.

Metode: Penelitian ini menggunakan studi observasional, melakukan survei jentik nyamuk (*visual larva* dan *single larva*) untuk menghitung CI dan BI saat penerapan *light trap*, serta menghitung jumlah nyamuk terperangkap dalam *light trap*. Lokasi penelitian dilakukan di Kelurahan Tembalang. Tempat penempatan *light trap* di rumah warga, dipilih secara *purposive random sampling*.

Hasil: Hasil dari penelitian ini diperoleh nilai CI (9,43%) dan BI (20), hal ini menunjukkan bahwa penerapan *light trap* terhadap vektor DBD mampu mempengaruhi kepadatan vektor.

Kesimpulan: Dengan menerapkan *light trap* di dalam maupun diluar hunian, maka jumlah vektor DBD di lingkungan dapat diturunkan. Sehingga kesempatan nyamuk untuk kawin dapat dibatasi dan mempengaruhi keberlangsungan siklus hidup dari nyamuk vektor DBD.

Kata kunci : Light Trap , Respon Visual, Indikator Entomologi Kualitatif

ABSTRACT

Background : *Mosquito vector disease (DHF, Cikungunya, etc) was one of public health disease problem in Indonesia. A light trap is a one of a mosquito trapping. It can manipulate the environment, so that, the mosquito life cycle can be cutt of. It is targetting to influence a visual respon of mosquito, and then the mosquito mating behavior will change. Beside as a mosquito trapping, a light trap can reduce and control a mosquito population. A description about Container Index (CI) and Bruteau Index (BI) with the application of ligh trap, was the goal of this research.*

Methods: *An observational study with a larvae survey (visual larvae and single larva) and counting CI also BI when apply the light trap in an environment. Research was held on Tembalang sub-district. A sample was selected with purposive random sampling.*

Results : *The result are CI (9,43%) and BI (20), it conclude that the application of light trap affect the density figure of mosquito vector disease.*

Conclusion: *Including an application of light trap inside or outside a shelter. Reducing a mosquito density figure, so, the chance of mate will be off and influence a mosquito vector disease (DHF) life cylce.*

Key words : Light Trap, Visual Response, Qualitative Entomology Indicators

Pendahuluan

Penyakit tular vektor nyamuk banyak terjangkit di Indonesia. Contoh penyakit tular vektor yang banyak merebak terjadi di Indonesia adalah Demam Berdarah Dengue (DBD), Cikungunya, Malaria, dst. Pada contoh kasus penyakit tular vektor nyamuk yaitu DBD yang terjadi Indonesia, merupakan salah satu penyakit menular yang sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah. Wilayah Indonesia yang berada di daerah tropis, memiliki kondisi lingkungan yang adaptif bagi perkembang-biakan nyamuk. Seluruh wilayah Indonesia mempunyai resiko untuk terjangkit penyakit tular vektor. Terlebih melalui vektor nyamuk, merupakan jenis serangga yang mudah berkembang biak dan hidup di dekat lingkungan manusia (Depkes RI, 2010).

Kota Semarang merupakan daerah endemis, sampai sekarang masih menjadi salah satu wilayah endemis DBD dengan kelompok jumlah kasus sepuluh tertinggi di provinsi Jawa Tengah. Data yang dilaporkan sampai bulan September 2014 tercatat sebanyak 1.262 kasus DBD dan jumlah meninggal 23 orang. Kota Semarang tercatat dengan IR 71,58 per 100.000 penduduk dan CFR 1,82%, sedangkan standar nasional untuk DBD adalah CFR < 1% dan target IR sebesar 51 per 100.000 penduduk. Sejak tahun 2006 tercatat bahwa IR DBD Kota Semarang selalu jauh lebih tinggi dari Jawa Tengah dan Nasional (Dinkes Kota Semarang, 2014).

Salah satu indikator keberhasilan pengendalian penyakit DBD yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) dengan target sebesar $\geq 95\%$. Berdasarkan data pelaporan Kemenkes RI (2014) diketahui ABJ di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 80,09%. Nilai ABJ di Provinsi Jawa Tengah sampai bulan Juni 2014 telah dilaporkan sebanyak 84,72% (Dinkes Provinsi Jateng, 2014). Data terbaru ABJ Kota Semarang bulan April sampai Juli 2014 berkisar di nilai 85% (Dinkes Kota Semarang, 2014). Hal ini menunjukkan ABJ di semua wilayah masih belum sesuai dengan target yang dicanangkan. Salah satu wilayah endemis penyakit Demam Berdarah dengan kejadian kasus DBD tertinggi di Kota Semarang adalah Kecamatan Tembalang.

Kecamatan Tembalang bahkan berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang dilaporkan memiliki kasus tertinggi di Jawa Tengah (Dinkes Kota Semarang, 2014). Kecamatan Tembalang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu. Pada tahun 2011, angka kejadian (*incident rate*/IR) penyakit DBD di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Desember tahun 2014 dilaporkan menduduki salah satu peringkat tertinggi dari 38 Puskesmas se kota Semarang. Tingkat IR di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu sebesar 540,74 dengan CFR 3,8 % (Anonim, 2014).

Selama ini pengendalian penyakit tular vektor DBD dilakukan melalui program 3M plus. Pelaksanaan program ini seringkali menemui kendala, karena melibatkan warga yang aktif-mandiri serta berkesinambungan. Penggunaan *light trap* sebagai bagian dalam program pengendalian vektor penyakit belum pernah dilakukan dan bisa menjadi solusi untuk kendala pelaksanaan 3M Plus di masyarakat. Penggunaan *Light trap* sebagai manipulator lingkungan lebih aman untuk diterapkan, karena tidak menimbulkan resistensi atau residu yang berbahaya pada lingkungan. Efek dari manipulasi lingkungan dengan menggunakan *Light trap* pada reproduksi nampak pada

paramater fekunditas, kualitas gamet, kelangsungan hidup keturunan dan evaluasi keberhasilan keseluruhan proses reproduksi. Fotoperiodik secara paralel mampu menurunkan level plasma sehingga menghambat proses reproduksi dan bisa dipergunakan untuk mengontrol perkembangbiakan. Perubahan parameter dapat mempengaruhi jumlah populasi nyamuk atau gambaran kepadatan nyamuk (Cutwa dan O'meara. 2007 ; Khim, 2007; Efendi, 2006; Sayono, 2011)

Pengaruh perubahan paramater terjadi karena pada pemakaian *Light trap*, dapat merangsang vektor secara visual sehingga tertarik menuju alat tersebut. Nyamuk kemudian terperangkap lalu mati di "chamber" yang diisi dengan bahan *insect killer*. Nyamuk yang terperangkap di "chamber" maka kesempatan nyamuk untuk melakukan perkawinan menjadi terganggu dan mempengaruhi pola kawin vektor. Pola kawin yang berubah berpengaruh pula pada perkembangbiakan nyamuk dan dapat menurunkan populasi nyamuk (Berlinger dan G. W. 2011). Penurunan populasi nyamuk dapat berpengaruh pada kepadatan populasi (*density figure*). Kepadatan populasi dapat dilihat melalui beberapa survei. Survey yang dilakukan dapat berupa pengamatan larva index. Larva index merupakan ukuran yang dipakai untuk mengetahui kepadatan jentik, yaitu dengan menghitung nilai *Container index* (CI) dan *Bruteau Index* (BI) (Khim, 2007; Cutwa dan O'meara. 2007 ; Rothschild, 2013)

CI merupakan persentase antara kontainer yang ditemukan jentik terhadap seluruh kontainer yang diperiksa, sedangkan BI merupakan jumlah kontainer yang ditemukan jentik per jumlah rumah yang diperiksa. CI dan BI dapat menggambarkan kepadatan populasi nyamuk di suatu wilayah. Populasi nyamuk yang menurun, maka transmisi penularan penyakit dapat ditekan dan pencegahan penyakit dapat tercapai. Sehingga *light trap* dapat dimanfaatkan sebagai bagian dari program pengendalian vektor, selain pelaksanaan program 3M plus.

Metode

Penelitian ini menggunakan studi observasional, dengan melakukan survei jentik nyamuk (*visual larva* dan *single larva*) untuk menghitung CI dan BI saat penerapan *light trap*, dan menghitung jumlah nyamuk terperangkap dalam *light trap*. Lokasi penelitian dilakukan di Kelurahan Tembalang. Tempat penempatan *ligh trap* di rumah warga, dipilih secara *purposive random sampling*. Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini sebanyak 30 rumah yang berada di wilayah Kelurahan Tembalang. *Light trap* diletakkan di dalam dan di luar rumah. Seminggu sekali selama masa penelitian dilakukan perputaran lokasi penempatan *light trap*. Peletakan *light trap* di rumah warga dilakukan selama tiga minggu.

Dilakukan pencatatan data berupa jumlah nyamuk terperangkap dalam *light trap* dan jumlah jentik yang ditemukan di dalam kontainer (penampungan air) saat penerapan *light trap*. Kontainer yang di survei adalah kontainer dengan lokasi di dalam rumah atau di luar rumah (pekarangan/halaman rumah). Jumlah jentik yang ditemukan dalam kontainer kemudian dilakukan

perhitungan CI dan BI. Data diolah menggunakan software Excel, Microsoft Word, SPSS, kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

- *Container Index* (CI), merupakan persentase antara kontainer yang ditemukan jentik terhadap seluruh kontainer yang diperiksa
- *Breteau Index* (BI), merupakan jumlah kontainer yang ditemukan jentik per jumlah rumah yang diperiksa.

Hasil dan Pembahasan

Pencegahan paling utama pada penyakit tular vektor yaitu DBD adalah memberantas vektor penyakit. Strategi pemberantasan nyamuk yang ideal harus didasarkan pemahaman yang baik tentang profil nyamuk tersebut meliputi bionomi, cara penularan, dan karakteristik virus di dalam tubuh nyamuk. Program Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dapat direalisasikan dengan mengetahui gambaran pola perilaku nyamuk yaitu perilaku mencari darah, istirahat dan berkembang biak (Efendi dkk, 2006; Judarwanto, 2007).

Penelitian ini menelaah mengenai upaya pengendalian kepadatan nyamuk di suatu wilayah dengan menerapkan penggunaan *light trap*. Pengendalian dan upaya pengurangan kepadatan populasi nyamuk kaitannya dengan fotoperioditas dan tingkah laku kawin pada siklus hidup vektor nyamuk, ketertarikan secara visual terhadap cahaya pada vektor DBD. Upaya pengendalian kepadatan populasi nyamuk dilakukan dengan menggunakan *light trap* di wilayah endemis.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek penerapan *light trap* di lapangan dalam upaya untuk mengendalikan populasi nyamuk, sehingga bisa mempengaruhi kepadatan populasi nyamuk. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Tembalang. Wilayah ini dipilih sebagai lokasi penelitian karena wilayah ini termasuk ranking 10 tertinggi kasus DBD serta merupakan daerah endemis. Wilayah Kelurahan Tembalang yang terletak di daerah kerja Puskesmas Kedungmundu merupakan daerah yang padat dengan penghuni. Daerah Tembalang memiliki tanah yang cukup luas, banyak berdiri usaha kos-kosan dan warung makan. Hal ini membuat kepadatan penduduk dan arus transportasi menjadi semakin meningkat sehingga mobilitas penduduk menjadi sangat tinggi. Kondisi lingkungan yang seperti inilah yang membuat wilayah Kelurahan Tembalang di daerah kerja Puskesmas Kedungmundu menjadi sangat rawan terhadap terjangkitnya KLB/wabah penyakit DBD di masyarakat (DinKes Kota Semarang. 2014, DinKes Provinsi. 2006; Efendi dkk, 2006).

Penerapan *light trap* untuk pengendalian vektor DBD dapat mempengaruhi tingkah laku kawin vektor DBD, sehingga nantinya didapatkan alat yang secara efisien dan tepat guna melakukan manipulasi pencahayaan di lingkungan hunian sebagai upaya untuk pengendalian vektor khususnya kepadatan populasi nyamuk. Manipulasi pencahayaan dengan menggunakan *light trap* dapat mempengaruhi tingkah laku kawin dan dengan harapan perubahan tingkah laku kawin dapat menurunkan kesempatan vektor untuk melakukan kawin sehingga jumlah telur yang dihasilkan dapat menurun.

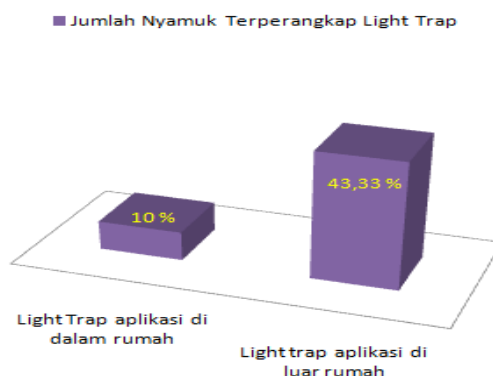
Penurunan jumlah telur yang di keluarkan nyamuk betina sesudah kawin, dimungkinkan dapat menurunkan jumlah populasi nyamuk dewasa. Hal ini berefek pada kepadatan populasi nyamuk. Populasi nyamuk yang turun dimungkinkan dapat menurunkan laju transmisi penularan kasus demam dengue maupun DBD. Sehingga kejadian DB maupun DBD dapat ditanggulangi dan dicegah penularan serta penyebarannya (Khim, 2007; Judarwanto, 2007; Cutwa dan O'meara. 2007)

Pemilihan rumah warga sebagai tempat penempatan *light trap* dilakukan dengan kriteria tertentu. Pemilihan ini dilakukan supaya bisa menggali lebih dalam tentang kondisi dan keadaan lingkungan di wilayah Kelurahan Tembalang. Warga yang dipilih secara acak diharapkan mampu menggambarkan realita tentang segala hal yang berkaitan dengan kejadian DBD yang terjadi di wilayah ini.

Dengan menggunakan program SPSS, data yang diperoleh kemudian dianalisis. Data hasil penerapan *light trap* sebagai alat pengendalian vektor DBD dicatat dalam formulir lembar observasi. Data dicatat untuk mengetahui kemampuan *light trap* sebagai alat penjebak nyamuk dewasa dengan memanfaatkan sistem pencahayaan rumah. *Light trap* dalam penelitian ini memanfaatkan lampu penerangan yang berada di dalam maupun di luar rumah. Pencahayaan mampu menarik nyamuk secara visual, karena memiliki panjang gelombang tertentu (D Hoel dkk, 2009, Berlinger dan G. W. 2011)

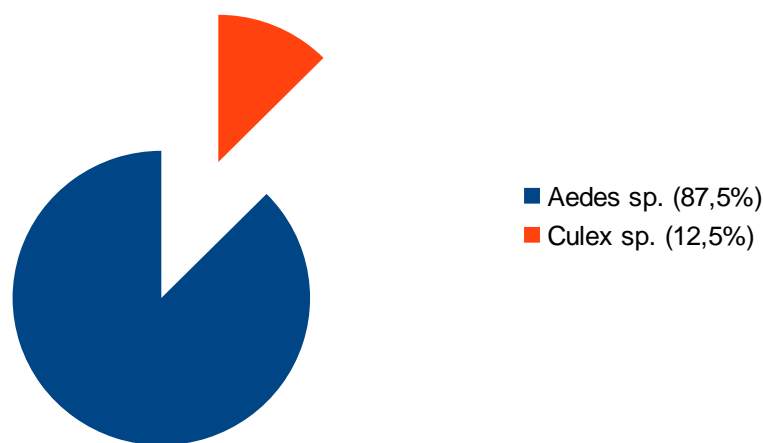
Light trap yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah modifikasi *light trap* sederhana. *Light trap* sederhana yang nantinya bisa dibuat oleh para warga secara mudah dan murah. *Light trap* sederhana yang dipakai untuk pengendalian vektor, bisa dibuat dengan menggunakan barang-barang yang biasa ditemui oleh warga dan bisa dibentuk sedemikian rupa sebagai media penjebak nyamuk. *Light trap* sederhana ini diletakan di dalam maupun di luar rumah, dengan kriteria pemilihan lokasi yang dekat dengan pencahayaan rumah (Rothschild, 2011; Sayono. 2011)

Penerapan *light trap* disesuaikan dengan kebiasaan warga masyarakat dalam melakukan pencahayaan saat sore hingga pagi hari. Dengan demikian warga tidak akan merasa kerepotan untuk menyesuaikan pencahayaan yang harus dilakukan untuk melakukan pengendalian dengan memanfaatkan kemampuan visual penglihatan nyamuk, serta menyesuaikan bionomi dari nyamuk vektor DBD.



Grafik 1. Perbandingan jumlah nyamuk yang terperangkap di dalam *light trap* penempatan di dalam rumah dan di luar rumah.

Berdasarkan hasil penelitian ini, penempatan *light trap* di luar rumah lebih banyak menjebak nyamuk dibanding *light trap* penempatan di dalam rumah. *Light trap* penempatan di luar rumah mampu menjebak sekitar 43,33% dan *light trap* penempatan di dalam rumah mampu menjebak nyamuk sekitar 10%. Nyamuk yang terjebak dalam *light trap* kemudian diidentifikasi jenis nyamuk terperangkap. Hasil pengamatan diketahui jenis nyamuk yang terperangkap adalah nyamuk *Aedes* (87,5%) dan *Culex* (12,5%).



Grafik 2. Jenis Nyamuk yang terperangkap di dalam *light trap* penempatan dalam rumah dan luar rumah

Light trap penempatan di luar rumah mampu menjebak nyamuk lebih banyak dimungkinkan karena sebaran pencahayaan yang lebih lemah di banding dengan sebaran pencahayaan di dalam rumah. Pada saat di dalam rumah, sebaran pencahayaan di dalam ruangan rumah akan lebih merata dibanding yang di luar rumah. Seluruh ruangan dapat dijangkau oleh pencahayaan hunian. Sedangkan *light trap* yang berada di luar rumah, sebaran pencahayaan tidak merata karena kontak langsung dengan area luar rumah. Tidak semua area luar rumah mendapat sebaran cahaya yang merata, karena terdapat area gelap yang tidak terkena cahaya (Khim, 2007; Rothschild, 2011)

Sesuai dengan bionomi nyamuk *Aedes* lebih menyukai tempat gelap, sehingga *light trap* yang lebih dekat dengan area gelap dan dengan sebaran cahaya tidak rata, mampu menjebak nyamuk lebih banyak. Terang atau redup dari suatu ruangan maupun pada seluruh ruangan juga berdampak pada kehidupan vektor nyamuk DBD. Nyamuk lebih menyukai pencahayaan yang redup dan kondisi kelembapan tertentu sesuai dengan habitat normal nyamuk vektor DBD.

Kemampuan nyamuk terhadap pencahayaan berkaitan dengan kemampuan fotoperiodik untuk merespon rangsang berupa cahaya.

Keberadaan tempat perindukan ini berkaitan pula dengan sebaran media perindukan baik alami maupun buatan. Tempat perindukan yang alami dapat berupa lubang-lubang pada pohon, dedaunan yang mampu menampung air, dst. Sedangkan perindukan buatan dapat berupa bak mandi, dispenser, ember, dst. Keberadaan tempat perindukan di dalam rumah warga dan sekitar warga dapat berpengaruh pada populasi atau kepadatan nyamuk di suatu wilayah. Berdasarkan data yang diperoleh di wilayah Kelurahan Tembalang, terdapat beberapa media yang menjadi perindukan nyamuk.

Tabel 1. Jenis media perindukan nyamuk di rumah tempat penerapan *light trap* di kelurahan tembalang

| No | Jenis Media Perindukan Nyamuk | % |
|----|--|-------|
| 1 | Bak Mandi | 60 |
| 2 | Dispenser | 15,52 |
| 3 | Ember | 13,79 |
| 4 | Media lain (gelas plastik bekas, ban bekas, dst) | 5,53 |
| 5 | Gentong (penampung air dari tanah liat) | 3,44 |
| 6 | Kulkas | 1,72 |

Media-media yang ditemui di rumah responden penelitian, merupakan media yang dapat menjadi tempat perindukan nyamuk. Keberadaan media yang menjadi media perindukan dapat menggambarkan kondisi atau status kebersihan dan ketersediaan tempat-tempat yang memungkinkan berpotensi sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk. Keberadaan beragam media yang mampu menjadi tempat perindukan di wilayah Kelurahan Tembalang.

Bersamaan dengan penerapan *light trap*, juga dilakukan pelaksanaan pengambilan data untuk menghitung kepadatan nyamuk atau *Density Figure* (DF). Kepadatan nyamuk di lokasi penelitian didapat nilai CI sebesar 9,43% dan nilai BI sebesar 20. Data yang diperoleh pada saat penelitian berlangsung tidak ditemukan stadium nyamuk pada fase pupa, sehingga dapat diasumsikan nilai Pupa Index (PI) adalah nol. Nilai PI dapat dijadikan sebagai perkiraan acuan keberadaan nyamuk dewasa yang baru menetas. Acuan keberadaan nyamuk dewasa didasarkan pada jumlah pupa yang ditemukan atau pupa yang ada di suatu wilayah. Kepadatan nyamuk di suatu wilayah berdasarkan nilai CI dan BI. Hasil perhitungan indikator-indikator tadi maka dapat disimpulkan wilayah Kelurahan Tembalang berada pada kategori 4, yaitu wilayah dengan risiko penularan sedang (Khim, 2007; Rahmadianto, H. 2007).

Wilayah dengan kategori risiko penularan sedang, dapat ditingkatkan menjadi wilayah dengan kategori penularan rendah. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan melakukan intervensi untuk pengendalian vektor. Keberhasilan pengendalian vektor dapat tercapai apabila program

dilaksanakan secara berkesinambungan serta aktif mandiri oleh masyarakat. Pemanfaatan sistem pencahayaan (penerapan *light trap*) dan didukung dengan kondisi wilayah dengan kategori wilayah risiko sedang, maka keberhasilan penanggulangan DBD dapat terealisasi.

Suatu upaya pendekatan untuk lebih memperhatikan mengenai program sistem pencahayaan di dalam hunian rumah. Sistem pencahayaan pada saat sore sampai jelang dini hari dan dikombinasi dengan menggunakan *light trap*, dapat memberikan pengaruh kepadatan vektor DBD. Pencegahan DBD dengan mengendalikan vektor nyamuk, yang didasarkan pada fotoperioditas nyamuk. Fotoperioditas nyamuk berkaitan dengan tingkah laku kawin dari vektor DBD. Berkaitan dengan kebiasaan responden dalam melakukan manajemen pencahayaan rumah dan digabung dengan penerapan *light trap* penempatan di dalam maupun diluar hunian, dapat mempengaruhi pola kawin nyamuk. Pola kawin yang berubah dapat menurunkan populasi nyamuk.

Pemakaian *light trap* yang menggunakan sistem pencahayaan di dalam hunian atau di luar hunian pada saat malam, dapat membuat nyamuk terjebak kedalam *light trap*. Sehingga kesempatan untuk nyamuk kawin menjadi rendah. Selain itu nyamuk juga enggan melakukan kawin, karena pengaruh cahaya yang merespon visual oleh indera nyamuk. Nyamuk yang gagal kawin atau kesempatan untuk kawin menjadi turun, dapat berpengaruh pada respon nyamuk betina untuk kawin serta kemampuan menghasilkan telur. Karena nyamuk betina tidak akan menghisap darah dari hospes sebagai nutrisi untuk kepentingan menjaga kelangsungan telur. Nyamuk setelah kawin akan beristirahat sejenak sebelum terbang untuk mencari pakan (menghisap darah). Pupa yang berubah menjadi nyamuk, biasanya beristirahat sejenak sebelum kawin dengan nyamuk jantan. Sehingga pencahayaan yang terang di tempat-tempat gelap atau redup memiliki andil yang cukup besar dalam program pengendalian vektor. Pengendalian vektor sebagai upaya untuk penanggulangan penyebaran dan pencegahan kejadian DBD.

Penutup

Penerapan *Light Trap* dengan memanfaatkan fotoperioditas nyamuk dan sistem pencahayaan hunian warga; dengan lokasi penempatan di dalam maupun di luar hunian, dapat digunakan untuk program pengendalian vektor. *Light trap* penempatan di luar rumah mampu menjebak nyamuk lebih banyak daripada penempatan di dalam hunian. Indikator entomologi untuk CI (9,43%) dan BI (20) menunjukkan wilayah Kelurahan Tembalang berada pada kategori 4, yaitu risiko penularan sedang.

Untuk dapat melakukan pengendalian vektor dapat dilakukan dengan melakukan manajemen pencahayaan rumah yang digabung dengan penerapan *light trap* (penempatan di dalam dan di luar hunian), menerapkan *light trap* sebagai manipulator lingkungan untuk membatasi maupun memutus siklus hidup perkembangan vektor, pendekatan pelatihan ketrampilan pembuatan *light trap* sederhana sebagai perangkap nyamuk.

Daftar Pustaka

- Anonim, 2014. Kondisi Geografis Kecamatan Tembalang.
- Berlinger, J and G. W. 2011. Ankersmit, *Manipulation With The Photoperiod As A Methods Of Control Of Adoxophyes Orana (Lepidoptera, Tortricidae)*, Article first published online: 5 APR 2011. The Netherlands Entomological Society
- Cutwa dan O'meara. 2007. *Photographic Guide To Common Mosquitoes of Florida*. University of Florida. Florida.
- D Hoel., D. L. Kline, And S. A. Allan. 2009. Evaluation Of Six Mosquito Traps.For Collection Of Aedes Albopictus And Associated Mosquito Species In A Suburban Setting In North Central Florida. *Journal of the American Mosquito Control Association*. The American Mosquito Control Association Inc. 25(1):47–57.
- DinKes Kota Semarang. 2008. Laporan Kejadian DBD Kota Semarang Tahun 2007. Diakses pada tanggal 10 September 2016.
- , 2014. Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2013. Tanggal 10 September 2016.
- DinKes Provinsi. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Desa Siaga di Jawa Tengah*. Semarang
- Efendi F, Fachrizal A, AS Mahendra Tri. 2006. *Studi Komparasi Perilaku Masyarakat dan Kondisi Lingkungan pada Kejadian Demam Berdarah Dengue di Daerah KLB dengan Non KLB di Surabaya*. Dalam: *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*. Volume 1. No 2. Medan: Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia : 10-16.
- Judarwanto, Widodo. 2007. Profil Nyamuk Aedes dan Pembasmiannya. <http://www.indonesiaindonesia.com/f/13744-profil-nyamuk-aedes-pembasmiannya/>. Diunduh pada tanggal 8 September 2016
- Khim, Phon. 2007. *Bionomics of Aedes Aegypti and Aedes Albopictus In Realtion To Dengue Incidence On penang island And The Application Of Sequential Sampling In The Control Of Dengue Vectors*. University Sains Of Malaysia.
- Rahmadianto, H. 2007. Pengukuran Maya Index dan Survei Entomologis stadium pradewasa nyamuk aedes sp di Dusun Papringan, Caturtunggal. Depok, Sleman. Skripsi. Univerrsitat Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Rothschild, Michael. Bionomics. www.bionomica.narod.ru. (ISBN 0- 8050-1979-0. Diunduh pada 12 September 2016.
- Sayono. 2011. Efek Aplikasi Kaleng Perangkap Nyamuk Terhadap Densitas Aedes. *Jurnal.Unimus.ac.id*. Diunduh pada 18 Februari 2013

ANALISIS TEKANAN PANAS DENGAN DEHIDRASI PADA PEKERJA PABRIK DI TANGERANG SELATAN

Luqman Effendi¹, Widya Rahayu Tampomas¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta

Surel: luqman1968@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Suatu proses produksi di dalam industri, sering memerlukan suhu yang tinggi, yang diperoleh dari suatu sumber panas. Pekerja yang terpapar panas atau bekerja di lingkungan panas berisiko terkena *heat stress*. Dehidrasi dapat terjadi pada seorang pekerja yang bekerja di tempat yang panas. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya hubungan antara tekanan panas (*heat stress*) dengan dehidrasi pada pekerja

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Parameter yang digunakan untuk mengukur tekanan panas adalah parameter indeks panas yang merupakan nilai yang didapatkan dari kombinasi suhu udara dengan kelembaban relatif. Dehidrasi diketahui melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner. Seluruh populasi yaitu sebanyak 50 orang pekerja dijadikan sampel dalam penelitian ini. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *chi square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa suhu dan kelembaban di ruang produksi sebesar 36.4°C dan 48%, 35.4°C dan 53% di ruang penggorengan. Sebanyak 26 orang pekerja (52%) mengalami dehidrasi ringan, 12 orang pekerja (24%) terhidrasi, 10 orang pekerja (20%) dehidrasi sedang, 1 orang pekerja (2%) dehidrasi berat, dan 1 orang (2%) pekerja dengan dehidrasi sangat berat. Hasil analisis bivariat menunjukkan nilai Pvalue = 0,304 (>0,05) antara tekanan panas dengan dehidrasi.

Simpulan: Tidak ada hubungan yang signifikan antara tekanan panas dengan dehidrasi pada pekerja.

Kata Kunci: Tekanan panas, dehidrasi, pekerja pabrik

ABSTRACT

Background: A production process in the industry, often require high temperatures, which is obtained from a heat source (kitchen, steel smelting, melting glass, etc). Workers exposed to heat or work in a hot environment at risk of heat stress. Dehydration can occur in a worker working in hot areas. This study aims to determine the relation between heat stress by dehydration of the workers.

Methods: This research is an analytical study with cross sectional study design. The parameters used to measure heat stress is heat index parameter which is the value obtained from the combination of air temperature with relative humidity. To determine the occurrence of dehydration on workers used the questionnaire. The entire population of as many as 50 workers sampled in this study. Bivariate analysis performed by the chi square test.

Results: The results showed that the temperature and humidity in the production room at 36.4oC and 48%, 35.4oC and 53% in the frying pan. A total of 26 workers (52%) had mild dehydration, 12 workers (24%) of hydrated, 10 workers (20%) moderate dehydration, respectively 1 workers (2%) and severe dehydration. Results of bivariate analysis showed the value of P Value = 0.304 (> 0.05) between the heat stress with dehydration..

Conclusion: There is no significant relationship between the heat stress on workers with dehydration.

Key Words: Heat stress, dehydration, factory workers

Pendahuluan

Salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan dan keselamatan kerja adalah gangguan kesehatan akibat lingkungan kerja. Lingkungan kerja berkaitan dengan segala sesuatu yang berada di sekitar pekerja atau yang berhubungan dengan tempat kerja yang dapat mempengaruhi pekerja dalam melaksanakan tugasnya (Suma'mur, 2009).

Suatu proses produksi di dalam industri sering memerlukan suhu yang tinggi, yang diperoleh dari suatu sumber panas (dapur, peleburan baja, peleburan gelas, pembakaran keramik, dan lain-lain) (Moeljosoedarmo, 2008)

Temperatur lingkungan kerja merupakan salah satu faktor fisik yang berpotensi untuk menimbulkan gangguan kesehatan bagi pekerja bila berada pada kondisi yang ekstrim. Kondisi temperature lingkungan kerja yang ekstrim meliputi panas dan dingin yang berada di luar batas kemampuan manusia untuk beradaptasi (Hendra, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Soemarko (2002) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kenyamanan lingkungan kerja adalah suhu lingkungan kerja. Lingkungan kerja yang panas dapat mengganggu kenyamanan dan juga mempengaruhi keseimbangan cairan dan juga elektrolit tubuh, jika jumlah cairan dan elektrolit yang masuk tidak cukup produksi urin akan menurun dan kepekatan urin meningkat.

Dehidrasi adalah ketidakseimbangan yang terjadi antara jumlah cairan yang masuk dan jumlah cairan yang keluar dari tubuh. Dehidrasi dapat terjadi pada seorang pekerja yang bekerja di panas matahari atau seorang pelari jarak jauh. Walaupun rasa haus dapat mengatur konsumsi air, dalam keadaan kehilangan air yang terjadi secara cepat, mekanisme ini sering tidak dapat pada waktunya mengganti air yang diperlukan. Kadang-kadang minum tidak dapat segera mengembalikan kehilangan cairan yang dialaminya (Almatsier, 2009).

Pengamatan awal dilakukan pada pekerja industri kerupuk, dimana para pekerja terpapar panas dalam waktu yang cukup lama pada suhu yang cukup tinggi dan belum dilakukan upaya pengendalian akibat tekanan panas (*heat stress*) tersebut. Jika dibiarkan terus menerus akan mempengaruhi produktivitas para pekerja.

Pabrik Kerupuk Taruna merupakan pabrik kerupuk yang sudah lama berdiri. Pabrik ini berada di daerah Kampung Utan, Ciputat. Pabrik ini mempunyai dua ruangan untuk memproduksi kerupuk. Ruangan yang pertama dipergunakan untuk membuat adonan kerupuk, mencetak, hingga mengoven kerupuk agar kerupuk lebih cepat kering. Dan ruangan yang kedua digunakan untuk menggoreng. Suhu ruangan terasa panas dikarenakan oven dan mesin pemanas air yang digunakan di ruangan.

Metode

Jenis penelitian ini kuantitatif menggunakan *deskriptif analitik* dengan desain *cross-sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Mei 2015 di Pabrik Kerupuk Taruna, Ciputat Timur, Tangerang Selatan.

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus *minimal sampel size* satu populasi dengan pendekatan dua sisi (Lemeshow, 1997) diperoleh minimal sampel sebanyak 36 orang. Dan populasi pekerja pabrik kerupuk berjumlah 50 orang, sehingga seluruh populasi digunakan sebagai sampel. Jenis data yang digunakan adalah data primer.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi frekuensi tingkatan dehidrasi pada pekerja Pabrik Kerupuk Taruna, Kecamatan Ciputat Timur, 2015

| Tingkatan Dehidrasi | Jumlah Pekerja | Persentase (%) |
|------------------------|----------------|----------------|
| Terhidrasi | 12 | 24 |
| Dehidrasi ringan | 26 | 52 |
| Dehidrasi sedang | 10 | 20 |
| Dehidrasi berat | 1 | 2 |
| Dehidrasi sangat berat | 1 | 2 |
| Jumlah | 50 | 100 |

Berdasarkan Tabel 1 maka paling banyak responden mengalami dehidrasi ringan yaitu 26 orang (52%). Dehidrasi adalah kehilangan air dari tubuh atau jaringan atau keadaan yang merupakan akibat kehilangan air abnormal (Ramali & Pamoentjak, 1996 dalam Asmadi, 2008). Dehidrasi diukur dengan menggunakan tingkatan warna dari tingkat terhidrasi sampai dehidrasi sangat berat. Dari hasil penelitian didapatkan 12 pekerja terhidrasi, 26 pekerja dehidrasi ringan, 10 pekerja dehidrasi sedang, 1 pekerja dehidrasi berat dan 1 pekerja dehidrasi sangat berat.

Tabel 2. Distribusi frekuensi tekanan panas pada Pabrik Kerupuk Taruna, kecamatan Ciputat Timur

| Variabel | Ruang Produksi | | Ruang Penggorengan |
|----------|----------------|----------|--------------------|
| | Tekanan Panas | Suhu | 36,4 ^{0C} |
| | Kelembaban | 48% | 53% |
| Pekerja | | 13 orang | 37 orang |

Berdasarkan Tabel 2 didapatkan hasil bahwa suhu dan kelembaban di ruang produksi sebesar 36.4°C dan 48%, dan di ruang penggorengan suhu sebesar 35.4°C dan 53%. Berdasarkan kategori usia paling banyak mengalami dehidrasi ringan 15 orang (68.2%) pada usia >30 tahun. Pada kategori lama kerja, responden paling banyak mengalami dehidrasi ringan 19 orang (47.5%) pada lama kerja 8 jam/hari. Dan pada kategori masa kerja, responden paling banyak terhidrasi 6 orang (42.9%) pada masa kerja 1-5 tahun (Tabel 3).

Tabel 3. Distribusi frekuensi karakteristik individu (usia, lama kerja dan masa kerja) menurut tingkatan dehidrasi di Pabrik Kerupuk Taruna, Kecamatan Ciputat Timur

| Karakteristik pekerja | Kategori | Tingkatan dehidrasi | | | | | | | | | | Total | |
|-----------------------|-------------|---------------------|------|------------------|------|------------------|------|-----------------|-----|------------------------|-----|-------|-----|
| | | Terhidrasi | | Dehidrasi ringan | | Dehidrasi sedang | | Dehidrasi berat | | Dehidrasi sangat berat | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Usia | ≤30 tahun | 10 | 35,7 | 11 | 39,3 | 6 | 21,4 | 0 | 0 | 1 | 3,6 | 28 | 100 |
| | >30 tahun | 2 | 9,1 | 15 | 68,2 | 4 | 18,2 | 1 | 4,5 | 0 | 0 | 22 | 100 |
| Lama kerja | 8 jam/hari | 11 | 27,5 | 19 | 47,5 | 9 | 22,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 40 | 100 |
| | >8 jam/hari | 1 | 10 | 7 | 70 | 1 | 10 | 1 | 10 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| Masa kerja | <1 tahun | 2 | 20 | 2 | 20 | 5 | 50 | 0 | 0 | 1 | 10 | 10 | 100 |
| | 1-5 tahun | 6 | 42,9 | 5 | 35,7 | 3 | 21,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 100 |

Tabel 4. Distribusi frekuensi karakteristik individu (usia, lama kerja dan masa kerja) menurut paparan tekanan panas yang diterima di Pabrik Kerupuk Taruna, Kecamatan Ciputat Timur

| Karakteristik pekerja | Kategori | Tekanan Panas | | | | Total | |
|-----------------------|------------|---------------|------|--------|------|-------|-----|
| | | 35.4°C | | 36.4°C | | | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Usia | ≤30 tahun | 19 | 82.6 | 4 | 17.4 | 23 | 100 |
| | >30 tahun | 18 | 66.7 | 9 | 13.3 | 27 | 100 |
| Lama Kerja | 8 jam/hari | 37 | 92.5 | 3 | 7.5 | 40 | 100 |
| | >8jam/hari | 0 | 0 | 10 | 100 | 10 | 100 |
| Masa Kerja | <1tahun | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| | 1-5tahun | 13 | 92.9 | 1 | 7.1 | 14 | 100 |
| | >5 tahun | 14 | 53.8 | 12 | 46.2 | 26 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4 responden paling banyak terpapar panas dengan suhu dan kelembaban, 35.4°C, 53%, 19 orang (82.6%) pada kategori usia ≤30 tahun. Pada kategori lama kerja, responden paling banyak terpapar panas dengan suhu dan kelembaban, 35.4°C, 53%, 37 orang (92.5%) pada kategori lama kerja 8 jam/hari. Dan pada kategori masa kerja, responden juga paling banyak terpapar panas dengan suhu dan kelembaban, 35.4°C, 53%, 13 orang (92.9%) pada kategori masa kerja 1-5 tahun.

Tekanan panas dalam penelitian ini merupakan hasil pengukuran antara suhu dan kelembaban di lingkungan kerja yang disesuaikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1405/MENKES/SK/XI/2002 Tahun 2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri, menyatakan bahwa "suhu dan kelembaban yang diperbolehkan di lingkungan kerja yaitu, untuk suhu 18-28°C dan kelembaban 40%-60%".

Merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1405/MENKES/SK/XI/2002 diatas didapatkan hasil bahwa tekanan panas di pabrik kerupuk

Taruna, Ciputat Timur, suhu di ruang produksi sebesar 36.4°C dengan kelembaban 48% dan suhu di ruang penggorengan sebesar 35.4°C dengan kelembaban 53%. Hal ini menunjukkan bahwa suhu di pabrik kerupuk Taruna melebihi nilai yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia sedangkan nilai kelembabannya tidak melebihi, yang mana dibutuhkan tindakan pencegahan tambahan untuk melindungi pekerja karena suhu mempunyai dampak terhadap meningkatnya tekanan panas (*heat stress*) di tempat kerja.

Tabel 5. Hubungan tekanan panas dengan dehidrasi pada pekerja Pabrik Kerupuk Taruna, Kecamatan Ciputat Timur

| Tekanan Panas | Tingkat Dehidrasi | | | | | Nilai P |
|---------------|-------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------------|---------|
| | Terhidrasi | Dehidrasi Ringan | Dehidrasi Sedang | Dehidrasi Berat | Dehidrasi Sangat Berat | |
| 35.4°C | 9 | 18 | 9 | 0 | 1 | 0,304 |
| 53% | (24,3%) | (48,6%) | (24,3%) | | (2,8%) | |
| 36.4°C | 3 | 8 | 1 | 1 | 0 | |
| 48% | (23,1%) | (61,5%) | (7,7%) | (7,7%) | | |
| Jumlah | 12 | 26 | 10 | 1 | 1 | |
| | (24%) | (52%) | (20%) | (2,0%) | (2%) | |

Berdasarkan Tabel 5 responden terpapar panas dengan suhu dan kelembaban, 35.4°C, 53%, paling banyak mengalami dehidrasi ringan 18 orang (48.6%). Dan pada responden yang terpapar panas dengan suhu dan kelembaban, 36.4°C, 48%, juga paling banyak mengalami dehidrasi ringan 8 orang (61.5%). Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,304$ pada alpha 5% yang artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tekanan panas dengan dehidrasi.

Panas yang dihasilkan selama proses produksi akan menyebar keseluruh lingkungan kerja, sehingga mengakibatkan suhu udara di lingkungan kerja juga meningkat. Pekerja yang bekerja di lingkungan panas akan mengalami proses evaporisasi dan pengeluaran panas dari dalam tubuh sebagai kompensasi terhadap panas yang diterima. Bila proses pengeluaran panas dalam tubuh sebagai kompensasi terhadap panas tidak dibarengi dengan intake cairan yang memadai, maka tubuh akan mengalami kekurangan cairan. Akibatnya akan terjadi dehidrasi, produksi urin akan menurun dan kepekatan urin akan meningkat sehingga mendorong terjadinya gangguan ginjal apabila hal ini terjadi berulang-ulang (Guyton, 2012, Bates, 2008 dalam Soemarmo, 2015).

Namun, dari hasil penelitian diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tekanan panas dengan dehidrasi pada pekerja di pabrik kerupuk Taruna, Ciputat Timur dengan nilai $P=0,30$. Meskipun demikian dehidrasi ringan lebih banyak terjadi pada responden dengan tekanan panas lebih tinggi dibandingkan dengan tekanan panas yang rendah.

Penutup

Distribusi frekuensi tekanan panas di pabrik kerupuk Taruna, Ciputat Timur, Tangerang Selatan yang terdiri dari suhu dan kelembaban adalah, pada ruang produksi diperoleh suhu sebesar 36.4°C dengan kelembaban 48% dan suhu di ruang penggorengan sebesar 35.4°C dengan

kelembaban 53%. Jumlah pekerja yang mengalami dehidrasi berdasarkan tingkatan dehidrasi dari terhidrasi hingga dehidrasi sangat berat, masing-masing adalah 12 pekerja terhidrasi, 26 pekerja dehidrasi ringan, 10 pekerja dehidrasi sedang, 1 pekerja dehidrasi berat dan 1 pekerja dehidrasi sangat berat. Distribusi frekuensi karakteristik individu (usia, lama kerja, masa kerja dan indeks masa tubuh) pada pabrik kerupuk Taruna, Ciputat Timur, Tangerang Selatan adalah jumlah pekerja dengan usia ≤ 30 tahun adalah 28 orang dan pekerja dengan usia > 30 tahun berjumlah 22 orang, jumlah pekerja yang bekerja selama 8 jam/hari adalah 40 orang, sedangkan pekerja yang bekerja > 8 jam/hari berjumlah 10 orang, jumlah pekerja dengan masa kerja < 1 tahun adalah 10 orang, pekerja dengan masa kerja 1-5 tahun berjumlah 14 orang, pekerja dengan masa kerja > 5 tahun berjumlah 26 orang.

Daftar Pustaka

- ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists). 2001. *Heat stress and Strain*. USA.
- Almatsier. 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Anonim. Dehydration. Diakses dari <http://www.urinecolors.com/dehydration.php> pada 10 Januari 2015.
- Barasi, M. 2007. At a Glance Ilmu Gizi. Jakarta: Erlangga.
- Bernard, T. 2011. Occupational Ergonomics Theory and Applications Second Edition Edited by Bhattacharya, A & McGlothlin, J. Florida: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Carmichael, A. 2011. *Initial Treatment of Dehydration for Severe Acute Malnutrition*. Geneva. Diakses dari http://www.who.int/elena/titles/bbc/dehydration_sam/en/ pada 1 Maret 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. Body Mass Index: Consideration for Practitioners. Atlanta. Diakses dari https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40716/1/WHO_TRS_412.pdf pada 5 Maret 2015.
- CCOHS (Canadian Centre for Occupational Health and Safety). 2001. *Hot Environment Health Effects*. Ontario. Diakses dari <http://www.ccohs.ca/> pada 11 Juni 2014.
- Effendi, H. 1981. Fisiologi dan Pathofisiologi Ginjal Cairan Tubuh, Keseimbangan Asam Basa Pengantar Nefrologi Klinik Dasar-Dasar Pathologi Ginjal. Bandung: Penerbit Alumnus.
- Gibson, J. 2003. Fisiologi dan Anatomi Modern untuk Perawat. Jakarta: EGC.
- Grandjean, A. *Water Requirements, Impinging Factors, and Recommended Intakes*. Nebraska. Diakses dari http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/nutrientschap3.pdf pada 2 Maret 2015.
- Gravelling, et al. 1988. *Working in Hot Conditions in Mining*. A Literature Review. Health and Safety Executive. Diakses dari http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1988/crr88010.pdf pada 25 September 2014 .
- Harrianto, R. 2009. Buku Ajar Kesehatan Kerja. Jakarta: EGC.

- Hendra. 2009. *Tekanan Panas dan Metode Pengukurannya di Tempat Kerja. Semiloka Keterampilan Pengukuran Bahaya Fisik dan Kimia di Tempat Kerja*. UI. Depok.
- HSE (Health and Safety Executive). *Heat Stress*. Diakses dari <http://www.hse.gov.uk/temperature/heatstress/> pada 11 Juni 2014.
- ILO. 2013. Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Tempat Kerja, Sarana Untuk Produktivitas, Pedoman Pelatihan Untuk Manajer dan Pekerja. Diakses dari http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--asia/---ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms_237650.pdf pada 7 September 2015.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1405/MENKES/ SK/XI/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri.
- Labour and Advance Education. 2014. Diakses dari www.gov.ns.ca/lae/healthandsafety pada 1 Maret 2015.
- Mayo Clinic. 2014. Dehydration. USA. diakses dari <http://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/dehydration/basics/riskfactors/con-20030056> pada 1 Maret 2015.
- Moeljosoedarmo, S. 2008. Higiene Industri. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Nasehudin, 2012. Metode Penelitian Kuantitatif. Bandung: CV Pusaka Setia.
- NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health). *Heat Stress Prevention, Working Hot Environment*. Diakses dari <http://www.ccohs.ca/oshanswers/phy-agent/heat-control.html> pada 11 Juni 2014.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- OSHA (US Occupational Safety and Health Administration). *Heat Stress*. Washington, DC. Diakses dari https://www.osha.gov/SLTC/heatillness/heat_index/ pada 11 Juni 2014.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER.13/MEN/X/2011 Tahun 2011 Tentang Nilai Ambang Batas Faktor Fisika dan Faktor Kimia di Tempat Kerja.
- Pratiknya, A. W. 2011. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rismayanti, C. Tahun. Bahan Ajar Gizi Olahraga. UNY. Diakses dari <http://staff.uny.ac.id> pada 13 Juni 2014.
- Santoso, dkk. 2011. Air Bagi Kesehatan. Jakarta: Centra Communications.
- Sastroasmoro & Ismael. 2002. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-2. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Soemarmo, D. 2002. Pengaruh Lingkungan Kerja Panas terhadap Kristalisasi Asam Urat Urin pada Pekerja di Binatu, Dapur Utama, dan Restoran Hotel X, Jakarta. Cermin Dunia Kedokteran no 136.
- Soemarmo, D. 2015. Bagaimana Mencegah Gangguan Fungsi Ginjal Akibat Paparan Panas di Lingkungan Kerja?. Komite Independen KK-PAK BPJS Ketenagakerjaan. Diakses dari [http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/tiny_mce/Karya%20Tulis/27022015_163748_BAGAIMANA%20MENCEGAH%20GANGGUAN%20FUNGSI%20GINJAL%20AKIBAT%20PAJANAN%20PANAS%20DI%20LINGKUNGAN%20KERJA%20\(Febuari%202015\).pdf](http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/tiny_mce/Karya%20Tulis/27022015_163748_BAGAIMANA%20MENCEGAH%20GANGGUAN%20FUNGSI%20GINJAL%20AKIBAT%20PAJANAN%20PANAS%20DI%20LINGKUNGAN%20KERJA%20(Febuari%202015).pdf) pada 23 Mei 2015.

- Soeripto, M. 2008. *Higiene Industri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Suma'mur, P.K. 2009. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja*. Jakarta: CV. Hajimasagung.
- Triyanti, F. 2008. *Hubungan Faktor-Faktor Heat Stress dengan Terjadinya Kristalisasi Urin pada Pekerja Binatu dan Dapur Hotel X, Medan*. Tesis USU.
- World Health Organization. 1969. *Health Factors Involved In Working Under Conditions Of Heat Stress*, WHO Technical Report Series No. 412, Report of a WHO Scientific Group. Geneva. Diakses dari https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40716/1/WHO_TRS_412.pdf pada 10 Maret 2015.
- World Health Organization. 2000. *The Asia Perspective: Redefining Obesity and its Treatment*. Diakses dari <http://www.wpeo.who.int/nutrition/documents/docs/Redefiningobesity.pdf> pada 7 September 2015.

PENGARUH EFEK SAMPING DEPO PROGESTIN TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN PADA PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DI PUSKESMAS LEPO-LEPO DI KOTA KENDARI

Hildayanti Burhan¹, Arwiah Sabir¹, Abd. Rahman¹

¹Program Studi D.IV Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar

Surel: yantihilda913@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Efek samping kontrasepsi suntik yang sering terjadi yaitu peningkatan berat badan. Hipotesa para ahli DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di *hypothalamus*, yang menyebabkan akseptor makan lebih daripada biasanya (Hartanto, 2008). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah ada pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

Metode: Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel adalah *purposive sampling*.

Hasil: *Test Of Normality* dengan uji *kolmogorov-Smirnow* diperoleh nilai p untuk variabel *Depo Progestin* dan peningkatan berat badan = $0,000 < \text{dari } 0,05$ sehingga datanya terdistribusi normal maka uji statistik yang paling cocok adalah uji *t* berpasangan maka diperoleh nilai *t* hitung = -5.711 dengan nilai $p = 0,00$ nilai ini $< \text{dari } 0,05$ ($p = 0,00 < 0,05$), maka H_0 ditolak. Jadi kesimpulan yang dapat diambil yaitu ada pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan

Simpulan: Adanya pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur.

Kata Kunci: Pengaruh samping *Depo Progegstin*, peningkatan berat badan

ABSTRACT

Background: Side effects of injectable contraceptives is often the case that an increase in body weight. Hypothesis experts DMPA stimulates appetite control center in the hypothalamus, which causes the acceptor to eat more than usual (Hartanto, 2008). The purpose of this study was to know whether there are side effects of *Depo progestin* influence on weight gain in couples of childbearing age in Puskesmas-Lepo Lepo Kendari of Southeast Sulawesi province.

Methods: This research is a quantitative study using cross sectional approach. Sampling is purposive sampling.

Results: Test Of normality with the Kolmogorov-Smirnow test values obtained for the variable p *Depo Progestin* and increased weight = $0,000 < \text{than } 0.05$ so that the data are normally distributed, the most appropriate statistical test is paired *t* test, the obtained value of $t = -5711$ with the value of $p = 0.00$ this value < 0.05 ($p = 0.00 < 0.05$), then H_0 is rejected. So the conclusion can be drawn that there are side effects of *Depo progestin* influence of weight gain.

Conclusion: The influence of progestin *Depo* side effects of weight gain on couples of childbearing age.

Key Words: Side effects of *Depo Progegstin*, improved weight loss

Pendahuluan

Jumlah penduduk didunia adalah \pm 7 miliar yang akan meningkat setiap tahunnya. Dimana indonesia adalah negara keempat penduduk terbanyak dengan jumlah 237.641.326 orang setelah cina 1.343.239.923 pada urutan pertama kemudian india 1.205.073.612, lalu amerika 313.847.465 (Biro Statistik, 2015).

Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah peningkatan penduduk yang tinggi. Hasil sensus menurut publikasi BPS tahun 2013 yaitu 246.864.191.000 orang dengan laju penduduk sebesar 1,49 % pertahun. Berdasarkan kepulauan jawa adalah pulau dengan jumlah penduduk tertinggi yaitu 58,8%, kemudian sumatra 21,0%. Sulawesi 7,2%, Kalimantan 5,5%. Kepulauan lain termasuk papua yaitu 7,5% (Data Statistik Indonesia) dengan jumlah usia reproduksi di indonesia 53% Berdasarkan survei kesehatan rumah tangga (SKRT 2013).

Sulawesi tenggara merupakan jumlah penduduk urutan ke tiga di Sulawesi dengan jumlah 2.786.000, Sulawesi Selatan 9.238.600 kemudian Sulawesi Tengah 2.536.200. Dimana jumlah PUS adalah 4.670.020 atau 51,59% (Data statistik, 2013).

Visi Keluarga Berencana Nasional adalah terwujudnya "Keluarga Berkualitas 2015" yang hakekatnya mewujudkan keluarga Indonesia yang mempunyai anak ideal, sehat, berpendidikan, sejahtera, berketahanan, dan terpenuhi hak-hak reproduksi (Program KB Nasional RPJM 2005-2009). Misi "Mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera, agar terwujud melalui: keluarga dengan anak ideal, keluarga sehat, keluarga berpendidikan (Lucky Taufika, 2015).

Indikator KB dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* 2015 target 5b (Akses Universal terhadap Kesehatan Reproduksi) yang diharapkan akan memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan kesehatan ibu. Indikator tersebut adalah *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)*, *Age Specific Fertility Rate (ASFR)*, dan *unmet need*. Indikator tersebut pada tahun 2015 adalah *CPR* sebesar 65%, *ASFR* usia 15-19 tahun sebesar 30 / 1000 perempuan usia 15-19 tahun dan *unmet need* 5% (Dinkes, 2013).

Saat ini tersedia metode atau alat kontrasepsi meliputi: IUD, suntik, pil, implant, kontak, kondom. Salah satu kontrasepsi yang populer di Indonesia adalah kontrasepsi suntik. Kontrasepsi suntik yang digunakan adalah *Noretisteron Enentat (NETEN)*, *Depo Medroksi Progesteron Acetat (DMPA)* dan *Cyclofem* (BKKBN, 2004).

Bedasarkan hasil rekapitulasi dan pelaporan Badan Koodinasi Keluarga Berencana (BKKBN) pada tahun 2013, presentase kumulatif pemakai alat kontrasepsi suntikan sebanyak 6.363 (26,21%) peserta, Pil sebanyak 5.322 (21,29%) peserta, Implant sebanyak 2.760 (11,36%) peserta, Kondom sebanyak 2.078 (8,56%) peserta, Metode Operasi Pria (MOP) sebanyak 17 (0,07%) peserta, Metode Operasi Wanita (MOW) sebanyak 546 (2,24%) peserta (BKKBN Kota Kendari, 2013).

Efek samping kontrasepsi suntik yang sering terjadi yaitu peningkatan berat badan. Hipotesa para ahli DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di *hypothalamus*, yang menyebabkan akseptor makan lebih daripada biasanya. Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang kejadian

peningkatan berat badan yang dialami akseptor kontrasepsi suntik maka perlu dilakukan suatu penelitian untuk mengetahui sejauh mana pengaruh kontrasepsi suntik dengan peningkatan berat badan, selain itu adanya gangguan haid, sakit kepala, mual nyeri tekan payudara, jerawat (Hartanto, 2008).

Faktor yang mempengaruhi kenaikan berat badan ada bermacam-macam, salah satunya adalah karena pengaruh hormon progesterone menyebabkan meningkatnya waktu pengosongan lambung dan peristaltik sehingga nafsu makan meningkat (Haryati, 2010).

Pertambahan ringan sebesar 1-2 kg sering terjadi kemudian menjadi stabil, tetapi sejumlah kecil wanita terus mengalami pertambahan berat badan selama mereka memakai metode tersebut. Mekanisme utama tampaknya adalah peningkatan nafsu makan disertai peningkatan penimbunan simpanan lemak, walaupun mungkin juga terdapat efek anobiloc lainnya (Glasier, 2006).

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron dalam meningkatkan berat badan mekanismenya belum jelas, namun dalam penelitian hormon estrogen bisa menyebabkan retensi garam dan cairan yang bisa memicu pertambahan berat badan dan progesteron bisa meningkatkan nafsu makan (Windayunia, 2015).

Hasil penelitian yang sudah dilakukan di negara berkembang menyebutkan bahwa masih banyak akseptor yang mengalami ketakutan dan kecemasan akibat efek samping yang ditimbulkan oleh alat kontrasepsi tertentu. Melalui konseling diharapkan akseptor KB bisa lebih mantap dalam pemakaian kontrasepsi, sehingga mereka tidak akan mudah berhenti (Saifuddin, 2006).

Berdasarkan perolehan data dari Puskesmas Lepo-Lepo tahun 2013. Pengguna akseptor KB 2896 orang, kontrasepsi IUD 500 (17,26%), MOW 6 (0,20%), MOP 5 (0,17%), Kondom 350 (12,08%), Implant 625 (21,58%), Suntikan Depo Progestin 800 orang (27,62%), Cyclofem 310 (10,70%), Pil 300 (10,35%). Sedangkan tahun 2014 pengguna akseptor KB 3202 orang, kontrasepsi IUD 520 (16,23%), MOW 2 (0,06%), MOP 1 (0,03%), Kondom 130 (4,05%), Implant 700 (21,86%), Suntikan Depo Progestin 900 orang (28,10%), Cyclofem 660 orang (20,61%), Pil 289 (9,02%) (Puskesmas Lepo-Lepo).

Berdasarkan wawancara dan pencatatan data yang diperoleh dari Puskesmas Lepo-Lepo di ruang KIA bulan januari sampai maret 2015 bahwa jumlah akseptor KB Suntik *Depo Progestin* 250 akseptor. Dari data tersebut akseptor sering mengeluh efek samping *Depo Progestin* yaitu peningkatan berat badan. Data yang diperoleh tentang efek samping yaitu peningkatan berat badan 168 (67,2%), gangguan haid 46 (18,4%), depresi 6 (2,4%) biasa disebabkan karena adanya masalah dalam keluarga, rambut rontok 3 (1,2%), jerawat 27 (10,8%). Dilihat tingkat keluhan akseptor tentang efek samping *depo progestin* yaitu peningkatan berat badan paling sering menjadi keluhan akseptor dan sebagian kecil akseptor suntik mengeluh dengan kenaikan berat badan 1-3 kg (Puskesmas Lepo-Lepo, 2015).

Sehingga dari data tersebut peneliti merasa tertarik untuk mengetahui pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur di puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2015.

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan pada penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur di Puskesmas Lepo-Lepo tahun 2015”.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara. Sedangkan tujuan khususnya yaitu untuk mengetahui efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2015 dan pengaruh antara efek samping *Depo Progestin* dengan peningkatan berat badan pada pasangan usia subur di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2015.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Lepo-Lepo di ruangan KAI Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara dan dilaksanakan pada bulan Mei-Juli 2015.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009). Populasi adalah seluruh akseptor suntik yang dilayani di Puskesmas Lepo-Lepo bulan Mei-Juli tahun 2015 dengan jumlah 250 orang dari akseptor suntik *Depo Progestin*.

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi tersebut. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling*. *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel ini mendasarkan pada kriteria tertentu yang sebelumnya ditetapkan oleh peneliti, subyek yang memenuhi kriteria tersebut menjadi anggota sampel (Santjaka, 2008). Sampel dalam penelitian ini adalah 71 orang yang menggunakan akseptor KB suntik *Depo Progestin* di Puskesmas Lepo-Lepo. Pengambilan sampel dengan menggunakan rumus Solvin yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

Keterangan :

n : Besar Sampel

N : Besar Populasi

d : Tingkat Kepercayaan / signifikan (0,1)

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

$$n = \frac{250}{1 + 250 \times 0,01}$$

$$n = \frac{250}{1 + 2,5}$$

$$n = \frac{250}{3,5}$$

$$n = 71$$

Instrumen atau alat ukur data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi untuk memperoleh data yang diinginkan secara obyektif dan reliable yaitu frekuensi suntik DMPA dengan kenaikan berat badan sebelum dan sesudah memakai kontrasepsi suntik DMPA. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data Primer. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan lembar rekam medik untuk memperoleh informasi frekuensi suntik kontrasepsi DMPA, berat badan ibu sebelum dan sesudah menggunakan kontrasepsi suntik DMPA.

Prosedur pengolahan data yang dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut:

1. Tahap penyuntingan (*editing*)

Dilakukan untuk mengetahui apakah data sudah di isi oleh responden dengan benar. Pada tahap ini semua data diperiksa, sehingga apabila ada pertanyaan yang belum terisi dapat ditanyakan langsung kepada responden. Editing dilakukan dilapangan sehingga jika terjadi kekurangan atau kesalahan pada data, dapat langsung diperbaiki.

2. Tahap pengkodean (*coding*)

Teknik ini dilakukan dengan memberi tanda atau klasifikasi pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka.

3. Tahap tabulasi (*Tabulating*)

Setelah data terkumpul dan tersusun, data dikelompokkan dalam satu tabel menurut sifat-sifat pengelompokkannya atau sesuai dengan tujuan penelitian dan selanjutnya akan dianalisis.

4. Penyajian data

Untuk mengetahui pengaruh suntik DMPA terhadap kenaikan berat badan akseptor ini menggunakan analisa regresi, variabel dinyatakan berpengaruh signifikan apabila hasil perhitungan menunjukkan nilai signifikansi (p-value) lebih kecil dari α (0,05) demikian pula sebaliknya.

Dalam penelitian ini, penelitian menekankan masalah etika meliputi :

1. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, penelitian tidak akan mencantumkan nama lengkap responden tetapi hanya akan mencantumkan inisial responden atau nama singkat saja.

2. Confidentiality (kerahasiaan)

Penelitian menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang didapatkan dari responden. Semua berkas yang mencantumkan subjek dan tempat penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi, maka data tersebut akan dimusnahkan.

Dari hasil penelitian yang telah melalui univariat untuk menghitung frekuensi masing-masing variabel dan dianalisis bivariat. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat pengaruh antara variabel dependen dengan variabel independen. Karena penelitian ini adalah penelitian observasional, maka untuk menguji hipotesis digunakan uji t berpasangtingkat kemaknaan alpha 0,05.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari. Pengumpulan data dimulai dari bulan Maret tahun 2015 sedangkan pengisian data di mulai bulan Mei s/d Juli tahun 2015 dengan langsung menimbang berat badan responden sebelumnya dilakukan pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* dari 250 PUS menjadi 60 sampel melalui rumus besaran sampel Solvin. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti dibantu oleh 2 bidan. Penelitian ini menggunakan dokumentasi berupa data primer diambil langsung dari sampel melalui lembar obeservasi. Yang kemudian diperoleh hasil sebagai berikut.

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari periode Juni s/d Juli tahun 2015 diperoleh populasi sebanyak 250 PUS yang kemudian diperoleh sampel sebanyak 60 PUS yang diuraikan sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Tabel 1. Distribusi fekuensi efek samping *Depo Progestin* berdasarkan umur di Puskesmas Lepo Lepo Kota Kendari periode Mei s/d Juli 2015

| Umur | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------|-----------|----------------|
| < 20-30 | 30 | 50 |
| 31-40 | 24 | 40 |
| 41-42 | 6 | 10 |
| Total | 60 | 100 |

Sumber : Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 1 di atas menunjukkan bahwa umur < 20 – 30 tahun adalah yang terbanyak menggunakan kontrasepsi KB *Depo Progestin* yaitu 30 orang (30%) yang terendah adalah umur 41 – 42 tahun yaitu 6 orang (10%) sedangkan umur 31 – 40 tahun yaitu 24 orang (40%).

b. Pendidikan Terakhir

Tabel 2. Distribusi frekuensi efek samping *Depo Progestin* berdasarkan pendidikan terakhir di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari periode Mei s/d Juli 2015

| Pendidikan | Frekuensi | Persentase (%) |
|------------------|-----------|----------------|
| SD | 16 | 26,8 |
| SMP | 14 | 23,3 |
| SMA | 15 | 25 |
| Perguruan Tinggi | 15 | 25 |
| Total | 60 | 100 |

Berdasarkan tabel 2 diatas menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan SD sebanyak 16 orang responden (26,8%) dan berpendidikan SMP sebanyak 14 responden (23,3%).

c. Pekerjaan

Tabel 3. Sampling *Depo Progestin* berdasarkan pekerjaan responden di Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari periode Mei s/d Juli 2015

| Pekerjaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|------------|-----------|----------------|
| IRT | 31 | 51,7 |
| WIRASWASTA | 21 | 35 |
| PNS | 8 | 13,3 |
| Total | 60 | 100 |

Sumber : Data Primer 2015

2. Analisis Univariat

Peningkatan Berat Badan

Tabel 4. Distribusi frekuensi efek samping *Depo Progestin* berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari periode Mei s/d Juli 2015

| Berat Badan | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------|-----------|----------------|
| Naik | 39 | 65 |
| Tidak Naik | 21 | 35 |
| Total | 60 | 100 |

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 60 orang sampel akseptor suntik *Depo Progestin* sebanyak 39 orang (65%) yang mengalami peningkatan berat badan sedangkan yang tidak naik 35 orang (35%).

3. Analisis Bivariat

Analisis pengaruh ini menggunakan uji t berpasangan digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang apakah ada pengaruh antara variabel independent dengan variabel dependen sebelum dan sesudah menggunakan KB *Depo Progestin*.

Pengaruh Efek Samping *Depo Progestin* terhadap Peningkatan Berat Badan Pada PUS.

Tabel 5. Distribusi frekuensi akseptor *Depo Progestin* di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari.

| Variabel | Kelompok | N | Mean | SD | p-Value |
|-------------|----------|----|---------|-------|---------|
| Berat Badan | Sebelum | 60 | 54,2000 | 4,099 | 0,000 |
| | Sesudah | 60 | 57,8667 | 4,155 | |

Penutup

Dari hasil penelitian di Puskesmas Lepo-Lepo Kota kendari pada bulan Mei s/d Juli tahun 2015 yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur maka dapat di simpulkan sebagai bahwa terdapat pengaruh efek samping *Depo Progestin* terhadap peningkatan berat badan pada pasangan usia subur.

Daftar Pustaka

- Asep Candra, 2008, *Wanita Usia Subur Perlu Kontrasepsi*, diakses 24 April 2015, <http://www.kompas.com>
- Anwar Adhe. 2009. *Promosi Kesehatan Pasangan Usia Subur Dan Wanita Usia Subur*. Diakses 20 April 2015. <http://adhe-anwaradhe.blogspot.com>
- Biro Statistik, 2014. *Jumlah Penduduk Dunia*. <http://www.datastatistik-indonesia.com/> diakses tanggal 25 April 2015
- BKKBN, 2004. *Profil Kesehatan*. Kota Kendari
- BKKBN, 2013. *Keluarga Berencana*. <http://sultra.bkkbn.go.id/old/diakses> tanggal 26 April 2015
- Data Statistik Indonesia, 2013. *Jumlah Penduduk Indonesia dan pulau serta provinsi di indonesia*. <http://data.statistik.penduduk.indonesia.com/2013.pdf> Diakses tgl 10 Maret 2014
- Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara, 2013. *Laporan Hasil Survei Akseptor Keluarga Berencana*. Kendari
- Dr. Lucky Taufika Yuhaedi & Titik Kurniawan, S.Sit, 2015. *Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan*. Kedokteran EGC. Jakarta.
- Glasier, A. 2006. *Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : EGC
- Handayani. 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Hartanto H. 2004. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- _____ 2008. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Haryati N, dkk. 2010. *Pengaruh Lamanya Pemakaian Alat Kontrasepsi DMPA Terhadap Kenaikan Berat Badan*. Purwokerto : Akbid YLPP
- <http://kontrasepsi.html/files/disk1/kontrasepsi-gdl-windayunia-5174-3-bab2.pdf>.
- Diakses tanggal 28 Maret 2015
- <http://diditnote.blogspot.com/2013/04/alat-kontrasepsi-depo-progestin.html>
- Diakses tanggal 27 April 2015
- Koes Irianto, 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Bandung : Alfabeta
- Khomsan, 2004. *Pangan Dan Gizi untuk Kesehatan*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sulistiyawati. 2011. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta Selatan : Salemba Medika
- Supariasa, 2009. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC
- Saifuddin, A.B., 2006, *Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Bina Pustaka
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Prawirohardjo, 2007. *Kontrasepsi Hormonal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

FAKTOR-FAKTOR LINGKUNGAN FISIK SUMUR GALI TERHADAP KEBERADAAN JENTIK NYAMUK *Aedes sp.* DI DUSUN GENENG DESA PANGGUNGHARJO KECAMATAN SEWON 1 BANTUL YOGYAKARTA TAHUN 2014

Lourensiana Yos Sudarso Ngaga¹, Indah Werdiningsih¹, Sri Lestari¹

¹S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel : lourensiangaga@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Kasus kejadian DBD di 5 Kabupaten yang ada di Provinsi DIY, pada bulan Januari 2013 di temukan 112 kasus di kota Yogyakarta 39 kasus di Kabupaten Gunung Kidul, 37 kasus di Kabupaten Bantul, 26 kasus di Kabupaten Sleman dan 5 kasus terjadi di Kulonprogo. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan factor-faktor lingkungan fisik sumur gali terhadap keberadaan jentik nyamuk *Aedes Aegyptidi* Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *Explanatory Research* dengan pendekatan *cross sectional* Teknik Sampling yang di gunakan adalah *Total Sampling*. Alat penelitian yang digunakan adalah Funnel Trap, termohigrometer dan lembar observasi pengukuran. Analisis statistik menggunakan *uji chi-square* dengan taraf signifikan 5%.

Hasil: Uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan kelembaban sumur terhadap keberadaan jentik *Aedes sp*, P-value $0,015 < 0,05$. Ada 47% yang mengandung jentik *Aedes sp*. P-value $0,001 < 0,05$.

Simpulan: Terdapat 3 variabel bebas yang ada hubungan secara statistik dengan variable terikat yaitu variable keberadaan jentik *Aedes sp*. yaitu Letak sumur Gali, dinding sumur gali, dan pencahayaan sumur sedangkan ada satu variable bebas yang tidak ada hubungan yaitu kelembaban sumur.

Kata Kunci : Keberadaan jentik *Aedes sp.*, kelembaban sumur, pencahayaan, letak sumur dan dinding sumur gali.

ABSTRACT

Background: Incident case's on January 2013, it has already found 112 cases in Yogyakarta which happen at five districts. There are 39 cases in Gunungkidul, 37 cases in Bantul, 26 cases in Sleman and 5 cases in Kulonprogo. The purpose of this study is to know the correlation between the factors in physical environment of the wells to the existence of *Aedes sp.* larvae at Geneng, Panggungharjo, Sewon Bantul, Yogyakarta.

Methods: This research is explanatory research with cross sectional approximation. The sampling technique used is sample total sampling. The research facilities are funnel trap, termohigrometer and the observation meter sheet. The analysis statistic used is Chi-square with planned significant 5 %.

Results: Chi-square proofs that there is no correlation between the humidity of the draw well with the existence of *Aedes aegypti* larvae. The value p-value $0,152 > 0,152.0,05$ but there is a relation between the wells position to the existence of *Aedes sp.* larvae. P-value $0,0015 < 0,05$. Another relation is between the walls of the wells to the existence of *Aedes sp.* flick. P-value $0,001 < 0,05$. The 47% *Aedes sp.* last relation is between the wells lighting to the existence of *Aedes sp.* P-value $0,001 < 0,05$.

Conclusion: There are three free variables which have correlations statistically with the attached variables. These variables are the position of wells, the wall of wells and the lighting of wells. In contrast, the free variable which has no correlation is the humidity of wells.

Key Words: The factors of physical environment the existence of *Aedes sp.* flick, the dampness of wells, the lighting of wells, the position of wells and the wall of wells.

Pendahuluan

Kasus demam berdarah *dengue* (DBD) meningkat 30 kali lipat dengan peningkatan ekspansi geografis ke Negara-negara baru dan dalam dekade ini dari kota ke lokasi pedesaan. Penderitanya banyak ditemukan di sebagian besar wilayah tropis dan subtropics. Virus *dengue* dilaporkan telah menjangkiti lebih dari 100 negara, Penyakit demam berdarah *dengue* di Indonesia pertama kali ditemukan pada tahun 1968 di Surabaya dan Jakarta. Namun pada tahun 1994 telah menyebar di 27 Propinsi di Indonesia, dan 12 Provinsi diantaranya dalam status kejadian luar biasa. Tahun 2008 tercatat ada 136.399 kasus demam berdarah *dengue*, sekitar 1.170 korban diantaranya meninggal dunia, umumnya kasus ini terjadi pada anak-anak. Kasus demam berdarah *dengue* di Indonesia pada tahun 2008 tercatat ada 136.399 kasus demam berdarah *dengue* 1.170 korban diantaranya meninggal dunia. Selama tahun 2009 jumlah kasus naik menjadi 154.855 kasus dan 1.384 meninggal dunia. Jumlah kasus demam berdarah *dengue* pada tahun 2010 di Indonesia sebanyak 156.086 kasus dengan jumlah kematian akibat DBD sebesar 1.358 orang. Insiden penyakit demam berdarah *dengue* semakin bertambah di seluruh dunia dalam beberapa tahun terakhir. Lebih dari 2,5 milyar orang serta lebih dari 40% dari populasi di dunia sekarang berisiko terkena penyakit demam berdarah *dengue*. Menurut WHO 2010, saat ini diperkirakan 50-100 juta orang kemungkinan terinfeksi virus *dengue* di seluruh dunia untuk setiap tahunnya (Depkes, 2010).

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) didapatkan angka kasus demam berdarah *dengue* yang terjadi dari tahun ke tahun berfluktuatif. Data kasus DBD di Dinas Kesehatan Provinsi DIY, didapatkan angka kasus kejadian tercatat demam berdarah *dengue* di DIY pada tahun 2010 tercatat 5.121 kasus dengan 33 kematian. Jumlah kasus tahun 2011 terdapat 982 kasus dengan 3 kematian (Dinkes DIY, 2011). Data program P2M tahun 2011 menunjukkan bahwa *CFR* (Case Fertility Rate/Angka kematian) DBD DIY Sebesar 0.5 (Nasional <1) dengan incident rate/angka insidensi tahun 2011 sebesar 28,8/100.000 penduduk (Profil DIY 2011). Menurut Daryanto (2013) dari 5 Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi DIY, pada bulan Januari 2013 ditemukan 112 kasus di kota Yogyakarta, 39 kasus di Kabupaten Gunungkidul, 37 kasus di Kabupaten Bantul, dan 26 kasus di Kabupaten Sleman dan 5 kasus di Kabupaten Kulonprogo.

Tahun 2011 angka insidensi mengalami penurunan menjadi 28,8/100.000 penduduk sementara untuk angka kematian/*CFR* mengalami penurunan menjadi 0,5 dari keseluruhan kasus. Meskipun mengalami penurunan namun kasus dan kematian akibat penyakit DBD masih masuk dalam kategori tinggi. Jumlah kasus DBD pada tahun 2011 dilaporkan sebanyak 985 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 5 kasus. Tahun 2012 dilaporkan sebanyak 971 kasus dengan *CFR* sebesar 0,21 Meskipun angka kejadian DBD mengalami penurunan dibanding tahun sebelumnya, namun tingginya prevalensi penyakit DBD tidak terlepas dari masih tingginya faktor risiko penularan di masyarakat seperti angka bebas jentik yang masih di bawah 95% yaitu pada tahun 2011 angka bebas jentik sebesar 86,62 rumah yang bebas dari jentik *Aedes sp.*

Angka bebas jentik untuk tahun 2012 telah mengalami peningkatan, yaitu sebesar 91,81% sehingga diharapkan penularan dapat dikurangi yang akan berdampak pada penurunan kasus DBD di DIY (Profil Kes Prov DIY 2012).

Jumlah kasus demam berdarah dengue (DBD) di Kabupaten Bantul terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Bantul mencatat, di tahun 2013 ini saja hingga awal bulan Januari 2013 ini ada delapan orang meninggal dunia akibat demam berdarah *dengue*. Kasus demam berdarah *dengue* tahun 2012 tercatat ada 200 kasus penyakit demam berdarah *dengue*, sementara tahun 2013 sampai Oktober, melonjak menjadi 1.060 penghujan yang biasanya penyebaran penyakit tersebut akan meningkat. Kepala Bidang Penanggulangan Masalah Kesehatan (PMK) Dinkes Kabupaten Bantul, Prambudi, Jumat (8/11/2013), mengatakan bahwa meningkatnya kasus demam berdarah *dengue* tidak hanya terjadi di Bantul saja, melainkan juga di wilayah-wilayah lain (Anugrahen, 2013).

Pengendalian tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp.* lebih banyak dititikberatkan pada penutupan dan abatisasi bak mandi, serta penguburan barang-barang bekas di sekitar rumah penduduk yang berpotensi sebagai penampung air hujan. Sementara penampung air lainnya belum mendapatkan perhatian yang memadai, padahal peluang untuk dijadikan sebagai habitat *Aedes sp.* cukup besar, seperti tempat minum burung, pot bunga, pelepah daun tanaman, talang air dan juga sumur gali. Karakteristik sumur gali dapat mempengaruhi perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti* baik dari faktor sumur (letak, kedalaman, tipe) maupun faktor air sumur (pH, kelembaban, kandungan bahan organik, volume air) (Fauzia, 2012).

Sumur gali merupakan sarana air bersih yang mengambil atau memanfaatkan air tanah dengan cara menggali lubang di tanah dengan diameter 1-2 meter dengan kedalaman bervariasi antara 5-20 meter tergantung pada kedudukan muka air tanah setempat dan morfologi tanah daerah tersebut (Kaufman, 2005). Meskipun keberadaan sumur gali hingga saat ini merupakan suatu kebutuhan yang sangat vital bagi sebagian besar penduduk, akan tetapi sumur gali juga patut diwaspadai sebagai tempat perindukan nyamuk penyebab DBD. Air pada sumur gali juga dapat berperan sebagai sarang *insecta* yang membawa atau menyebarkan penyakit pada masyarakat. *Insecta* demikian disebut vektor penyakit. Salah satu penyakit yang disebarkan vektor penyakit diantaranya adalah DBD. Nyamuk *Aedes sp.* senang bersarang di air yang bersih. Tempat-tempat yang dapat dijadikan sarang banyak sekali, mulai dari jambangan bunga, kaleng-kaleng ataupun potongan bambu yang terisi air hujan, sampai pada reservoir air bersih yang tidak tertutup. Pemberantasan vektor ini secara kimia hanya dapat dibenarkan dalam keadaan epidemi, karenanya pemeliharaan lingkungan air perlu diperhatikan dengan lebih seksama (Focks, 2013).

Air sumur gali termasuk air tanah yang mengalami penyaringan secara alamiah oleh lapisan tanah, akar pohon atau tanaman. Secara fisik air sumur juga jernih serta mengandung cukup bahan mineral yang dibutuhkan oleh manusia. Berdasarkan hasil penelitian Gionar pada

tahun 2001 yang dilakukan di Yogyakarta, bahwa sumur gali merupakan habitat yang penting bagi tempat perindukan nyamuk *Aedes sp.* diketahui 35% dari sejumlah sumur yang diteliti mengandung larva *Aedes sp.* (Gionar, 2001).

Keberadaan nyamuk *Aedes sp.* dipengaruhi oleh curah hujan, kelembaban, suhu. Faktor curah hujan sangat mempengaruhi keberadaan jentik di sumur walaupun sumur milik warga 69% tertutup. Dengan curah hujan yang tinggi dan berlangsung dalam waktu yang lama dapat menyebabkan genangan air sehingga populasi nyamuk berkurang, dan dapat mempengaruhi suhu dan kelembaban di lingkungan. Suhu dan kelembaban pun juga dipengaruhi oleh kondisi lingkungan sekitar yaitu pepohonan dan rerumputan (Fauziah, 2012).

Lingkungan fisik sangat mempengaruhi keberadaan jentik *Aedes aegypti* diantaranya meliputi kelembaban, pencahayaan letak sumur, dinding sumur, suhu udara, dan kelembaban udara, juga merupakan salah satu kondisi lingkungan yang dapat mempengaruhi perkembangan jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Menurut Mardihusodo (1988) disebutkan bahwa kelembaban udara yang berkisar 81,5 - 89,5% merupakan kelembaban yang optimal untuk proses embriosasi dan ketahanan hidup embrio nyamuk (Mardihusodo, 2002).

Berdasarkan laporan pemantauan jentik rutin di Puskesmas Sewon Bantul menunjukkan masih di bawah target yang ditentukan yaitu ABJ <95%. Angka ABJ di DIY sudah mencapai 64,46 % ini membuktikan bahwa masih ada kelurahan atau kecamatan yang belum bebas ABJ yakni Kecamatan Kasihan, Kecamatan Sewon, dan Kecamatan Banguntapan. Kecamatan tersebut cukup padat khususnya di Kecamatan Sewon dan Banguntapan, hal tersebut dijumpai area rumah yang cukup padat dan berdampak pada bertambahnya jumlah penyedia air, salah satunya sumur gali. Keberadaan sumur gali di Dusun Geneng Desa Panggungharjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul Yogyakarta cukup banyak sebab PDAM yang tidak lancar serta masyarakat lebih menyukai air dari sumur gali. Kondisi sumur gali di Dusun Geneng Desa Panggungharjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul Yogyakarta sebagian besar terbuka sehingga memungkinkan sebagai tempat habitat nyamuk *Aedes sp.* (Profil Dinkes Kab. Bantul 2012).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 20 maret 2014 diketahui wilayah kerja Puskesmas Sewon I Bantul masih memiliki banyak kasus DBD, masih tingginya kasus mulai dari tahun 2010 jumlah kasus demam berdarah *dengue* sebanyak 106 kasus, tahun 2011 berjumlah 10 kasus, tahun 2012 sebanyak 11 kasus, tahun 2013 sebanyak 54 kasus dan tahun 2014 dari Januari sampai April ada 9 kasus, setiap tahunnya kasus kejadian DBD terus ada sehingga butuh pengendalian yang tepat untuk mengurangi kasus tersebut dan bahkan menghilangkan. Tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes sp.* adalah tempat penampungan air (TPA) yang mengandung air jernih atau air yang sedikit terkontaminasi, bukan pada genangan air ditanah (kecuali *Aedes albopictus*) maka peneliti tertarik untuk meneliti "Faktor-faktor lingkungan fisik sumur gali terhadap keberadaan jentik nyamuk *Aedessp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo Kecamatan Sewon Kabupaten Bantul Yogyakarta. Penduduk di Dusun Geneng

menggunakan sumur gali sebagai sumber mata air, sumur gali yang berpotensi sebagai tempat habitat nyamuk *Aedes sp*

Metode

Jenis penelitian merupakan penelitian penjelasan atau *Explanatory Research* dengan pendekatan *cross sectional* dimana data pada variabel bebas dan variabel terikat diteliti pada kurun waktu dan tempat yang bersamaan. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data primer yang didapatkan dari hasil observasi langsung di lokasi penelitian yang diperoleh dengan menggunakan alat pengukuran kelembaban, pencahayaan, dinding sumur, letak sumur, dan *funnel trap*. yang berisi angka yang didapat dari pengukuran tersebut sehingga dapat mengetahui hubungan lingkungan fisik sumur terhadap keberadaan jentik nyamuk *Aedes sp*. Data sekunder diperoleh dari Instansi terkait yaitu Puskesmas Sewon I Bantul Yogyakarta berupa data demografi dan kejadian demam berdarah *dengue*.

Tahap analisis data yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

a. Analisis *Univariate*

Analisis *univariate* menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsi untuk mengetahui karakteristik dari subjek penelitian. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui persentasi dari tiap variabel, baik variabel bebas maupun terikat.

b. Analisis *Bivariate*

Analisis *bivariate* dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-square* dengan taraf kesalahan 5% (0,05).

Prosedur jalannya Penelitian adalah sebagai berikut.

1. Melakukan pengukuran kelembaban dengan menggunakan alat Termohigrometer, alat tersebut dihidupkan kemudian mengukur kelembaban sumur dengan tangan dimasukkan ke dalam sumur gali dengan jarak 50 cm dari mulut sumur dengan kisaran waktu 10 menit sampai dengan 15 menit, dan diulangi 3 kali.
2. Melakukan observasi pencahayaan sumur gali melalui observasi langsung dengan adanya pencahayaan sinar matahari langsung atau tidak langsung dengan mengenai sumur menggunakan lembar formulir.
3. Melakukan pemasangan *funnel trap* untuk melihat keberadaan jentik dengan cara memasukkan *funnel trap* kedalam sumur. Sebelum *funnel trap* di masukkan kedalam sumur gali terlebih dahulu *funnel trap* di isi sedikit air kurang lebih 1/2 kemudian di turunkan ke dalam sumur gali secara perlahan-lahan. *Funnel trap* terbuat dari corong plastik putih dengan diameter 20 cm, botol plastik putih tertutup dengan kapasitas 1 liter, baut logam 420 gram. Sebagai pemberat dan tambang plastik yang dikaitkan pada corong yang berfungsi untuk menurunkan perangkat ke dalam sumur dan mengambilnya kembali setelah 24 jam,

tinggi perangkap adalah 37 cm dengan berat secara keseluruhan 650 gram.

- Melakukan observasi langsung dinding sumur gali dan dapat dilihat melalui survei yang dilihat adalah dinding sumur yang terbuat dari semen dan dinding sumur yang terbuat dari batu bata, dinding sumur sangat mempengaruhi keberadaan jentik *Aedes sp.*

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan keberadaan jentik

| No | Keberadaan Jentik | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|-------------------|-----------|----------------|
| 1 | Ada | 40 | 70,2 |
| 2 | Tidak Ada | 17 | 29,8 |
| Total | | 57 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 1. Didapatkan hasil distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan keberadaan jentik di Dusun Geneng, Desa Panggungharjo kecamatan Sewon Bantul Yogyakarta yang memiliki frekuensi tertinggi adalah keberadaan jentik dengan kategori ada sebesar 40 atau 70,2 % dan Tidak ada sebesar 17 atau 29,8%.

Tabel 2. Distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan dinding sumur

| No | Dinding Sumur | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|---------------|-----------|----------------|
| 1 | Semen | 41 | 71,9 |
| 2 | Bata | 16 | 28,1 |
| Total | | 57 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 2. Didapatkan hasil distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan dinding sumur di Dusun Geneng, Desa Panggungharjo kecamatan Sewon Bantul Yogyakarta yang memiliki frekuensi tertinggi adalah dinding sumur yang terbuat dari semen 41 atau 71,9% dan bata sebesar 16 atau 28,1%.

Tabel 3. Distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan letak sumur

| No | Letak sumur | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|-------------|-----------|----------------|
| 1 | Dalam | 36 | 63,2 |
| 2 | Luar | 21 | 36,8 |
| Total | | 57 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 3. Didapatkan hasil distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan letak sumur di Dusun Geneng, Desa Panggungharjo kecamatan Sewon Bantul Yogyakarta yang memiliki frekuensi tertinggi adalah letak sumur yang berada di dalam 36 atau 63,2% dan luar sebesar 21 atau 36,8%.

Tabel 4. Distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan pencahayaan

| No | Pencahayaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|----------------|-----------|----------------|
| 1 | Langsung | 18 | 31,6 |
| 2 | Tidak Langsung | 39 | 68,4 |
| Total | | 57 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 4. Didapatkan hasil distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan

pencahayaan sumur di Dusun Geneng, Desa Panggungharjo kecamatan Sewon Bantul Yogyakarta yang memiliki frekuensi tertinggi adalah pencahayaan tidak langsung 39 atau 68,4% dan pencahayaan langsung sebesar 18 atau 31,6%.

Tabel 5. Distribusi frekuensi sumur gali kelembaban

| No | Kelembaban | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|-----------------------|-----------|----------------|
| 1 | Memenuhi Syarat | 32 | 56,1 |
| 2 | Tidak Memenuhi Syarat | 25 | 43,9 |
| Total | | 57 | 100,0 |

Berdasarkan Tabel 5. Didapatkan hasil distribusi frekuensi sumur gali berdasarkan kelembaban sumur di Dusun Geneng, Desa Panggungharjo kecamatan Sewon Kabupaten Bantul Yogyakarta yang memiliki frekuensi tertinggi adalah kelembaban yang memenuhi syarat 32 atau 56,1% dan kelembaban tidak memenuhi syarat sebesar 25 atau 43,9%.

Tabel 6. Frekuensi kelembaban sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.*

| No | Kelembaban | Jumlah | Keberadaan Jentik <i>Aedes sp.</i> | | | |
|-------|-----------------------|--------|------------------------------------|----|---------|----|
| | | | Positif | % | Negatif | % |
| 1 | Memenuhi Syarat | 32 | 20 | 63 | 12 | 37 |
| 2 | Tidak Memenuhi Syarat | 25 | 20 | 80 | 5 | 20 |
| Total | | 57 | 40 | | 17 | |

Berdasarkan tabel 6. dari 57 sumur gali terdapat 32 sumur gali yang memenuhi syarat dan 25 sumur gali tidak memenuhi syarat. Dari 32 sumur yang memenuhi syarat terdapat 20 sumur gali positif mengandung jentik *Aedes sp.* Sedangkan 25 sumur gali yang tidak memenuhi syarat, terdapat 20 sumur gali positif mengandung jentik *Aedes sp.*

Tabel 7. Frekuensi letak sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.*

| No | Letak Sumur | Jumlah | Keberadaan Jentik <i>Aedes sp.</i> | | | |
|-------|-------------|--------|------------------------------------|----|---------|----|
| | | | Positif | % | Negatif | % |
| 1 | Dalam | 36 | 21 | 58 | 15 | 42 |
| 2 | Luar | 21 | 19 | 90 | 2 | 10 |
| Total | | 57 | 40 | | 17 | |

Berdasarkan tabel 7. dari 57 sumur gali, didapatkan letak sumur gali yang berada di dalam rumah sejumlah 36 sumur gali, sedangkan di luar rumah sejumlah 21 sumur gali. Pada sumur gali yang terletak di dalam rumah, 21 sumur gali di antaranya positif mengandung jentik *Aedes sp.* Sedangkan pada sumur gali yang terletak di luar rumah, berjumlah 19 sumur gali positif jentik *Aedes sp.*

Tabel 8. Frekuensi dinding sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.*

| No | Dinding sumur | Jumlah | Keberadaan Jentik <i>Aedes sp.</i> | | | |
|-------|---------------|--------|------------------------------------|-----|---------|----|
| | | | Positif | % | Negatif | % |
| 1 | Semen | 41 | 24 | 59 | 17 | 41 |
| 2 | Bata | 16 | 16 | 100 | 0 | 0 |
| Total | | 57 | 40 | | 17 | |

Berdasarkan tabel 8. dari 57 sumur gali terdapat 41 sumur gali yang terbuat dari semen dan 16 sumur gali terbuat dari batu bata. Pada sumur gali yang terbuat dari semen, positif mengandung jentik *Aedes sp.* berjumlah 24 sumur gali. Sedangkan pada sumur gali yang terbuat dari batu bata positif mengandung jentik *Aedes sp.* berjumlah 16 sumur gali.

Tabel 9. Frekuensi pencahayaan sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.*

| No | Pencahayaan | Jumlah | Keberadaan Jentik <i>Aedes sp.</i> | | | |
|-------|----------------|--------|------------------------------------|----|---------|----|
| | | | Positif | % | Negatif | % |
| 1 | Langsung | 18 | 7 | 39 | 11 | 61 |
| 2 | Tidak langsung | 39 | 33 | 85 | 6 | 15 |
| Total | | 57 | 40 | | 17 | |

Berdasarkan tabel 9. dari 57 sumur gali terdapat 18 sumur gali yang terkena pencahayaan langsung dan 39 sumur gali tidak terkena pencahayaan langsung, dari 18 sumur gali yang terkena pencahayaan langsung, terdapat 7 sumur gali positif terkena jentik *Aedes sp.* sedangkan pada sumur gali yang tidak terkena pencahayaan langsung, terdapat 33 sumur gali positif mengandung jentik *Aedes sp.*

Analisa Statistik dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisa dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-square* dengan taraf kesalahan 5% (0,05), maka variabel bebas mempunyai hubungan yang bermakna dengan variabel terikat.

Tabel 10. Hasil uji *Chi-square* faktor-faktor lingkungan fisik sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

| No | Variabel | <i>P-value</i> | Keterangan |
|----|---------------|----------------|--------------------|
| 1. | Kelembaban | 0,152 | Tidak Ada hubungan |
| 2. | Letak sumur | 0,015 | Ada hubungan |
| 3. | Dinding sumur | 0,001 | Ada hubungan |
| 4. | Pencahayaan | 0,001 | Ada hubungan |

Tidak Ada Hubungan Kelembaban Sumur terhadap Keberadaan Jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta dengan nilai $p\text{-value } 0,152 > 0,05$. Ada hubungan letak sumur terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta $p\text{-value } 0,015 < 0,05$. Ada hubungan dinding sumur terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta $p\text{-value } 0,001 < 0,05$. Ada hubungan pencahayaan sumur terhadap keberadaan

jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta p-value $0,001 < 0,05$.

Penutup

Tidak ada hubungan kelembaban sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2014. Ada hubungan letak sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2014. Ada hubungan dinding sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2014. Ada hubungan pencahayaan sumur gali terhadap keberadaan jentik *Aedes sp.* di Dusun Geneng Desa Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

Daftar Pustaka

- Achmadi, 2005. *Imu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Andine. 2009. *Pengaruh Suhu dan Kelembaban terhadap keberadaan jentik Aedes*. Tesis. Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang, Jawa Tengah. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek* (6 ed.). Jakarta: Rineka Cipta.
- Anugrahen, 2013. *Kompas jumlah kasus Demam Berdarah Dengue* di wilayah Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Arifin dkk, 2013. *Hubungan Faktor Lingkungan Fisik dengan Keberadaan Larva Aedes Aegypti di Wilayah Endemis DBD di Kelurahan Kassi-Kassi Kota Makasar*.
- Azisah. 2010. *Faktor Resiko dengan Keberadaan Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Ungaran, Semarang*. Tesis. Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang, Jawa Tengah. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, 2006 *metodelogi penelitian* penerbit Jakarta.
- Azhari, 2004, *Demam Berdarah Dengue faktor lingkungan fisik dengan keberadaan larva Aedes aegypti*.
- Anonim, 2009. *Keberadaan jentik Aedes sp pada TPA Sebagai sumber penyakit demam berdarah dengue (DBD)*
- Anton Sitio, 2008, *Hubungan Perilaku Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Kebiasaan Keluarga dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (tesis) di Kecamatan Medan Perjuangan Kota Medan Tahun 2008*.
- Barrera. 2006. Kemampuan Adaptasi Nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* dalam Berkembangbiak Berdasarkan Jenis Air. *Implementation Handbook for Dengue Fever. Jurnal Kesehatan Lingkungan*.
- Bustan, M, N. 2007. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Surakarta: Rineka Cipta.

- Candra. 2010, *Surveilans Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Jakarta: EGC.
- Christophers, SSR. 1960. *Aedes aegypti* (L) The Yellow Fever Mosquito. Cambridge At the Univ. Press. London.
- Depkes, RI 2004. *Buku Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Depkes.RI.
- Depkes RI, 2007. *Buku Pedoman Pelaksanaan Penyakit Demam Berdarah*. Jakarta: Depkes.RI.
- Depkes RI, 2010. *Buku Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Depkes.RI.
- Dinkes Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2011*. Yogyakarta 2011.
- Dep.Kes.RI, 1996. *Kesehatan Lingkungan Syarat Sumur yang Memenuhi Standar Kesehatan*. Dep.Kes.RI, 1992. Kesehatan Lingkungan.
- Ekasanti Anugrahen, Tribunjogja. 2013. *Kejadian Demam Berdarah Dengue*. <http://jogja.tribunnews.com/2013/11/09/meningkat-tahun-ini-sudah-8warga-bantul-meninggal-akibat-dbd/>
- Fathi. 2005. *Bahaya Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Jakarta: EGC.
- Focks, 2013 *Epidemiology dan Penyakit Tropik the journal of epidemiology*. volume 34 issue. Pages 1331. , 5 juni 2013
- Hardjodinomo, S.1975. *Ilmu Iklim dan Pengairan*. Binacipta. Bandung.
- Hammond, S N. 2007. Characterization of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) production sites in urban Nicaragua. *J. Med. Entomol*, 44: 851- 860
- Kusumaningtyas, 2011 dengan judul "*Hubungan Kondisi Lingkungan Fisik dan Keberadaan Jentik Aedes aegypti dalam kontainer dengan Kejadian Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) di Wilayah Kerja Puskesmas Blora*."
- Mardihusodo, 2002. Hubungan Faktor Lingkungan Fisik dengan Keberadaan Larva *Aedes aegypti* di Wilayah Endemis DBD di Kelurahan Kassi-kassi, Makasar 2013. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, Vol.1, 175 No.2, Januari.2005.
- Nur Fahmi Fauzia, 2012. *Karakteristik Sumur Gali dan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes Aegypti*. Universitas Negeri Semarang.
- Rezeki S. 2009. *Pengantar Kesehatan Lingkungan dan Penyakit Menular*. Jakarta: EGC.
- Setyobudi. 2011. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keberadaan Jentik Nyamuk di Daerah Endemik DBD Sananwetan Kecamatan Sananwetan Kota Blitar*. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Sulina. 2012. *Hubungan antara keberadaan jentik dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Loyong Kabupaten Banyumas*. Tesis. Pasca Sarjana Universitas Jendral Sudirman, Purwokerto, Jawa Tengah. Tidak dipublikasikan.
- Setiawan. 2013. *Ilmu Penyakit Tropik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soegeng Soegijanto. 2006. *Demam Berdarah Dengue Edisi Kedua*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Soegijanto. 2008. *Ilmu Kesehatan Lingkungan Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soegeng, 2008. *Prinsip Ilmu Penyakit Menular*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Soedarto. 2012. *Demam berdarah dengue, dengue haemorrhagic fever*. Jakarta: 10001.
- Sanropie, dkk (1989). *Syarat dan Standar Rumah Sehat*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Slamet (2001). *Kesehatan Lingkungan Syarat Sumur yang Memenuhi Standar Kesehatan*. Jakarta.
- Soekidjo Notoatmojo, 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan/ Soekidjo Notoatmojo-ed. Rev.-* Jakarta: Rineka Cipta, 2012, ISBN:978-979-518-984-8
- Widoyono, 2011. *Ilmu Penyakit Tropik dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- WHO, 2009. *World Health Statistics*. World Health Organization. WHO, 2011. *World Health Statistics Dengue Fever*. World Health Organization.
- Widiyanto, 2007. *Promosi Kesehatan, Teori, dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

FENOMENA MASALAH GIZI PADA REMAJA INDIE BAND

Vilda Ana Veria Setyawati¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Dian Nuswantoro

Surel: vilda.setyawati@dsn.dinus.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Jumlah remaja yang tergabung dalam band indie, mengalami peningkatan setiap tahunnya. Mereka sering terlibat dalam perilaku kesehatan yang menyimpang, seperti konsumsi alkohol, narkoba, dan pola hidup tidak teratur. Beberapa akibat yang mungkin dapat ditimbulkan seperti kematian dan masalah gizi lebih karena alkohol memberikan energi 7 kkal/gr. Di tahun 2014 telah di ketahui 18.000 orang meninggal di Indonesia akibat minuman beralkohol. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan masalah gizi pada remaja band indie yang terjadi pada periode usia remaja akhir.

Metode: Penelitian menggunakan desain cross sectional pada 39 orang remaja indie band dengan usia 21-24 tahun di Kota Semarang dengan teknik convenient sampling. Waktu pengambilan data pada bulan Januari-Februari 2016. Variabel penelitian meliputi konsumsi alkohol, rasio lingkaran pinggang panggul (RLPP), indeks massa tubuh (IMT), dan perilaku merokok. Data dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan SPSS.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan 87,2 % berstatus mahasiswa dengan rerata usia $22,64 \pm 0,9$; 74,4% subjek mengalami obesitas abdominal dengan rerata RLPP $0,92 \pm 0,05$; 100 % merupakan peminum alkohol dengan rerata durasi $4,72 \pm 1,6$ tahun dan sebagian besar golongan C (38,5%) ; 25,6 % mengalami obesitas tingkat I ; 2,6% mengalami obesitas tingkat II, dan 33,3% mengalami overweight ; rerata IMT $24,34 \pm 2,6$; serta 66,7 % merupakan perokok.

Simpulan: Remaja tingkat akhir yang tergabung dalam indie band mengalami beberapa masalah gizi yaitu obesitas abdominal, overweight, dan obesitas.

Kata Kunci: Remaja akhir, indie band, masalah gizi

ABSTRACT

Background: The number of teenagers who are members of the indie band, has increased every year. They often in behavior that deviates health, such as alcohol consumption, drugs and unhealthy lifestyle. Some of the results that may be caused such as death and malnutrition due to alcohol give 7 kcal / g. In the year 2014 has been known to 18,000 people die in Indonesia due to alcoholic beverages. The purpose of this study was to describe the malnutrition in older teens who include as indie band grup.

Methods: The study used cross sectional design in 39 adolescent indie band with 21-24 years of age in Semarang with convenient sampling techniques. Time data collection in January-February 2016. Variables include alcohol consumption, waist hip circumference ratio (waist hip ratio), body mass index (BMI), and smoking habits. Data were analyzed descriptively using SPSS.

Results: The results showed 87.2% a student with a mean age of 22.64 ± 0.9 ; 74.4% obese subjects with a mean abdominal waist hip ratio of 0.92 ± 0.05 ; 100% were alcoholic for 4.72 ± 1.6 years and most of them use category C (38,5%); 25.6% are obese level I; 2.6% are obese level II, and 33.3% were overweight; mean BMI 24.34 ± 2.6 ; and 66.7% were smokers.

Conclusion: Older teens in indie band club have some malnutrition, such as abdominal obesity, overweight, and obesity.

Key Words: Older teens, indie band, malnutrition

Pendahuluan

Remaja band indie memiliki populasi yang cukup besar di Indonesia. Tercatat ada sekitar 550 remaja dengan berbagai usia yang tergabung di dalamnya. Menjalani aktivitas sebagai anggota band memberikan dampak yang positif untuk aktualisasi diri dan mengasah keterampilan di bidang musik. Akan tetapi muncul beberapa kebiasaan buruk yang dilakukannya. Beberapa diantaranya adalah kebiasaan mengkonsumsi narkoba, merokok, minum-minuman keras (alkohol), begadang, dan beberapa pola hidup yang tidak teratur. Remaja memiliki beberapa kategori yaitu awal, tengah, dan akhir. Ketiganya memiliki ciri yang sangat berbeda. Untuk remaja akhir sudah seharusnya memahami arah kehidupannya dan menyadari tujuan hidupnya dan mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola yang jelas yang baru ditemukannya. Akan tetapi tidak pada remaja akhir yang tergabung pada band indie.

Konsumsi minuman beralkohol adalah salah satu faktor risiko dari obesitas abdominal, konsumsi minuman beralkohol yaitu penggunaan minuman yang terbuat dari sekelompok senyawa organik etanol maupun bahan alami yang dihasilkan dari reaksi fregmentasi gula, buah-buahan dan spora yang dapat menimbulkan efek relaksasi dan halusinasi pada otak. Kebiasaan minum minuman keras sampai mabuk sehingga si peminum menderita ketidaksadaran diri dan efek psikis serta fisiknya sering disebut dengan alkoholisme. Hampir keseluruhan anak band yang mengkonsumsi minuman beralkohol tersebut mengalami masalah kesehatan seperti obesitas sentral. Obesitas sentral pada anak band yang mengkonsumsi minuman beralkohol disebabkan oleh perubahan gaya hidup seperti tingginya konsumsi minuman beralkohol (Rise'rus U and Erik I, 2007), kebiasaan merokok (Xu F, Xiao MY and Youfa W, 2007), tingginya konsumsi makanan berlemak (Garaulet M. Endocrine, 2001), rendahnya konsumsi sayuran dan buah (Drapeau V, 2004), dan kurangnya aktifitas fisik (Besson H et al, 2009). Adapun fakta mengenai konsumsi minuman beralkohol menurut Rudhy Wedhasmara pendiri East Java Action (EJA) sebuah kelompok swadaya masyarakat di bidang penanganan pecandu narkoba dan alkohol oplosan di Wisma PKBI jalan Hang Jebat 3 F3 Jakarta Selatan pada tahun 2014, mengatakan telah di dapatkan 18.000 orang meninggal setiap tahunnya di Indonesia akibat minuman oplosan (Saudale V, 2014).

Salah satu indikator untuk menentukan obesitas abdominal adalah dengan pengukuran RLPP, obesitas abdominal atau obesitas sentral yaitu terjadinya timbunan lipid dibagian abdominal dan mengenai tubuh bagian atas sehingga berbentuk seperti apel (Oviyanti PN, 2010). Sedangkan obesitas adalah kelebihan lemak dalam tubuh, yang umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan atau bawah kulit, sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya (Guyton AC, Hall JE, 2012). Obesitas dapat dinilai berdasarkan perbandingan berat badan (BB) dan tinggi badan (TB), pengukuran lingkar perut, lingkar panggul, lingkar lengan atas, selain tebal lipatan kulit, subskapula, suprailiaka, biseps, maupun evaluasi lemak tubuh total dengan Bio-electrical Impedance Analysis (BIA). Obesitas dapat terjadi pada siapa saja, baik balita maupun orang dewasa. Masa remaja adalah masa yang menyenangkan, namun juga masa yang kritis dan

sulit, karena merupakan masa transisi atau peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, yang ditandai dengan perubahan aspek fisik, psikis, dan psikososial. Penanganan obesitas pada anak dan remaja ditujukan untuk mencapai berat badan yang ideal dan pengurangan BMI secara aman dan efektif serta mampu mencegah komplikasi jangka panjang akibat obesitas seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit kardiovaskuler.

Riset kesehatan dasar tahun 2013 di Indonesia didapatkan data prevalensi obesitas sebesar 7,3% dan DKI Jakarta sebagai provinsi dengan prevalensi obesitas tertinggi yaitu 4,2% serta kenaikan prevalensi obesitas sentral di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 26,6% lebih tinggi dari tahun 2007 sebesar 18,8%. Jawa Tengah termasuk provinsi dengan prevalensi obesitas tertinggi di Indonesia, pada tahun 2007 prevalensi obesitas sebesar 18,8%, tahun 2010 sebesar 25,7% dan terus meningkat hingga tahun 2013 mencapai 30,1% (Depkes RI, 2013).

Merokok merupakan salah satu kebiasaan atau pola hidup yang tidak sehat. Perilaku merokok tidak hanya menyebabkan berbagai macam penyakit tetapi juga dapat memperberat sejumlah penyakit lainnya. White dan Watt (Sari, 2003) mengungkapkan bahwa seorang perokok yang menghisap 1-9 batang perhari akan mengalami pemendekan umur sekitar 5,5 tahun. Data terakhir menunjukkan bahwa total perokok aktif di Indonesia sudah mencapai 70% dari jumlah penduduk Indonesia atau sebesar 141,44 juta orang. Perilaku merokok dianggap sebagai kebiasaan yang wajar, padahal bahaya yang ditimbulkannya sangat mengkhawatirkan. Di Indonesia, prevalensi perokok pria sebesar 68,8 % dan perokok wanita sebesar 2,6 % (Verawaty, H dan Astuti K, 2003). Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah gizi pada remaja akhir yang tergabung dalam indie band.

Metode

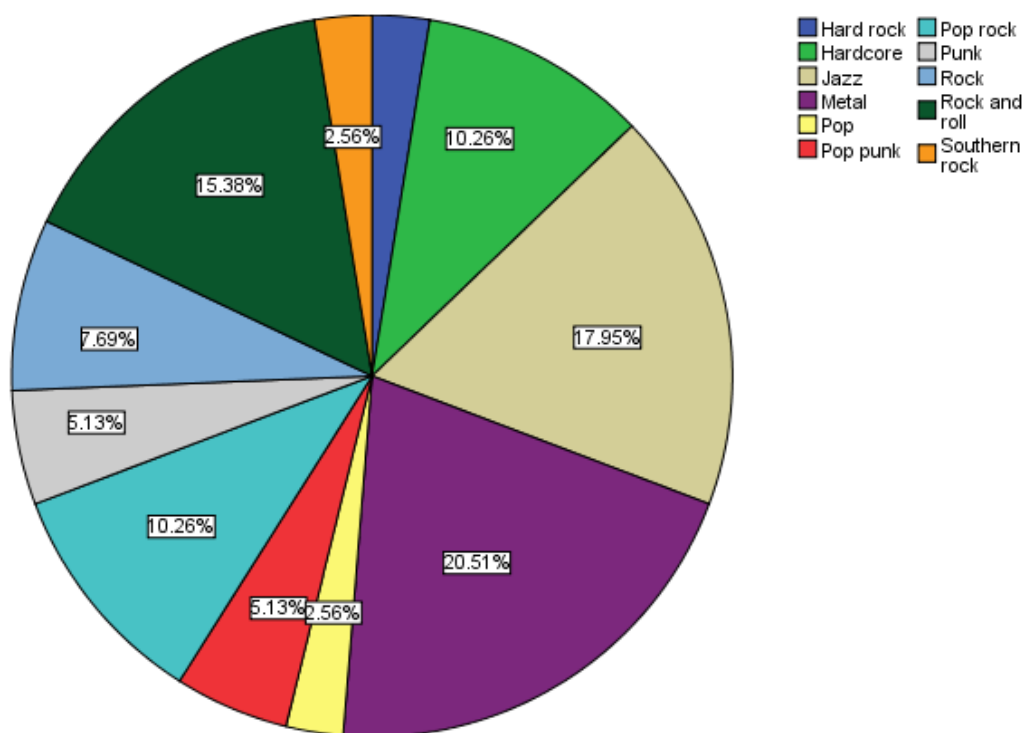
Desain potong lintang digunakan dalam penelitian ini. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Januari 2016 pada 39 remaja berusia 21-24 tahun yang tergabung dalam band indie di Kota Semarang dalam periode minimal 3 bulan. Sampel penelitian diambil dengan teknik *non random sampling* menggunakan *convenient* sampling. Variabel dalam penelitian ini adalah durasi dan persentase kandungan alkohol yang dikonsumsi, rasio lingkaran pinggang panggul (RLPP), indeks massa tubuh, perilaku merokok. Durasi mengonsumsi alkohol dikategorikan menjadi 2 yaitu > 5 tahun dan ≤ 5 tahun. Persentase kandungan alkohol dikategorikan menjadi 3 yaitu golongan A dengan kadar < 5%, golongan B dengan kadar ≥ 5% - 20%, dan golongan C dengan kadar ≥ 20% - 55%. RLPP dikategorikan menjadi berisiko (Laki-laki > 0,90 ; Perempuan > 0,85) dan tidak berisiko (Laki-laki < 0,90 ; Perempuan < 0,85). Instrumen penelitian yang digunakan lembar kuesioner, pita ukur atau metilen, timbangan *digital*. Pengambilan data dilakukan dengan observasi dan wawancara. Analisis data disajikan secara deskriptif yang dilengkapi dengan tabulasi silang menggunakan SPSS.

Hasil dan Pembahasan

Remaja akhir merupakan remaja yang sudah mantap dan stabil. Mereka sudah mengenal dirinya dan ingin hidup dengan pola hidup yang digariskan sendiri, dengan itikad baik dan keberanian, mulai memahami arah kehidupannya dan menyadari tujuan hidupnya. Selain itu, mereka sudah mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola yang jelas yang baru ditemukannya. Remaja pada tahap ini jelas memiliki perbedaan karakter yang menyolok dibanding dengan remaja awal dan tengah. Pada rentang usia remaja awal, mereka mengalami pertumbuhan jasmani yang sangat pesat dan perkembangan intelektual yang sangat intensif, sehingga minat anak pada dunia luar sangat besar dan pada saat ini remaja tidak mau dianggap kanak-kanak lagi namun belum bisa meninggalkan pola kekanak-kanakannya. Selain itu pada masa ini remaja belum tahu apa yang diinginkannya, remaja sering merasa sunyi, ragu-ragu, tidak stabil, tidak puas, dan merasa kecewa. Pada tahap remaja pertengahan kepribadian remaja masih bersifat kekanak-kanakan, namun pada usia remaja sudah timbul unsur baru, yaitu kesadaran akan kepribadian dan kehidupan badaniah sendiri. Remaja mulai menemukan nilai-nilai tertentu dan melakukan perenungan terhadap pemikiran filosofis dan etis. Maka, dari perasaan yang penuh keraguan pada usia remaja awal maka pada rentang usia ini mulai timbul kemantapan diri sendiri yang lebih berbobot. Rasa percaya diri pada remaja menimbulkan kesanggupan pada dirinya untuk melakukan penilaian terhadap tingkah laku yang telah dilakukannya. Selain itu pada masa ini remaja mulai menemukan diri sendiri atau jadi dirinya (Kartono, Kartini, 2007).

Beberapa kematangan karakter yang dimaksud, belum sepenuhnya ada pada remaja akhir yang tergabung dalam komunitas band indie. Bahkan remaja ini cenderung memiliki budaya yang dapat mengganggu kesehatan, baik jangka panjang maupun jangka pendek. Sebenarnya, musik adalah salah satu media ungkapan kesenian, musik mencerminkan kebudayaan masyarakat pendukungnya. Di dalam musik terkandung nilai dan norma-norma yang menjadi bagian dari proses enkulturasi budaya, baik dalam bentuk formal maupun informal. Musik itu sendiri memiliki bentuk yang khas, baik dari sudut struktural maupun jenisnya dalam kebudayaan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia musik adalah: ilmu atau seni menyusun nada atau suara diutarakan, kombinasi dan hubungan temporal untuk menghasilkan komposisi (suara) yang mempunyai keseimbangan dan kesatuan, nada atau suara yang disusun sedemikian rupa sehingga mengandung irama, lagu dan keharmonisan (terutama yang dapat menghasilkan bunyi-bunyi itu). Genre musik yang diambil oleh komunitas band indie di Kota Semarang dijelaskan pada gambar 1.

Genre Musik



Gambar 1. Genre Musik band indie Kota Semarang Tahun 2016.

Musisi Indonesia banyak mengadopsi budaya barat dalam menciptakan karya, kita juga memiliki banyak ketertinggalan dalam bidang ekonomi dibanding dengan negara-negara maju. Akhirnya, musik kelas bawah di utara bumi, diadaptasi oleh kelas menengah di Indonesia, karena kelas menengah memiliki kesempatan lebih untuk menintip perkembangan dunia musik luar negeri ketika itu. Ada periode tahun 90an, musik underground di Indonesia berkembang pesat, booming alpetura dan metalica, mempengaruhi anak muda Indonesia. Berhadapan dengan industri yang didominasi oleh rock melayu dan artis wanita. Maka jalur underground lah yang dipilih. Budaya underground semakin meluas, dibangunlah bagian-bagian musik alternative, dimasa itu kota-kota besar pun menjadi tempat berkembangnya komunitas musik underground pada masa itu, musik metal pun menjadi suguhan alternatif. Selain itu, sudah banyak band yang berani berekspresi dengan menempatkan isu politik dalam liriknya. Pada penelitian ini juga menunjukkan hal yang sama, bahwa genre metal merupakan genre musik yang diambil sebagian besar komunitas band indie Kota Semarang (gambar 1). Ada sekian banyak album, termasuk album kompilasi yang dirilis bersama oleh band tersebut. Panggung-panggung kecil pun sering digelar di kafe-kafe, hal ini selaras dengan pembangunan industri para kaum muda. Istilah Indie, baru populer di pertengahan tahun 90an, pada saat itu underground digantikan dengan istilah indie, mungkin istilah underground terlalu identik dengan lagu metal, maka istilah indie terkesan agak modern (Anonim, 2012). Beberapa penyimpangan terjadi selama mereka bermusik. Tidak

dapat dipungkiri bahwa hal ini juga disebabkan westernisasi. Budaya komunitas indie yang menyimpang dari kesehatan ditunjukkan pada hasil-hasil penelitian dibawah ini.

Tabel 1. Penyajian data deskriptif

| Variabel | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|---|---------|---------|---------|----------------|
| Umur responden (th) | 21 | 24 | 22.64 | .903 |
| IMT (kg/m ²) | 19.98 | 32.01 | 24.3437 | 2.62221 |
| RLPP | .83 | 1.04 | .9164 | .04627 |
| durasi konsumsi minuman beralkohol 2 (th) | | 8 | 4.72 | 1.638 |

Tabel di atas menunjukkan bahwa remaja akhir tertua yang tergabung dalam indie band adalah 24 tahun. Selain itu, ada data pendukung yang menunjukkan bahwa semua berstatus sebagai mahasiswa program sarjana.

Tabel 2. Distribusi jenis kelamin responden

| Variabel dan kategori | Frekuensi | Persen (%) |
|-------------------------|-----------|------------|
| Jenis Kelamin | | |
| laki-laki | 30 | 76,9 |
| Perempuan | 9 | 23,1 |
| Indeks Masa Tubuh (IMT) | | |
| Normal | 15 | 38,5 |
| Overweight | 13 | 33,3 |
| Obese I | 10 | 25,6 |
| Obese II | 1 | 2,6 |
| RLPP | | |
| Berisiko | 29 | 74,4 |
| Tidak berisiko | 10 | 25,6 |

Berdasarkan hasil penelitian (tabel 2) diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (76,9%), berstatus gizi lebih yang merupakan gabungan dari overweight, obese I, obese II (61,5) , dan RLPP berisiko (74,4%).

Tabel 3. Distribusi durasi konsumsi alkohol

| Kategori durasi | Frekuensi | Persen (%) |
|-----------------|-----------|------------|
| ≤ 5 tahun | 30 | 76,9 |
| > 5 tahun | 9 | 23,1 |
| Jumlah | 39 | 100 |

Dari tabel 1, responden mengkonsumsi alkohol dengan jangka paling pendek 2 tahun dan paling lama 8 tahun dengan rerata 4,72 tahun. Apabila dilihat dari kategori yang sudah ditetapkan, sebagian besar responden mengkonsumsi alkohol kurang dari 5 tahun (tabel 3). Sebuah penelitian *prospective* di Inggris yang menyatakan bahwa asupan alkohol berat (> atau = 30 g / d) memberikan kontribusi langsung terhadap kenaikan berat badan dan obesitas, terlepas dari jenis

alkohol yang dikonsumsi. Dalam penelitian tersebut juga dikatakan bahwa setelah 5 tahun dari tindak lanjut pada subyek peminum berat baru (termasuk peminum sangat berat > atau = 30 g / d) menunjukkan kenaikan berat badan terbesar dan memiliki tingkat prevalensi tertinggi dari angka *Body Mass Index* (BMI) yang tinggi. Pola perubahan berat badan pada peminum berat yang pada awalnya mengurangi konsumsinya tidak mempunyai perbedaan yang signifikan dengan mereka yang berada pada kelompok bukan atau sesekali peminum tetapi menunjukkan penurunan berat badan dibandingkan dengan peminum berat baru (Louise I, 2003).

Penelitian yang dilakukan pada 1481 wanita berusia 35-60 tahun dan 1.210 pria berusia 45-60 tahun di Perancis, menemukan bahwa hubungan antara *Body Mass Index* (BMI), *Waist-To-Hip Ratio* (WHR) dengan konsumsi alkohol cenderung menunjukkan kurva berbentuk J untuk kedua jenis kelamin, yang tercermin dalam hubungan yang sama dengan *wine* dan hubungan yang linier dengan *spirits*. Sedangkan konsumsi alkohol berjenis bir tidak berhubungan terhadap faktor-faktor *Waist-To-Hip ratio*. Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (38,5%) mengkonsumsi alkohol dengan golongan C ($\geq 20 - 55\%$).

Tabel 4. Distribusi persentase kandungan alkohol yang dikonsumsi

| Golongan alkohol | Frekuensi | Persen (%) |
|--|-----------|------------|
| andungan alkohol < 5 % (A) | 11 | 28,2 |
| andungan alkohol $\geq 5 - 20\%$ (B) | 13 | 33,3 |
| Kandungan alkohol $\geq 20 - 55\%$ (C) | 15 | 38,5 |
| Jumlah | 39 | 100 |

Tabel 5. Tabulasi silang golongan alkohol yang dikonsumsi dengan RLPP

| Golongan Alkohol | kategori RLPP | | | |
|---------------------------------------|----------------|----------|-------|--------|
| | Tidak Berisiko | Berisiko | Total | |
| golongan alkohol yang a dikonsumsi | b | 15.4% | 12.8% | 28.2% |
| | c | 7.7% | 25.6% | 33.3% |
| | | 2.6% | 35.9% | 38.5% |
| Total | | 25.6% | 74.4% | 100.0% |

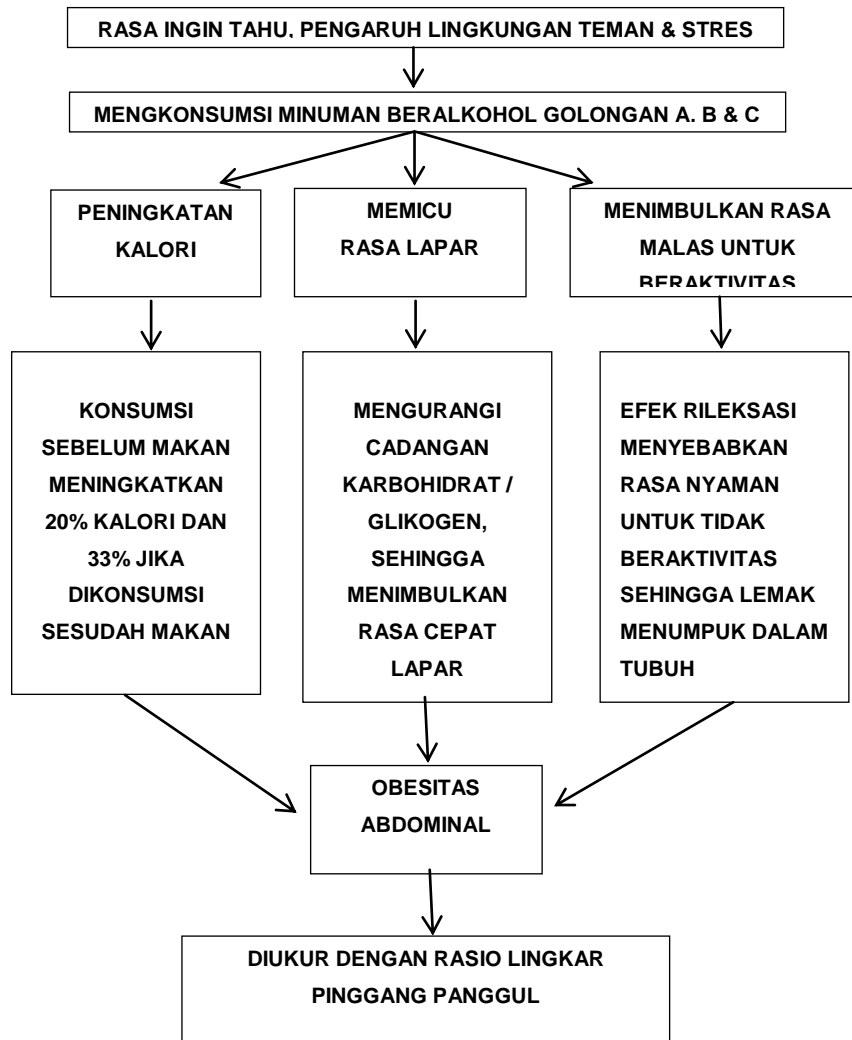
Hasil penelitian menunjukkan bahwa golongan alkohol yang tertinggi (golongan C) memberikan risiko terhadap tingginya RLPP (tabel 5). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan pada 1481 wanita berusia 35-60 tahun dan 1.210 pria berusia 45-60 tahun di Perancis, bahwa hubungan antara *Body Mass Index* (BMI), *Waist-To-Hip Ratio* (WHR) dengan konsumsi alkohol cenderung menunjukkan kurva berbentuk J untuk kedua jenis kelamin, yang tercermin dalam hubungan yang sama dengan *wine* dan hubungan yang linier dengan *spirits*. Sedangkan konsumsi alkohol jenis bir tidak berhubungan terhadap faktor-faktor *Waist-To-Hip ratio* (Esther Lukasiewicz, 2004).

Masih pada penelitian tersebut, asupan alkohol dalam kaitannya dengan *Body Mass Index* (BMI) dan *Waist-To-Hip Ratio* (WHR) dengan memperhitungkan jenis minuman alkohol yang

menunjukkan bahwa jumlah asupan alkohol berkaitan dengan IMT dan *Waist-To-Hip Ratio* (WHR), yang terlihat dalam hubungan antara IMT dan *Waist-To-Hip Ratio* (WHR) dengan konsumsi dua tipe minuman beralkohol yang diuji, yaitu *wine* dan *spirits*. Ini berarti bahwa konsumsi minuman beralkohol dapat menjadi faktor risiko obesitas (Esther Lukasiewicz, 2004). Masih dalam penelitian mendukung di Perancis juga mengatakan bahwa *Wine* adalah minuman alkohol yang paling umum dikonsumsi yang mewakili 67 % dari total asupan alkohol pada kedua jenis kelamin. Tingkat konsumsi minuman beralkohol berkaitan dengan *Waist-To-Hip Ratio* (WHR) yang lebih besar dengan Body Mass Index (BMI) sebagai faktor independen baik pada pria maupun wanita. Namun tidak ada bukti dari efek kompleks yang signifikan secara statistik dari tipe alkohol yang dikonsumsi yaitu *wine*, bir dan *spirits* pada *Waist-To-Hip Ratio* (WHR) di kedua jenis kelamin (Dallongeville J, 1998).

Obesitas abdominal atau obesitas sentral yaitu terjadinya timbunan lipid dibagian abdominal dan mengenai tubuh bagian atas sehingga berbentuk seperti apel. Sedangkan obesitas adalah kelebihan lemak dalam tubuh, yang umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan atau bawah kulit, sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya. Obesitas dapat dinilai berdasarkan perbandingan berat badan (BB) dan tinggi badan (TB), pengukuran lingkar perut, lingkar panggul, lingkar lengan atas, selain tebal lipatan kulit daerah triseps, subskapula, suprailiaka, biseps, maupun evaluasi lemak tubuh total dengan *Bio-electrical Impedance Analysis* (BIA) (Guyton AC, Hall JE, 2012).

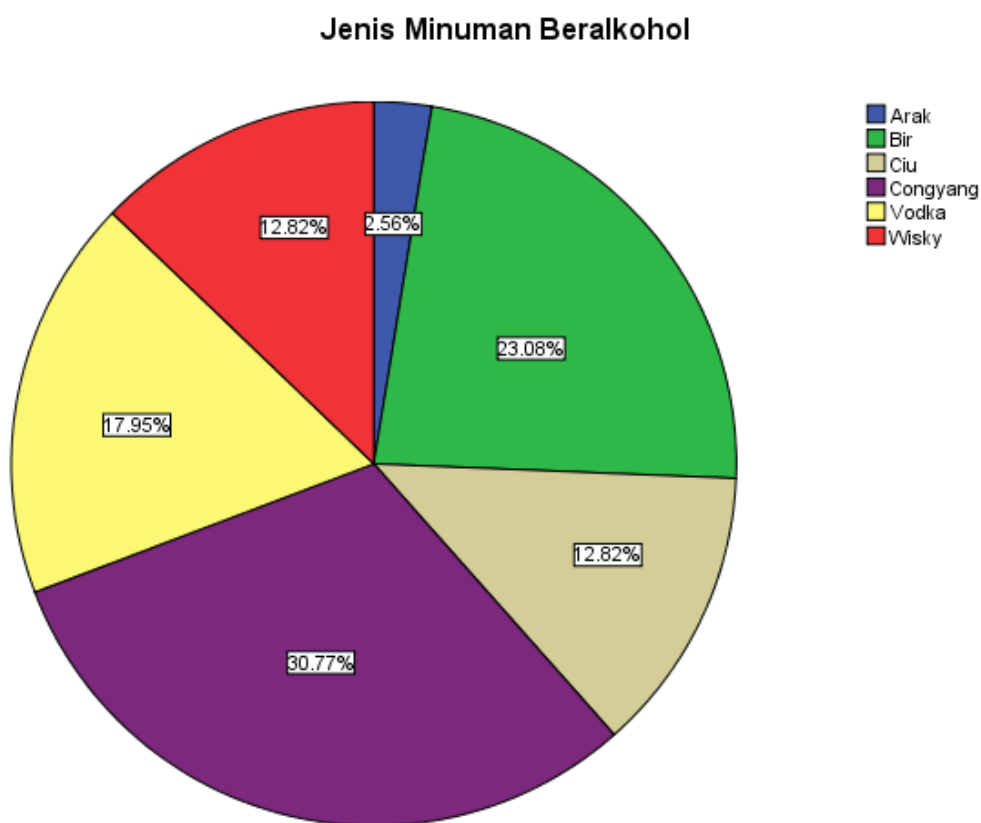
Penyebab Obesitas Abdominal yaitu adanya perubahan gaya hidup seperti tingginya konsumsi minuman beralkohol karena konsumsi minuman beralkohol merupakan salah satu faktor risiko obesitas abdominal (Rise'rus U and Erik I, 2007), kebiasaan merokok karena dapat meningkatkan kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) dalam tubuh (Xu F, Xiao MY and Youfa W, 2007), tingginya konsumsi makanan berlemak karena dapat mempengaruhi kadar lemak yang sebenarnya tidak dibutuhkan oleh tubuh (Garaulet M. Endocrine, 2001), rendahnya konsumsi sayuran dan buah karena tubuh memerlukan asupan serat yang cukup untuk mendukung proses ekskresi, sehingga apabila asupan serat tidak mencukupi kebutuhan maka tubuh akan menimbun zat – zat yang tidak diperlukan lagi (Drapeau V, 2004), kurangnya aktivitas fisik dapat mempengaruhi penimbunan kalori dalam tubuh karena tidak terjadi proses pembakaran energi secara maksimal (Besson H et al, 2009), kandungan kalori dalam alkohol menyebabkan peningkatan jumlah energi dalam tubuh karena konsumsi alkohol sebelum makan meningkatkan 20% kalori dan 33% jika dikonsumsi sesudah makan (Anonim, 2014), efek alkohol mengurangi cadangan karbohidrat atau glikogen menyebabkan rasa cepat lapar (Arundhana AI, 2015), dan efek relaksasi dari alkohol menyebabkan rasa malas untuk beraktivitas (Anonim, 2012).



Gambar 2. Patofisiologi obesitas abdominal pada pengonsumsi minuman beralkohol (Guyton AC, Hall JE, 2012)

Dari bagan patofisiologi obesitas abdominal pada pengonsumsi minuman beralkohol diatas terjadi karena adanya rasa ingin tahu, pengaruh lingkungan teman sebaya serta adanya tekanan dari permasalahan yang dihadapi atau stress, hal - hal tersebut menyebabkan remaja mengonsumsi minuman beralkohol (Kartono, Kartini, 1990). Konsumsi minuman beralkohol dapat menyebabkan peningkatan kalori karena alkohol mengandung kalori sehingga apabila dikonsumsi sebelum makan jumlah kalori akan meningkat sebesar 20%, sedangkan konsumsi alkohol setelah makan kalori akan meningkat sebesar 33%, Memicu rasa lapar karena konsumsi minuman beralkohol mengurangi cadangan karbohidrat atau glikogen yang akan menimbulkan rasa cepat lapar, dan menimbulkan rasa malas untuk beraktivitas akibat efek relaksasi dari minuman beralkohol yang menimbulkan rasa nyaman untuk tidak beraktivitas sehingga lemak menumpuk dalam tubuh. Dari semua penyebab diatas dapat menyebabkan obesitas abdominal yang diukur dengan rasio lingkaran pinggang panggul (Stuart and Sundeen, 2007).

Jenis minuman beralkohol yang sering dikonsumsi antara lain : Tuak (Minuman keras khas Indonesia hasil fermentasi dari bermacam-macam buah yang mengandung kadar alkohol 4%. Bahan-bahan tuak biasanya beras atau cairan yang diambil dari tanaman seperti nira kelapa atau aren, legen dari pohon siwalan atau tal), Arak (Merupakan minuman keras hasil fermentasi dari sari kelapa dan buah-buahan lain, kadar alkoholnya 37-50%), Ciu (Merupakan hasil fermentasi dari beras dengan kadar alkohol mencapai 50-90%), Congyang (Dihasilkan dari fermentasi beras putih, sepirit, gula pasir, perisa kopi moka, dan pewarna makanan, yang dilengkapi dengan karmoisin CI dan mengandung kadar alkohol 19,5%), Vodka (Merupakan salah satu minuman beralkohol dengan kadar yang cukup tinggi,yaitu sekitar 40%,yang dbuat dari fermentasi gandum yang disuling), Bir (Merupakan minuman yang dihasilkan melalui proses fermentasi bahan berpati dan tidak melalui proses penyulingan setelah fermentasi. Proses pembuatan bir disebut brewing dan mengandung kadar alkohol 2-5%), dan Wisky (Merupakan minuman yang terbuat dari fermentasi serealialia atau gandum yang dihaluskan dicampur air kemudian dipanaskan dan hasilnya diproses distilasi didalam tong kayu ek, dengan kadar alkohol 35-40%). Gambar di bawah ini menunjukkan jenis-jenis minuman beralkohol yang dikonsumsi komunitas band indie Semarang.



Gambar 3. Distribusi frekuensi jenis minuman beralkohol yang dikonsumsi

Sebagian besar komunitas ini mengkonsumsi congyang (30,77%). Medan punya tuak, Bali punya arak, dan Semarang punya CongYang. Minuman yang sering disebut CY ini merupakan salah satu minuman khas Semarang, yang juga digemari di luar kota. CongYang merupakan hasil

fermentasi beras dan gula pasir, sepirit, perasa kopi moka, pewarna makanan, yang dilengkapi dengan karmoisin CI No.14720, tartrazin CI No.19140, brilliant blue CI No.42090 (Anonim, 2014).

Merokok merupakan perilaku yang mengganggu kesehatan. Sebagian besar remaja disini merupakan perokok (66,7%). Beberapa kandungan dalam rokok yang mengganggu pada kesehatan adalah TAR, nikotin, dan karbonmonoxida. Kandungan nikotin mampu menstimulasi neuron untuk melepaskan dopamin dalam jumlah yang besar sehingga nikotin melekat pada neuron yang melepaskan neurotransmitter bernama dopamin. Dopamin akan menstimulasi sel kenikmatan pada otak, hal itu mempengaruhi mengapa seorang pengkonsumsi minuman beralkohol memiliki kecenderungan untuk merokok dan begitu sebaliknya (Anonim, 2014). Hal serupa juga diungkapkan tim *hello doctor* pada artikel merokok sambil minum alkohol memperparah kondisi hangover. Merokok dan mengkonsumsi alkohol pada saat yang sama meningkatkan pelepasan dopamin, yang merupakan zat kimia otak yang dapat menimbulkan rasa senang. Seseorang yang merokok dan mengkonsumsi minuman beralkohol dalam waktu yang sama menikmati keadaan dimana dia *hangover* dan tidak ingin berhenti untuk merokok dan mengkonsumsi minuman beralkohol (Tim Hello Doctor, 2014).

Tabel 6. Distribusi perilaku merokok

| Status Merokok | Frekuensi | Persen (%) |
|----------------|-----------|------------|
| Perokok | 26 | 66,7 |
| Bukan Perokok | 13 | 33,3 |
| Jumlah | 60 | 100 |

Rokok juga punya dose-response effect, artinya semakin muda usia merokok, akan semakin besar pengaruhnya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) tahun 1982 secara kohort pada 1.985 perokok dengan kelompok umur (25-75) tahun menunjukkan hasil bahwa pada pemberhentian merokok mempunyai hubungan yang kuat terhadap kenaikan berat badan. Penelitian menunjukkan bahwa makin lama seseorang merokok, dan makin banyak rokok yang dihisap setiap harinya, makin jauh perbedaan berat badan dengan yang tidak merokok. Berat badan yang rendah ini disebabkan tersebut susah untuk mendapatkan berat badan selama merokok. Akan tetapi aktivitas merokok di pada komunitas ini sebagai pelengkap saat mengkonsumsi minuman beralkohol. Dimana, setiap gram alkohol yang masuk ke dalam tubuh memberikan energi sebesar 7 kkal. Jumlah tersebut lebih banyak dibandingkan energi yang diberikan pada setiap gram protein ataupun karbohidrat. (Sandjaja, 2009).

Penutup

Remaja yang tergabung dalam komunitas band indie merupakan remaja periode akhir dengan rerata usia $22,64 \pm 0,9$ dan semua berstatus sebagai mahasiswa program sarjana. Masalah gizi yang dialami adalah overweight, obese I, obese II, obesitas abdominal. Adanya

masalah gizi tersebut dibarengi dengan perilaku kesehatan yang menyimpang yaitu konsumsi alkohol dan perilaku merokok. Jenis alkohol yang dikonsumsi, sebagian besar golongan C dan rerata durasi mengkonsumsi alkohol $4,72 \pm 1,6$.

Ucapan Terima Kasih

Untaian kata terima kasih disampaikan kepada mahasiswa-mahasiswa kami yang sudah bersama menjalankan penelitian payung bersama sehingga kita semua dapat menemukan sebuah fakta yang tersembunyi pada remaja-remaja band indie.

Daftar Pustaka

- Alrasyid, H. (2007). *Peranan isoflavon tempe kedelai, fokus pada obesitas dan komorbid*. *Majalah Kedokteran Nusantara*. 40(3):203-7.
- Anonim. (2012). Sejarah Musik Indonesia. <http://musicianarea.blogspot.co.id/2012/10/sejarah-band-indie-di-indonesia.html>.
- Anonim. (2012) . *Benarkah Minuman beralkohol Bisa Turunkan Berat Badan Tahun 2012*, <http://duniafitnes.com/fat-loss/benarkah-minuman-beralkohol-bisa-turunkan-berat-badan.html>. Diakses 1 Oktober 2015.
- Anonim. (2014). Congyang Minuman Keras Khas Semarang. <http://metrosemarang.com/congyang-minuman-keras-semarang>.
- Anonim. (2014). *Remaja, Tembakau Dan Rokok*. <http://ik.pom.go.id/v2014/artikel/REMAJA-ROKOK-Infopom.pdf>. Diakses 18 Februari 2016.
- Arundhana, A.I. (2015). *Kenali Makanan yang Membuat Anda Merasa Lapar Tahun*. <http://www.sinarharapan.co/sehat/read/140807031/kenali-makanan-yang-membuat-anda-merasa-lapar>. Diakses 1 Oktober 2015.
- Besson, H. et al. (2009). *A cross-sectional analysis of physical activity and obesity indicators in European participants of the EPIC-PANACEA study*. *Int J Obes*. 1 – 10, <http://www.nature.com/ijo/journal/v33/n4/abs/ijo200925a.html>. Diakses 4 Oktober 2015.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Laporan Nasional tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia. 2013.
- Dallongeville, J. (1998). *Influence Of Alcohol Consumption And Various Beverages On Waist Girth And Waist-To-Hip Ratio In A Sample Of French Men And Women*. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> Diakses 25 Januari 2016.
- Drapeau, V. (2004). *Modifications in foodgroup consumption are related to longterm body-weight changes*. *Am J Clin Nutr*. 80: 29 – 37, http://www.nationaldairycouncil.org/sitecollectiondocuments/research/dairy_and_weight/quebecfamilystudy-ajcn-2004.pdf. Diakses 4 Oktober 2015.
- Esther Lukasiewicz. (2004). *Alcohol intake in relation to body mass index and waist-to-hip ratio: the importance of type of alcoholic beverage*. *Public Health Nutrition*: 8(3), 315–320. <http://jnls.cup.org/> Diakses 26 Januari 2016.

- Garaulet, M. (2001). *Endocrine, metabolic and nutritional factors in obesity and their relative significance as studied by factor analysis*. *Int J Obes.* 25: 243 – 51, <http://europepmc.org/abstract/med/11410827>. Diakses 4 Oktober 2015
- Guyton, A.C., & Hall, J.E. (2012). *Buku ajar fisiologi kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Kartono & Kartini. (1990). *Psikologi Anak*. Bandung: Mandar Maju. 1990.
- Louise, I. (2003). *Alcohol, body weight, and weight gain in middle-aged men*. *Am J Clin Nutr.* 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> Diakses 26 Januari 2016.
- Oviyanti PN. *Hubungan Antara Lingkar Pinggang Dan Rasio Lingkar Pinggang Panggul Dengan Tekanan Darah Pada Subjek Dewasa Tahun 2010*, http://eprints.uns.ac.id/10863/1/Unlock-a_%282%29.pdf, Skripsi. Diakses 30 September 2015.
- Rise'rus, U., & Erik, I. (2007). Alcohol intake, insulin resistance, and abdominal obesity in elderly men. *Obesity*.15: 1766 – 1773, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2007.210/pdf>. Artikel. Diakses 4 Oktober 2015.
- Sandjaja, 2009. *Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Jakarta : Penerbit Buku Kompas.
- Xu, F., Xiao, M.Y., & Youfa, W. (2007). *The association between amount of cigarettes smoked and overweight, central obesity among Chinese adults in Nanjing, China*. *Asia Pac J Clin Nutr.* 16(2): 240 – 47, <http://search.proquest.com/openview/4bb809bd7940e4969f5e3b13c4862643/1?pq-origsite=gscholar>. Diakses 4 Oktober 2015.
- Saudale, V. (2014) . *Alkohol Oplosan Perlu Perhatian Lebih Dari Pemerintah tahun 2014*, <http://www.beritasatu.com/kesehatan/235298-alkohol-oplosan-perlu-perhatian-lebih-dari-pemerintah.html>. Diakses 29 September 2015.
- Tim Hello Doctor. (2014). *Merokok Sambil Minum Alkohol Memperparah Hangover Anda*. <https://www.hellodoctor.co.id/terbukti-merokok-sambil-minum-alkohol-memperparah-hangover-anda/>. Diakses 18 Februari 2016.
- Verawaty, H dan Astuti K (2003). Hubungan antara sikap terhadap bahaya merokok dan efikasi diri dengan intensi berhenti merokok. *Insight*. Vol I, no. 1.

GAMBARAN HIGIENE SANITASI MAKANAN DAN KEBERADAAN *Escherichia coli* DALAM PENGELOLAAN MAKANAN DI INSTALASI GIZI RSKIA SADEWA YOGYAKARTA

Yulis Keliopas Borowi¹ dan Elisabeth Deta Lustiyati¹

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Yogyakarta

Surel: elisabethdeta@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyajian makanan bagi orang sakit lebih kompleks daripada penyajian untuk orang sehat. Oleh karena itu, penyehatan makanan sebaiknya disesuaikan dengan standar Permenkes No.1096/MENKES/PER/VI/2011. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran higiene sanitasi makanan dan keberadaan *Escherichia coli* dalam pengelolaan makanan RSKIA Sadewa Yogyakarta.

Metode: Penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif observasional (pendekatan *cross sectional*). Instrumen penelitian adalah lembar observasi dan kuesioner. Teknik sampling menggunakan total sampling sebanyak 11 orang penjamah dan *purposive sampling* untuk sampel makanan jadi. Analisis univariat dilakukan pada hasil wawancara, observasi, dan laboratorium.

Hasil: Penilaian untuk tahap pemilihan dan penyimpanan bahan makanan, 100% penjamah telah memenuhi syarat. Tahap pengolahan bahan makanan 54% penjamah telah memenuhi syarat. Tahap pengangkutan dan penyajian makanan jadi serta penggunaan peralatan pengolahan makanan 100% penjamah memenuhi syarat. Akan tetapi, 100% penjamah belum pernah mengikuti pelatihan higiene sanitasi makanan dan hasil uji laboratorium dari 30 sampel makanan terdapat 2 sampel positif *E. coli*.

Simpulan: Semua penjamah makanan telah memenuhi syarat pada tahap pemilihan dan penyimpanan bahan makanan, pengangkutan dan penyajian makanan jadi, serta tahap penggunaan peralatan pengolahan makanan. Sebagian penjamah belum memenuhi syarat pada tahap pengolahan makanan. Semua penjamah belum pernah mengikuti pelatihan higiene sanitasi makanan.

Kata Kunci: higiene sanitasi makanan, penjamah makanan

ABSTRACT

Background: The problem of serving foods to sick people is very complex, so there there was standardization of food process based on regulation Number.1096/MENKES/PER/VI/2011. Purpose research was to describe hygiene and sanitation food and the existence of *Escherichia coli* in the food processing at RSKIA Sadewa Yogyakarta.

Methods: This research has observational descriptive method by cross-sectional design, using observation and questioner sheets, and laboratory research. This research using total sampling research for 11 persons and *purposive sampling* technique for food sampling. Data analysis by univariate.

Results: Phase of raw food selection, there is 100% of food handler have qualified. For raw food handling, all of food handler have qualified. There is 54% food handler have not qualified for processing food. All of the food handler have qualified for distribution and food serving. For food equipment utilization there is 100% of food handler have qualified. All of the food handler never had attended a hygiene and food sanitation course. Laboratory test of 30 food samples there were *E. coli* in the yellow spice tempeh and red bean soup.

Conclusion: The food handlers have qualified for raw food selection and handling, distribution and food serving, and food equipment utilization. Partially of food handler have not qualified for food processing and all of food handler never been trained for food sanitation.

Key Words: hygiene and food sanitation, food handler

Pendahuluan

Sistem penyelenggaraan makanan institusi adalah program terpadu dari perencanaan menu, pengadaan bahan makanan, pengolahan bahan makanan, penyajian makanan dan minuman, penggunaan sarana serta metode dalam penyediaan makanan (Siregar & Rotua, 2015). Selain harus bergizi, makanan harus bebas dari cemaran kimia, mikrobiologi dan bahan lainnya. Cemaran mikrobiologis dapat mencemari pangan melalui air, debu, udara, tanah dan alat-alat pengolahan (selama proses produksi dan penyiapan), salah satunya bakteri yang terkait dengan pencemaran makanan adalah *Escherechia coli*.

Pemerintah mengatur tentang penyehatan makanan di rumah sakit dalam Permenkes No.1096/MENKES/PER/VI/ 2011 pasal satu (1) ayat dua (2) Pengelolaan makanan adalah rangkaian kegiatan yang meliputi penerimaan bahan mentah atau makanan terolah, pembuatan, pengubahan bentuk, pengemasan, pewadahan, pengangkutan dan penyajian. Ayat (3). Bahan makanan adalah semua bahan baik terolah maupun tidak yang digunakan dalam pengolahan makanan, termasuk bahan tambahan makanan. Penjamah makanan adalah orang yang berperan penting dalam upaya penyehatan makanan, karena mereka secara langsung mengelola makanan. Penyajian makanan kepada orang sakit memiliki aspek yang lebih detail dan kompleks daripada penyajian makanan bagi orang sehat. Hal tersebut berhubungan dengan penurunan nafsu makan serta sisi metal pasien yang berubah akibat penyakit yang diderita, atau akibat dari reaksi obat-obatan atau terapi diet yang dijalani oleh pasien rawat inap.

Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA) Sadewa Yogyakarta merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Sleman, DIY dengan pelayanan meliputi UGD 24 jam, Rawat Jalan, Rawat Inap, USG, Imunisasi, KB, Laboratorium, Fisioterapi, Pijat Bayi, Senam Nifas, Senam Hamil, Salon Pasca persalinan, foto terapi, Farmasi, Instalasi gizi dan Operasi dengan kapasitas tempat tidur pasien Rawat Inap yaitu sebanyak 53 tempat tidur. Instalasi Gizi yang terdiri dari 11 orang penjamah makanan memiliki peran dalam penyediaan makanan bagi pasien rawat inap di RSKIA Sadewa Yogyakarta.

Metode

Metode dalam penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan pendekatan *Cross – Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah penjamah makanan di instalasi gizi RSKIA Sadewa dan makanan jadi hasil pengolahan instalasi gizi. Teknik pengambilan sampel untuk hygiene dan sanitasi makanan menggunakan total sampling yaitu 11 orang penjamah makanan, dan teknik pengambilan sampel untuk keberadaan *Escherichia coli* menggunakan *purposive sampling* yaitu 6 (enam) jenis makanan jadi hasil olahan instalasi gizi yang disediakan bagi pasiew rawat inap yaitu makanan kering/gorengan 1 (satu) potong, makanan berkuah 1 (satu) potong + kuah satu sendok sayur, makanan cair 1 (satu) sendok sayur, Nasi 100 gram dan minuman 100 cc. Proses pengambilan sampel dilakukan selama enam hari berturut-turut.

Pengambilan data penelitian hygiene sanitasi makanan menggunakan instrument dalam bentuk lembar observasi tentang hygiene sanitasi makanan berdasarkan Permenkes 1096/MENKES/PER/VI/ 2011 dan Permenkes No. 715/MENKES/SK/V/2003 dengan beberapa aspek yaitu :pemilihan bahan baku, pengolahan bahan makanan, pengangkutan dan penyajian makanan, peralatan pengolahan makanan serta pelatihan higiene sanitasi makanan oleh penjamah makanan. Pengamatan langsung dilakukan oleh peneliti terhadap semua penjamah makanan selama enam hari berturut-turut. Pengambilan data keberadaan *Escherichia coli* menggunakan uji laboratorium yang dilakukan oleh Laboratorium Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

Hasil dan Pembahasan

Observasi penelitian dengan judul gambaran *hygiene* sanitasi makanan dan keberadaan *Escherichia coli* dalam pengelolaan makanan di instalasi Gizi RSKIA Sadewa Yogyakarta, maka penelitian ini peneliti hanya melakukan observasi tentang pemilihan bahan makanan yang dilakukan oleh petugas/penjamah makanan saat pengelolaan makanan selama enam (6) hari yang bertempat di Instalasi Gizi RSKIA Sadewa Yogyakarta dengan hasil sebagai berikut :

Pemilihan Bahan Makanan

Tabel 1. Higiene sanitasi penjamah makanan pada tahap pemilihan bahan makanan

| Variabel | Pemilihan bahan makanan | | Jumlah |
|---|-------------------------|-----|--------|
| | MS | TMS | |
| Umum; | | | |
| a. Kondisi fisik bahan makanan baik | | | |
| b. Kondisi Fisik Bahan Makanan kemasan terdapat lebel BPOM/PIRT (Sumber Jelas) | | | |
| c. Bahan maknan disimpan terpisah dan jauh dari bahan kimia berbahaya | 11 | 0 | 11 |
| d. Bahan kemasan olahan pabrik (berasal dari sumber yang resmi) | | | |
| Khusus; | | | |
| 1. Terdapat bahan makanan yang disimpan tidak terpisah dari bahan kimia berbahaya | | | |

MS = Memenuhi Syarat

TMS = Tidak Memenuhi Syarat

Tahap pemilihan makanan dianggap memenuhi syarat hygiene sanitasi makanan apabila skor yang diperoleh untuk setiap penjamah berdasarkan penilaian dari lembar observasi minimal 120. Melalui hasil pengolahan data diperoleh semua penjamah Memenuhi Syarat pada tahap pemilihan bahan baku makanan. Pemilihan bahan makaan yang dilakukan di Instalasi Gizi RSKIA

Sadewa pada umumnya sudah baik dimana semua bahan makanan yang digunakan hanya untuk keperluan sehari dan bahan makanan kering dan basa selalau disimpan terpisah dan jauh dari bahana kimia berbahaya.

Pengolahan Bahan Makanan

Cara pengolahan makanan yang baik adalah tidak terjadinya kerusakan makanan sebagai akibat cara pengolahan yang salah dan mengikuti kaidah atau prinsip-prinsip *hygiene* dan sanitasi yang baik atau disebut GMP (*Good manufacturing practice*) (Daryanto & Mondiantun, 2015).

Tabel 2. Higiene sanitasi penjamah makanan pada tahap pengolahan bahan makanan

| Variabel | Pengolahan bahan makanan | | Jumlah | Ket |
|---|--------------------------|-----|--------|-----|
| | MS | TMS | | |
| Umum; | | | | |
| a. Tenaga pengolah memakai pakaian kerja dengan benar dan cara kerja yang bersih meliputi celemek, sarung tangan, tutup kepala dan masker | 6 | 5 | 11 | |
| b. Pengambilan makanan menggunakan alat khusus | | | | |
| c. Menggunakan peralatan dengan benar | | | | |
| Khusus; | | | | |
| 1. Terdapat tenaga pengolah makanan yang tidak memakai sarung tangan, tutup kepala dan masker, dan celemek hanya terdapat satu buah saja yang dipakai secara bergantian | | | | |
| MS = Memenuhi Syarat | | | | |
| TMS = Tidak Memenuhi Syarat | | | | |

Hasil observasi terhadap sebelas (11) orang penjamah makanan selama enam (6) hari terdapat enam petugas pada saat bekerja dalam pengolahan bahan makanan menggunakan sarung tangan, masker, celemek dan berpakaian bersih dan rapi dan menggunakan tutup kepala jilbab, menggunakan peralatan sesuai dengan peruntukannya atau setiap mengambil makanan menggunakan alat khusus dan selalu digunakan dengan benar. Hygiene sanitasi pada tahap pengolahan makanan yang dilakukan oleh penjamah dianggap memenuhi syarat apabila skor observasi yang diperoleh minimal 90. Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh keenam penjamah makanan tersebut memenuhi syarat hygiene sanitasi pada tahap pengolahan makanan. Akan tetapi, lima (5) penjamah makanan yang lain mendapatkan skor hygiene sanitasi tahap pengolahan makanan kurang dari 90. Hasil observasi diperoleh kelima penjamah makanan tersebut didapati tidak menggunakan sarung tangan, masker, celemek namun menggunakan tutup kepala dengan memakai jilbab, celemek yang digunakan hanya terdapat satu celemek dan selalu digunakan secara bergantian, demikian dengan sarung tangan yang disediakan oleh manajemen terbatas kadang ada kadang tidak ada sama sekali.

Alat pelindung diri (APD) merupakan kelengkapan yang wajib digunakan pada saat bekerja sesuai bahaya dan resiko kerja untuk menjaga keselamatan kerja itu sendiri dan orang sekelilingnya.

Hasil observasi penelitian terhadap sebelas (11) petugas penjamah makanan yang bekerja di instalasi gizi, tidak memenuhi syarat (11) karena terdapat sepuluh (10) petugas pada saat bekerja dalam mengolah makanan tidak menggunakan sarung tangan, masker dan Celemek, celemek hanya terdapat satu perlengkapan yang digunakan oleh sepuluh (10) petugas secara bersama dengan cara bergantian, *hair net*(Jala Rambut) tidak digunakan oleh semua petugas namun semua petugas menutup kepala dengan menggunakan jilbab menjadi tutup kepala dan Pakaian kerja khusus bagi penjamah makanan tidak ada, yang ada hanya pakaian karyawan yang digunakan untuk semua petugas RSKIA.

Penjamah makanan adalah orang yang secara langsung berhubungan dengan makanan dan peralatan mulai dari tahap persiapan, pembersihan, pengolahan pengangkutan sampai penyajian(Sumantri, 2015). Dalam proses pengolahan makanan, peran dari penjamah makanan sangatlah besar perannya. Penjamah makanan ini mempunyai peluang untuk menularkan penyakit. Banyak infeksi yang ditularkan melalui penjamah makanan, antara lain *Staphylococcus aureus* ditularkan melalui hidung dan tenggorokan, kuman *Clostridium perfringens*, *Streptococcus*, *Salmonella* dapat ditularkan melalui kulit.

Pengangkutan dan Penyajian Makanan Jadi

Makanan matang yang akan disajikan jauh dari tempat pengolahan makanan, memerlukan pengangkutan yang baik agar kualitas makanan tersebut tetap terjaga. Prinsip pengangkutan makanan matang/ siap saji adalah sebagai berikut (Daryanto & Mondiantun, 2015) :

1. Setiap makanan mempunyai wadah masing-masing. Isi makanan tidak terlampau penuh untuk mencegah tumpah. Wadah harus mempunyai tutup yang rapat dan tersedia lubang hawa (ventilasi) untuk makanan panas. Uap makanan harus dibiarkan terbuang agar tidak terjadi kondensasi. Air uap kondensasi merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri sehingga makanan menjadi basi.
2. Wadah yang digunakan harus utuh, kuat dan ukurannya memadai dengan makanan yang ditempatkan dan tidak berkarat atau bocor
3. Pengangkutan untuk waktu yang lama harus diatur suhunya dalam keadaan tetap panas 60^oC atau tetap dingin 4^oC
4. Wadah selama perjalanan tidak dibuka sampai tempat penyajian
5. Kendaraan pengangkut disediakan khusus dan tidak bercampur dengan keperluan mengangkut bahan lain.

Hasil observasi penelitian terhadap pengangkutan dan penyajian makanan yang dilakukan di instalasi Gizi RSKIA Sadewa Yogyakarta, berdasarkan karakteristik makanan antara lain makanan cair/bubur sumsum, makanan kering/gorengan, makanan berkuah/sayur, nasi putih dan air putih.

Penjamah makanan dianggap memenuhi syarat hygiene sanitasi pada tahap pengangkutan dan penyajian makanan apabila skor observasi yang diperoleh minimal 80.

Tabel 3. Higiene sanitasi penjamah makanan pada tahap pengangkutan dan penyajian makanan jadi

| Variabel | Pengangkutan dan penyajian makanan | | Jumlah | Ket |
|---|------------------------------------|-----|--------|-----|
| | MS | TMS | | |
| Umum; | | | | |
| a. Makanan saat disajikan dalam keadaan hangat | 11 | 0 | 11 | |
| b. Wadah makanan dan penjamah menggunakan peralatan yang bersih menggunakan alat khusus | | | | |
| c. Pengangkutan makanan menggunakan tutup | | | | |
| d. Semua makanan mempunyai tempat penyimpanan. Yang bersih. | | | | |
| Khusus; | | | | |
| 1. Makanan yang disajikan dalam keadaan hangat panas | | | | |

MS = Memenuhi Syarat
TMS = Tidak Memenuhi Syarat

Hasil observasi diperoleh bahwa 100% penjamah memenuhi persyaratan hygiene sanitasi pada tahap pengangkutan dan penyajian makanan jadi. Pengangkutan dan penyajian makanan sudah baik, dimana makanan yang siap disajikan selalu ditempatkan di tempat yang terpisah, bersih dan jauh dari bahan kimia berbahaya, namun semua penjamah pada saat pengangkutan dan penyajian, semua petugas tidak memiliki pakaian khusus ataupun didalam instalasi Gizi selalu menggunakan pakaian yang sama.

Peralatan Pengolahan Makanan

Peralatan yang memadai dapat menghemat waktu produksi, tenaga dan biaya. Dengan memiliki peralatan yang sesuai dengan kegiatan memasak yang akan dilakukan dapat berarti perbedaan antara pekerjaan yang dilakukan dengan benar, sembarangan, tidak benar atau bahkan berbahaya. Terlebih dengan kondisi peralatan yang bagus, pengaturan yang tepat, serta perawatan yang baik maka efektifitas di dapur dapat tercapai. Alat adalah semua perlengkapan dan peralatan (*kitchen equiptmen & utensil*) yang dipergunakan di dapur untuk mengolah makanan (Fransiska, 2015).

Tabel 4. Higiene sanitasi penjamah makanan pada tahap penggunaan peralatan pengolahan makanan

| Variabel | Peralatan | | Jumlah | Ket |
|---|-----------|-----|--------|-----|
| | MS | TMS | | |
| Umum; | | | | |
| a. Cara pencucian dan penyimpanan peralatan memenuhi syarat dan selalu dalam keadaan bersih sebelum digunakan | 11 | 0 | 11 | |
| b. Peralatan masak dalam keadaan utuh | | | | |
| c. Permukaan yang kontak langsung dengan makanan tidak ada sudut mati | | | | |
| d. Kondisi fisik peralatan yang kontak dengan makanan tidak tercemar bahan berbahaya atau benda asing lainnya. | | | | |
| Khusus; | | | | |
| 1. Semua peralatan dicuci dengan benar, penyimpanan pada tempatnya, tidak terdapat sudut mati, dan tidak tercemar bahan kimia berbahaya | | | | |

MS = Memenuhi Syarat

TMS = Tidak Memenuhi Syarat

Higiene sanitasi pada tahap penggunaan peralatan dalam pengolahan makanan dinilai memenuhi syarat (MS) apabila nilai skor benar minimal 80. Melalui hasil observasi diperoleh bahwa penggunaan peralatan pengolahan makanan mulai dari cara pencucian, pengeringan sudah baik dan selalau dalam keadaan bersih pada saat digunakan, peralatan pada saat digunakan terbuat dari bahan tara Pangan (*Food Grade*), tidak larut dalam suasana basa dan selalau dalam keadaan utuh atau tidak rusak, peralatan juga tidak memiliki sudut mati dan halus, dan semua peralatan masak dan makan tidak tercemar bahan berbahaya secara fisik.

Pelatihan Higiene Sanitasi Makanan bagi Penjamah

Orang yang mengelola makanan haruslah berpengetahuan dan beretikad baik, dalam memberikan pelayanan makanan. Oleh itu syarat orang yang mengelola makanan adalah (Sucipto, 2015) :

Syarat sehat secara fisik, lahir dan batin

1. Tidak berpenyakit, bisul, koreng atau luka terbuka
2. Tidak berpenyakit menular seperti kolera, dysentri, typhus perut, TBC, Influenza, penyakit mata, hidung, dan tenggorokan terutama infeksi saluran nafas atas (ISPA), abik sebagai penderita atau pembawa kuman (*carrier*)
3. Berperilaku, bersikap dan berpengetahuan yang mendukung penyerahan makanan.

Kepmenkes Nomor 1098/MENKES/VII/2003 tentang persyaratan *hygiene* sanitasi rumah makan dan restoran, menerangkan bahwa penjamah makanan wajib memiliki sertifikat kursus

penjamah makanan. Oleh sebab itu setiap penjamah makanan yang bekerja di instalasi gizi wajib mendapatkan pengetahuan/pelatihan tentang *hygiene* panjamah dan makanan.

Pejamah makanan dinilai memenuhi syarat terkait dengan pelatihan hygiene sanitasi makanan jika mendapatkan skor minimal 120. Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh bahwa semua penjamah (11 orang) belum pernah mengikuti pelatihan higiene sanitasi makanan.

Tabel 5. Higiene sanitasi penjamah makanan terkait dengan pelatihan higiene sanitasi makanan bagi penjamah makanan

| Variabel | Tenaga Kerja | | Jumlah | Ket |
|--|--------------|-----|--------|-----|
| | MS | TMS | | |
| Umum; | | | | |
| a. Kepala instalasi gizi pernah mengikuti kursus <i>hygiene</i> sanitasi makanan atau HACCP | 0 | 11 | 11 | |
| b. Supervisor pernah mengikuti kursus <i>hygiene</i> sanitasi makanan atau HACCP | | | | |
| c. Semua penjamah pernah mengikuti kursus <i>hygiene</i> sanitasi makanan atau HACCP | | | | |
| d. Salah seorang penjamah makanan pernah mengikuti kursus <i>Hygiene</i> sanitasi makanan atau HACCP | | | | |
| Khusus; | | | | |
| 1. Terdapat semua penjamah makanan tidak pernah mengikuti kursus <i>hygiene</i> sanitasi makanan | | | | |
| 2. Salah seorang penjamah makanan pernah mengikuti kursus namun sudah lebih dari dua tahun | | | | |

MS = Memenuhi Syarat

TMS = Tidak memenuhi Syarat

Hasil observasi penelitian terhadap Tenaga Kerja dalam hal mengikuti pelatihan yang diikuti oleh petugas di instalasi Gizi RSKIA Sadewa Yogyakarta. Diperoleh data bahwa kepala instalasi gizi tidak pernah mengikuti kursus *hygiene* penjamah makanan atau HACCP selama bekerja di instalasi gizi RSKIA Sadewa, Supervisor tidak pernah mengikuti kursus atau pelatihan *hygiene* sanitasi makanan/ HACCP , dan semua penjamah makanan tidak pernah mengikuti kursus *hygiene* sanitasi penjamah. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 715/ MENKES/ SK/ V/ 2003 pasal lima (5) menjelaskan bahwa penjamah makanan wajib memiliki sertifikat kursus penjamah makanan yang dapat atau diperoleh dari institusi penyelenggaraan kursus sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Tenaga penjamah makanan yang bekerja di Jasa Boga golongan A,B dan C harus mengikuti kursus penjamah makanan yang diselenggarakan oleh institusi penyelenggara yang sesuai dengan Permenkes Nomor 1098/ MEMKES/ SK/ VII/ 2003.

Hasil observasi penelitian ini didapati semua penjamah makanan 100% tidak memenuhi syarat (TMS) karena penjamah tidak pernah mengikuti kursus penjamah makanan dan tidak memiliki sertifikat, sedangkan dalam Permenkes 715/ MENKES/ SK/ V/ 2003 pasal lima (5) menjelaskan bahwa penjamah makanan wajib memiliki sertifikat kursus penjamah makanan yang dapat diperoleh dari institusi penyelenggaraan kursus sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Kepala Instalasi atau penanggungjawab Instalasi Gizi RSKIA Sadewa Yogyakarta belum pernah mengikuti kursus *hygiene* sanitasi makanan atau HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*) dan tidak memiliki sertifikat. Oleh sebab itu 100% tidak memenuhi syarat (TMS) Permenkes 715/ MENKES/ SK/ V/ 2003 pasal empat (4) menerangkan dengan sangat jelas bahwa Jasa boga harus mempekerjakan seorang penanggungjawab yang mempunyai pengetahuan *hygiene* sanitasi makanan dan memiliki sertifikat *hygienesanitasi* .

Selain hasil dari penelitian ini ada beberapa studi yang dilakukan oleh (Sugiharti, Djarismawati & Bambang, 2004) dengan judul penelitian yaitu pengetahuan dan perilaku penjamah tentang *hygiene* sanitasi pengolahan makanan pada Instalasi Gizi Rumah Sakit di Jakarta dari hasil penelitian disimpulkan bahwa proses pengolahan makanan di tiga rumah sakit penelitian tersebut diperoleh bahwa *hygiene* sanitasi makanan belum memenuhi syarat, tempat pengolahan belum memenuhi syarat serta kurangnya pengawasan serta pembinaan proses pengolahan bahan makanan bagi semua penjamah makanan.

Kemungkinan menurut (Sugiharti, Djarismawati & Bambang, 2004)hal ini disebabkan oleh kurangnya pengawasan serta pembinaan dalam proses pengolahan makanan bagi semua penjamah makanan dalam hal mengikuti kursus/ pelatihan *hygiene* sanitasi makanan bagi semua petugas/penjamah dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan penjamah.

Keberadaan *Escherichia coli* Pada Makanan

Kontaminan biologis adalah organisme hidup yang menimbulkan kontaminasi dalam makanan. Organisme hidup yang sering menjadi kontaminan atau pencemaran bervariasi, mulai dari yang berukuran yang cukup besar seperti serangga, sampai yang amat kecil seperti mikroorganisme, mikroorganisme adalah pencemar yang harus diwaspadai, karena keberadaannya dalam makanan sering tidak disadari, sampai menimbulkan akibat-akibat yang tidak diinginkan(Purnawijayanti, 2012).

Pengambilan sampel makanan dan minuman dilakukan oleh petugas laboratorium Kesehatan Sleman yang berkompeten, kemudian di bawa dan dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui keberadaan *Escherichia coli* pada jenis makanan Kering (Goreng), makanan Cair (Bubur), Makanan Berkuah (Sayur), Nasi Putih dan Air minum (Air putih). Pada Tabel 6 berikut ini

adalah hasil pemeriksaan keberadaan *Escherichia coli* yang dilakukan di laboratorium kesehatan Kabupaten Sleman.

Tabel 6. Distribusi keberadaan *escherichia coli* makanan jadi bagi pasien rawat inap di instalasi gizi RSKIA Sadewa.

| Hari Pengambilan | Kriteria Makanan | Jenis | Keberadaan <i>E.coli</i> | |
|------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|-------|
| | | | Ada | Tidak |
| 1.a | Air Minum | Air Putih | | (-) |
| 1.b | Nasi Putih | Nasi Putih | | (-) |
| 1.c | Makanan Cair | Bubur Sumsum | | (-) |
| 1.d | Makanan Berkuah | Sop Jamur | | (-) |
| 1.e | Makanan Kering/Gorengan | Ayam goreng | | (-) |
| 2.a | Air Minum | Air Putih | | (-) |
| 2.b | Nasi Putih | Nasi Putih | | (-) |
| 2.c | Makanan Cair | Bubur Sumsum | | (-) |
| 2.d | Makanan Berkuah | Soto | | (-) |
| 2.e | Makanan Kering/Gorengan | Perkedel | | (-) |
| 3.a | Air Minum | Air Putih | | (-) |
| 3.b | Nasi Putih | Nasi Putih | | (-) |
| 3.c | Makanan Cair | Bubur Sumsum | | (-) |
| 3.d | Makanan Berkuah | Sop macaroni | | (-) |
| 3.4 | Makanan Kering/gorengan | Tempe bumbu kuning | (+) | |
| 4.a | Air Minum | Air Putih | | (-) |
| 4.b | Nasi Putih | Nasi Putih | | (-) |
| 4.c | Makanan Cair | Bubur Sumsum | | (-) |
| 4.d | Makanan Berkuah | Sop kacang merah | (+) | |
| 4.e | Makanan Kering/Gorengan | Tahu Cripsy | | (-) |
| 5.a | Air Minum | Air Putih | | (-) |
| 5.b | Nasi Putih | Nasi Putih | | (-) |
| 5.c | Makanan Cair | Bubur Sumsum | | (-) |
| 5.d | Makanan Berkuah | Sop sawi bakso | | (-) |
| 5.e | Makanan Kering/Gorengan | Perkedel | | (-) |
| 6.a | Air Minum | Air Putih | | (-) |
| 6.b | Nasi Putih | Nasi Putih | | (-) |
| 6.c | Makanan Cair | Bubur Sumsum | | (-) |
| 6.d | Makanan Berkuah | Sayur bayem | | (-) |
| 6.e | Makanan Kering/Gorengan | Tuna goreng | | (-) |

Hasil pemeriksaan Laboratorium terhadap 30 sampel makanan dengan kriteria yaitu makanan kering/goreng, makanan berkuah/Sayur, makanan cair/bubur, air minum dan nasi putih , dan hasil pemeriksaan sampel makanan minuman di dapat terkontaminasinya *E.Coli* pada

makanan kering/gorengan yaitu makanan tempe bumbu kuning pada hari ke tiga observasi, dan makanan sop kacang merah pada hari ke empat positif mengandung *E.coli*.

Proses pengolahan bahan makanan tempe bumbu kuning sudah baik, dimana semua bumbu yang digunakan sudah dicuci terlebih dahulu pada air panas, kemudian bumbu-bumbu tersebut dihaluskan, kemudian air dipanaskan hingga mendidih dan bumbu halus dimasukan, dan ditunggu sampai air surut, dan di tiris kemudian di angkat lalu di tusuk menggunakan lidi dan selanjutnya di goreng jadi makanan kering.

Begitupula proses pengolahan makanan berkuah sayur sop kacang merah, dimana kacang merah yang digunakan sesuai dengan kebutuhan pasien rawat inap sebanyak 1 kg di cuci pada air mengalir, kemudian kacang tersebut di rebus sampai ½ jam setelah matang di tiriskan, kemudian wortel dan kentang direbus tidak terlalu lama, bihun yang akan dicampur di cuci lalu direndam menggunakan air panas hingga lembek, kemudian direbus air panas pada panic, setelah mendidih petugas masukan bawang putih, kacang merah, wortel dan kentang dan dimasukin sayur kol secukupnya.

Pengolahan makanan tempe bumbu kuning dan sayur sop kacang merah sudah baik, dimana sudah dikelola sesuai dengan prinsip *hygiene* sanitasi makanan, namun pada saat observasi tidak ditemukan penjamah yang menggunakan sarung tangan dalam mengolah makanan, tidak mencuci tangan pada saat memegang makanan kering dan benda lainnya.

Selain hasil dari penelitian ini, didukung oleh hasil penelitian I Made Djaja(Djaja, 2008)diperoleh kontaminasi *E.coli* pada sampel penelitian tersebut terkontaminasi karena perilaku tidak mencuci tangan atau dari tangan pengolah, kontaminasi bahan makanan, kontaminasi dari air, dan kontaminasi makanan baru matang.

Penutup

Semua penjamah makanan telah memenuhi syarat pada tahap pemilihan bahan makanan, pengangkutan dan penyajian makanan jadi, serta tahap penggunaan peralatan pengolahan makanan. Sebagian penjamah belum memenuhi syarat pada tahap pengolahan makanan dan semua penjamah belum pernah mengikuti pelatihan higiene sanitasi makanan.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti menyampaikan terima kasih atas bantuan pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian ini, khususnya kepada Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat UNRIYO, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan UNRIYO, dan Direktur RSKIA SADEWA untuk kesempatan dan perijinan yang diberikan untuk melakukan penelitian di RSKIA Sadewa.

Daftar Pustaka

- Daryanto & Mondiantun. (2015). *Pengelolaan Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gavamedia.
- Djaja, I. M. (2008). Kontaminasi E. coli Pada Makanan Dari Tiga Jenis Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) di Jakarta Selatan 2003. *MAKARA*, 36-41.
- Fransiska, B. (2015). *Gizi Kuliner Dasar*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Purnawijayanti. (2012). *Sanitasi Hygiene dan Keselamatan Kerja Dalam Pengolahan Makanan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Siregar & Rotua. (2015). *Manajemen Sistem Penyelenggaraan Makanan Institusi Dasar*. Jakarta: EGC.
- Sucipto. (2015). *Keamanan Pangan Untuk Kesehatan Manusia*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sugiharti, Djarismawati & Bambang. (2004). Pengetahuan dan Perilaku Penjamah Tentang Sanitasi Pengolahan Makanan Pada Instalasi Gizi Rumah Sakit Jakarta. *Media Litbang Kesehatan*, 14.
- Sumantri. (2015). *Kesehatan Lingkungan (Edisi III)*. Jakarta: Kencana.

INTERVENSI PERAWATAN METODE KANGGURU DENGAN *SIMPLE SUPPORT BINDER* TERHADAP PROFIL STATUS GIZI BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)

Bina Melvia Girsang¹, Anita Rahmiwati²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, FK Universitas Sriwijaya

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Sriwijaya

Surel: binamelvia@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan status gizi bayi berat lahir rendah yang diberikan intervensi perawatan metode kangguru dengan *simple support binder*

Metode: Penelitian ini menggunakan desain praeksperimen dengan rancangan *one group posttest only* yang melibatkan satu kelompok subyek tanpa kontrol. Pengolahan data dilakukan secara deskriptif, dan menggunakan statistik analisis *repeated ANOVA*. Analisa statistik dilakukan dengan software *SPSS ver.16*. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 17 orang di kota Palembang dengan masa pelaksanaan penelitian pada bulan Mei – Oktober 2015.

Hasil: Mayoritas ibu berumur 22,65 tahun, dengan rata-rata umur menikah 20.65 tahun. Rata-rata ibu dengan tidak bekerja (94,1%), tingkat pendidikan ibu mayoritas adalah sekolah dasar (SD) (41,2%). Keseluruhan ibu memiliki riwayat persalinan normal (100%), dan tidak menderita penyakit selama kehamilan (100%). Hasil uji statistik pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan hasil pengukuran status gizi dinilai dari berat badan bayi berat lahir rendah setelah diberikan perawatan metode kangguru selama tujuh hari berturut-turut dengan durasi waktu 1 jam (*intermediette*) ($p = 0.000$).

Simpulan: Perlu pemberdayaan ibu dan keluarga dalam intervensi metode kangguru sehingga pertumbuhan bayi lebih optimal.

Kata kunci : bayi berat lahir rendah, *simple support binder*, status gizi, beratbadan

ABSTRACT

Background: The purpose of this study was to determine differences in the nutritional status of low birth weight babies were given intervention kangaroo care method with *simple support binder*

Methods: This study uses praeksperimen design with *one group posttest only* design that involves a group of subjects without control. Descriptive data processing and statistical analysis using *ANOVA repeated*. Statistical analysis was performed with *SPSS software ver.16*. The number of samples in this study were 17 people from Palembang district with the future implementation of other research in the May - October 2015.

Result: The majority of women 22.65 years old, with an average age of 20.65 years married. The average mother with no work (94.1%), the majority of maternal education level is elementary school (SD) (41.2%). Overall has particularly mothers of normal birth history (100%), and does not suffer from the disease during pregnancy (100%). Statistical test results in this study can disimpulkan that there are differences in the measurement of nutritional status assessed weight of low birth weight babies after being given treatment kangaroo method for seven consecutive days with a duration of 1 hour (*intermediette*) ($p = 0.000$).

Conclusion: It should be empowering mothers and families in the intervention methods of kangaroos that more optimal infant growth.

Keywords: low birth weight babies, *simple support binders*, nutritional status, weightbody

Pendahuluan

Selama ini banyak rumah sakit yang masih menerapkan metode konvensional, dimana ruangan khusus untuk bayi terpisah dari ibunya sehingga kontak ibu-bayi kurang dan mempengaruhi masalah menyusui. Hasil penelitian membuktikan bahwa jika tidak terdapat masalah medis, maka tidak ada alasan untuk memisahkan ibu dari bayinya. Bahkan makin seringnya ibu melakukan kontak fisik langsung (*skin-to-skin contact*) dengan bayi akan membantu menstimulasi hormon prolaktin dalam memproduksi ASI⁶, dengan demikian fenomena tersebut diatas perlu disiasati dengan sosialisasi manfaat perawatan metode kangguru (PMK) pada Ibu yang sedang hamil pada kunjungan antenatal.. Bayi dibiarkan menyusui sambil dipeluk dan diselimuti. Menyusui bayi dengan metode tersebut juga akan merangsang reflek menyusui bayi serta kontak kulit menstabilkan suhu tubuh bayi, kadar gula darah bayi lebih tinggi, lebih jarang menangis, lebih mudah untuk menyusui untuk jangka panjang, dan menimbulkan perasaan aman bagi bayi.

Penelitian berhasil membuktikan bahwa ibu dan bayi harus disatukan, sentuhan antara kulit bayi dengan kulit ibu, dalam kondisi bayi tidak dibungkus apapun. Menurut DR. Bergman, perawatan metode kangguru (PMK) adalah praktek yang menghadirkan suatu habitat alami pada bayi baru lahir. Dr. Bergman juga menjelaskan bahwa hal tersebut merupakan suatu paradigma yang dihasilkan oleh tradisi, budaya, dan pengalaman dengan mengamati sikap menyusui pada makhluk mamalia. Menurut Dr. Bergman pada dasarnya PMK mempunyai 3 komponen utama yaitu sentuhan kulit ke kulit, menyusui, dan dukungan dari keluarga.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain praeksperimen dengan rancangan *one group posttest only* yang melibatkan satu kelompok subyek tanpa kontrol. Pengolahan data dilakukan secara deskriptif, dan menggunakan statistik analisis *repeated ANOVA*. Analisa statistik dilakukan dengan software *SPSS ver.16*. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 17 orang dengan masa pelaksanaan penelitian pada bulan Mei – Oktober 2015.

Hasil dan Pembahasan

Responden dalam penelitian ini adalah ibu dengan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Tabel1. Distribusi rata-rata umur ibu dan umur menikah ibu (n = 17)

| Komponen | Mean | SD | Min-Maks | 95CI |
|------------------|-------|------|----------|-------------|
| Umur Ibu | 22,65 | 4,93 | 17-35 | 20,11-25,19 |
| Umur Menikah Ibu | 20,65 | 5,03 | 15-34 | 18,06-23,24 |

Berdasarkan tabel diatas bahwa rata-rata umur ibu dengan BBLR 22,65 tahun, dengan umur maksimal 35 tahun. Rata-rata umur menikah ibu dengan BBLR 20,65 tahun dengan umur maksimal 34 tahun.

Tabel 2. Distribusi frekuensi status pekerjaan ibu, tingkat pendidikan, riwayat persalinan, riwayat penyakit (n = 17)

| Komponen | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------|-----------|----------------|
| Status Pekerjaan Ibu | | |
| Bekerja | 1 | 5,9 |
| Tidak Bekerja | 16 | 94,1 |
| Tingkat Pendidikan | | |
| SD | 7 | 41,2 |
| SMP | 4 | 23,5 |
| SMU | 5 | 29,4 |
| PT | 1 | 5,9 |
| Riwayat Persalinan | | |
| Normal | 17 | 100 |
| Riwayat Penyakit | | |
| Tidak Ada | 17 | 100 |
| Jenis Kelamin Bayi | | |
| Laki-laki | 8 | 47,1 |
| Perempuan | 9 | 52,9 |

Distribusi karakteristik ibu dengan BBLR mayoritas tidak bekerja (94,1%), dengan sebagian besar pendidikan SD (41,2%), dengan secara keseluruhan ibu memiliki riwayat persalinan normal, dan tidak memiliki riwayat penyakit. Karakteristik jenis kelamin bayi dengan mayoritas jenis kelamin perempuan 9 orang bayi (52,9%)

Tabel 3. Distribusi rerata berat badan, panjang badan, lingkar lengan (lila) bayi berat lahir rendah (BBLR) (N=17)

| Waktu | Rerata BB ± SD | P |
|--------|------------------|---------|
| Hari 1 | 2195,88 ± 163,09 | < 0,001 |
| Hari 2 | 2231,76 ± 163,70 | < 0,001 |
| Hari 3 | 2256,88 ± 176,09 | < 0,001 |
| Hari 4 | 2256,88 ± 170,71 | < 0,001 |
| Hari 5 | 2341,76 ± 178,96 | < 0,001 |
| Hari 6 | 2381,76 ± 183,23 | < 0,001 |
| Hari 7 | 2414,12 ± 186,48 | < 0,001 |

Pada bagian multivariat tests menunjukkan keseluruhan hasil uji repeated ANOVA pada berat badan, panjang badan, dan lingkar lengan atas (LILA). Nilai *significancy* yang diperoleh adalah < 0,05. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa paling tidak terdapat 6 hasil pengukuran yang berbeda pada berat badan, panjang badan, dan lingkar lengan atas. Untuk mengetahui hasil pengukuran mana saja yang berbeda maka dapat diketahui dengan *pairwise comparisons* seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. Perbedaan rerata berat badan bayi berat lahir rendah (BBLR) (N=17)

| Waktu | Perbedaan Rerata BB (95%CI) | P |
|----------|--------------------------------|---------|
| Hari 1-2 | -35,88 (-54,11- -17,65) | < 0,001 |
| Hari 1-3 | -61,00 (-97,99- -24,00) | < 0,001 |
| Hari 1-4 | -103,35 (-146,27- -60,43) | < 0,001 |
| Hari 1-5 | -145,88 (-201,42- -90,34) | < 0,001 |
| Hari 1-6 | -185,88 (-250,02- -121,74) | < 0,001 |
| Hari 1-7 | -218,23 (-289,72- -146,74) | < 0,001 |
| Hari 2-3 | -25,11 (17,65-54,11) | .035 |
| Hari 2-4 | -67,47(-101,36- -33,57) | < 0,001 |
| Hari 2-5 | -110,00 (-155,91- -64,08) | < 0,001 |
| Hari 2-6 | -150,00 (-204,05- -95,94) | < 0,001 |
| Hari 2-7 | -182,35 (-243,78- -120,91) | < 0,001 |
| Hari 3-4 | -42,35 (-75,39- -9,31) | .006 |
| Hari 3-5 | -84,88 (-127,46- -42,29) | < 0,001 |
| Hari 3-6 | -124,88 (-174,87- -74,88) | < 0,001 |
| Hari 3-7 | -157,23 (-217,01- -97,46) | < 0,001 |
| Hari 4-5 | -42,529 (-64,608- -20,451) | < 0,001 |
| Hari 4-6 | -82,52 (-115,29- -49,76) | < 0,001 |
| Hari 4-7 | -114,88 (-159,09- -70,67) | < 0,001 |
| Hari 5-6 | -40,00 (-54,73- -25,26) | < 0,001 |
| Hari 5-7 | -72,35 (-98,85- -45,85) | < 0,001 |
| Hari 6-7 | -32,35 (-49,35- -15,34) | < 0,001 |

**Uji repeated Anova, Pairwise comparisons*

Pada tabel di atas didapatkan hasil perbandingan pada tiap hasil pengukuran mulai dari hari pertama sampai dengan hari ketujuh. Nilai *significancy* pada pengukuran berat badan untuk setiap perbandingan adalah sebesar 0,000 artinya bahwa terdapat perbedaan hasil pengukuran berat badan, kecuali pada hasil pengukurasi hari kedua dibandingkan dengan hari ke tiga, dan pada hari ketiga dibandingkan dengan hasil pengukuran berat badan pada hari ke empat tidak terdapat perbedaan.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa usmur minimal ibu 17 tahun dengan usia menikah minimal 15 tahun. Hasil penelitian oleh Titi Hidayati yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah. Usia reproduksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Wanita dengan umur 20 – 35 tahun merupakan umur yang aman untuk kehamilan dan persalinan karena pada umur tersebut organ reproduksi wanita telah matang. wanita dengan umur 20-35 tahun yang melahirkan bayi dismatur kemungkinan disebabkan oleh faktor ibu dengan toksemia gravidarum, hipertensi, penyakit ginjal, hipoksemi malnutrisi, anemia sel sabit, ketergantungan obat narkotik, alkohol, rokok dan faktor janin dengan kelainan kromosom, infeksi janin kronik, disotonomia familial, retardasi, kehamilan ganda, aplasia pancreas serta oleh faktor plasenta yang meliputi berat plasenta kurang, plasenta berongga, luas permukaan berkurang, plasentitis vilus, infark tumor, sindrom transfusi bayi kembar.

Mayoritas pendidikan ibu pada penelitian ini adalah sekolah dasar (SD) sebesar 41,2%. Ibu dengan pendidikan yang baik, biasanya telah mendalami tentang disiplin atau pengetahuan akan

mampu melihat hal – hal pengembangan dalam dirinya baik dalam kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya dalam hal ini perilaku dan pengetahuan akan pola hidup sehat selama kehamilan misalnya asupan gizi ibu selama hamil. Pendidikan adalah bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita – cita tertentu. Jadi dapat dikatakan bahwa pendidikan itu menuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal – hal yang menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan . Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk dalam mengambil sikap dan tindakan yang tepat dalam meningkatkan kesehatannya, dengan harapan makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap dan tindakan seseorang terhadap nilai – nilai yang baru diperkenalkan. Dengan demikian faktor pendidikan seseorang sangat mempengaruhi sikap dan tindakan dalam pengambilan keputusan.

Sebagian besar responden pada penelitian ini ibu yang tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga sebanyak 16 orang ibu (94,1%). Kondisi ibu yang bekerja akan mendapat pengalaman baik dari dirinya sendiri maupun dari rekan kerjanya. Hal ini sesuai teori¹⁶, bahwa pengalaman merupakan guru yang baik, yang bermakna bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dan pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Namun hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pekerjaan ibu dapat meningkatkan kejadian BBLR baik melalui kelelahan fisik atau stress yang timbul akibat pekerjaannya.

Pada karakteristik bayi berat lahir rendah berdasarkan jenis kelamin terdapat mayoritas berjenis kelamin perempuan (52,9%), namun tidak diteliti tentang latar belakang riwayat status gizi ibu dan ras. Jenis Kelamin. dari hasil penelitian di India, Nepal dan Sri Langka ditemukan bahwa jenis kelamin bayi berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Di India dan Nepal hubungan tersebut secara statistik bermakna, dengan berat rata-rata untuk laki-laki 66,8 gram dan 77,8 gram lebih berat dari berat badan bayi perempuan. Sementara itu Sri Langka perbedaan berat antara bayi laki-laki dan perempuan sebesar 58 gram. Ras. Bayi kulit hitam mempunyai resiko kematian 2 kali lebih besar daripada bayi kulit putih pada bulan pertama kehidupan oleh karena berhubungan dengan tingginya insidens BBLR pada wanita kulit hitam. Resiko kejadian BBLR pada kulit hitam 9,7 kali lebih tinggi bila dibandingkan dengan wanita kulit putih.

Penilaian status gizi bayi berat lahir rendah diukur dan dibandingkan dari berat badan. Pada status gizi yang dinilai dari berat badan bayi bahwa pertambahan rerata berat badan setelah diberikan intervensi perawatan metode kangguru (PMK) dengan menggunakan *simple support binder* yang dilakukan selama 7 hari selama 1 jam (*intermediette*) adalah 29,70 gr per hari. Penelitian serupa juga pernah dilakukan di Surakarta oleh Wahyuni tahun 2012 dalam Silvia et al, tentang perbandingan perawatan metode kangguru dilakukan 4 jam sehari dengan 2 jam sehari.

Kesimpulan penelitian tersebut menyebutkan terjadi kenaikan berat badan bayi setelah melakukan PMK selama 4 jam sehari dalam waktu 2 minggu dengan rata-rata kenaikan berat badan 150,86 gram setara dengan 10,77 gr per hari. Hasil penelitian ini lebih rendah jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sendiri. Hasil yang didapatkan oleh peneliti yaitu berat badan bayi meningkat 29,70 gr per hari.

Penelitian yang juga telah dilakukan oleh Suman tentang perbandingan perawatan metode kanguru terhadap peningkatan berat badan bayi dan didapatkan hasil peningkatan berat badan dengan perawatan metode kanguru 23,99 gr per hari, hasil ini juga lebih rendah dibandingkan dengan hasil yang didapatkan dalam penelitian ini. Penelitian ini dilakukan selama 7 hari dengan durasi 1 jam, sedangkan penelitian yang dilakukan Suman yaitu selama 3 hari dengan durasi 13,5 jam. Setelah dilakukan perawatan metode kanguru maka peneliti menganalisa bahwa peningkatan berat badan bayi ini akan erat kaitannya dengan peningkatan berat badan bayi dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah kemampuan bayi dalam menghisap air susu ibu (ASI), dan frekwensi pemberian ASI.

Kondisi bayi yang selalu berada dalam dekapan ibu dan dalam kondisi bila bayi sudah merasa haus dan memerlukan ASI maka bayi akan mencari sendiri puting susu ibu dalam baju kangurunya, sehingga hal ini juga membantu bayi dan memenuhi kebutuhan akan nutrisi dan cairan untuk pertumbuhan berat badan. Kemudian hal tersebut juga membantu bayi meningkatkan kemampuan dalam menyusui karena reflek menghisap bayi akan selalu terasah dan terlatih serta hubungan batin ibu dan bayi akan lebih baik lagi karena kontak langsung yang diberikan ibu kepada bayinya. Secara keseluruhan untuk keberhasilan perawatan metode kanguru itu sendiri dipengaruhi oleh nutrisi bayi yang cukup, emosional bayi dan ibu yang terjaga dengan baik, serta posisi bayi dalam perawatan metode kanguru ini akan memberikan kestabilan suhu bayi dan mencegah dari resiko hipotermi, karena suhu ibu dan suhu bayi akan saling memberikan *support* satu sama lainnya.

Penutup

Pada karakteristik ibu bahwa mayoritas ibu berumur 22,65 tahun, dengan rata-rata umur menikah 20,65 tahun. Rata-rata ibu dengan BBLR tidak bekerja (94,1%), dengan tingkat pendidikan ibu mayoritas adalah sekolah dasar (SD) (41,2%). Keseluruhan ibu memiliki riwayat persalinan normal (100%), dan tidak menderita penyakit selama kehamilan (100%). Pada karakteristik bayi bahwa rata-rata bayi berjenis kelamin perempuan (52,9%). Hasil uji statistik pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan berat badan ($p = 0,000$) hasil pengukuran status gizi bayi berat lahir rendah setelah diberikan perawatan metode kanguru selama tujuh hari berturut-turut dengan durasi waktu 1 jam (*intermediette*).

Daftar Pustaka

- Anderson., GC. (1989). Risk in mother-infant separation post birth. *Image*.21:196-199.
- Bergman, LL Linley, SR Fawcus. (2004). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to2199-gram newborns.*ActaPaediatr*. 93:779-785.
- Yamauchi Y. and Yamanouchi, I. (1990).The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables.*ActaPaediatrScand*; 79:1017-22.
- Buranasin, B. (1991). The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health*; 5(3):217-20.
- Oslislo, A. and Kaminski, K. (2000).Rooming-in: a new standard in obstetrics and neonatology. *Ginekol Pol*; 71(4):202-7.
- Hurst, N., Valentine, C., Renfro, L. et al. (1997). Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *J Perinatol*; 17(3):213-17.
- Mary., et al. (2007). *Kangaroo care at birth for full term infants: A pilot study. The American Journal of Maternal/ Child Nursing*. 32(6): 375-381. <http://www.nursingcenter.com>. Diambil pada tanggal 20 Januari 2014.
- Kaur., et al. (2002). *Intermittent kangaroo mother care in neonatal intensive care unit, Chandigarh*. diambil dari http://www.kmcindia.org/healthcare/our_objectives.html diakses tanggal 20 Januari 2014.
- Paramita., P Rahadian. (2007). *The Importance of skin to skin*.<http://asipasti.blogspot.com/feeds/comments/default>. diakses pada tanggal 20 Januari 2014.
- World Health Organization. (2003). Promoting optimal fetal development report of a technical consultation. Geneva: World Health Organization.
- Hidayati. T. (2014). Resiko bayi berat lahir Rendah pada ibu hamil kurang energi kronis di kabupaten kalimantan Selatan.Universitas Gajah mada.
- Wiknjosastro H. (2002). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Manuaba. I.G.B. (1998). Ilmu Kebidanan: Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2002). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2005). *Metode PenelitianKesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, Siti Pariani. (2001). Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta: Perpustakaan Nasional RI.
- World Health Organization, (1996), International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision, volume 2, Geneva : 129 –130.
- Silvia,Yeni Reni Putri, Elharisda, Gusnila. (2015). Pengaruh Perawatan MetodeKangguru Terhadap Perubahan Berat Badan lahir Rendah. *Jurnal IPTEK* 9(1): 1-10.

- Collins, J.W. & Richard, J.D. (1990). The Differential Effect of Traditional Risk Factors on infant Birth Weight among Blacks and Whites in Chicago. *Am.J.Public Health*.
- Suman RP, Udani R, Nanavati R. (2008). Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. *Indian Pediatrics* 45; 17–23.

PENGARUH PERSEPSI SHIFT KERJA DENGAN PERILAKU CARING PERAWAT DI RSUD AMBARAWA

Yales Yustisia Riana Anmaru¹

¹S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: Yalesyustisia21@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: *Caring* perawat merupakan bentuk kinerja perawat untuk melayani pasien, *caring* merupakan dorongan motivasi bagi individu untuk menjadi perawat, perilaku *caring* seorang perawat dipengaruhi faktor individu, faktor psikologis, faktor organisasi dan desain pekerjaan dalam hal ini adalah sistem *shift* kerja. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Ambarawa.

Metode: Desain penelitian ini *observational* yang bersifat analitik. Sampel penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap sebanyak 67 orang. Pengumpulan data menggunakan kuisioner dan dianalisis menggunakan *Chi-Square*.

Hasil: Analisis data deskriptif persepsi *shift* kerja perawat menunjukkan bahwa 54 perawat (80,59%) memiliki persepsi *shift* kerja baik, dan 13 perawat (19,41%) memiliki persepsi *shift* kerja kurang baik. Aplikasi praktek *caring* menunjukkan 27 perawat (40,29%) berperilaku *caring* baik, 34 perawat (50,75%) berperilaku *caring* cukup baik, dan 6 perawat (8,96%) berperilaku *caring* kurang baik. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat. Terlihat dari variabel persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* *P value* 0,000. Karena nilai signifikansi dibawah 5% maka dinyatakan terdapat pengaruh persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat di RSUD Ambarawa. Dimana persepsi *shift* kerja baik maupun kurang baik perilaku *caring* cukup baik.

Simpulan: Terdapat pengaruh persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat saat dinas di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa

Kata Kunci : Persepsi, *shift* kerja, perilaku *caring* perawat

ABSTRACT

Background: *Nurse Caring* is a performance of a nurse to serve patients. *Caring* is an encouragement for individuals to be a nurse. The *caring* behavior of a nurse is determined by some factors, i.e. individual, psychological, organization, and working design or work-shift. This study is intended to analyze the influence of work-shift perception toward the *caring* behavior of nurses at District General Hospital of Ambarawa.

Method: The design of this study is analytical observation. There were 67 inpatient nurses as the sample. The data were collected through questionnaires. The data were analyzed by *Chi-Square*.

Results: The descriptive data analysis of the work-shift perception shows that 54 nurses (80.59%) have a good work-shift perception, while 13 nurses (19.41%) have a less good perception of work-shift perception. The *caring* practice application indicates that there are 27 nurses (40.29%) showing good *caring*, 34 nurses (50.75%) good enough *caring*, and 6 nurses (8.96%) less good. The result of the study indicates that there is an influence of work-shift perception toward the *caring* behavior of nurses. The work-shift perception variable with *caring* behavior of nurses shows *P value* 0,000. As the significance of the value is under 5%, it can be concluded then that there is influence of work-shift perception toward the *caring* behavior of nurses at District General Hospital of Ambarawa where the work-shift perception is good and less good, while the *caring* behavior is good enough.

Conclusion: There is correlation of work shift perception with nurse's *caring* behavior when work time in Ambarawa State Hospital.

Key Words : Perception, work-shift, nurse's *caring* behavior

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan merupakan faktor penting yang menunjang kesehatan masyarakat terutama pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit. Rumah Sakit mempunyai dokter, perawat maupun tenaga kesehatan yang lain guna menunjang adanya kegiatan operasional. Ketiganya memang sangat berpengaruh terhadap penyembuhan pasien sakit, tetapi perawat adalah satu-satunya tenaga medis yang setia dua puluh empat jam memberikan pelayanannya kepada pasien. Pelayanan yang diberikan perawat sering disebut dengan istilah *caring* perawat. *Caring* perawat merupakan bentuk kinerja dari perawat untuk melayani pasien. Perilaku *caring* seorang perawat dipengaruhi oleh tiga faktor: faktor individu yang terdiri dari latar belakang pendidikan dan demografis, faktor psikologis yang terdiri dari sikap kepribadian balajar dan motivasi, faktor organisasi yang terdiri dari sumberdaya kepemimpinan imbalan struktur dan desain pekerjaan dalam hal ini adalah sistem kerja *shift*. Perawat perlu meningkatkan waktu bersama klien, berusaha untuk mengetahui tentang klien lebih banyak. Perawat dihadapkan dengan sistem kerja *shift* dengan tiga pembagian kelompok yaitu pagi, siang dan malam. Setiap *shift* perawat memiliki tugas-tugas yang harus dikerjakan baik itu tugas keperawatan maupun non keperawatan. Sistem kerja *shift* yang diterapkan yaitu pagi selama tujuh jam, siang selama tujuh jam dan malam selama sepuluh jam.

Rumah sakit umum daerah ambarawa merupakan rumah sakit tipe c. perawat yang bekerja disana tersebar dari jenjang D3,D4,S1 dan S2. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan dari 10 perawat yang bekerja di rawat inap penyakit dalam RSUD Ambarawa, 7 orang mengeluh bila bekerja pada *shift* malam, walaupun itu merupakan konsekuensi kerja mereka tetapi masih banyak yang menyatakan bahwa pada *shift* malam lebih lelah daripada *shift* pagi maupun *shift* siang, meskipun pekerjaan yang dilakukan pada *shift* malam lebih sedikit dibandingkan *shift* pagi maupun siang. Saat *shift* pagi mereka lebih bersemangat dalam menjalankan pekerjaannya. *Shift* siang perawat mengaku merasakan kejenuhan saat dinas. Tiga orang yang lain tidak mengeluh jika bekerja secara *shift* karena sudah menjadi kewajiban atas profesi yang mereka jalankan.

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah obsevasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Jumlah populasi adalah 80 perawat sedangkan sampel 67 setekah ditambah 10% untuk mengantisipasi kemungkinan responden drop out yang diambil dengan teknik *propoltional random sampling* . pengumpulan data dilakukan pada perawat pelaksana yang bekerja diruang rawat inap RSUD Ambarawa

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat rawat inap sebanyak 67 responden dengan kriteria inklusi: perawat pelaksana rawat inap di rsud ambarawa,bersedia menjadi responden penelitian, perawat dengan system kerja shift. Dan kriteria eksklusi: perawat yang sedang cutu dan sedang tugas belajar atau berada diluar kota pada saat penelitian, perawat yang sedang sakit

pada saat penelitian,perawat magang / mahasiswa,menolak menjadi responden, perawat kamar operasi dan perawat poliklinik karena sifat perawatannya berbeda.

Analisa univariat dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini variabel yang dianalisis menggunakan analisa univariat yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja. Data ini disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

Pada penelitian ini analisa bivariat digunakan untuk melihat pengaruh persepsi shift kerja dengan perilaku caring perawat.

Hasil dan Pembahasan

Tempat yang digunakann di RSUD Ambarawa yang terletak di Jl. Kartini No. 101 Ambarawa Kabupaten Semarang, dengan luas lahan 12.000 m². RSUD Ambarawa merupakan Rumah Sakit tipe C yang mempunyai kapasitas 275 tempat tidur yang berlandaskan pada visi RSUD Ambarawa “ Menjadi Rumah Sakit yang Berkualitas, Terpercaya, dan Kebanggaan Bagi Masyarakat”. Penelitian dilakukan di ruang rawat inap Anggrek, Anyelir, Teratai, Flamboyan, Mawar dan Melati.

1. Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Usia Perawat di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, Mei 2015 (N = 67)

| No. | Umur | Frekuensi | % |
|--------|-------------|-----------|-------|
| 1. | 20-30 tahun | 21 | 31,34 |
| 2. | 31-40 tahun | 36 | 53,73 |
| 3. | > 40 Tahun | 10 | 14,83 |
| Jumlah | | 67 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 1 diperoleh informasi tentang karakteristik perawat (usia) mayoritas berusia 31-40 tahun sebanyak 36 orang (53,73%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Perawat di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, Mei 2015 (n = 67)

| No. | Jenis Kelamin | Frekuensi | % |
|--------|---------------|-----------|-------|
| 1. | Laki-laki | 28 | 41,7 |
| 2. | Perempuan | 39 | 58,2 |
| Jumlah | | 67 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa jenis kelamin perawat didominasi oleh perempuan yaitu sebanyak 39 orang (58,21%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pendidikan Perawat di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, Mei 2015 (N=67)

| No | Pendidikan | Frekuensi | Presentase |
|--------|------------|-----------|------------|
| 1. | | 43 | 64,18 |
| 2. | | 24 | 35,82 |
| 3. | | 0 | 0 |
| Jumlah | | 67 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 3 diperoleh informasi tentang karakteristik perawat (pendidikan terakhir) yang paling banyak adalah D3 sebanyak 43 orang (64,18%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Masa Kerja Perawat di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, Mei 2015 (N=67)

| No. | Masa Kerja | Frekuensi | Prosentase |
|--------|------------|-----------|------------|
| 1. | 1-10 | 25 | 37,31 |
| 2. | 11-20 | 34 | 50,75 |
| 3. | 21-30 | 8 | 11,94 |
| Jumlah | | 67 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa responden didominasi oleh perawat yang memiliki masa kerja 11-20 tahun yaitu sebanyak 34 orang atau (50,75%).

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Persepsi *Shift* Kerja perawat di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, Mei 2015 (N=67)

| No. | <i>Shift</i> Kerja | Frekuensi | Prosentase |
|--------|--------------------|-----------|------------|
| 1. | Baik | 54 | 80,59 |
| 2. | Kurang | 13 | 19,41 |
| Jumlah | | 67 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5 diperoleh informasi bahwa persepsi responden terbanyak di ruang rawat inap RSUD Ambarawa (mawar, melati, teratai, flamboyan, anggrek dan anyelir) adalah responden yang menilai baik terhadap adanya persepsi *shift* kerja yaitu sebanyak 54 orang atau mencapai 80,59%.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Perilaku *Caring* Perawat di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, Mei 2015 (N=67)

| No | Pendidikan | Frekuensi | Prosentase |
|--------|------------|-----------|------------|
| 1. | Baik | 27 | 40,29 |
| 2. | Cukup | 34 | 50,75 |
| 3. | Kurang | 6 | 8,96 |
| Jumlah | | 67 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 6 diperoleh informasi bahwa responden terbanyak adalah responden dengan perilaku *caring* dalam kategori cukup sebanyak 34 orang atau 50,75%.

2. Analisis Bivariat

Tabel 7. Analisis Pengaruh persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat

| Persepsi <i>shift</i> kerja | Perilaku <i>caring</i> | | | | | | Total | | P Value |
|-----------------------------|------------------------|-----|-------|-----|--------|------|-------|-------|---------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | N | % | |
| Baik | 2 | 34, | 2 | 43, | 2 | 2,98 | 5 | 80,59 | 0,000 |
| | 3 | 32 | 9 | 28 | | | 4 | | |
| Kurang | 4 | 5,9 | 5 | 7,4 | 4 | 5,97 | 1 | 19,41 | |
| | | 7 | | 7 | | | 3 | | |
| Jumlah | 1 | 40, | 3 | 50, | 6 | 8,96 | 6 | 100 | |
| | 7 | 29 | 4 | 75 | | | 7 | | |

Berdasarkan analisis *chi square* menunjukkan ada pengaruh antara persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat dengan signifikansi 0,000. Karena nilai signifikansi dibawah 5% maka dapat dinyatakan terdapat Pengaruh Persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa. Dimana persepsi *shift* kerja baik maupun kurang perilaku *caring* cukup baik (43,28%).

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa usia responden paling banyak antara 31-40 tahun yaitu 36 orang atau (53,73%). Usia perawat secara garis besar menjadi indikator dalam kedewasaan dalam setiap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Karakteristik seorang perawat berdasarkan umur sangat berpengaruh terhadap kinerja dalam praktik keperawatan, dimana semakin tua umur perawat maka dalam menerima sebuah pekerjaan akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman. Hal ini akan berdampak pada kinerja perawat dalam praktik keperawatan pada pasien semakin baik pula (Smet, 2004 dalam Nurniningsih, 2012).

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin responden paling banyak adalah perempuan yaitu sebanyak 39 orang atau (58,21%). Dalam perilaku *caring* faktor psikologis memiliki perbedaan antara laki-laki dan perempuanperempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki.

Hasil analisis univariat terhadap pendidikan menunjukkan bahwa pendidikan terakhir D3 merupakan pendidikan paling banyak pada responden, dimana lulusan D3 biasanya memiliki keterampilan yang lebih cekatan dalam memberikan asuhan keperawatan, sebagai salah satu bentuk perilaku *caring*.Tingkat pendidikan menurut Roach (1995) memberikan pengaruh yang kuat terhadap bagaimana perilaku *caring* seorang perawat. Dengan demikian faktor pendidikan merupakan faktor penting dalam mewujudkan perilaku *caring* perawat.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa lama kerja responden paling banyak dalam rentang 11-20 tahun atau 50,75%. Masa kerja dalam rentang tersebut menunjukkan bahwa seseorang sudah merasa nyaman dan puas dengan tempat dan jenis pekerjaan yang ditekuni.

Seseorang akan menyatakan puas jika mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menilai baik terhadap adanya persepsi shift kerja yaitu sebanyak 54 orang atau (80,59%). Menurut Grandjean (2005) *shift* kerja terdiri dari pagi siang dan malam setiap bagian mempunyai kelebihan dan kekurangan. Menurut Firdaus (2005) waktu shift kerja sangat berpengaruh terhadap hal-hal yang bersifat psikologis, sosial, kesehatan, kinerja. Saksono (1991) menyatakan bahwa pekerjaan malam berpengaruh terhadap kehidupan masyarakat yang biasanya dilakukan pada siang dan sore hari. Sementara pada saat itu bagi pekerja malam digunakan untuk istirahat atau tidur, sehingga tidak dapat beradaptasi aktif dalam kegiatan tersebut. *Shift* kerja merupakan aturan yang diterapkan bagi perawat di RSUD Ambarawa, sehingga merupakan hal yang harus dilakukan oleh seorang perawat sesuai dengan jadwal *shift* yang telah ditetapkan.

Hasil penelitian menunjukkan perilaku *caring* perawat dalam kategori cukup, yaitu sebanyak 43,28%. Menurut (Qomariyah, 2012) Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku *caring* perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan *caring* diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan mengenai perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada pasien. Perilaku *caring* yang dilakukan dengan efektif dapat mendorong kesehatan dan pertumbuhan individu. Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan pasien. Perawat harus dapat melayani pasien dengan sepenuh hati dan memerlukan kemampuan untuk memperhatikan keperluan orang lain, ketrampilan intelektual, teknis dan interpersonal yang tercermin dari perilaku *caring*. Bila dalam satu *shift* kerja tenaga perawat kurang dari kebutuhan maka dapat mempengaruhi pelayanan yang diberikan pada pasien. Keadaan seperti itu akan menunjukkan reaksi kekecewaan dari para pasien. Namun di RSUD Ambarawa selalu mengadakan evaluasi mengenai *shift* kerja yang dilaksanakan serta personil yang mendapat *shift* kerja.

Hasil penelitian ini menunjukkan perawat dengan persepsi *shift* yang baik memiliki perilaku *caring* yang baik. Perilaku *caring* seorang perawat selain dipengaruhi dari faktor kognitif juga dipengaruhi oleh faktor yang mempengaruhi *caring*. Peneliti menganalisis berdasarkan faktor-faktor yang dipengaruhi *caring* yaitu faktor individu. Faktor individu dalam penelitian ini berkaitan dengan jenis kelamin perawat, perawat dengan jenis kelamin perempuan cenderung untuk melakukan aplikasi praktek *caring*. Seorang perawat dengan persepsi *shift* yang baik dapat menunjukkan perilaku *caring* yang baik pada pasien karena dipengaruhi oleh faktor psikologis. Peneliti menganalisis faktor-faktor tersebut adalah persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Persepsi merupakan sesuatu yang menjadi motivasi dari dalam diri seorang untuk berperilaku sesuai dengan konsep yang ideal menurut dirinya.

Penutup

Persepsi perawat terhadap adanya *shift* kerja yang termasuk kategori baik sebanyak 54 orang atau 80,59%, sedangkan yang dalam kategori kurang sebanyak 13 orang atau 19,41%. Perilaku *caring* perawat yang termasuk dalam kategori kurang sebanyak 2 orang atau 2,98%, dalam kategori cukup sebanyak 29 orang atau 43,28% dan dalam kategori baik sebanyak 23 orang atau 34,32%. Ada pengaruh persepsi *shift* kerja dengan perilaku *caring* perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa dengan nilai *chi square* sebesar 503,485 (P value 0,000). Nilai p value jika dibandingkan dengan signifikansi 5% memiliki nilai yang lebih kecil, sehingga hipotesis yang menyatakan terdapat Pengaruh Persepsi *Shift* Kerja Dengan Perilaku *Caring* Perawat saat dinas di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa dapat diterima kebenarannya.

Daftar Pustaka

- Ardiana A. (2010). Hubungan kecerdasan perawat dengan perilaku caring perawat pelaksana menurut persepsi pasien diruang rawat inap (internet). Diakses 22 Desember 2014. Available from <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20282484-T%20anisah%20ardiana.pdf>.
- Dwidiyanti MS. (2007). *Caring kunci sukses perawatan mengamalkan ilmu*. Semarang : hastani.
- Efitra, Reflita, Remfil, M,. (2006). Hubungan antara karakteristik individu dengan perilaku caring perawat di irna C penyakit dalam RSUP. Dr. M. Djamil padang tahun 2004. Jurnal keperawatan universitas andalas. (internet) di akses pada januari 2015
- Gibson,J.L., Ivancevixh, JM &Donnelly, J.H. (2001). *Organization Behaviour, Structure, Process*. Ed. 8th. Boston: Richard D. Irwin, pko.. Gillies , D.A. Nursing Management.
- Godkin, jennie., & Godkin, linn. (2004). Caring behavior among nurses : fostering a conversation of gestures. *Journal health care management review*.29(3),258-267. (internet).diakses pada januari 2015 http://www.nursingcenter.com/library/journalarticle.asp?article_ID=516576.
- Kodrat, K.Y. 2009. Pengaruh shift kerja terhadap terjadinya kelelahan pada pekerja pabrik kelapa sawit PT X labuhan batu, (Tesis). Universitas Sumatra Utara:Medan.
- Kuswadi, S.1997. Pengaturan tidur pekerja *shift*, cermin dunia kedokteran, no. 116/1997, 52-48.
- Lienje setyawati maurits, imam djati widodo. (2008). Factor dan penjadualan shift kerja. <http://journal.uui.ac.id/>.diakses pada januari 2015.
- Mauriritz, L.S., Ima,D.W. 2008. Factor dan penjadwalan shift kerja. *Teknoin* volume 13, (2): 11 -12 ISSN :0853-896.
- Notoatmodjo S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurachmah, E (2001). Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit. Perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI). (internet). Diakses pada januari 2015. <http://www.pdpersi.co.id/>.
- Nursalam.(2008). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.

- Potter PA. & Perry AG. (2006). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik (Yasmin, dkk, penerjemah). edisi 4. Jakarta: EGC. and their work. USA: Mosby Elsevier. (internet) diakses pada Desember 2014. Available from: [+GW+And+Sundeen+Sj+1987&hl=id&sa=X&ei=UhjrUf6zMs3trQeimIDYQC&redir_esc=y#v=onepage&q=stuart%2C%20GW.%20And%20sudeen%20Sj%201987&f=false](#).
- Safietrie, A. 2013. Studi komparatif kualitas tidur perawat *shift* dan non *shift* di unit rawat inap dan unit rawat jalan. Fakultas kedokteran universitas diponegoro : Semarang.
- Selvia, N. 2013. Perbedaan stress kerja ditinjau dari *shift* kerja pada perawat di RSUD Dr. soetomo Surabaya. Jurnal psikologi, vol 2 No,01 Februari 2013. Fakultas psikologi universitas Airlangga.Surabaya.
- Suarli, S & Yayan Bahtiar, (2008). Management keperawatan dengan pendekatan praktis. Jakarta :Airlangga.
- Tomey AN & Alligood MR. (2006). *nursing theorist and their work* .USA: Mosby Elsevier.
- Watson J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experinces. Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice (internet). diakses pada desember 2014 available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>.
- Wijaya. 2005. Hubungan antara shift kerja dengan gangguan tidur & kelelahan kerja perawat instalasi rawat darurat RS DR.Sardjito Yogyakarta (Tesis) Yogyakarta: UGM.
- Zees RF. (2011). Analisis factor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku caring perawat pelaksana diruang rawat inap RSUD Prof. Dr. H. Aloi Saboe kota gorontalo (internet). Diakses pada 16 november 2014. Available from: <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20282247-T%20rini%20fahriani%20zees.pdf>

KAJIAN AKTIVITAS OLAHRAGA MAHASISWA PADA SORE HARI PROSPEKNYA DALAM NILAI KESEHATAN JASMANI DAN ROHANI DI AREA TAMAN SUTERA UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Moch. Fahmi Abdulaziz¹, Dhimas Bagus Dharmawan¹, Gustiana Mega Anggita²

¹Pendidikan Jasmani, Kesehatan dan Rekreasi Universitas Negeri Semarang

²Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Surel: moch.fahmi.abdulaziz@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Olahraga merupakan segala kegiatan yang sistematis untuk mendorong, membina, serta mengembangkan kesehatan jasmani, rohani, dan sosial. Langkah Unnes menjadi Universitas Konservasi sudah baik untuk tata ruang dan lingkungannya. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari prospeknya dalam nilai kesehatan jasmani dan rohani di area Taman Sutera Unnes.

Metode: Survey dengan pendekatan kuantitatif, instrumen dan teknik pengumpulan data berupa kuesioner, observasi dan wawancara yang mengacu pada teori hirarki kebutuhan A.Maslow, dan analisis data yang digunakan deskriptif prosentase.

Hasil: Dari kuesioner didapat nilai sebesar 87,61% motivasi mahasiswa melakukan aktivitas olahraga karena kebutuhan fisiologis, faktor kebutuhan rasa aman juga mempengaruhi alasan area Taman Sutera menjadi pilihan karena potensi lingkungannya cukup memfasilitasi untuk beraktivitas olahraga seperti mempunyai banyak ruang yang menjadi pilihan, aman, nyaman serta memberikan nuansa sehat.

Simpulan: Aktivitas olahraga mahasiswa di area Taman Sutera Unnes pada sore hari memberikan nilai kesehatan jasmani dan rohani yang baik untuk bisa menjadi civitas akademika yang sehat, unggul dan sejahtera.

Kata Kunci: Aktivitas olahraga; kesehatan jasmani dan rohani; mahasiswa; area Taman Sutera Universitas Negeri Semarang.

ABSTRACT

Background: Sports is any activity that systematically to encourage, foster and develop the physical, spiritual, and social. Unnes step into the University of Conservation has been good for spatial planning and the environment. The purpose of this study is to describe the sporting activity of students in the afternoon prospect in the value of physical and mental health in the area Unnes Sutera Park.

Methods: Survey with quantitative approach, instruments and data collection techniques such as questionnaires, observations and interviews which refers to the need hierarchy theory A.Maslow, and data analysis used descriptive percentage.

Result: Of the questionnaire obtained a value of 87.61% student motivation to do sports activities due to the physiological needs, safety needs factors also affect the area Sutera Park reason an option because of the potential to facilitate the environment enough to engage in sports activities such as having a lot of space to be selected, safe, comfortable and gives a feel healthy.

Conclusion: The student sports activities in the area Unnes Sutera Park at afternoon give physical and spiritual health can be good for academic community a healthy, excel and prosper.

Key Words: Sporting activities; physical and mental health; students; area Unnes Sutera Park

Pendahuluan

Derajat kesehatan individu, kelompok atau masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor utama yaitu lingkungan (fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya), perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Perilaku sebagai salah satu determinin kesehatan adalah bentuk respon seseorang terhadap stimulus. Sedangkan Perilaku kesehatan adalah bentuk respon seseorang terhadap stimulus yang berupa sakit dan penyakit, makanan dan minuman, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Dalam praktik kesehatan masyarakat yakni berbagai upaya atau program kesehatan (termasuk lingkungan dan pelayanan kesehatan) selalu bersinggungan dengan perilaku. (Soekidjo, 2010:5). Terjadinya penyakit menular dan tidak menular, masalah pencemaran lingkungan, masalah kekurangan kelebihan gizi, dan sebagainya perilaku juga berkontribusi terhadap setiap masalah tersebut. Sebagai contoh terjadinya penyakit demam berdarah karena orang tidak mau melakukan 3 M, terjadinya penyakit jantung koroner karena perilaku makan, kurang berolahraga, polusi lingkungan dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, juga karena perilaku masyarakat tidak peduli terhadap lingkungannya.

Olahraga adalah segala kegiatan yang sistematis untuk mendorong, membina, serta mengembangkan potensi jasmani, rohani, dan sosial. Ada empat tujuan manusia melakukan kegiatan olahraga yaitu: 1) rekreasi yaitu manusia melakukan olahraga hanya untuk mengisi waktu senggang dan melakukan dengan gembira, santai tidak formal, baik tempat sarana maupun peraturan yang digunakan. 2) pendidikan artinya olahraga yang dilakukan formal tujuannya untuk mencapai sasaran pendidikan nasional melalui kegiatan olahraga yang telah disusun melalui kurikulum tertentu. 3) mencapai tingkat kebugaran jasmani. 4) mencapai sasaran prestasi tertentu. Seseorang menyukai olahraga tentunya mempunyai banyak alasan salah satunya adalah ingin meningkatkan kesehatan jasmani dan rohaninya, sementara itu bagi seseorang yang tidak mempunyai kegiatan biasanya orang itu akan mencari hiburan atau *refreshing* salah satunya dengan olahraga. Orang yang tidak melakukan olahraga mengemukakan berbagai alasannya, biasanya mereka terlalu sibuk dengan pekerjaan yang tidak bisa ditinggalkan yang menjadikan mereka tidak mempunyai waktu untuk melakukan aktivitas olahraga.

Olahraga memberikan kesempatan yang sangat ideal untuk menyalurkan tenaga dengan tujuan menuju kehidupan yang serasi, selaras dan seimbang untuk mencapai kebahagiaan hidup yang sehat. Olahraga merupakan unsur yang penting dalam meningkatkan perkembangan dan pertumbuhan manusia, melalui olahraga diharapkan akan mencapai tingkat kesehatan jasmani dan rohani yang lebih baik. Tubuh yang bugar dan sehat merupakan dambaan setiap orang yang ingin tampil produktif. Tuntutan tersebut nampaknya sudah semakin disadari oleh sebagian masyarakat. Hal ini terbukti dengan semakin banyaknya orang melakukan kegiatan olahraga, apalagi pada hari-hari libur seseorang cenderung melakukan kegiatan olahraga, baik secara sendiri-sendiri maupun kelompok. Olahraga banyak digemari masyarakat dari yang berusia anak-anak, remaja, sampai dewasa. Masyarakat bisa memilih olahraga yang ingin masyarakat lakukan sesuai dengan keinginan.

Sejauh ini langkah Universitas Negeri Semarang (UNNES) yang menjadi Universitas Konservasi (*Conservation University*) sudah cukup baik untuk tata pengelolaan ruangnya dan pelestarian lingkungannya terutama di area kampus Unnes Sekaran, Gunungpati yang terletak di sebelah barat, dimana pada area tersebut dibuat Taman Sutera dan di sekitarnya terdapat ruang-ruang terbuka, tata pengelolaan ruang dan pelestarian lingkungan yang cukup baik membuat area kampus Unnes sebelah barat mayoritas sebagai pusat aktivitas olahraga yang cukupnya nyaman dan baik bagi publik di sore hari untuk mengisi waktu luangnya terutama bagi mahasiswa yang telah selesai melakukan rutinitas di jam perkuliahannya. Aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes saat ini kian hari semakin terjadi perkembangan yang cukup pesat, kesejukan dan kenyamanan di sekitar area Taman Sutera Unnes terasa lengkap dengan adanya ruang terbuka publik yaitu seperti *jogging track*, lapangan *tennis* dan ruang terbuka lainnya yang cukup memadai untuk beraktivitas pada sore hari di sekitar area tersebut. Aktivitas pada sore hari yang dilakukan yaitu seperti lari dan *jogging*, aktivitas jalan, aktivitas bersepeda, aktivitas sepatu roda, aktivitas bermain *skateboard*, sepak bola, voli, beladiri, bulutangkis, tennis dan aktivitas olahraga yang lain.

Aktivitas olahraga yang dilakukan para mahasiswa di sekitar area Taman Sutera bertujuan untuk mensosialisasikan kepada masyarakat untuk hidup sehat dengan beraktivitas pada sore hari di sela-sela sibuknya perkuliahan. Mahasiswa memanfaatkan kegiatan olahraga pada sore hari untuk memaksimalkan waktu luangnya untuk berekreasi ataupun hanya sekedar menyalurkan hobinya berolahraga. Aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes juga merupakan budaya bagi mahasiswa sebagai ajang bersosialisasi dengan teman-temannya, orang-orang disekitar dan juga sebagai sarana kesehatan jasmani yang bebas, aman dan nyaman.

Berdasarkan observasi yang dilakukan, didapatkan keterangan beberapa motivasi mahasiswa melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera UNNES yang mereka lakukan karena berbagai alasan yaitu merasa senang, ingin berkeringat dan lebih segar, menjaga kesehatan, ingin menambah kekuatan fisik agar tetap kuat, ingin menurunkan berat badan, menarik perhatian orang lain, ingin mendapatkan kebugaran tubuh, agar terhindar dari penyakit, memanfaatkan waktu luang, karena kebutuhan, untuk refreshing dan menghilangkan kejenuhan dan berbagai alasan yang lainnya. Setiap kali membicarakan motivasi, hirarki kebutuhan Abraham Maslow pasti disebut-sebut. Hirarki itu didasarkan pada anggapan bahwa pada waktu orang telah memuaskan satu tingkat kebutuhan tertentu, seseorang ingin bergeser ke tingkat yang lebih tinggi, misal dalam penelitian ini dapat dilihat bahwa motivasi mahasiswa dalam melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes karena kebutuhan fisiologis. Fisiologi adalah kebutuhan biologis yang mempelajari bagaimana kehidupan berfungsi secara fisik dan kimiawi. Fisiologis menggunakan berbagai metode ilmiah untuk mempelajari biomolekul, sel, jaringan, organ, sistem organ, dan organisme secara keseluruhan menjalankan fungsi fisik dan kimiawinya untuk mendukung kehidupan.

Menurut Abraham Maslow kebutuhan fisiologi sangat mendasar, paling kuat dan paling jelas dari antara sekian kebutuhan adalah untuk mempertahankan hidupnya secara fisik, yaitu kebutuhan untuk makan, minum, tempat tinggal, sehat, tidur dan oksigen. Manusia akan menekan kebutuhannya sedemikian rupa agar kebutuhan fisiologisnya tercukupi.

Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari prospeknya dalam nilai kesehatan jasmani dan rohani pada area Taman Sutera Unnes. Dengan demikian aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman Sutera Unnes berpeluang untuk bisa memberikan kesempatan untuk mengimplementasikan bentuk aktivitas waktu luangnya, untuk memperoleh nilai dari kesehatan jasmani dan rohani dari lingkungannya.

Metode

Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah metode survei dengan pendekatan kuantitatif. Indikator dalam penelitian ini mengacu pada teori hirarki kebutuhan Abraham Maslow, seperti kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan penghargaan dan kebutuhan aktualisasi diri, dari aspek-aspek motivasi tersebut sebagai kekuatan yang mendorong mahasiswa dalam melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes untuk mencapai tujuan. Dalam hal ini populasi yang diteliti dalam penelitian ini adalah semua mahasiswa Unnes yang melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Universitas Negeri Semarang, metode penarikan sampel yang digunakan adalah *Insidental Sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui cocok sebagai sumber data.

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner, observasi dan wawancara. Metode kuesioner yang digunakan yaitu kuesioner langsung tertutup dengan menggunakan *multiple choice* yaitu : sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), sangat tidak setuju (STS). Skor penilaian instrumen penelitian ini menggunakan skala *likert* yang bertujuan meletakkan individu-individu pada suatu kontinum penilaian sehingga kedudukan relatif individu menurut suatu atribut yang diukur dapat diperoleh. Indikator kuesioner penelitian ini menggunakan aspek-aspek hirarki kebutuhan Abraham Maslow. Lalu metode observasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu observasi berperan serta (*participan to observation*), yaitu peneliti terlibat dengan kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati. Dengan observasi partisipan, maka data yang diperoleh akan lebih lengkap, tajam, dan sampai mengetahui pada tingkat makna dari setiap perilaku yang nampak. Selanjutnya untuk metode wawancara yang digunakan adalah jenis wawancara tidak terstruktur, yaitu wawancara yang bebas di mana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya, pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan. Selanjutnya semua data yang telah terkumpul akan dianalisis dengan

pendekatan kuantitatif yang bersifat deskriptif persentase. Dengan rumus yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

$$DP = \frac{n}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

- DP = Nilai dalam prosentase
 n = nilai yang diperoleh
 N = jumlah seluruh nilai data
 100% = konstanta (Mohammad Ali, 2013:184)

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil data menggunakan rumus deskriptif prosentase dari kuesioner survei motivasi mahasiswa terhadap aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Universitas Negeri Semarang dapat digolongkan dalam 5 kategori hasil, seperti yang tercantum dalam tabel berikut ini:

Tabel 1. Analisis deskriptif persentase motivasi mahasiswa terhadap aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Universitas Negeri Semarang (N=150)

| No. | Indikator Aspek Motivasi | Jumlah Butir Kuesioner/ Responden | Nilai yang Diperoleh | Prosentase Nilai (%) |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| | | | 3154 | 87.61% |
| 1 | Kebutuhan Fisiologis | 6 butir | 3034 | 83.33% |
| 2 | Kebutuhan Rasa Aman | 6 butir | 2792 | 77.55% |
| 3 | Kebutuhan Sosial | 6 butir | 2154 | 59.83% |
| 4 | Kebutuhan Penghargaan | 6 butir | 2854 | 79.27% |
| 5 | Kebutuhan Aktualisasi Diri | 6 butir | | |

Sumber : Data penelitian 2016

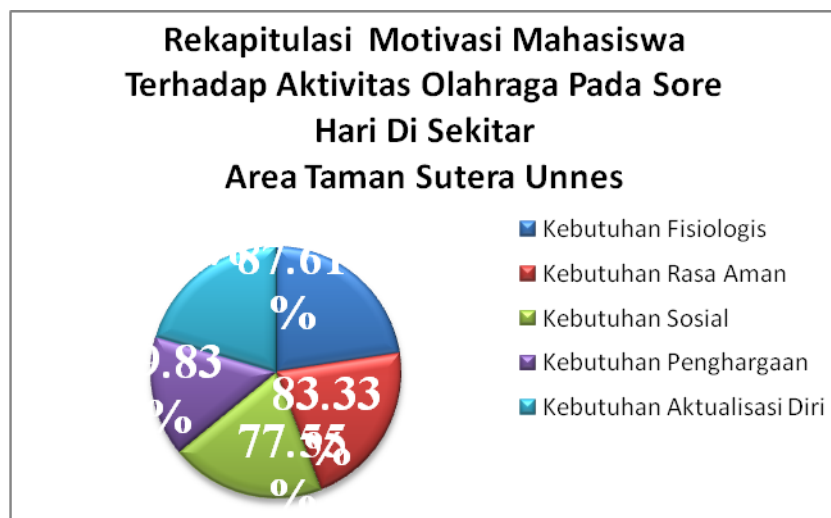
Berdasarkan data di atas yang dihimpun dengan menggunakan kuesioner atas lima indikator aspek motivasi mahasiswa terhadap aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Mahasiswa termotivasi untuk melakukan olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes karena kebutuhan fisiologis (memenuhi kesehatan dan kebugaran) diperoleh nilai 3.154 dengan prosentase sebesar 87.61% dari 150 responden.
2. Mahasiswa termotivasi untuk melakukan olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes karena kebutuhan rasa aman (tempatny aman dan nyaman) diperoleh nilai 3.034 dengan prosentase sebesar 83.33% dari 150 responden.
3. Mahasiswa termotivasi untuk melakukan olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes karena kebutuhan sosial (ingin berkumpul dengan teman-temannya) diperoleh nilai 2.792 dengan prosentase sebesar 77.55% dari 150 responden.

4. Mahasiswa termotivasi untuk melakukan olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes karena kebutuhan penghargaan (ingin mendapatkan pengakuan/dihormati) diperoleh nilai 2.154 dengan prosentase sebesar 59.83% dari 150 responden.

5. Mahasiswa termotivasi untuk melakukan olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes karena kebutuhan aktualisasi diri (mengembangkan diri) diperoleh nilai 2.854 dengan prosentase 79.27% sebesar dari 150 responden.

Selanjutnya berdasarkan data pada hasil kuesioner di atas yang memuat indikator aspek motivasi yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan penghargaan, kebutuhan aktualisasi diri yang diisi oleh para mahasiswa sebagai responden dalam penelitian ini diperoleh prosentase terbesar pada kebutuhan fisiologis sebesar **87,61%**. Dapat disimpulkan berdasarkan hasil penelitian yang dihimpun menggunakan kuesioner terhadap 150 orang mahasiswa yang sedang melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes kebanyakan motivasinya karena kebutuhan fisiologis saat melakukan olahraga. Lalu rekapitulasi hasil kuesioner responden dapat diamati pada diagram berikut.



Gambar 1. Diagram rekapitulasi hasil penelitian motivasi mahasiswa terhadap aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area taman sutera unnes
Sumber : Data penelitian 2016

Sedangkan berdasarkan wawancara yang dilakukan secara tidak terstruktur dengan responden selain motivasinya mahasiswa melakukan aktivitas olahraga karena kebutuhan fisiologis, motivasi yang kedua adalah alasannya karena kebutuhan rasa aman dalam melakukan aktivitas olahraga. Berdasarkan pernyataan dari responden hal ini ditandai bahwa di sekitar area Taman Sutera Unnes untuk melakukan aktivitas olahraga tempatnya aman karena adanya partisipasi pihak yang berwajib, lokasinya dekat, cuacanya sejuk, dan suasana yang rindang. Potensi lingkungannya juga memberikan nuansa sehat dari ketersediaan O₂ (oksigen), sinar matahari, lingkungan yang hijau dan bersih, sehingga para mahasiswa termotivasi untuk melakukan aktivitas olahraga di sekitar area Taman Sutera Unnes agar dapat mempertahankan kondisi kesehatan jasmani, sekaligus menjaga konsistensi kesehatan rohani/mental dan sosialnya.

Lalu wujud dalam nilai kesehatan rohani mahasiswa dalam melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes dapat memberikan kontribusi yaitu: (1) pola pikir menjadi lebih positif, (2) pengendalian perilaku, khusus perilaku kesehatan seperti : perilaku tidak merokok, budaya berolahraga perilaku untuk tidak melanggar norma, perilaku disiplin, menjaga kebersihan lingkungan, dan saling menghormati. Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes berpeluang untuk dapat berpikir secara jernih, positif, penuh harapan terhadap apa yang bisa dilakukan, termasuk perilaku dalam budaya berolahraga sehat agar bermanfaat dalam menjaga dan mempertahankan kondisinya, peluang menjaga eksistensinya sebagai mahasiswa yang berjuang untuk keluarga, bangsa dan negara. Sedangkan wujud dari nilai kesehatan mental Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes deskripsinya yaitu meliputi lingkup perilaku, menjaga keutuhan dan integrasi masyarakat, serta pengendalian sosial. Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes disini berperan sebagai media berinteraksi, komunikasi, integrasi dalam pergaulan sosial dengan lingkungannya. Dalam aktivitas masyarakat secara kelompok, keberadaanya harus beradaptasi dengan lingkungannya, tidak melanggar norma dan nilai nilai sosial, berwawasan luas, menjauhi konflik dan menjunjung nilai sosial dalam berperilaku sehari-hari baik terhadap sesama maupun lingkungannya, semangat dan *fun*.

Akan tetapi potensi lingkungan di sekitar area Taman Sutera Unnes yang diakses untuk aktivitas olahraga pada sore hari area terbukanya masih kurang luas dan belum ada Ruang Terbuka Olahraga (RTO) yang mempunyai fasilitas khusus olahraga yang menjadi pilihan, sehingga bentuk aktivitas olahraga yang menjadi pilihan para mahasiswa masih terbatas. Selanjutnya bentuk aktivitas olahraga yang sering dilakukan adalah pertama bulutangkis, kedua jogging, dan ketiga skateboard.

Selanjutnya berdasarkan pengamatan peneliti bentuk aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes yang menjadi pilihan mahasiswa adalah seperti *jogging* untuk laki-laki dan perempuan, aktivitas jalan untuk laki-laki dan perempuan, aktivitas bersepeda untuk laki-laki dan perempuan, sepatu roda untuk laki-laki dan perempuan, *skateboard* untuk laki-laki, sepak bola untuk laki-laki, bola voli untuk laki-laki dan perempuan, beladiri (pencak silat) untuk laki-laki dan perempuan, bulutangkis untuk mahasiswa laki-laki dan perempuan, dan tonnis untuk laki-laki. Mahasiswa dalam melakukan aktivitas olahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes ini biasa dilakukan secara kelompok dan individu. Kelompok bisa bersama komunitas, teman dan koleka, terdapat nilai kesenangan, kegembiraan terpancar dalam raut wajah, karena harapan tetap sehat, bugar dan rasa aman serta nyaman melakukan aktivitas olahraga selalu tergiang hingga tetap semangat.

Pembahasan yang dapat dikaji dan disampaikan berdasarkan dari hasil penelitian di atas adalah bahwa aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman sutera Unnes memberikan nilai kesehatan jasmani dan rohani sebab olahraga di tempat dengan nuansa lingkungan yang hijau, sejuk, nyaman dan bersih mampu memberikan asupan Oksigen (O₂) yang

cukup baik bagi setiap orang sehingga dapat : 1) membuat paru-paru lebih berdayaguna, sebab lebih banyak oksigen akan disalurkan ke dalam darah dan lebih banyak karbondioksida yang dapat dibuang dari dalam tubuh, pohon-pohon selalu akan melakukan fotosintesis guna merubah karbondioksida (CO₂) untuk menghasilkan oksigen (O₂) yang dibutuhkan untuk pernafasan setiap orang, hal ini juga terjadi dikarenakan pepohonan akan menetralsir dan menyaring polusi udara yang hasilnya adalah udara lebih sehat ketika dihirup oleh paru-paru, 2) memperlancar peredaran darah dalam tubuh serta membantu atau melancarkan fungsi jantung dan sistem kardiovaskular untuk bekerja lebih efektif, ketika sistem kardivaskular dalam tubuh bekerja dengan baik dan lancar maka dapat mengurangi flak pada dinding pembuluh darah (yang dapat mempersempit aliran darah) sehingga jantung dapat memompa darah lebih baik dan darah juga yang membawa produk sisa metabolisme ke ginjal, paru-paru, dan kulit untuk dikeluarkan dari tubuh seseorang, 3) meningkatkan motivasi, mood dan percaya diri, hal ini disebabkan karena lingkungan yang bernuansa hijau dapat memfilter efek negatif yang akan ada pada diri seseorang serta warna hijau sendiri memberikan ketenangan pada jiwa seseorang, 4) memberikan rasa atau efek relaksasi, seseorang akan menyadari dengan melakukan olahraga di lingkungan dengan nuansa yang hijau dan sejuk dapat membantu dalam mengurangi stres dan menjaidkan pribadi yang lebih bahagia, ketika seseorang bahagia, efeknya tidak hanya menguntungkan bagi orang itu sendiri tetapi terhadap oaring lain juga. Karena kondisi tersebut dapat menjadikan seseorang tidak akan mudah marah dapat mengontrol emosi, sehinga menciptakan hubungan yang lebih baik dengan orang sekitarnya, hal ini dikarenakan dengan olahraga di area yang bersih, sejuk dan banyak asupan okesigen akan menghasilkan hormon-hormon di dalam otak dan dapat menjadikan perasaan lebih tenang membuat jiwa dan raga sehat, 5) meningkatkan kekuatan otak, karena berolahraga di lingkungan dengan suplai oksigen yang cukup menstimulasi tubuh untuk memompa lebih banyak darah dengan kadar oksigen yang ccukup dalam peredaran darah agar meningkat yang ujungnya mempercepat pemasukkan darah ke otak, dampak dari hal ini adalah bisa meningkatkan daya reaksi, konsentrasi, dan kreativitas seseorang dan masih banyak hal manfaat dalam berolahraga di lingkungan yang hijau, bersih dan sejuk.

Pengertian kesehatan sendiri menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 menyebutkan bahwa pengertian kesehatan adalah sebagai suatu keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan, sedangkan menurut UU no. 23 Tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dapat disimpulkan dari definisi di atas bahwa sehat yang sebenarnya adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk bisa menjalani hidup lebih produktif. Dalam hal ini kaitanya hubungan antara kesehatan jasmani dan rohani sangat terkait erat untuk produktifitas aktivitas dan hidup seseorang.

Aktivitas olahraga bagi mahasiswa yang dilakukan pada sore hari di area Taman Sutera Unnes sebagai bagian proses pemulihan kesehatan jasmani dan rohani yang dilakukan dengan

tidak ada unsur paksaan dan bernuansa kegembiraan. Disamping itu aktivitas olahraga tersebut ditujukan untuk membangun hubungan sosial antar pelakunya serta melestarikan dan meningkatkan kekayaan kebudayaan nasional.

Aktivitas olahraga merupakan memiliki arti penting dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran setiap orang, tetapi juga penting dalam membangun persatuan dan kesatuan bangsa, kedamaian dan kerukunan, persaudaraan dan persahabatan, serta meningkatkan kesejahteraan, ketahanan dan produktivitas seluruh rakyat Indonesia. Dengan mahasiswa berolahraga pada sore hari di sekitar area Taman Sutera Unnes juga dapat memotivasi mahasiswa untuk berperilaku sehat dalam kehidupan sehari-hari karena dalam melakukan aktivitas olahraga yang dilakukan mahasiswa saat di area Taman Sutera Unnes terdapat unsur-unsur yang tidak membebani seseorang (bisa dijangkau oleh semua orang) dalam melakukannya sebab aktivitas olahraga yang dilakukan sebagai aktivitas pengisi waktu luang, khususnya setelah menjalani rutinitas dalam perkuliahan, yang menyenangkan dan mengembirakan. Aktivitas olahraga mahasiswa di area Taman Sutera Unnes juga dapat dijadikan *lifestayle* (gaya hidup) untuk menjaga keseimbangan dalam aspek fisik, mental dan sosial. Serta sebagai media dalam berkomunikasi dengan lingkungan, teman, dan koleka yang mempermudah dalam memberikan akses untuk berinteraksi ke ranah pergaulan sosial yang lebih luas dengan lingkungannya (tidak mengenal kelas, status dan kedudukan secara finansial) sehingga mampu bertukar pendapat dan pikiran antar sesama, serta saling memberikan saran atau masukan terhadap sesama dalam menjalani perilaku yang sehat dalam kehidupan sehari-hari, hal inilah yang dapat dikatakan bahwa mahasiswa memenuhi kesehatan jasmani dan rohani yang baik.

Rohani seseorang dikatakan sehat apabila ada perwujudan keserasian yang sungguh-sungguh antara fungsi-fungsi kejiwaan dan terciptanya penyesuaian diri antara individu dengan dirinya sendiri dan lingkungannya berdasarkan keimanan dan ketakwaan serta bertujuan untuk mencapai hidup bermakna dan bahagia di dunia dan akhirat. Jika rohani sehat dicapai, maka individu memiliki integrasi, penyesuaian dan identifikasi positif terhadap orang lain. Dalam hal ini, individu belajar menerima tanggung jawab, menjadi mandiri dan mencapai integrasi tingkah laku. Dari beberapa defenisi yang telah dikemukakan di atas, maka dapat dipahami bahwa orang yang sehat mentalnya adalah terwujudnya keharmonisan dalam fungsi jiwa serta tercapainya kemampuan untuk menghadapi permasalahan sehari-hari, sehingga merasakan kebahagiaan dan kepuasan dalam dirinya. Seseorang dikatakan memiliki mental yang sehat, bila ia terhindar dari gejala penyakit jiwa dan memanfaatkan potensi yang dimilikinya untuk menyelaraskan fungsi jiwa dalam dirinya.

Kekurangan aktivitas jasmani akan menyebabkan perubahan metabolisme sel-sel dan sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, serta sistem saraf (Ceña et al., 2006). Perubahan metabolisme sel dapat berupa penyimpangan aktivitas enzim, perubahan dalam sistem otot dan tulang yang terdiri dari dekalsifikasi tulang, digantinya jaringan otot oleh jaringan ikat dan lemak serta hilangnya nitrogen, perubahan dalam sistem jantung dan pembuluh darah yang meliputi takikardi (denyut

jantung yang cepat) pada waktu istirahat maupun selama kerja dan stabilnya regulasi kardiovaskuler (Depkes RI, 1985).

Dalam kehidupan sehari-hari, latihan fisik akan memberikan dampak positif bagi kesehatan, seperti meningkatnya kemampuan fisik dengan hasil membaiknya prestasi kinerjanya, berkurangnya kemungkinan menderita beberapa penyakit seperti serangan jantung, tekanan darah tinggi, terpeliharanya bentuk tubuh yang baik dan sehat (Heyward, 1984).

Dalam kehidupan sehari-hari, manusia biasanya menggunakan kira-kira sepertiga dari cadangan kemampuannya. Oleh karena itu makin besar cadangannya, makin besar pula kemampuan kerja harian atau makin besar beban kerja yang dapat ditanggulangi (Kristensen et al., 2010). Demikian pula halnya dengan dua pertiga kemampuan yang tersedia sebagai simpanan. Kemampuan fisik yang tersimpan ini banyak dibutuhkan antara lain untuk mengatasi beban kerja tambahan pada tubuh (kerja lebih berat), menahan penyakit, mengatasi beban akibat lingkungan hidup (cuaca) dan lain sebagainya (Depkes RI, 1985).

Satu hal yang tak dapat diabaikan adalah bahwa kemampuan kinerja seseorang juga dipengaruhi oleh kemampuan fisiknya, yang berarti semakin baik kemampuan fisiknya, semakin baik pula peningkatan prestasi kerjanya. Komponen dalam kemampuan fisik adalah daya tahan (*cardio-circulatory/cardio-respiratory endurance*), kekuatan (*strength*), kelentukan (*flexibility*), dan koordinasi gerak (Williams, 1990).

Mahasiswa atau civitas akademika dapat melakukan aktivitas sehari-harinya secara maksimal bila kapasitas aktivitasnya serasi dengan beban kerja dan beban tambahan akibat lingkungannya disekitar. Salah satu unsur yang berpengaruh terhadap kapasitas aktivitas sehari-hari adalah antropometris (ukuran tubuh) dari seseorang, yang berperan pada penentuan sistem gerak aktivitasnya yang digunakannya. Di samping itu beban tambahan akibat lingkungan disekitarnya, bilamana sesuai dengan faal tubuh seseorang, akan dapat mendukung tercapainya hasil kerja yang maksimal, sebab di dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari mereka merasa sehat, aman dan nyaman, dan bukan sebaliknya, yaitu menjadi tidak sehat, tidak aman dan cepat lelah.

Perilaku kesehatan menurut Skinner dalam (Soekidjo, 2010:23) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sehat, sakit, penyakit, dan faktor yang mempengaruhi sehat, sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Pemeliharaan kesehatan itu termasuk mencegah dan melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, mencari penyembuhan, bila terkena masalah kesehatan atau sakit. Perilaku kesehatan (2010:24) dibagi menjadi 2 yaitu: (1) perilaku orang sehat agar tetap sehat dan meningkat, dan (2) perilaku orang yang sakit atau terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan. Perilaku sehat (*healthy behavior*) dapat berupa kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan

antara lain: (1) makan dengan menu seimbang, (2) Kegiatan fisik atau olahraga yang cukup, (3) tidak merokok, minum, narkoba, (4) istirahat yang cukup, (5) pengendalian stres, (6) dan gaya hidup positif. (2010:24).

Jadi seseorang akan melakukan pemeliharaan kesehatan dalam dirinya apabila seseorang mendapat suatu rangsangan atau stimulus, karena perilaku seseorang dipengaruhi oleh dua faktor utama yang terbentuk di dalam diri seseorang, yaitu faktor eksternal yang berupa stimulus dari orang lain, menurut Soekidjo (2010:22) faktor eksternal atau stimulus dalam perilaku adalah merupakan faktor lingkungan, baik lingkungan fisik dan non fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Dari hasil penelitian yang telah diuraikan di atas menunjukkan faktor eksternal yang paling besar perannya dalam membentuk kesehatan jasmani dan rohani pada mahasiswa baik adalah faktor sosial, budaya dan lingkungan dimana seseorang tersebut berada, karena kaitanya seseorang dalam melakukan aktivitas olahraga dapat memberikan pelaku mampu mengkonstruksi persepsi bahwa manfaat aktivitas olahraga menjadi *trend* mahasiswa Unnes karena bisa mengendalikan perilaku kesehatan baik untuk kebutuhan jasmani maupun rohani dalam ranah kehidupan sosial di lingkungannya.

Hubungan antara kesehatan jasmani dan rohani memang saling terkait, akan tetapi setiap orang seringkali mengabaikan kesehatan rohaninya dan hanya memikirkan jasmaninya. Padahal sebenarnya, hubungan antara kesehatan jasmani dan rohani adalah saling terkait. Apabila salah satu mengalami masalah, maka akan mempengaruhi yang lainnya. Sebagai contoh, apabila rohani terlalu tertekan oleh berbagai masalah duniawi, maka seseorang akan stress. Jika sudah mengalami hal tersebut, maka gejala awal penyakitnya adalah pusing/migraine, tubuh panas atau demam. Keadaan tersebut sudah menunjukkan bahwa, antara kesehatan jasmani dan rohani saling mempengaruhi.

Keadaan jasmani yang baik, tidak selalu dibarengi oleh rohani yang baik pula. Maka dari itu, seseorang yang raganya terlihat sehat, tidak selalu terlihat ceria/tampak penat. Hal itu karena rohaninya masih tidak baik. Orang dikatakan hidup sehat dan sejahtera, apabila jasmani dan rohaninya dalam keadaan baik-baik saja. sebagai contohnya yaitu ada orang kaya yang selalu makan enak dan sehat memiliki jasmani yang sehat dan terawat, namun dari garis wajahnya dia tampak tidak ceria/tidak fresh. Hal itu karena rohaninya masih ada masalah/memiliki suatu beban dalam dirinya. Jadi, belum tentu orang kaya yang tinggal di rumah yang besar memiliki hidup yang selalu bahagia. Berbeda halnya dengan orang sederhana yang selalu bekerja keras demi kehidupannya, dengan makanan sederhana seperti ubi, jagung dan lain-lain. Walaupun dengan makanan seperti itu, dia tetap sehat karena makanan tersebut tidak mengandung bahan pengawet/kimia lainnya. Selain itu, garis wajahnya terlihat lebih tenang dan ringan, daripada orang yang lebih mampu darinya. Hal itu karena antara jasmani dan rohaninya seimbang. Dimana, orang tersebut menjalani kehidupan dengan ikhlas, tanpa beban dan penuh syukur. Berdasarkan contoh di atas, dapat memetik pelajaran bahwa dalam menjalani hidup wajib berusaha, untuk jasmani dan diimbangi juga untuk rohani, dengan memanfaatkan aktivitas yang positif seperti berolahraga dan

bisa memilah potensi lingkungan yang bernuansa sehat untuk tubuh dan tentunya juga selalu tetap bersyukur atas anugrah yang diberikan Tuhan. Dengan begitu, maka kesehatan jasmani dan rohani dapat terpenuhi dengan cukup.

Penutup

Berdasarkan hasil dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa prospek aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman Sutera Unnes terhadap nilai kesehatan jasmani dan rohani yaitu baik, karena membentuk mahasiswa untuk berperilaku sehat dengan melakukan aktivitas olahraga dalam memanfaatkan waktu luangnya, dapat menstimulasi pelaku dalam mewujudkan pola hidup yang sehat, seperti pelaku dapat mengurangi untuk tidak merokok, karena melakukan aktivitas olahraga sebagai kebutuhan dalam pembinaan kesehatannya dan mengonsumsi asupan makanan yang mengandung gizi seimbang. Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman Sutera Unnes mampu mengkonstruksi persepsi bahwa manfaat aktivitas olahraga menjadi trend karena bisa mengendalikan perilaku kesehatan dalam ranah kehidupan sosial di lingkungannya demi menuju kesehatan rohani mahasiswa yang lebih baik lagi. Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman Sutera Unnes juga akan membawa pelakunya ke dampak positif apabila dilakukan secara benar, teratur, kontinyu, dan frekuensinya bisa dilakukan 3 sampai 5 kali perminggu. Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman Sutera Unnes bila dilakukan untuk menjaga kesehatan jasmani yang berkontribusi pada kebugaran tubuh harus diawali dari pemanasan (*warming up*), aktivitas inti, dan pendinginan (*Colling down*). Aktivitas olahraga mahasiswa pada sore hari di area Taman Sutera Unnes disini juga berperan sebagai media mengkonstruksi perilaku dalam menjaga kebugaran kesehatan, berinteraksi pergaulan sosial di lingkungannya. Dalam beraktivitas secara kelompok, keberadaannya dapat beradaptasi dengan lingkungannya, tidak melanggar norma/nilai-nilai sosial, menjauhkan pada konflik dalam menjaga kebersamaan di lingkungannya. Aktivitas olahraga pada sore hari di area Taman Sutera Unnes bagi mahasiswa, merupakan aktivitas yang bebas bisa dilakukan, dengan perasaan senang, gembira, tanpa paksaan, yang dapat digunakan sebagai upaya pengendalian stress untuk kesehatan rohani, perilaku kesehatan, pemeliharaan kebugaran kesehatan secara fisik, mental dan sosial.

Dapat disarankan bagi lembaga Universitas Negeri Semarang yang menaungi dan mengetahui tentang tata ruang terbuka di area Taman Sutera supaya meningkatkan kualitas fasilitas di sekitar area Taman Sutera Unnes sebagai tempat beraktivitas olahraga pada sore hari agar lebih memberi kenyamanan dalam melakukan aktivitas berolahraga bagi para mahasiswa, melihat tingginya motivasi mahasiswa sebagai civitas akademika terhadap pemanfaatan area Taman Sutera Unnes untuk melakukan aktivitas olahraga dan mengembangkan ruang terbuka khusus berolahraga untuk memberikan kontribusi yang optimal bagi civitas akademika termasuk mahasiswa Unnes dalam meningkatkan budaya berolahraga untuk kebutuhan kesehatan jasmani dan rohaninya serta agar bentuk aktivitas olahraga yang menjadi pilihan para mahasiswa tidak

terbatas. Bagi mahasiswa maupun civitas akademika Unnes agar meningkatkan budaya berolahraga, karena berolahraga berpengaruh pada meningkatnya kualitas jasmani dan rohani yang sehat, unggul, dan sejahtera sehingga dapat berkontribusi dalam pembangunan negara yang lebih baik, kendati berolahraga dapat menjaga kesehatan dan kebugaran seseorang sehingga bisa terus mengoptimalkan kinerja dan kualitas dalam proses belajar di kampus.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penelitian ini, kepada :

1. Universitas Negeri Semarang yang telah bersedia sebagai rumah ilmu untuk penulis
2. LP2M Universitas Negeri Semarang yang telah memberi dukungan secara materil
3. FIK Unnes sebagai tempat penulis dalam mendapatkan refrensi.
4. Mahasiswa Universitas Negeri Semarang yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanpa bantuan pihak yang terkait penulis dapat menyelesaikan penelitian sebagai tugas dari Tri Dharma pada perguruan tinggi sehingga dapat terlaksana dengan lancar dan baik tanpa suatu halangan apapun serta hasil penelitian ini juga mampu di publikasikan untuk di baca dan sebagai sumber informasi oleh khalayak umum yang bermanfaat.

Daftar Pustaka

- Ali Maskum. 2008. Psikologi Olahraga. Surabaya: Unesa University Press.
- Hamzah B. Uno. 2009. Teori Motivasi dan Pengukurannya. Jakarta: Bumi Aksara
- J.S.Husdarta. 2010. Psikologi Olahraga. Bandung: PT. Alfaberta.
- <http://journal.humankinetics.com/> (accesed 19.30/04/03/2016)
- <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/peshr/> (accesed 20.00/05/03/2016)
- <http://pendidikankepelatihan.blogspot.co.id/2008/12/motivasi.html/> (accesed 18.30 /04/03/2016)
- Mohammad Ali. 2013. Penelitian Kependidikan Prosedur dan Strategi. Bandung: Angkasa
- Oemar Hamalik. 2009. Psikologi Belajar dan Mengajar. Bandung : Sinar Baru Algesindo
- Sardiman. 2010. Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- Suharsimi Arikunto. 2010. Prosedur Penelitian. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Sugiyono. 2010. Metode Penelitaian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta
- Syaiful Bahri Djamarah. 2008. Psikologi Belajar Edisi 2: Jakarta. PT. Rineka Cipta
- Poerwadarminta. 2011. Kamus Umum Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka

- Elisabeth Edvarsen, et.al. 2014. End Criteria for Reaching Maximal Oxygen Uptake Must Be Strict and Adjusted to Sex and Age: A Cross- Sectional Study. *Pos One*, Vol. 9 (1), Hal. 1-8.
- Soekidjo Notoadmodjo, 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*: PT Rineka Cipta, Jakarta
- Soegiyanto. KS. 2010. *Aktivitas Jasmani Bagi Pekerja (Studi Kualitas Kesehatan Fisik Pada Buruh Pabrik)*. *Jurnal Kemas*. Vol. 6 (1), Hal. 1-7.
- Widowati, Atri. 2015. *Modal Sosial Budaya dan Kondisi Lingkungan Sehat Dalam Pembinaan Prestasi Olahraga Pelajar*. *Jurnal Kemas*. Vol. 10 (2), Hal. 218-226.

PENGARUH TEKNIK RELAKSASI-NAFAS DALAM TERHADAP PENGURANGAN RASA NYERI PADA KLIEN DENGAN LUKA POST OPERASI DI RUMAH SAKIT PUSAT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA JAKARTA

Mateus Harry Ingguniadi¹, Muliatika¹, Razami¹

¹S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

ABSTRAK

Latar Belakang: Teknik relaksasi merupakan salah satu untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri, salah satu contohnya adalah nafas dalam. Penelitian ini bertujuan Mengetahui pengaruh manajemen nyeri non farmakologi yaitu teknik relaksasi-nafas dalam terhadap pengurangan rasa nyeri pada klien dengan luka post operasi.

Methods: Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian eksperimen, Alat pengumpulan data yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuisioner, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi, khususnya nafas dalam untuk mengatasi nyeri pada klien dengan luka post operasi, Metode analisa yang digunakan pada penelitian ini adalah tehnik eskperimen dan untuk menentukan hipotesis dengan menggunakan uji-T independent. Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 89 responden.

Hasil: Menurut hasil bivariat diketahui ada sebanyak 26 atau 56.5% responden yang tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan tidak mengalami penurunan nyeri. Sebanyak 20 atau 43.5% responden yang tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tetapi mengalami penurunan nyeri, Dan ada sebanyak 28 atau 65.1% responden yang menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tetapi tidak mengalami penurunan nyeri, 15 atau 34.9% responden yang menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan mengalami penurunan rasa nyeri. Hasil uji statistik didapat nilai P value = 0,54 berarti lebih besar dari $\alpha = 0,05$.

Simpulan: Dari hasil P value diatas dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengurangan rasa nyeri pada klien dengan luka post operasi.

Kata Kunci: Teknik relaksasi nafas dalam, nyeri sedang, luka post operasi

ABSTRACT

Background: The relaxation technique is one to relieve pain in clients who are experiencing pain, one example is a deep breath. This study aims to know the effect of non-pharmacological pain management is relaxation technique-breath in the reduction of pain in clients with postoperative wounds.

Methods: The study design used in this research is the design of experimental research, tool data collection that is used for data collection in this study is a questionnaire, which aims to determine the effect of relaxation techniques, especially deep breathing for pain in clients with injuries postoperative, analytical methods used in this study is to determine the technical experimentation and hypothesis by using t-test independent. This study menfunakan sample of 89 respondents.

Result: According to the result of bivariate note there were 26 or 56.5% of respondents who do not use deep breathing relaxation technique and did not experience a decrease in pain. A total of 20 or 43.5% of respondents who did not use relaxation techniques deep breath but experienced a decrease in pain, and there are as many as 28 or 65.1% of respondents who use relaxation techniques deep breath but did not experience a decrease in pain, 15 or 34.9% of respondents who use relaxation techniques deep breath and decreased pain. Statistical test results obtained P value = 0.54 means greater than $\alpha = 0.05$.

Conclusion: The P value of the results of the above it can be concluded that there is no relationship between the influence of deep breathing relaxation technique to the reduction of pain in clients with postoperative wounds.

Keywords: Relaxation techniques breath in, medium pain, injury post surgery

Pendahuluan

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala dalam mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat, 2006).

Untuk mengatasi nyeri yang dirasakan klien, maka diperlakukan suatu manajemen terhadap nyeri tersebut. Manajemen nyeri dikelompokkan menjadi dua yaitu manajemen farmakologi dan manajemen non farmakologi. Manajemen farmakologi yang meliputi penggunaan opioid (narkotika), non opioid atau Non Steroid Anti Inflamasi Drugs (NSAIDS), atau obat-obatan analgetik, Sedangkan nonfarmakologi yaitu manajemen nyeri kognitif perilaku termasuk aktifitas distraksi atau teknik relaksasi.

Teknik relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis (Kusyati, 2006). Salah satu contohnya adalah nafas dalam. Luka dapat digambarkan sebagai gangguan dalam kontinuitas sel-sel, kemudian diikuti dengan penyembuhan luka yang merupakan pemulihan kontinuitas tersebut. Ketika terjadi luka beragam efek dapat terjadi yaitu kehilangan segera semua atau sebagian fungsi organ, respons stres simpatis, hemoragi dan pembekuan darah, kontraminsi bakteri, dan kematian sel.

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), luka insisi dibuat dengan dipotong bersih menggunakan instrumen tajam, sebagai contoh: luka yang dibuat oleh ahli bedah dalam setiap prosedur operasi. Berdasarkan data dari rekam medik pasien yang dirawat di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr Esnawan Antariksa khususnya di Ruang Merak pada satu tahun terakhir diketahui bahwa terdapat 227 orang ASKES, 63 orang PNS, 221 orang swasta dan 237 orang berasal dari militer, jika dijumlahkan maka total keseluruhan klien yang mendapat tindakan invasif berupa tindakan pembedahan adalah sebanyak 748 orang.

Dari data diatas dapat dilihat jumlah klien yang begitu banyak melakukan tindakan pembedahan sesuai dengan penyakit yang mereka derita. Dari data diatas dapat dilihat berapa banyak klien yang memerlukan bantuan perawat dalam mengatasi rasa ketidaknyamanan (nyeri) baik berupa tindakan pribadi maupun kolaborasi dengan tim medis, karena rasa nyaman nyeri dapat mempengaruhi psikologis dan lapang pandang klien yang akan berdampak terhadap lambatnya proses penyembuhan penyakit.

Oleh karena itu manajemen nyeri sangat diperlukan oleh klien untuk mengatasi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman, sehingga manajemen nyeri menjadi aspek penting dalam memberikan asuhan keperawatan, sebab tidak efektifnya manajemen nyeri dapat menghambat penyembuhan, memperpanjang perawatan/hospitalisasi dan meningkatkan biaya perawatan. Sehubungan hal tersebut maka penulis mengangkat masalah penelitian adalah sejauh mana pengaruh teknik relaksasi-nafas dalam terhadap pengurangan rasa nyeri pada klien luka post operasi.

Metode Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimen yang bertujuan mengidentifikasi pengaruh teknik relaksasi, khususnya nafas dalam untuk mengatasi nyeri pada klien dengan luka post operasi, dimana peneliti akan memberikan kuesioner sebelum dan sesudah melakukan tindakan tehknik relaksasi-nafas dalam kepada peserta yang mengalami nyeri luka post operasi.

Dalam penelitian ini, yang menjadi populasi penelitian adalah seluruh klien dengan luka post operasi yang dirawat di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr Esnawan Antariksa khususnya di Ruang Merak, mengingat bahwa di Ruang Merak adalah ruangan khusus pasien post operasi kelas II dan III, responden yang diambil adalah responden yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Klien laki-laki dan perempuan untuk semua usia;
2. Klien dengan luka post operasi yang mengalami nyeri;
3. Dapat berbahasa Indonesia;
4. Klien tidak mengalami gangguan ingatan; dan
5. Klien tidak mengalami gangguan jiwa.

Untuk mengambil banyaknya jumlah sampel pada penelitian ini digunakan rumus sebagai berikut:

Rumus populasi sampel

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan:

n : Ukuran sampel

N : Ukuran Populasi

e : Persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir/diinginkan. Pada penelitian ini peneliti menggunakan tingkat kesalahan sebesar 5%.

Menurut data jumlah pasien yang di rawat Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara pada satu tahun terakhir terdapat 748 pasien, melihat besarnya populasi maka peneliti hanya mengambil jumlah sampel terbanyak dalam tiga bulan terakhir yaitu sebanyak 115 pasien. Dari rumus diatas dapat dihitung jumlah responden yang akan di ambil sebagai sempel adalah:

$$n = \frac{115}{1 + 115 \times 0.05^2} \qquad n = \frac{115}{1 + 115(0.0025)}$$
$$n = \frac{115}{1.28} \qquad n = 89$$

Dari hasil diatas sampel yang diambil untuk dijadikan responden penelitian sebanyak 89 orang pasien. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Merak (Ruang kelas 2 dan 3 luka post operasi) Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa Jakarta. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember 2007 sampai bulan Maret 2008.

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak, menjamin kerahasiaan identitas responden dan mencegah kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan penelitian, selanjutnya responden diminta berpartisipasi dalam penelitian ini, setelah terlebih dahulu membaca, mengerti, dan mengisi lembar persetujuan. Apabila bersedia, responden diminta menandatangani surat perjanjian. Responden yang tidak bersedia atau menolak menjadi menjadi peserta tidak akan dipaksa atau diancam. Penandatanganan surat perjanjian dilakukan responden dalam keadaan tenang, tidak menderita sakit ingatan, dan telah memahami serta memiliki cukup waktu untuk memutuskan menjadi peserta.

Alat pengumpulan data yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuisisioner yang ditampilkan dalam 3 bagian yaitu:

1. Pernyataan yang bersifat umum atau data demografi yang meliputi: Nama, umur, pendidikan, jenis kelamin dan pekerjaan.
2. Pernyataan yang berkaitan dengan kemampuan beraktivitas, pengetahuan motivasi dan penyuluhan.
3. Pertanyaan terbuka.
4. Klien diberi waktu $\frac{1}{2}$ sampai 1 jam untuk mengisi kuisisioner setelah dilakukan eksperimen.

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini ada beberapa tahap, pertama-tama menyerahkan surat permohonan ijin kepada pihak Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, setelah disetujui dari pihak Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa peneliti mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian tersebut. Bila responden bersedia, maka responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan. Setelah itu peneliti memberi penjelasan kepada responden tentang eksperimen yang akan dilakukan dan cara mengisi kuisisioner. Responden dipersilahkan bertanya bila ada hal-hal yang kurang jelas mengenai penelitian ini. Waktu yang diberikan untuk mengisi kuisisioner $\frac{1}{2}$ sampai 1 jam. Setelah prosedur pengisian selesai, maka semua lembar kuisisioner dikumpulkan oleh peneliti untuk dianalisa. Terakhir peneliti mengakhiri pertemuan dengan responden.

Pengelolaan data pada penelitian ini dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Editing

Mengecek jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuisisioner, apakah setiap pertanyaan sudah sudah dijawab dengan membuat cek (\surd) pada option yang dianggap tepat.

2. Tabulasi Data

Data tabulasi dengan computer (SPSS).

3. Pengelompokan Data

Pengelompokan data berdasarkan hasil kuisioner dari responden penelitian, dimana akan dikelompokkan pengaruh positif dan pengaruh negatif. Membuat kesimpulan dengan analisa statistik distribusi frekuensi dan dilihat dalam bentuk persentasenya.

4. Analisa Data

Metode analisa yang digunakan pada penelitian ini adalah tehnik eskperimen dan untuk menentukan hipotesis dengan menggunakan uji-T independent yang digunakan untuk membandingkan dua populasi yang diketahui nilai mean masing-masing (S_1 dan S_2) serta S-pooled (S_p). Besar sempel populasi II (n_1 tidak perlu sama dengan n_2). Dengan rumus:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{Sp \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

Keterangan :

X_1 = Nilai rata-rata pengaruh positif yang menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam efektif sebagai metode untuk mengontrol nyeri.

X_2 = Nilai rata-rata pengaruh negatif yang menggunakan tehnik relaksasi nafas tidak efektif dalam sebagai metode untuk mengontrol nyeri.

S_p = Simpangan deviasi gabungan kedua populasi.

N_1 = Jumlah sample pengaruh positif yang menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam efektif sebagai metode untuk mengontrol nyeri.

N_2 = Jumlah sampel pengaruh negatif yang menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam tidak efektif sebagai metode untuk mengontrol nyeri.

Untuk mencari nilai S_p dicari terlebih dahulu nilai S_1 dan S_2 , yaitu nilai standar deviasi pada populasi group eksperimen dan group pembanding dengan rumus:

$$S_1 = \frac{\sqrt{(x_1 - \bar{x}_1)^2}}{n_1} \quad S_2 = \frac{\sqrt{(x_2 - \bar{x}_2)^2}}{n_2}$$

Kemudian setelah didapat S_1 dan S_2 maka dimasukkan kedalam rumus S_p yaitu:

$$Sp^2 = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

$$Sp = \sqrt{Sp^2}$$

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi frekuensi menurut kelompok umur di ruang merak rumah sakit pusat angkatan udara dr. esnawan antariksa jakarta tahun 2008.

| Kelompok Umur | Frekuensi | % |
|---------------|-----------|-------|
| < 20 Tahun | 1 | 1.1 |
| 21-30 Tahun | 32 | 36 |
| 31-40 Tahun | 43 | 48.3 |
| > 40 Tahun | 13 | 14.6 |
| Jumlah | 89 | 100.0 |

Dari tabel 1 Distribusi Frekuensi Menurut Kelompok Umur Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa Khususnya Di Ruang Merak Tahun 2008 diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 31-40 Tahun dengan frekuensi 43 responden atau 48.3%. Data dari <http://www.google.co.id> diketahui bahwa usia produktif berkisar antara 25-40 tahun dimana pada usia produktif ini resiko tinggi mengalami kecelakaan, cedera dan dihindangi berbagai macam penyakit, mengingat pada usia ini banyak kegiatan-kegiatan yang dilakukan sehingga mempengaruhi pola pikir, kebiasaan dan pola hidup seseorang.

Tabel 2. Distribusi frekuensi menurut jenis kelamin di ruang merak rumah sakit pusat angkatan udara dr. Esnawan Antariksa Jakarta tahun 2008.

| Jenis kelamin | Frekuensi | % |
|---------------|-----------|-------|
| Laki –laki | 57 | 64 |
| Perempuan | 32 | 36 |
| Jumlah | 89 | 100.0 |

Dari tabel 2 Distribusi Frekuensi Menurut Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa Khususnya Di Ruang Merak Tahun 2008 diketahui bahwa sebagian besar responden yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 57 orang atau 64%. Dari data rekam medic jumlah pasien yang dirawat di Rumah Sakit Pusat angkatan Udara dr Esnawan Antariksa pada 3 bulan terakhir rata-rata pasiennya berjenis kelamin laki-laki, ini juga berkaitan dengan para pegawai yang bekerja di wilayah RUSPAU yang kebanyakan adalah angkatan atau anggota TNI AU yang berjenis kelamin laki-laki. Jenis operasi yang dilakukanpun berbeda-beda namun memiliki persentase yang hampir sama antara jenis operasi yang satu dengan yang lain.

Tabel 3. Distribusi frekuensi menurut pendidikan di ruang merak rumah sakit pusat angkatan udara dr. Esnawan Antariksa Jakarta tahun 2008.

| Pendidikan | Frekuensi | % |
|--------------------------|-----------|--------------|
| SD | 1 | 1.1 |
| SMP | 3 | 3.4 |
| SMA | 55 | 61.8 |
| Akademi/Perguruan Tinggi | 30 | 33.7 |
| Total | 89 | 100.0 |

Dari tabel 3 Distribusi Frekuensi Menurut Pendidikan Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa Khususnya Di Ruang Merak Tahun 2008 diketahui bahwa responden yang paling banyak berpendidikan SMA sebanyak 55 orang atau 61.8%. dari data yang

didapat dari <http://www.Depkes.co.id> diketahui bahwa masyarakat atau seseorang yang memiliki latar belakang pendidikan lulusan SMA masih banyak yang kurang mendapat edukasi atau informasi tentang masalah-masalah kesehatan sehingga mereka kurang menyadari gejala-gejala awal yang mungkin itu merupakan pertanda awal adanya suatu penyakit yang perlu diwaspadai dan memerlukan penanganan sedini mungkin.

Tabel 4. Distribusi frekuensi menurut pekerjaan di ruang merak rumah sakit pusat angkatan udara dr. Esnawan Antariksa Jakarta Tahun 2008.

| Pekerjaan | Frekuensi | % |
|-----------|-----------|-------|
| PNS | 27 | 30.3 |
| TNI/POLRI | 30 | 33.7 |
| Swasta | 25 | 28.1 |
| Pedagang | 7 | 7.9 |
| Total | 89 | 100.0 |

Dari tabel 4 Distribusi Frekuensi Menurut Pekerjaan Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa Khususnya Di Ruang Merak Tahun 2008 diketahui bahwa responden yang bekerja sebagai PNS sebanyak 27 orang atau 30,3%, TNI/POLRI sebanyak 30 orang atau 33.7%, Swasta 25 orang atau 28.1%, dan pedagang sebanyak 7 orang atau 7.9%. dilihat dari Ruang lingkup wilayah Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr Esnawan Antariksa kebanyakan para pegawai yang bekerja di wilayah tersebut adalah anggota TNI AU, hal itu juga dipertegas dengan adanya data dari Rekam Medik jumlah pasien yang dirawat di Ruang Merak pada 3 bulan terakhir yaitu sebanyak 205 orang pasien PNS, 221 orang swasta dan 237 orang berasal dari militer.

Tabel 5. Distribusi frekuensi pengaruh tehnik relaksasi nafas dalam terhadap pengurangan rasa nyaman nyeri pada klien luka post operasi di ruang merak tahun 2008.

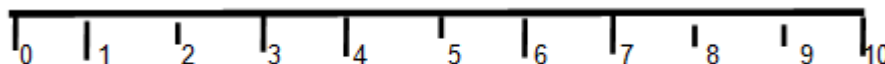
| Variabel | Penurunan Rasa nyaman Nyeri | | Total | P Value |
|------------------|-----------------------------|-------------|--------------|---------|
| | Tidak Berkurang | Berkurang | | |
| Tidak Diterapkan | 26 56.5% | 20 43.5% | 46 100.0% | 0,54 |
| Diterapkan | 28 65.1% | 15 34.9% | 43 100.0% | |

Dari tabel 5 diketahui ada sebanyak 26 atau 56.5% responden yang tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan tidak mengalami penurunan nyeri. Sebanyak 20 atau 43.5% responden yang tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tetapi mengalami penurunan nyeri yang dikarenakan adanya pengaruh terapi farmakologi yang diberikan pada klien post operasi yang bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami klien. Dan ada sebanyak 28 atau 65.1% responden yang menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tetapi tidak mengalami penurunan nyeri. Ini dikarenakan derajat atau tingkat nyeri yang di alami responden satu dengan responden yang lain berbeda. 15 atau 34.9% responden yang menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan mengalami penurunan rasa nyeri. Hasil uji statistik didapat nilai P value = 0,54 berarti lebih besar dari $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara

pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengurangan rasa nyeri pada klien dengan luka post operasi.

Nyeri adalah suatu keadaan dimana individu mengalami dan melaaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan (Capernito, 2000).

Nyeri dapat di ukur dengan skala nyeri dimana angka 0 menunjukkan tidak adanya nyeri yang dirasakan, sedangkan angka 10 menunjukkan rasa nyeri yang memuncak.



Gambar 1. Skala Nyeri

Keterangan :

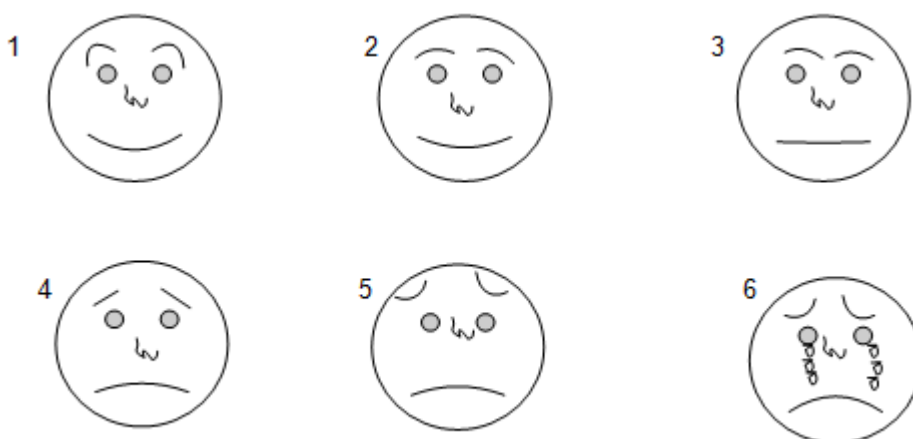
Skala 0 : Tidak ada nyeri

Skala 1-3 : Nyeri ringan

Skala 4-6 : Nyeri Sedang

Skala 7-10 : Nyeri Berat

Cara lain untuk mengukur nyeri adalah dengan menggunakan facing rating scales. Model skala ini dapat digunakan pada semua umur dan dengan melihat ekspresi wajah pada gambar, klien dapat lebih mudah mepersepsikan rasa nyerinya.



Gambar 2. Facing Ranting Scales

Keterangan :

Skala 0 : Tidak ada nyeri

Skala 1 : Sedikit nyeri

Skala 2 : Sedikit lebih nyeri

Skala 3 : Nyeri sedang

Skala 4 : Nyeri hebat

Skala 5 : Nyeri berat sekali

Cara Untuk Menurunkan Nyeri

1) Tehnik relaksasi

Ajarkan klien untuk tarik napas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara, hembuskan secara perlahan, lemaskan otot-otot tangan, kaki, perut dan punggung, serta mengulangi hal yang sama sambil terus konsentrasi hingga didapat rasa nyaman, tenang, dan rileks.

2) Stimulasi kulit

- Gosok dengan halus pada daerah nyeri
- Gosok punggung
- Gunakan air hangat dan dingin
- Pijat dengan air mengalir

3) Pemberian obat analgesik

Berian obat analgesik, yang dilakukan guna mengganggu atau memblokir transmisi stimulasi agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri.

Hasil Penelitian menunjukkan sebanyak 26 atau 56.5% responden yang tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan tidak mengalami penurunan nyeri, hal diatas disebabkan karena pada saat klien mengalami rasa nyaman nyeri klien kurang diberikan informasi atau edukasi yang baik dan benar tentang teknik bagaimana cara menurunkan rasa nyaman nyeri secara mandiri, contohnya dengan menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam. Sebanyak 20 atau 43.5% responden yang tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tetapi mengalami penurunan nyeri, dari hasil diatas ada beberapa kemungkinan yang menyebabkan mengapa klien tidak menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tapi mengalami penurunan nyeri, salah satunya yaitu adanya pengaruh dari pemberian analgesik, dimana diketahui bahwa setelah klien melakukan teknik operasi atau pembedahan klien diberikan terapi analgesik untuk mengurangi rasa nyaman nyeri yang dialami klien. Dan ada sebanyak 28 atau 65.1% responden yang menggunakan teknik relaksasi nafas dalam tetapi tidak mengalami penurunan nyeri, hal tersebut disebabkan oleh tingkat atau derajat rasa nyeri yang dirasakan oleh klien yang relatif berbeda antara klien yang satu dengan klien yang lain sehingga ada beberapa klien yang tidak mengalami penurunan rasa nyaman nyeri meskipun telah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam, selain itu setiap individu berbeda antara satu dan yang lain dalam merespon rasa nyeri yang mereka alami, ada juga beberapa pendapat yang mengatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi respon individu terhadap nyeri. Dalam <http://www.depkes.co.id> dikatakan bahwa laki-laki lebih tahan terhadap rasa nyeri dan lebih dapat merespon rasa nyeri yang ia alami. serta ada 15 atau 34.9% responden yang menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan mengalami penurunan rasa nyeri. Hasil uji statistik didapat nilai P value = 0,54 berarti lebih besar dari $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengurangan rasa nyeri pada klien dengan luka post operasi. Dari hasil penelitian diatas dapat dilihat adanya kesenjangan antara teori dengan hasil nyata yang ada dilapangan atau klinik. Adapun faktor yang menyebabkan terjadinya kesenjangan ini adalah adanya perbedaan tingakat nyeri antara klien yang satu dengan klien yang lainnya bersifat individual, sehingga ada beberapa klien yang tidak

mengalami penurunan rasa nyeri meskipun perawat telah mengajarkan dan menganjurkan klien untuk terus melakukan teknik relaksasi jika suatu saat nyeri klien muncul kembali.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian terhadap klien yang dirawat di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa Khususnya di Ruang Merak dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara teknik relaksasi nafas dalam dengan penurunan rasa nyaman nyeri pada klien post operasi, sebanyak 28 atau 56.5% klien dengan luka operasi menyimpulkan bahwa nyeri yang mereka rasakan tidak dapat diturunkan dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, hal ini disebabkan oleh efek terapi farmakologi yang dapat menyebabkan nyeri klien berkurang walaupun tidak menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

Ucapan Terima Kasih

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan kuasanya sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan hasil penelitian yang berjudul “ Pengaruh Teknik Relaksasi-Nafas Dalam Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri Pada klien Luka Post Operasi Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa Jakarta”.

Laporan hasil penelitian ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Strata I Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Istara Nusantara Jakarta.

Dalam Penyusunan laporan hasil penelitian, peneliti tidak terlepas dari berbagai hambatan maupun kesulitan, didalam pembuatan laporan hasil penelitian ini, namun berkat adanya bimbingan, dorongan serta bantuan dari berbagai pihak akhirnya laporan hasil penelitian ini dapat diselesaikan dengan tepat waktunya.

Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs. Muchlis Adenan, M.Sc Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Istara Nusantara Jakarta.
2. Ibu Ns. Tety Mulyanti Arofi, S.Kep, M. Kep Selaku Ketua Jurusan Program Studi Strata I Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Istara Nusantara Jakarta dan pembimbing akademik.
3. Ibu Ns. Nur Endah, S.Kep pembimbing I penelitian.
4. Bapak Drs. Samsudin, M. Biomed selaku pembimbing II penelitian.
5. Ibu Sri, S.Kep selaku pembimbing penelitian di Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara (RUSPAU) dr. Esnawan Antariksa Jakarta.
6. Bapak dan ibu dosen pengajar, serta staf Tata Usaha Sekolah Tinggi Kesehatan Istara Nusantara Jakarta.
7. Ibu Martini, S.Kp Selaku Kepala Bagian Keperawatan RUSPAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta, Bapak Bahar Selaku Kepala Diklat RUSPAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta, Bapak

Julfahmi, Amd.Kep selaku Kepala Ruangan Merak RUSPAU dr. Esnawan antariksa Jakarta, Ibu Tika dan Ibu Retno, Amd.Kep selaku CI Ruangan Merak dan semua perawat dan paramedis di RUSPAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta khususnya Ruangan Merak, Serta semua jajaran staf di bidang masing-masing RUSPAU dr.Esnawan Antariksa Jakarta yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

8. Orang tua kami, Saudara kandung kami, serta sanak saudara kami, yang telah memberikan doa, dukungan moril dan materil kepada peneliti dari awal sampai selesainya laporan penelitian ini.
9. Rekan-rekan kami yang telah ikut serta membantu dalam penyelesaian penelitian ini.
10. Serta semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu-persatu.

Peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini belum sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca demi kesempurnaan laporan hasil penelitian ini.

Peneliti berharap semoga laporan hasil penelitian ini bermanfaat bagi pembaca umumnya, dan penulis pada khususnya serta dapat menambah pengetahuan yang ada.

Daftar Pustaka

Capernito. L. J. 2000. Buku Saku Diagnosa keperawatan. Edisi 8. Jakarta: EGC.

Hasan.I. 2002. Metodologi penelitian dan Aplikasinya. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Hidayat. A. A. A. 2006. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Jilid 1. Jakarta: EGC.

[Http://www.Depkes.Co.id](http://www.Depkes.Co.id). Di ambil pada tanggal 9 April 2008.

[Http://www.Google.Co.id](http://www.Google.Co.id). Di ambil pada tanggal 9 April 2008.

Kusyati. E. 2006. Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta: EGC.

Morison. M. J. 2003. Manajemen Luka. Jakarta: EGC.

Smeltzer. S. C, Bare. B.G. 2001. Keperawatan Medikal Bedah, Jilid 1. Edisi 8. Jakarta: EGC.

HUBUNGAN KONDISI LINGKUNGAN DENGAN KEJADIAN LEPTOSPIROSIS DI KOTA SEMARANG

Sri Ratna Rahayu¹, Yudi Tino Arindra¹, Mardiana¹

¹Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: s.ratnarahayu@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Data kasus Leptospirosis tahun 2013 di Kota Semarang didapatkan 81 kasus dan 14 diantaranya meninggal dunia. *Incidence Rate* (IR) Leptospirosis mencapai 4,59 dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 17,28%. Kasus Leptospirosis dari tahun ke tahun makin meningkat. Kondisi tersebut menyebabkan peneliti ingin mengetahui gambaran dan ada tidaknya hubungan antarkondisi lingkungan dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang Tahun 2013.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain *Case-Control*. Teknik pengambilan sampel dengan *Simple Random Sampling*. Sampel kasus 30 orang yang terdiagnosa Leptospirosis serta tercatat dalam Medical Record dan sampel kontrol 30 orang yang tidak terdiagnosis Leptospirosis serta tidak mempunyai gejala Leptospirosis. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner, lembar observasi dan wawancara terstruktur. Analisis data dilakukan dengan *Chi-Square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa keberadaan sampah di dalam rumah $p\text{-value}=0,049$, OR=3,824, keberadaan genangan air di sekitar rumah $p\text{-value}=0,009$, OR=5,750, keberadaan tikus di dalam dan sekitar rumah $p\text{-value}=0,033$, OR= 5,211 dan keberadaan hewan piaraan $p\text{-value}=0,252$, OR=2,316.

Simpulan: Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara keberadaan sampah di dalam rumah, keberadaan genangan air di sekitar rumah dan keberadaan tikus di dalam serta di sekitar rumah.

Kata Kunci: Kondisi lingkungan, kejadian leptospirosis, Kota Semarang

ABSTRACT

Background: Based on leptospirosis cases data on 2013 at Semarang were 81 cases and 14 fatalities. *Incidence Rate* (IR) of Leptospirosis reached 4.59 with a case fatality rate (CFR) 17.28%. The data of Leptospirosis was increased. The researchers wanted to determine whether there is a relationship between environmental conditions with the incidence of leptospirosis in the city of Semarang in 2013.

Methods: This research used a case-control design. Sampling technique with *Simple Random Sampling*. Sample of cases were 30 people with Leptospirosis diagnosis and controls sample of 30 people without Leptospirosis diagnosis. Instrument research used questionnaire, an observation sheet and interviews structured. Data analysis was performed by *Chi-Square*.

Results: The results showed that there was presence of garbage in the home $p\text{-value}=0.049$, OR=3.824, where a pool of water $p\text{-value}=0.009$, OR=5.750, presence of rodents around the house $p\text{-value}=0,033$, OR= 5,211 and pet $p\text{-value}=0,252$, OR=2,316.

Conclusion: The conclusion of this study was there relationship between presence of garbage in the home, where a pool of water, and presence of rodents around the house with the incidence of leptospirosis.

Key words: Environmental conditions, leptospirosis, Semarang City

Pendahuluan

Leptospirosis merupakan penyakit infeksi yang ditularkan langsung atau tidak langsung dari hewan atau zoonosis ke manusia. Penyakit infeksi ini merupakan salah satu penyakit yang perlu perhatian dalam kesehatan masyarakat di negara berkembang. Leptospirosis sering terjadi di daerah tropis dan subtropis dengan curah hujan tinggi (*International Leptospirosis Society*, 2003). Penularan bisa terjadi secara langsung akibat terjadi kontak antara manusia dengan urin atau jaringan binatang yang terinfeksi, dan tidak langsung akibat terjadi kontak antara manusia dengan air, tanah atau tanaman yang terkontaminasi urin dari binatang yang terinfeksi leptospira. Jalan masuk yang biasa pada manusia adalah kulit yang terluka, terutama sekitar kaki, dan atau selaput mukosa di kelopak mata, hidung, dan selaput lendir mulut (Suratman, 2006).

Di Dunia, Negara dengan insiden tinggi meliputi India dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 50.0/100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate* mencapai 21%, Thailand dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 23.1/100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate* mencapai 2,5%, Prancis dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 6.0/100.000 penduduk, Amerika dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 4.0/100.000 penduduk, Brasil dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 1.9/100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate* mencapai 21,3%, Uruguay dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 1,6/100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate* mencapai 100%, Indonesia dengan angka kejadian penyakit leptospirosis 1,2/100.000 penduduk dengan *Case Fatality Rate* 16%. *Case Fatality Rate* Leptospirosis di beberapa bagian dunia dilaporkan berkisar antara <5% sampai dengan 30%, adapun Indonesia menduduki peringkat ke 7 dunia (*International Leptospirosis Society*, 2005).

Kondisi penyakit leptospirosis di Indonesia berdasarkan laporan Ditjen Pengendalian Penyakit (PP) & Penyehatan Lingkungan (PL) Kemenkes RI, pada tahun 2009, *Case Fatality Rate* Leptospirosis di Indonesia mencapai 6,87/100.000 penduduk dengan *Incidence Rate* mencapai 335, pada tahun 2010, *Case Fatality Rate* Leptospirosis di Indonesia mencapai 10,80/100.000 penduduk dengan IR 398, pada tahun 2011, *Case Fatality Rate* Leptospirosis di Indonesia mencapai 9,57/100.000 penduduk dengan IR 857 dan provinsi Jawa Tengah menempati urutan ke 2 setelah Yogyakarta dengan *Case Fatality Rate* 6,87 dan IR mencapai 626 (Profil Data Kesehatan Indonesia, 2011).

Kota Semarang merupakan wilayah terbanyak terkena penyakit leptospirosis. Kasus Leptospirosis di Kota Semarang meningkat dari tahun 2007 sampai dengan 2009, terjadi penurunan pada tahun 2010 dan 2011, sedangkan untuk angka kematian mengalami peningkatan yang cukup tinggi dari tahun 2011 ke tahun 2012 yaitu dengan *Case Fatality Rate* mencapai 17,28%/100.000 penduduk dengan *Incidence Rate* sebesar 81. Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, pada tahun 2009, *Case Fatality Rate* (CFR) Leptospirosis di Kota Semarang mencapai 4,8%/100.000 penduduk dengan *Incidence Rate* mencapai 188, pada tahun 2010, *Case Fatality Rate* Leptospirosis di Indonesia mencapai 8,5%/100.000 penduduk dengan *Incidence Rate* mencapai 71, pada tahun 2011. *Case Fatality Rate* Leptospirosis di Kota

Semarang mencapai 35,71%/100.000 penduduk dengan *Incidence Rate* mencapai 70 dan pada tahun 2012 *Incidence Rate* mencapai 81 dan *Case Fatality Rate* di Kota Semarang mencapai 17,28%/100.000 penduduk (DKK Semarang,2012). Berdasarkan data dan hasil rekapitulasi kasus leptospirosis per 10 Januari 2013 oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang, terdapat 15 kecamatan di seluruh Kota Semarang yang teridentifikasi leptospirosis dengan jumlah kasus 81 kasus leptospirosis dan 14 diantaranya meninggal dunia. *Incidence Rate* mencapai 4,59 dengan angka kematian atau *Case Fatality Rate* mencapai 17, 28% per 100.000 penduduk, artinya Kota Semarang masih belum bisa bebas dari penyakit leptospirosis yang dapat mengancam derajat kesehatan masyarakat kota Semarang (DKK Semarang, 2012).

Beberapa faktor dapat mempengaruhi kejadian penyakit leptospirosis di antaranya kondisi lingkungan fisik dan kondisi lingkungan biologi. Berdasarkan hasil penelitian tentang penyakit leptospirosis sebelumnya, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kejadian penyakit leptospirosis, di antaranya adalah adanya riwayat luka pada kulit dengan nilai (OR=12,16), sampah di dalam rumah (OR = 5,1), jarak rumah dengan selokan OR=5,3, adanya tikus di dalam dan sekitar rumah dengan OR=3,7, dan adanya riwayat kontak dengan bangkai tikus/wirok (OR=4,99) (Sarwani, 2005). Selain penelitian yang di lakukan oleh Sarwani tentang leptospirosis, hasil penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa adanya tikus/wirok di dalam dan atau sekitar rumah (OR=4,52). Faktor perilaku dan hygiene personal yang mempengaruhi kejadian leptospirosis berat yaitu adanya riwayat luka (OR=12,16) dan adanya riwayat kontak dengan bangkai tikus/wirok (OR=4,99) kondisi selokan buruk (OR=5,58) berpengaruh terhadap kejadian leptospirosis (Suratman, 2006). Dari hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa keberadaan genangan air berpengaruh terhadap kejadian leptospirosis dengan nilai (OR=11,769) dan keberadaan tikus di dalam maupun di luar rumah (OR=10,545) juga berhubungan dengan kejadian penyakit leptospirosis (Dainanty, 2012).

Kota Semarang sering mengalami permasalahan lingkungan, seperti halnya banjir, rob, genangan air dan penumpukan sampah di beberapa tempat. Di beberapa daerah di Kota Semarang memiliki kondisi pemukiman yang kumuh, sungai dan selokan yang tidak mengalir, sampah menumpuk yang menjadi tempat berkembang biak tikus, pembuangan limbah rumah tangga yang tidak lancar yang memungkinkan perkembangbiakan bakteri leptospira, sehingga dapat menginfeksi hospes perantara penyakit leptospirosis, serta keberadaan hewan piaraan yang dapat memicu tumbuhnya bakteri leptospira (Sarwani, 2005). Penularan bakteri leptospira pada manusia adalah kontak langsung dengan bakteri leptospira melalui pori-pori kulit yang menjadi lunak karena terkena air, selaput lendir, kulit kaki, tangan dan tubuh yang lecet. Jenis kelamin laki laki juga lebih beresiko terkena penyakit leptospirosis dikarenakan jenis pekerjaan yang dilakukan oleh laki laki lebih beresiko daripada perempuan (Tilahun Z, 2013). Sebagian besar kasus leptospirosis di terjadi selama di tengah-tengah musim hujan setiap tahun, karena kurangnya sistem drainase di daerah-daerah penduduk miskin. Sementara akumulasi air yang terbentuk adalah di lingkungan yang ideal untuk pertumbuhan bakteri leptospira yang terkandung dalam urin

Rattus norvegicus. Selama musim hujan, kontak dengan sumber kontaminasi lingkungan seperti banjir dan air limbah di rumah tangga atau tempat kerja tanpa alat perlindungan yang memadai seperti sepatu bot. Studi yang menemukan hubungan positif yang kuat antara prevalensi dan kebiasaan berjalan melalui air (Juarez Pereira D, 2007). Kegiatan mencuci dan mandi di sungai, kontak dengan bangkai tikus, kebiasaan tidak memakai alas kaki saat berjalan di tanah yang lembab dan kebiasaan kontak dengan hewan piaraan akan berisiko terpapar bakteri leptospira karena kemungkinan terjadi kontak dengan urin binatang yang mengandung leptospira akan lebih besar (Suratman, 2005). Dengan adanya jumlah kasus leptospirosis yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun, maka diperlukan penelitian untuk mengetahui apakah ada hubungan antara kondisi lingkungan dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara kondisi lingkungan dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang Tahun 2013. Sedangkan tujuan khususnya untuk mengetahui gambaran mengenai keberadaan sampah di dalam rumah, keberadaan genangan air, keberadaan tikus di dalam dan sekitar rumah, keberadaan hewan piaraan di sekitar rumah mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara keberadaan sampah di dalam rumah, mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara keberadaan genangan air, keberadaan tikus di dalam dan sekitar rumah, keberadaan hewan piaraan di sekitar rumah dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013.

Metode

Penelitian ini termasuk *observational research* yaitu mengamati dan menganalisis hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat melalui pengujian hipotesis yang dirumuskan, dengan desain penelitian kasus kontrol. Desain penelitian ini adalah Kasus Kontrol karena dalam penelitian ini dimulai dengan mengidentifikasi kelompok kasus yaitu penderita penyakit leptospirosis melalui data rekapitulasi penyakit leptospirosis dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang dari bulan Januari tahun 2013 sampai bulan Oktober tahun 2013. Dengan adanya kelompok kasus yaitu penderita leptospirosis di Kota Semarang, maka selanjutnya ditentukan kelompok tanpa kasus atau kelompok kontrol yang diambil dari tetangga penderita leptospirosis di kota Semarang yang kemungkinan besar memiliki paparan faktor resiko leptospirosis yang sama, kemudian pada bulan November tahun 2013 secara retrospektif atau penelusuran ke belakang diteliti faktor risiko, kondisi selokan, keberadaan sampah di dalam rumah, keberadaan genangan air yang dapat menerangkan apakah kasus dan kontrol terkena paparan penyakit leptospirosis atau tidak terkena paparan penyakit leptospirosis berdasarkan variabel-variabel yang telah ditentukan.

Populasi dalam penelitian ini adalah meliputi kelompok kasus dan kelompok kontrol, kelompok kasus terdiri dari populasi sasaran dengan jumlah 95 kasus kejadian leptospirosis dari 21 puskesmas, populasi sumber dengan jumlah 62 kasus kejadian leptospirosis dari 10 puskesmas, sedangkan kelompok kontrol meliputi populasi sasaran yang berjumlah 30 orang dari

10 puskesmas. Teknik pengambilan sampel dihitung dengan teknik uji hipotesis terhadap rasio *odds*, maka besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 27. Jadi sampel minimal pada penelitian ini berjumlah 27 responden, sehingga peneliti mengambil 30 penderita leptospirosis sebagai sampel kasus dan sampel kontrol. Sampel kontrol diambil dari tetangga penderita leptospirosis yang kemungkinan besar memiliki karakteristik dan paparan yang sama dengan penderita, dengan jumlah 30 responden. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan *Simple Random Sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner, lembar observasi dan wawancara terstruktur. Analisis data dilakukan menggunakan teknik analisis univariat, analisis bivariat dan analisis berstrata.

Sumber data dalam penelitian ini pertama data primer adalah data hasil wawancara dan lembar observasi yang diperoleh dari penderita leptospirosis di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2013 yang meliputi data tentang kondisi lingkungan fisik dan kondisi lingkungan biologi. Kedua data sekunder dalam penelitian ini, data sekunder yaitu data kasus leptospirosis dunia, data kasus leptospirosis Indonesia, data kasus kejadian leptospirosis Provinsi Jawa Tengah dan data rekapitulasi kasus leptospirosis Kota Semarang.

Teknik pengolahan data dalam penelitian ini meliputi *cleaning* yaitu data yang telah dikumpulkan kemudian dilaksanakan *cleaning data* (pembersihan data) yang berarti sebelum data dilakukan pengolahan, data dicek terlebih dahulu agar tidak terdapat data yang tidak perlu. Kemudian *entri* data yaitu memasukkan data dalam program komputer SPSS for Windows *Release* untuk proses analisis data. *Koding* dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan termasuk dalam pemberian kode. *Editing* yaitu setelah data dikumpulkan kemudian dilakukan *editing* untuk mengecek kelengkapan data, kesinambungan dan keseragaman data sehingga validitas data dapat terjamin. Tabulasi data dalam tahap ini dilakukan penyajian data melalui tabel dan agar mempermudah untuk dianalisis.

Analisis univariat dilakukan pada setiap variabel bebas untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diteliti yang meliputi variabel keberadaan genangan air, keberadaan sampah di dalam rumah, keberadaan tikus di dalam dan sekitar rumah, keberadaan hewan piaraan di sekitar rumah. Hasil analisis ini berupa distribusi dan persentase pada setiap variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada atau tidak hubungan antara kejadian leptosepirosis dengan variabel yang diteliti. Skala data penelitian ini adalah skala nominal dan ordinal maka uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square*. Dasar pengambilan keputusan yang digunakan berdasarkan probabilitas. Syarat uji *chi square* adalah tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat *chi square* tidak terpenuhi maka uji yang digunakan adalah uji alternatif yaitu uji *Fisher* (bila tabel 2x2). Analisis berstrata digunakan untuk mengendalikan variabel berperancu, dengan cara perbandingan OR (*Odd Rasio*). Untuk mengendalikan variabel perancu digunakan teknik analisis berstrata dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kontrol pada masing-masing tingkat faktor perancu yang homogen dengan menggunakan tabel 2 x 2.

Prosedur penelitian dalam penelitian ini meliputi kegiatan pra penelitian, saat penelitian dan pasca penelitian. Pra penelitian merupakan suatu kegiatan yang dilakukan sebelum penelitian meliputi mendefinisikan dan merumuskan masalah dan melakukan studi kepustakaan (Studi Pendahuluan). Saat penelitian yang meliputi pengambilan data tentang keberadaan sampah di dalam rumah, keberadaan genangan air, keberadaan tikus di dalam dan sekitar rumah, keberadaan hewan piaraan di sekitar rumah dan data kejadian penyakit leptospirosis Kota Semarang Tahun 2013. Pasca penelitian merupakan prosedur yang dilakukan setelah penelitian yang meliputi menganalisis dan menginterpretasikan data.

Hasil dan Pembahasan

Jumlah penduduk di Kota Semarang pada tahun 2013 sebesar 1.763.851 jiwa. Persebaran penduduk jika dilihat dari jumlah penduduk pada masing-masing wilayah kecamatan mengalami kepadatan penduduk yang tidak merata. Kepadatan penduduk yang paling tinggi berada pada wilayah perkotaan antara lain meliputi Kecamatan Semarang Utara sebesar 15.003 jiwa/km², Kecamatan Semarang Selatan sebesar 14.433 jiwa/km², Kecamatan Semarang Tengah sebesar 13.953 jiwa/km², Kecamatan Candisari sebesar 12.267 jiwa/km², Kecamatan Gayamsari sebesar 11.955 jiwa/km², Kecamatan Semarang Timur sebesar 10.523 jiwa/km² dan kepadatan paling rendah berada di wilayah Kecamatan Tugu sebesar 931 jiwa/km², Kecamatan Mijen sebesar 947 jiwa/km², dan Kecamatan Gunungpati sebesar 1.380 jiwa/km² (Dinkes Kota Semarang, 2013). Berdasarkan hasil wawancara terstruktur dan pengamatan melalui lembar observasi dengan responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 1. Keberadaan Genangan Air di Sekitar Rumah Responden

| Keberadaan Genangan Air di Sekitar Rumah Responden | Kasus | | Kontrol | | OR | <i>p-value</i> |
|--|-----------|----------------|-----------|----------------|---------------------------|----------------|
| | Frekuensi | Presentase (%) | Frekuensi | Presentase (%) | | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | | |
| Tidak ada genangana air | 8 | 26,7 | 19 | 63,3 | 4,750 1,584- 14,245 | 0.009 |
| Ada Genangan Air | 22 | 73,3 | 11 | 36,7 | | |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 | | |

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa dari jumlah total responden kasus yaitu 30 responden, keberadaan genangan air di sekitar rumah sebagian besar responden kasus di sekitar rumahnya terdapat genangan air yaitu (73,3%) atau sebanyak 22 orang, dan sebagian kecil tidak terdapat genangan air di sekitar rumah responden yaitu (26,7%) atau sebanyak 8 orang. Dari jumlah total responden kontrol yaitu 30 responden, keberadaan genangan air di sekitar rumah sebagian besar responden kontrol di sekitar rumahnya tidak terdapat genang air yaitu (63,3%)

atau sebanyak 11 orang, dan sebagian kecil terdapat genangan air di sekitar rumah responden yaitu (36,7%) atau sebanyak 11 orang.

Hasil analisis hubungan antara keberadaan genangan air di sekitar rumah responden dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013 memenuhi syarat untuk diuji dengan menggunakan uji *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh p-value = 0,009 di mana itu lebih kecil dari 0,05, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian, maka ada hubungan antara keberadaan genangan air di sekitar rumah responden dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013. Dari analisis juga diperoleh nilai OR (*Odd Ratio*) sebesar 4,750, artinya responden yang memiliki genangan air di sekitar rumahnya berisiko 4,750 kali untuk mengalami kejadian leptospirosis dibandingkan responden yang tidak memiliki genangan air di sekitar rumahnya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Dainanty, 2011) bahwa keberadaan genangan air berhubungan dengan kejadian leptospirosis dengan nilai (OR=11,76), sebab pada penelitian ini sebagian besar responden sama sama memiliki genangan air di sekitar rumahnya, dan tanpa disadari responden telah melakukan kontak dengan genangan air seperti berjalan melewati daerah banjir dan kontak dengan air di atas permukaan tanah yang tidak mengalir sehingga memiliki risiko lebih besar untuk terkena penyakit leptospirosis.

Tabel 2 : Keberadaan Sampah di Dalam dan Sekitar Rumah Responden

| Keberadaan Sampah di Dalam dan Sekitar Rumah Responden | Kasus | | Kontrol | | OR | p-value |
|--|-----------|----------------|-----------|----------------|---------------------------|---------|
| | Frekuensi | Presentase (%) | Frekuensi | Presentase (%) | | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | | |
| Tidak Ada Sampah | 5 | 16,7 | 13 | 43,3 | | 0,049 |
| Ada Sampah | 25 | 83,3 | 17 | 56,7 | 3,824 1,150- 12,713 | |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 | | |

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa dari jumlah total responden kasus yaitu 30 responden, keberadaan sampah di dalam rumah sebagian besar responden kasus di dalam rumahnya terdapat sampah yaitu (83,3%) atau sebanyak 25 orang, dan sebagian kecil tidak terdapat sampah di dalam rumah responden yaitu (16,7%) atau sebanyak 5 orang. Dari jumlah total responden kontrol yaitu 30 responden, keberadaan sampah di dalam rumah sebagian besar responden kontrol di dalam rumahnya juga terdapat sampah yaitu (56,7%) atau sebanyak 17 orang, dan sebagian kecil tidak terdapat sampah di dalam rumah responden yaitu (43,3%) atau sebanyak 13 orang.

Hasil analisis hubungan antara keberadaan sampah di dalam dan sekitar rumah dengan kejadian leptospirosis tahun 2013 memenuhi syarat untuk diuji dengan menggunakan uji *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, dengan taraf kepercayaan 95% maka diperoleh *p-value* = 0,049 dimana itu lebih kecil dari 0,05, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian, maka ada hubungan antara keberadaan sampah di dalam dan sekitar rumah responden dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013. Dari analisis juga diperoleh nilai OR (Odd Rasio) sebesar 3,824, artinya responden yang memiliki sampah di dalam dan sekitar rumah berisiko 3,824 kali mengalami kejadian leptospirosis dibandingkan responden yang tidak memiliki sampah di dalam dan sekitar rumah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh (Sarwani, 2005), bahwa variabel keberadan sampah di dalam rumah berhubungan dengan kejadian leptospirosis dengan nilai $OR=4,1$, sebab proporsi responden yang mempunyai sampah di dalam rumah sebanyak 82,5%; dan proporsi responden yang tidak mempunyai sampah di dalam dan sekitar rumah hanya 17,5%, artinya responden cenderung mempunyai sampah di dalam rumah. Pada penelitian ini, responden kasus maupun kontrol cenderung memiliki sampah di dalam rumah, sehingga kemungkinan besar tikus masuk ke dalam rumah karena adanya sampah di dalam rumah. Tempat sampah di dalam rumah responden sebagian besar tidak tertutup dan hanya menggunakan tempat sampah terbuka, selain itu juga menggunakan tempat sampah dari plastik bekas. Seharusnya responden menggunakan tempat sampah yang tertutup rapat dan tidak menginapkan sampah di dalam rumah, sehingga tidak memancing datangnya tikus ke dalam rumah.

Tabel 3: Keberadaan Tikus di Dalam dan Sekitar Rumah

| Keberadaan Tikus di Dalam dan di Sekitar Rumah Responden | Kasus | | Kontrol | | OR | <i>p-value</i> |
|--|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------------|----------------|
| | Frekuensi | Presentase (%) | Frekuensi | Presentase (%) | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | | |
| Tidak Ada Tikus | 3 | 10,0 | 11 | 36,3 | 5,211 1,278 | 0,033 |
| Ada Tikus | 27 | 90,0 | 19 | 63,3 | | |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 | - 21,23 7 | |

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa dari jumlah total responden kasus yaitu 30 responden, keberadaan tikus di dalam dan di sekitar rumah sebagian besar responden kasus di dalam dan di sekitar rumahnya terdapat tikus yaitu (90,0%) atau sebanyak 27 orang, dan sebagian kecil tidak terdapat tikus di dalam dan sekitar rumah responden yaitu (10,0%) atau sebanyak 3 orang. Dari jumlah total responden kontrol yaitu 30 responden, keberadaan tikus di dalam dan di

sekitar rumah sebagian besar responden kontrol di sekitar rumahnya terdapat tikus yaitu (63,3%) atau sebanyak 19 orang, dan sebagian kecil tidak terdapat tikus yaitu (36,7%) atau sebanyak 11 orang.

Hasil analisis hubungan antara keberadaan tikus di dalam dan di sekitar rumah dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013 memenuhi syarat untuk diuji dengan menggunakan uji *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, dengan taraf kepercayaan 95% maka diperoleh *p-value* = 0,033 di mana itu lebih kecil dari 0,05, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian, maka ada hubungan antara keberadaan tikus di dalam dan sekitar rumah responden dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013. Dari analisis juga diperoleh nilai OR (*Odd Ratio*) sebesar 5,211, artinya adanya tikus di dalam dan sekitar rumah berisiko 5,211 kali mengalami kejadian leptospirosis dibandingkan tidak adanya tikus di dalam dan sekitar rumah.

Dengan mengendalikan variabel perancu keberadaan sampah di dalam rumah dengan teknik analisis berstrata maka dihasilkan OR (1) = 3,333 CI = 0,617-18,003 maka terdapat kerancuan yang memperbesar hubungan keberadaan tikus di dalam dan di sekitar rumah dengan kejadian leptospirosis yang sesungguhnya dan keberadaan sampah di dalam rumah belum merupakan faktor risiko terjadinya leptospirosis, serta dihasilkan juga OR(2) = 7,00 CI = 0,217-226,005, maka terdapat kerancuan yang memperkecil hubungan antara keberadaan tikus di dalam dan di sekitar rumah dengan kejadian leptospirosis yang sesungguhnya dan keberadaan sampah di dalam rumah belum merupakan faktor risiko terjadinya leptospirosis.

Tabel 4: Keberadaan Hewan Piaraan di Rumah

| Keberadaan Hewan Piaraan di Rumah | Kasus | | Kontrol | | OR | <i>p-value</i> |
|-----------------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|--------------------------|----------------|
| | Frekuensi | Presentase (%) | Frekuensi | Presentase (%) | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | | |
| Tidak Ada Hewan Piaraan | 19 | 63,3 | 24 | 80,0 | | 0,252 |
| Ada Hewan Piaraan | 11 | 36,7 | 6 | 20,0 | 2,316 0,724- 7,407 | |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 | | |

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat bahwa dari jumlah total responden kasus yaitu 30 responden, keberadaan hewan piaraan di rumah responden sebagai hospes perantara leptospira sebagian kecil responden kasus di dalam dan di sekitar rumahnya tidak terdapat hewan piaraan yaitu (36,7%) atau sebanyak 11 orang, dan sebagian besar tidak terdapat hewan piaraan yaitu (63,3%) atau sebanyak 19 orang. Dari jumlah total responden kontrol yaitu 30 responden, keberadaan hewan piaraan di rumah responden sebagai hospes perantara leptospira sebagian

besar responden kontrol di sekitar rumahnya tidak terdapat hewan piaraan yaitu (80,0%) atau sebanyak 24 orang, dan sebagian kecil terdapat hewan piaraan yaitu (20,0%) atau sebanyak 6 orang.

Hasil analisis hubungan antara keberadaan hewan piaraan di rumah responden sebagai hospes perantara leptospira dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013 memenuhi syarat untuk diuji dengan menggunakan uji *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, dengan taraf kepercayaan 95% maka diperoleh *p-value* = 0,252 di mana itu lebih besar dari 0,05, sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian, maka tidak ada hubungan antara keberadaan hewan piaraan di rumah responden sebagai hospes perantara leptospira dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013. Hal tersebut dikarenakan responden kasus dan responden kontrol cenderung tidak memiliki hewan piaraan di rumah, sama halnya dengan hasil penelitian ini bahwa responden kasus dan responden kontrol juga cenderung tidak memiliki hewan piaraan yang berpotensi menularkan penyakit leptospirosis di rumah, sehingga keberadaan hewan piaraan di rumah tidak berhubungan dengan kejadian leptospirosis.

Penutup

Setelah dilakukan penelitian tentang faktor risiko lingkungan yang berpengaruh terhadap kejadian leptospirosis di Kota Semarang, maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki sampah di dalam rumah, adanya tikus di dalam dan sekitar rumah, dan genangan air di sekitar rumah. Ada hubungan antara keberadaan sampah di dalam rumah, keberadaan tikus di sekitar rumah, dan keberadaan genangan air di sekitar rumah dengan kejadian leptospirosis di Kota Semarang tahun 2013.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terimakasih kepada: 1) Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, 2) Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, 3) Pihak yang telah mengizinkan pelaksanaan penelitian ini, yaitu: Kesbangpolinmas Kota Semarang, Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas se-Kota Semarang, seluruh responden penelitian. 4) Semua pihak yang telah membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan penyelesaian penelitian.

Daftar Pustaka

- Angelia. 2010. *Hubungan Antara Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Leptospirosis Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang*. Skripsi. Undip. Semarang.
- Bappeda Kota Semarang. 2013. *Kota Semarang dalam Angka*. Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kota Semarang Tahun 2013.

- Buku Saku Kesehatan. 2012. *Kasus dan Kematian Leptospirosis*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dainanty. 2012. *Hubungan antara Faktor Lingkungan Fisik Rumah dan Keberadaan Tikus dengan Kejadian Leptospirosis di Kota Semarang*. Skripsi. Undip. Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2011. *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2011*. Semarang. DKK Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2011. *Laporan Bulanan Kasus Leptospirosis dan Rekapitulasi Kasus Leptospirosis Tahun 2011*. Semarang. DKK Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2012. *Laporan Bulanan Kasus Leptospirosis dan Rekapitulasi Kasus Leptospirosis Tahun 2012*. Semarang. DKK Semarang.
- Dinas Kesehatan Kulon Progo. 2011. *Pencegahan Penyakit Leptospirosis*. Diakses: Rabu, 16 Februari 2011 10:03:01. (<http://dinkes.kulonprogokab.go.id/?pilih=news&mod=yes&aksi=lihat&id=27>).
- Dwi Sarwani Sri Rejeki. 2005. *Faktor Risiko Lingkungan yang Berpengaruh terhadap Kejadian Leptospirosis Berat*. Tesis. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Erwan Herlambang. 2013. *Penularan Penyakit Leptospirosis*. 28 Juni 2013. Diakses 3 Oktober 2013. (<http://www.klinikherbal dunia.com/penularan-leptospirosis/>).
- Fadhila. 2011. *Kedokteran Leptospirosis*. Diakses Senin, 24 Januari 2011. (<http://honeyfadhila.blogspot.com/2011/01/leptospirosis.html>).
- Hygeiya. 2011. *Paparan Lingkungan Biologi*. 27 Mei 2011. Diakses 20 Oktober 2013. (<http://henysetyawati.blogspot.com/2011/05/paparan-di-lingkungan-biologi.html>).
- Ikawati. 2009. *Analisis Karakteristik Lingkungan pada Kejadian Leptospirosis di Kabupaten Demak Jawa Tengah Tahun 2009*. P2B2 Banjarnegara.
- International Leptospirosis Socyti*. 2003. *Human Leptospirosis: Guidance for Diagnosis, Surveillance and Control*. World Health Organization.
- Juarez Pereira Dias. 2007. *Factors Associated with Leptospira sp Infection in A Large Urban Center in Northeastern Brazil*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 40(5):499-504. International Jurnal Epidemiologi Association. Northeastern Brasil.
- Kartikawati. 2012. *Leptospirosis Penyakit yang Ditularkan oleh Tikus*. V-media Ungaran. Jawa Tengah.
- Lestari Feriyanti. 2009. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Leptospirosis di RSU Sunan Kalijaga Demak*. Skripsi. Universitas Negeri Semarang. 2009.
- Mari Okatini. 2007. *Hubungan Faktor Lingkungan dan Karakteristik Individu Terhadap Kejadian Penyakit Leptospirosis*. Jakarta.
- Murti, Bhisma. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiology*. Gadjah Mada University Press.
- MH Gasem. 2000. *Highest Incidence Leptospirosis*. *International Leptospirosis Society*.
- Pujianto. 2012. *Mengenal Tikus. Pengendalian Risiko Lingkungan (PRL) KKP Kelas II Semarang Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Semarang*. 8 April 2013. Diakses 3 Oktober 2013. (<http://www.kespelsemarang.Com/?p=458>).

- Prastiwi Betty. 2011. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Leptospirosis di Kabupaten Bantul*. Skripsi. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Priyanto. 2008. *Faktor-Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Kejadian Leptospirosis (Studi Kasus di Kabupaten Demak)*. Tesis. UNDIP. Semarang.
- Profil Kesehatan Indonesia. 2011. *Situasi Penyakit Bersumber Binatang. Jumlah Kasus Meninggal/CFR Leptospirosis Menurut Provinsi 2009-2011*. Kementerian Kesehatan RI.
- Purnama. 2013. Epidemiologi Kesehatan Lingkungan. Analisis Faktor Risiko Lingkungan Penularan Leptospirosis di Indonesia. (http://tbayu93.blogspot.com/2013_06_01_archive.html) Minggu, 09 Juni 2013.
- Ramadhani. 2012. *Daerah Rawan Genangan Rob di Wilayah Semarang*. Skripsi. Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan, Universitas Diponegoro. 2012.
- Regita. Bakteri Leptospira Penyebab Leptospirosis. 18 Maret 2013. Diakses tanggal 2 Oktober 2013, (<http://regitajune97.wordpress.com/2013/05/18/bakter-leptospira-penyebab-leptospirosis/>)
- Rusmini. 2012. *Bahaya Penyakit Leptospirosis (Penyakit Kencing Tikus dan Cara Pencegahannya)*. Gosyen. Yogyakarta. 2011.
- RKPD. 2013. *Gambaran Umum Kondisi Daerah Kota Semarang*. Pemerintah Kota Semarang. Tahun 2013.
- Sani Rachman. 2009. *All About Leptospirosis*. Diakses 16 Mei 2013. (http://sanirachman.blogspot.com/2009/08/allboutleptospirosis_9366.html).
- Setiawan. 2008. *Pemeriksaan Laboratorium untuk Mendiagnosis Penyakit Leptospirosis*. Vol 18. Nomor 1. Maret 2008. (<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/714>).
- Soemirat Juli. 1999. *Epidemiologi Lingkungan*. Gadjah Mada University Press: Bandung.
- Sudigdo. 1995. *Dasar Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara: Jakarta.
- Suratman. 2006. *Analisis Faktor Risiko Lingkungan dan Perilaku yang Berpengaruh terhadap Kejadian Leptospirosis Berat*. Tesis. RSUP Kariadi. Semarang.
- Tilahun Z. 2013. *Global Epidemiological Overview of Leptospirosis*. International Journal of Microbiological Research 4 (1): 09-15, 2013, ISSN 2079-2093, IDOSI Publications, Faculty of Agriculture and Rural Development. Dilla. Ethiopia.
- Tri Setyarini. 2011. *Bio Ekologi Rodent dan Implementasi IPM*, 19 April 2011. (<http://rumahidaman01.wordpress.com/pengenalan-hama-rumah/tikus/>).
- Widoyono. 2005. *Penyakit Tropis. Epidemiologi, Penularan dan Pemberantasan Penyakit Tropis*, Erlangga: Semarang
- Wulandari. 2011. *Gambaran Higiene dan Sanitasi Penjamah Makanan di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2011*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.
- Zhafirah Arif. 2013. *Arti Penting Lingkungan hidup Bagi Manusia*. 3 September 2013. Diakses 10 Oktober 2013. (<http://sitizhafirah.blogspot.com/2013/09/arti-penting-lingkungan-hidup-bagi.html>)

PENURUNAN POPULASI NYAMUK *Aedes aegypti* MELALUI OVITRAP BERBASIS SEKOLAH

Widya Hary Cahyati¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: widyahary27@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih merupakan penyakit masalah kesehatan masyarakat. Angka Bebas Jentik (ABJ) merupakan salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingginya kasus DBD disuatu wilayah. ABJ Kota Semarang tahun 2015 yaitu 59%, masih dibawah target (<95%). Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui efektifitas penerapan ovitrap berbasis sekolah dalam menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*.

Metode: Jenis penelitian yaitu *Research and Development (R&D)*, dengan populasi seluruh sekolah dasar di Kota Semarang dan sampelnya yaitu 2 sekolah dasar diantaranya, SDN Petompon 01 dan SDN Tugurejo 01.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan ovitrap efektif dalam menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*. Tingkat pengetahuan siswa tentang DBD dan ovitrap meningkat secara signifikan ($p=0,0003$ untuk SDN Tugurejo 01 dan nilai $p=0,0001$ untuk SDN Petompon 01). Praktik pencegahan DBD meningkat pada SDN Tugurejo 01 ($p=0,0003$), sedangkan untuk SDN Petompon 01 tidak ada peningkatan yang signifikan ($p=0,13$).

Simpulan: Simpulan dalam penelitian ini penerapan ovitrap berbasis sekolah efektif dalam menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, pemberian penyuluhan efektif dalam meningkatkan tingkat pengetahuan siswa mengenai DBD dan ovitrap, namun pemberian penyuluhan belum cukup efektif untuk merubah perilaku siswa dalam praktik pencegahan DBD.

Kata kunci: ovitrap, nyamuk *Aedes aegypti*, sekolah

ABSTRACT

Background: *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* is a disease of public health concern. *Larvae Free Index (LFI)* is one of the indicator that can be used to determine the height of dengue cases in a region. *LFI* Semarang in 2015 as many as 59 %, still below the target (<95%). The purpose of research is to determine the effectiveness of the implementation of school -based ovitrap in reducing the population of *Aedes aegypti*.

Methods: This type of research that is a *Research and Development (R & D)* , with a population of all elementary schools in the city of Semarang and the sample are two elementary schools, they are SDN Petompon 01 and SDN Tugurejo 01.

Results: The results showed that the application of ovitrap effective in reducing the population of *Aedes aegypti*. The level of students' knowledge about dengue and ovitrap increased significantly ($p = 0.0003$ for SDN Tugurejo 01 and $p = 0.0001$ for SDN Petompon 01). Practice prevention of dengue increased in SDN Tugurejo 01 ($p = 0.0003$), whereas for SDN Petompon 01 no significant improvement ($p = 0.13$).

Conclusion: The conclusions in this study implementation of school-based ovitrap effective in reducing the population of *Aedes aegypti*, the extension services are effective in increasing the level of students' knowledge about dengue and ovitrap, but the counseling has not been effective enough to change the behavior of students in the practice of dengue prevention.

Key Words: ovitrap, *Aedes aegypti*, school

Pendahuluan

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus *dengue* yang menempati posisi penting dalam deretan penyakit infeksi yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingginya kasus DBD adalah Angka Bebas Jentik (ABJ). Data ABJ di Kota Semarang dari tahun ke tahun selalu mengalami perubahan, di tahun 2013 ABJ Kota Semarang sebesar 68,75%, sedangkan di tahun 2015 sampai bulan September mengalami penurunan menjadi 59%, hal ini menunjukkan bahwa ABJ Kota Semarang belum mencapai target yaitu <95% (Dinkes, 2015).

Kelompok umur <12 tahun beresiko 10 kali lipat terkena DBD dibanding kelompok umur >45 tahun (Paramita, 2012). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2015, jumlah penderita DBD paling banyak pada kelompok usia <12 tahun yaitu sebanyak 507 kasus (Dinkes, 2015). Kelompok umur tersebut atau lebih tepatnya adalah anak-anak, lebih rentan terkena DBD karena faktor daya tahan tubuh yang masih rendah, dan aktivitas rutin sehari-hari yang rata-rata berada di dalam gedung atau ruang sekolah, mobilitas tinggi dan banyak bertemu dengan orang lain atau teman lain di sekolah atau tempat bermain. Kelompok umur < 12 tahun memiliki daya tahan tubuh yang masih rendah dibandingkan kelompok umur yang lebih tua, sedangkan aktivitasnya sering bermain diluar selama beberapa jam atau bahkan hampir seharian berada di dalam kondisi dan waktu yang meningkatkan risiko terkena gigitan nyamuk penular DBD (WHO, 2009).

Upaya penanggulangan dan pencegahan penyakit DBD sudah diatur dalam Perda No 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit DBD, upaya tersebut lebih difokuskan pada pengendalian vektornya yaitu pengendalian nyamuk *Aedes aegypti*. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB), dan Pemeriksaan Jentik Rutin (PJR) merupakan upaya pencegahan DBD, sedangkan upaya penanggulangannya yaitu dengan dilakukannya *fogging*, surveilans epidemiologi dan Penyelidikan Epidemiologi (PE) (Depkes RI, 2010).

Upaya pemberantasan sarang nyamuk di sekolah sering dilakukan dan merupakan tanggung jawab seluruh warga sekolah. Upaya pencegahan yang dilakukan di sekolah di antaranya berupa penyediaan dan penampungan tempat air bersih, penyediaan dan penampungan pembuangan sampah, pengadaan dan pemeliharaan air limbah, pemeliharaan kamar mandi. Pemberdayaan siswa sekolah dasar sebagai pemantau jentik berhasil menurunkan populasi nyamuk, siswa dilatih untuk memahami pentingnya kegiatan 3M dan dapat mengaplikasikannya di lingkungan sekolah dan tempat tinggalnya, dengan harapan dapat menurunkan populasi nyamuk penyebab DBD (Fachrizal, 2006).

Berbagai metode dapat dilakukan untuk mendeteksi keberadaan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, diantaranya yaitu survei larva, survei pupa, survei nyamuk dewasa, dan survei telur. Survei telur terbukti cukup efektif untuk mendeteksi keberadaan populasi nyamuk *Aedes aegypti*,

biasanya dengan menggunakan ovitrap atau perangkap telur, penggunaan ovitrap terbukti berhasil menurunkan populasi nyamuk di beberapa negara, salah satunya di Singapura yaitu dengan memasang 2000 ovitrap di daerah yang endemis DBD. Alat ini dapat digunakan untuk membunuh 45 – 100 persen nyamuk dengan memasang ovitrap berinsektisida (Zeichner dan Perich, 1999). Ovitrap dirancang untuk menarik nyamuk betina meletakkan telurnya kemudian dihitung dan diidentifikasi (Astuti, 2011). Model serupa dibuat dengan memasang kassa nyamuk di permukaan air ovitrap sehingga imago yang muncul dari pupa tertahan di dalam ovitrap dan mati tenggelam dalam air, alat ini disebut autolarval trap. Replikasi auto-larval trap yang dipasang sekitar tempat penampung air bersih dapat menekan HI, CI, dan BI 61,49%, 50,91%, dan 53,62% (Perich *et al*, 2003).

Peningkatan produktivitas telur yang terperangkap dalam ovitrap juga dilakukan dengan menggunakan atraktan air rendaman jerami 10%. Rerata telur *Aedes aegypti* delapan kali lebih banyak (Polson *et al*, 2002). Bentuk atraktan lain adalah air rendaman kerang karpet (*Paphia undulata*) dan udang windu. Atraktan ini meningkatkan daya tarik *Aedes aegypti* betina gravid untuk bertelur di dalamnya. Hal ini terbukti baik dalam penelitian laboratorium maupun lapangan. Berbagai jenis atraktan tersebut memproduksi CO₂, ammonia, dan octenol. Senyawa-senyawa tersebut menarik penciuman nyamuk (Thavara *et al*, 2004).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti ingin mengetahui efektifitas penerapan ovitrap dalam menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti* di lingkungan sekolah.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian dan pengembangan atau *Research and Development (R&D)*. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh sekolah dasar yang ada di Kota Semarang, sedangkan sampelnya yaitu sekolah yang memiliki potensi untuk dikembangkan sebagai model antara lain, SDN Sekaran 01, SDN Petompon 01, SDN Tugurejo 01 dan SDN Pedurungan 01, penelitian dilaksanakan selama 1 tahun. Responden dalam penelitian ini yaitu siswa sekolah dasar yang terpilih sebagai kelompok perlakuan dan masuk dalam kriteria inklusi, adapun kriteria inklusinya yaitu siswa sekolah dasar kelas 5 dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Instrumen yang digunakan yaitu *informed consent*, kuesioner, panduan FGD (*Focus Group Discussion*), *workshop* dan panduan *interview*, *tape recorder*, *leaflet*, dan perlengkapan pelatihan (kursi, *sound system*, dan LCD). Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan cara penyebaran kuesioner, FGD dan *workshop*.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian di SDN Tugurejo 01 dilaksanakan pada tanggal 19 Juli 2016, sedangkan di SDN Petompon 01 dilaksanakan pada tanggal 22 Juli 2016, dengan kegiatan awal yaitu melakukan FGD (*Focus Group Discussion*) dengan guru dan siswa, selanjutnya diberikan penyuluhan kepada para siswa yang terpilih. Untuk pemantauan jentik dilakukan secara rutin setiap minggu pada

bulan Agustus 2016, kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi (monev) untuk mengetahui apakah program ovitrap berbasis sekolah berhasil menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*.

SDN Tugurejo 01 berada di Jalan Walisongo KM. 9 Kecamatan Tugu, Kota Semarang. SDN Tugurejo 01 berada di Jalan Propinsi, dan merupakan dataran rendah, masyarakat di sekitar SD ini merupakan masyarakat campuran antara rural dan urban. Sedangkan SDN Petompon 01 berada di Jalan Kelud Raya No. 01 Kecamatan Gajahmungkur, Kota Semarang. SDN Petompon 01 berada di tengah kota, dengan penduduk yang sangat padat.

Hasil dari FGD dapat disimpulkan bahwa DBD masih merupakan ancaman yang serius, dan bentuk pencegahan yang sering dilakukan yaitu dengan menggunakan bubuk abate untuk mengurangi kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti*, serta sebagian besar siswa belum mengetahui jika penggunaan ovitrap dapat menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, selain dengan menggunakan abate penggunaan ikan cupang juga bisa digunakan untuk mengurangi populasi jentik nyamuk *Aedes aegypti* terbukti berhasil meningkatkan ABJ dari 48% menjadi 86% (Taviv, 201).

Dari hasil FGD tersebut disepakati untuk memberikan penyuluhan kepada para siswa tentang penggunaan ovitrap sebagai alternatif untuk menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*. Sebelum dilakukan penyuluhan, terlebih dahulu dilakukan *pretest* dan setelah diberikan penyuluhan dilakukan *posttest*, hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah ada perubahan tingkat pengetahuan siswa sebelum dan sesudah diberikannya penyuluhan.

Tabel 1. Hasil Penerapan Ovitrap di SDN Tugurejo 01 dan SDN Petompon 01

| Nama Sekolah | Jenis Kontainer | Keberadaan Jentik | | | | | | | | | | % Kontainer Positif | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|---------------------|-----|-----|
| | | I | | II | | III | | IV | | Jml r | | | | |
| | | (+) | (-) | Jml | (+) | (-) | Jml | (+) | (-) | | Jml | | (+) | (-) |
| SDN Tugurejo 01 | Bak Mandi | 1 | 2 | 3 | - | 3 | 3 | - | 3 | 3 | - | 3 | 3 | 0 |
| | Pot | - | - | - | | 3 | 3 | | | | | | | |
| | Dispenser | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Ember | - | 2 | 2 | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 0 |
| | Tempayan | - | - | - | - | 2 | 2 | - | 2 | 2 | - | 2 | 2 | 0 |
| | Lainnya (kolam) | 1 | 1 | 2 | - | 2 | 2 | - | 2 | 2 | - | 2 | 2 | - |
| SDN Petompon 01 | Bak Mandi | 4 | - | 4 | 3 | 1 | 4 | 3 | 1 | 4 | - | 4 | 4 | 0 |
| | Pot | - | - | - | | | | | | | | | | |
| | Dispenser | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Ember | - | 2 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 | 0 |
| | Tempayan | - | - | - | - | 2 | 2 | - | 2 | 2 | - | 2 | 2 | 0 |
| | Lainnya | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Berdasarkan Tabel 1. dapat disimpulkan bahwa penerapan ovitrap efektif dalam menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti* di SDN Tugurejo 01 dan SDN Petompon 01. Hal ini dapat dilihat dari pemantauan jentik dari minggu pertama sampai minggu keempat, dimana jumlah penemuan jentik di kontainer berkurang disetiap minggunya.

Penggunaan ovitrap terbukti dapat menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti*, hal ini karena nyamuk *Aedes aegypti* betina akan bertelur didalam ovitrap kemudian imago yang muncul akan terbunuh dan regenerasi terhambat, sehingga populasi Aedes di rumah seperti ini cepat berkurang. (Sayono, 2011).

Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku *Aedes Sp.* meletakkan telurnya antara lain jenis dan warna penampungan air, airnya sendiri, suhu kelembaban dan kondisi lingkungan setempat. Dalam penelitian Sayono (2008) menyatakan bahwa faktor air sangat mempengaruhi banyaknya telur yang terperangkap hasil penelitiannya menunjukkan bahwa air rendaman udang menghasilkan 3-4 kali lebih banyak dari air rendaman jerami maupun air hujan saja.

Atraktan adalah sesuatu yang memiliki daya tarik terhadap serangga (nyamuk) baik secara kimiawi maupun visual (fisik). Atraktan dari bahan kimia dapat berupa senyawa ammonia, CO₂, asam laktat, octenol, dan asam lemak. Zat atau senyawa tersebut berasal dari bahan organik atau merupakan hasil proses metabolisme makhluk hidup, termasuk manusia. Atraktan fisika dapat berupa getaran suara dan warna, baik warna tempat atau cahaya. Atraktan dapat digunakan untuk mempengaruhi perilaku, memonitor atau menurunkan populasi nyamuk secara langsung, tanpa menyebabkan cedera bagi binatang lain dan manusia, dan tidak meninggalkan residu pada makanan atau bahan pangan. Efektifitas penggunaannya membutuhkan pengetahuan prinsip-prinsip dasar biologi serangga. Serangga menggunakan petanda kimia (*semiochemicals*) yang berbeda untuk mengirim pesan. Sistem reseptor yang mengabaikan atau menyaring pesan-pesan kimia yang tidak relevan disisi lain dapat mendeteksi pembawa zat dalam konsentrasi yang sangat rendah. Deteksi suatu pesan kimia merangsang perilaku-perilaku tak teramati yang sangat spesifik atau proses perkembangan.

Tabel 2. Rata-rata Hasil *Pretest* dan *Posttest* Tingkat Pengetahuan Siswa SDN Tugurejo 01 dan SDN Petompon 01

| Tingkat Pengetahuan | N | Rata-Rata | | Sig (2-tailed) |
|---------------------|----|-----------|---------|----------------|
| | | Sebelum | Sesudah | |
| SDN Tugurejo 01 | 25 | 6,5 | 8 | 0,0003 |
| SDN Petompon 01 | 28 | 5,6 | 7,9 | 0,0001 |

Berdasarkan Tabel 2. dapat disimpulkan bahwa rata-rata tingkat pengetahuan kedua sekolah sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan mengalami peningkatan, sebelum diberikan penyuluhan, rata-rata tingkat pengetahuan siswa SDN Tugurejo 01 yaitu 6,5, sedangkan setelah diberikan penyuluhan rata-rata tingkat pengetahuan meningkat menjadi 8. Untuk rata-rata tingkat pengetahuan siswa SDN Petompon 01 sebelum dan sesudah penyuluhan juga mengalami peningkatan, yakni dari 5,6 meningkat menjadi 7,9. Setelah dianalisis menggunakan uji *t test* disimpulkan bahwa nilai $p=0,0003$ untuk SDN Tugurejo 01 dan nilai $p=0,0001$ untuk SDN Petompon 01, karena $p < \alpha$ (0,05) hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan mengenai tingkat pengetahuan siswa sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan. Dapat dikatakan bahwa

penyuluhan efektif dalam meningkatkan pengetahuan siswa tentang DBD dan ovitrap di SDN Tugurejo 01 dan SDN Petompon 01 Kota Semarang.

Penyuluhan berarti memberikan segala informasi yang ingin disampaikan kepada kelompok sasaran yang akan menerima manfaat penyuluhan, sehingga benar-benar memahami apa yang dimaksudkan oleh penyuluh. Pemberian penyuluhan dilakukan guna meningkatkan pengetahuan dan keterampilan agar mampu memahami diri dan lingkungannya dan mampu mengatasi berbagai permasalahan. Target yang ingin dicapai dalam penyuluhan yaitu audiens atau pendengar dapat merubah pemikirannya kearah yang lebih baik. Sesuai dengan tujuan pendidikan menurut Soekidjo N (2003) yaitu menambah atau meningkatkan pengetahuan (kognitif) individu, pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mulyadi (2015) menyatakan bahwa pemberian penyuluhan efektif dalam meningkatkan pengetahuan siswa sekolah dasar mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dalam penelitian tersebut menjelaskan bahwa para siswa mengerti dan bisa mempraktikkan bagaimana cara untuk cuci tangan dengan 7 langkah, serta melakukan pemeriksaan kebersihan diri atau *personal hygiene* kepada siswa. Pemberian penyuluhan kesehatan kepada anak usia sekolah dasar sangatlah penting, karena pada masa ini anak berkembang rasa ingin tahu sehingga anak akan bertanya segala hal yang tidak diketahuinya (Mulyadi, 2015).

Pemberdayaan merupakan proses untuk memperoleh daya atau kekuatan dengan tujuan untuk meningkatkan kapasitas dan kapabilitas masyarakat agar mampu mengenali permasalahan yang dihadapi, serta mampu mengeksistensi diri dengan berpartisipasi dalam pembangunan (Suryana, 2011). Pemberdayaan masyarakat sebagai pemantau jentik berarti melatih para masyarakat untuk lebih peduli dengan masalah kesehatan terutama penyakit yang disebabkan oleh perantara nyamuk *Aedes aegypti*, masyarakat dilatih bagaimana cara melakukan pemantauan jentik dengan benar sehingga nantinya masyarakat dapat mengetahui tindakan apa yang harus segera dilakukan bila menemukan jenti. Pemberdayaan masyarakat terbukti dapat meningkatkan ABJ dan menurunkan HI, CI, BI (Trapsilowati, dkk, 2015).

Tabel 3. Rata-rata Hasil *Pretest* dan *Posttest* Praktik Siswa SDN Tugurejo 01 dan SDN Petompon 01

| Praktik | N | Rata-Rata | | Sig (2-tailed) |
|-----------------|----|-----------|---------|----------------|
| | | Sebelum | Sesudah | |
| SDN Tugurejo 01 | 25 | 3,64 | 3 | 0,0003 |
| SDN Petompon 01 | 28 | 3,6 | 3,9 | 0,13 |

Berdasarkan Tabel 3. diketahui bahwa rata-rata praktik siswa sebelum dan sesudah penyuluhan berbeda, untuk SDN Tugurejo 01 cenderung menurun yaitu dari 3,64 menjadi 3, sedangkan SDN Petompon 01 mengalami peningkatan, yaitu dari 3,6 menjadi 3,9. Hasil analisis *t test* antara kedua sekolah juga berbeda, nilai $p=0,0003$ untuk SDN Tugurejo 01, karena nilai $p < \alpha$ (0,05) hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah

penyuluhan, sedangkan untuk SDN Petompon 01 nilai $p=0,13$ karena $p>\alpha$ (0,05) artinya tidak ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah penyuluhan. Perbedaan ini mungkin dikarenakan karena karakteristik kedua siswa sekolah tersebut berbeda.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Kusumawardani (2012), dalam penelitian tersebut menyebutkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu rumah tangga sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan. Pengetahuan yang didapat dari penyuluhan tersebut dapat mengubah praktik dan sikap agar mencapai kesehatan yang lebih baik, pengetahuan tentang DBD dapat meningkatkan pemahaman mengenai masalah yang terjadi di masyarakat dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan DBD (Makhfudi, 2009).

Proses perubahan atau perilaku (praktik 3M) dapat dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor *intern* dan *ekstern*. Faktor *intern* mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, dan motivasi, sedangkan faktor *ekstern* mencakup lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik, seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, dan kebudayaan. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Salah satu pendidikan kesehatan yaitu penyuluhan kesehatan, dilakukan agar masyarakat sadar, tahu, dan mengerti serta mau dan bisa melakukan anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Keberhasilan penyuluhan pada masyarakat tentang pengenalan DBD menghasilkan pengetahuan yang cukup tinggi, tetapi pengetahuan itu ternyata tidak diikuti perubahan sikap dan perilaku untuk menghilangkan sarang nyamuk (Sutaryo, 2004).

Penutup

Model pemberdayaan siswa sekolah dasar dalam penerapan ovitrap berbasis sekolah efektif dalam menurunkan populasi nyamuk *Aedes aegypti* di sekolah. Penyuluhan yang dilakukan terhadap siswa SD tentang pengendalian DBD dan ovitrap dapat meningkatkan pengetahuan siswa secara signifikan. Penyuluhan yang dilakukan terhadap siswa SD tentang pengendalian DBD dan ovitrap belum dapat meningkatkan praktik pencegahan DBD pada siswa di rumah secara signifikan.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada SDN Tugurejo 01 dan SDN Petompon 01, serta semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

Astuti, E. P., Riyadhi, A. & Ahmadi, N. R., 2011, Efektivitas Minyak Jarak Pagar sebagai Larvasida, Anti-Oviposisi, dan Ovisida terhadap Larva Nyamuk *Aedes albopictus*. *Buletin Littro*, 22, 44-53.

Depkes RI, 2010, *Pemberantasan Nyamuk Penular Demam Berdarah Dengue*, Jakarta: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Dinkes Semarang, 2015, *Profil Kesehatan Kota Semarang 2015*, Semarang: Dinkes Semarang.

- Fachrizal, Ahmad, 2006, Pemberdayaan Siswa Pemantau Jentik (Wamantik) sebagai Upaya Pencegahan Kejadian Luar Biasa (KLB) Demam Berdarah *Dengue*, PKMM: Universitas Airlangga.
- Kusumawardani, E, 2012, Pengaruh Penyuluhan Kesehatan terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Praktik Ibu dalam Pencegahan Demam Berdarah *Dengue* pada Anak, *Skripsi*, UNDIP.
- Makhfudli, Effendi F, 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mulyadi, 2015, Tingkat Pengetahuan Siswa terhadap Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di SDN 197 Palembang tahun 2014, *Jurnal Kesehatan Bina Husada Vol. 10 No.4 Januari 2015 1-12*.
- Notoatmodjo, S, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Paramita, A, 2012, Faktor Risiko Demam Berdarah *Dengue* di Kecamatan Wonosari Kabupaten Gunungkidul Provinsi DIY Tahun 2015, *Skripsi*, UNSOED.
- Perich MJ, Kardec A, Braga IA, Prtal IF, Burge R, Zeichner BC, Brogdon WA dan Writz RA. 2003. *Field Evaluation of a Lethal Ovitrap Against Dengue Vektors in Brazil. Medical and Veterinary Entomol 17:205-210*.
- Polson KA, Curtis C, Seng CM, Olson JG, Chanta N, Rawlins SC. 2002. *The Use of Ovitrap Baited with Hay Infusion as a Surveillance Tool for Aedes aegypti Mosquitoes in Cambodia. Dengue Bulletin Vol 26: 178 – 184*.
- Sayono, 2008, *Pengaruh Modifikasi Ovitrap terhadap Jumlah Nyamuk Aedes yang Terperangkap*, Universitas Muhammadiyah Semarang.
- _____, 2011, Efek Aplikasi Kaleng Perangkap Nyamuk terhadap Densitas *Aedes*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia Vol 7 No.1 Tahun 2011*.
- Sutaryo, 2004, *Dengue*, Yogyakarta: Medika Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.
- Taviv, Y, 2010, Pengendalian DBD melalui Pemanfaatan Pemantau Jentik dan Ikan Cupang di Kota Palembang, *Bul. Penelit. Kesehat, Vol. 38, No. 4, 2010: 215 – 224*.
- Thavara U, Tawatsin A, dan Chompoosri J. 2004. Evaluation of Attractants and Egg-lying Substrate Preference for Oviposition by *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae). *Journal of Vector Ecology 29 (1): 66–72*.
- Trapsilowati, Wiwik, Sugeng Juwono Mardihusodo, Yayi Suryo Prabandari, Totok Mardikanto, 2015, Pengembangan Metode Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah *Dengue* Di Kota Semarang Provinsi Jawa Tengah, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 18 No. 1 Januari 2015: 95–103*.
- WHO, 2009, *Dengue Bulletin. Community Based Assessment of dengue – Related Knowledge among Caregivers*. India: WHO.
- Zeichner, B. & Perich, M., 1999, *Laboratory testing of a lethal ovitrap for Aedes aegypti. Med Vet Entomol, 13*.

KAJIAN SOSIAL BUDAYA PADA KEGAGALAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Galuh Nita Prameswari¹, Ika Ernia Wirawanti¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: nitagisela@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja kepada bayi sejak lahir hingga usia 6 bulan tanpa tambahan makanan ataupun minuman lainnya. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan tahun 2015, di wilayah kerja Puskesmas Tirto II, bayi yang mendapatkan ASI eksklusif hanya sebanyak 9,46%. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran sosial budaya pada kegagalan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tirto II Kabupaten Pekalongan.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif. Subyek penelitian terdiri dari 4 orang ibu yang gagal dalam memberikan ASI eksklusif. Teknik pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek sosial budaya yang menjadi hal mendasar pada kegagalan pemberian ASI eksklusif adalah rendahnya pengetahuan ibu, tidak adanya dukungan keluarga, tradisi pemberian madu sesaat setelah bayi dilahirkan, kepercayaan bayi lahir untuk minta makan, dan kepercayaan bahwa makanan dan minuman merupakan sumber kehidupan bagi bayi, sehingga harus diberikan sedini mungkin agar bayi memiliki tenaga dan tidak kekurangan cairan.

Simpulan: Rendahnya pengetahuan ibu dan dukungan keluarga, serta beberapa tradisi dan kepercayaan masyarakat setempat merupakan aspek sosial budaya yang menjadi pendorong kegagalan pemberian ASI eksklusif pada bayi.

Kata Kunci: Kegagalan ASI eksklusif, sosial budaya.

ABSTRACT

Background: Breastfeeding exclusively is give only breastfeeding to infant since born until 6 months without any additional foods or drinks. Base on data from Pekalongan Regency Health office 2015, in Public Health Center Tirto II, infant who got breastfeeding exclusively only 9,46%. The purpose of this research was to explore social and culture on failure of exclusive breastfeeding in the Working Area of Tirto II Public Health Center Pekalongan Regency.

Methods: This research use descriptive research with a qualitative approach. Subjects consisted of four mothers who failed to provide exclusive breastfeeding. Collecting data techniques by indepth interview using interview guides.

Result: The result of this research is showed that social cultural that support to failure exclusive breastfeeding were the low mothers knowledge, negative support from family, tradition in the community that have to give honey after baby born, and also the trust of community that baby need foods and drinks for their life.

Conclusion: The knowledges of mother, negative support from family, the tradition and the trust of their community were to be the factors of failure breastfeeding exclusively.

Key Words: Failure of exclusive breast feeding, socio cultural

Pendahuluan

Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian hanya ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, tanpa tambahan minuman lain, seperti susu formula, madu, air jeruk, air teh, air putih, dan juga tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, nasi tim dan lain-lain (Roesli, 2009). Setelah bayi berusia 6 bulan, ASI dapat tetap diberikan sampai anak berusia 2 tahun dengan pemberian makanan tambahan pendamping ASI yang sesuai. ASI adalah satu-satunya makanan yang sempurna bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal (Kemenkes RI, 2014). ASI sangat mudah dicerna oleh pencernaan bayi, karena ASI merupakan makanan alamiah bagi bayi (Nurheti, 2010: 8). Pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan angka kejadian penyakit infeksi pada bayi, seperti diare dan infeksi saluran pernafasan. Selain itu, ASI eksklusif juga memberikan banyak manfaat bagi ibu yang menyusui, diantaranya yaitu menyusui dapat merangsang kontraksi otot rahim sehingga membantu rahim untuk kembali pada ukuran sebelum hamil. Pemberian ASI tidak merepotkan dan tidak memerlukan biaya. Pemberian ASI secara penuh mempunyai efek kontraseptif tertentu, sehingga dapat memperkecil kemungkinan terjadinya kehamilan (Hayati, 2009: 3). Menyusui juga dapat menurunkan resiko terjadinya kanker payudara dan kanker indung telur (ovarium) menjelang menopause.

Berbagai hal tersebut menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat memberikan banyak manfaat bagi kesehatan ibu dan bayi. Namun data tentang cakupan ASI eksklusif 0-6 bulan di Indonesia masih menunjukkan angka di bawah target 80%. Data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah juga menunjukkan angka cakupan ASI eksklusif masih rendah, yaitu 37,18% pada tahun 2010, 45,36% pada tahun 2011, dan 25,6% pada tahun 2012. Pada tahun 2013 menunjukkan data cakupan pemberian ASI eksklusif di Jawa Tengah adalah 67,95%, dan 60% pada tahun 2014, angka tersebut masih kurang dari target (80%), dengan cakupan terendah adalah Kabupaten Pekalongan yaitu sebesar 37,3%. Puskesmas Tirto II Kabupaten Pekalongan merupakan puskesmas dengan cakupan ASI eksklusif terendah dan mengalami penurunan cakupan ASI eksklusif terbanyak pada tahun 2015 yaitu sebesar 9,46%. Cakupan ASI eksklusif pada tahun 2012 sebesar 0%, tahun 2013 sebesar 31,7%, dan pada tahun 2014 sebesar 24,7% (Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, 2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan dengan metode wawancara kepada petugas gizi, bidan puskesmas, dan bidan koordinator, diketahui bahwa banyak perempuan di wilayah tersebut menikah pada usia 15-20 tahun dengan tingkat pendidikan terakhir adalah SD (32,69%) dan SMP (33,82%). Pada umumnya ibu bekerja sebagai buruh di industri rumahan, dengan penghasilan yang tidak menentu yaitu sekitar 180.000 sampai 200.000 per minggu. Berbagai upaya sudah dilakukan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan para ibu tentang ASI eksklusif yaitu melalui kelas ibu hamil, kegiatan konseling perorangan, serta pada saat pelayanan *Antenatal Care* (ANC), tetapi sejauh ini masih banyak ibu yang gagal dalam memberikan ASI eksklusif. Ada beberapa hal yang menyebabkan kegagalan dalam pemberian ASI

eksklusif, termasuk dari aspek sosial budaya. Masyarakat masih percaya terhadap mitos berupa pantangan bagi ibu menyusui untuk tidak mengkonsumsi makanan atau minuman tertentu seperti telur, ikan asin, makanan pedas, dan es, tujuannya agar bayi tidak mengalami diare dan flu serta tali pusar bayi menjadi cepat lepas.

Menurut keterangan dari tokoh masyarakat di wilayah tersebut, masyarakat masih memegang teguh kepercayaan dari nenek moyang berupa kepercayaan bahwa bayi lahir meminta makan dan adanya kepercayaan bahwa minuman (air minum) yang diberikan kepada bayi sedini mungkin akan menjadikan sumber kehidupan bagi bayi karena bayi akan memiliki tenaga dan tidak akan kekurangan cairan. Para ibu menyusui juga meyakini bahwa dengan menjalankan puasa setelah maghrib hingga terbitnya matahari, maka bayi tidak akan mengalami gangguan pada saluran pernapasan. Selain itu masyarakat juga memiliki kebiasaan berupa memberikan makanan padat dan minuman selain ASI sebelum bayi berusia 6 bulan, makanan ataupun minuman yang biasanya diberikan adalah pisang, nasi pisang, bubur bayi kemasan, dan susu formula. Kaitannya dengan praktik pemberian makanan padat dan minuman selain ASI, keluarga sangat mendukung bahkan keluarga menganjurkan terutama jika bayi rewel.

Secara teori ada beberapa aspek sosial budaya yang dapat mendorong pada kegagalan pemberian ASI eksklusif, yaitu tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu, penghasilan ibu, dukungan keluarga dan tenaga kesehatan, adanya mitos, tradisi tertentu, kepercayaan dan kebiasaan yang berlaku di masyarakat yang tidak mendukung pada pemberian ASI eksklusif. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang aspek sosial budaya pada kegagalan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tirto II Kabupaten Pekalongan.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penggunaan metode kualitatif dipilih agar proses identifikasi dan uraian tentang kajian sosial budaya pada kegagalan pemberian ASI eksklusif dapat lebih mudah dilakukan, dan dapat mengembangkan konsep-konsep yang membantu pemahaman lebih mendalam atas fenomena sosial dan perilaku dalam *setting* alamiah. Fokus penelitian ini adalah kajian sosial budaya pada kegagalan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tirto II Kabupaten Pekalongan. Aspek sosial budaya yang dikaji dalam penelitian ini meliputi tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, status ekonomi, tingkat pengetahuan ibu, dukungan keluarga dan tenaga kesehatan, mitos, tradisi, kepercayaan dan kebiasaan. Tingkat pendidikan yaitu berupa tahapan pendidikan formal terakhir yang telah berhasil ditempuh oleh ibu, sedangkan status pekerjaan ibu yaitu kegiatan yang dilakukan di dalam maupun di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan. Penghasilan yaitu upah yang diperoleh ibu karena usaha dalam bekerja yang dilakukannya. Tingkat pengetahuan yaitu pemahaman ibu tentang ASI eksklusif. Dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan yaitu pengaruh positif yang diberikan oleh keluarga maupun tenaga kesehatan berupa perhatian

dan kepedulian, bantuan dalam bentuk jasa sesuai dengan kondisi seseorang yang membutuhkan dukungan, pemberian informasi sehingga seseorang menjadi lebih tahu tentang apa yang seharusnya dilakukan, dan dukungan penilaian bahwa keputusan yang diambil sudah tepat. Mitos yaitu suatu gagasan yang dibuat oleh akal manusia karena peristiwa yang telah terjadi di masa lampau yang terlalu dilebih-lebihkan sehingga dianggap benar oleh orang lain. Tradisi yaitu adat kebiasaan secara turun-temurun yang masih dijalankan di masyarakat dengan penilaian bahwa cara-cara yang telah ada merupakan yang paling baik dan benar, jika seseorang melanggar maka akan dianggap menyimpang dari kebiasaan umum masyarakat. Kepercayaan yaitu keyakinan bahwa sesuatu yang dipercaya benar-benar nyata, sedangkan kebiasaan yaitu cara yang biasa dilakukan oleh seseorang sebagai bukti bahwa banyak orang yang menyukainya.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) menggunakan pedoman wawancara. Sumber data dalam penelitian ini yaitu data primer yang diperoleh dari hasil wawancara kepada informan utama dan informan triangulasi tentang gambaran sosial budaya pada kegagalan pemberian ASI eksklusif. Informan utama dalam penelitian ini adalah ibu yang gagal dalam memberikan ASI eksklusif dan mempunyai bayi usia 6 bulan atau kurang. Dalam penelitian kualitatif, kredibilitas data dapat dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi. Triangulasi merupakan pengecekan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dari luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Pada penelitian ini metode triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber, yaitu metode triangulasi yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Data tersebut kemudian dideskripsikan, mana pandangan yang sama dan mana yang berbeda. Data yang telah dianalisis oleh peneliti kemudian akan menghasilkan kesimpulan (Sugiyono, 2014: 274). Informan triangulasi yang dipilih dalam penelitian ini adalah bidan desa dan orang-orang yang terlibat dalam pengasuhan dan perawatan bayi, meliputi keluarga yang tinggal serumah (suami, ibu/mertua, saudara). Berdasarkan kriteria tersebut, dalam penelitian ini diperoleh informan sebanyak 12 orang, yaitu informan utama sebanyak 4 orang dan informan triangulasi sebanyak 8 orang. Teknik analisis data kualitatif dilakukan dengan cara mereduksi data (merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting dan dibuat polanya), menyajikan data dalam bentuk uraian dengan teks yang bersifat naratif, kemudian tahap terakhir adalah penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2014:249).

Hasil dan Pembahasan

Dalam penelitian ini ada 4 orang informan utama yaitu ibu-ibu yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Tirta II Kabupaten Pekalongan yang gagal dalam memberikan ASI eksklusif dan mempunyai bayi usia 6 bulan atau kurang. Informan 1 berusia 31 tahun, menikah pada usia 23 tahun dan hingga saat ini beserta suami dan anaknya tinggal bersama dengan kedua orang tua dan adiknya. Pendidikan terakhir informan tersebut adalah Sekolah Dasar (SD), saat ini bekerja

sebagai buruh batik dengan penghasilan yang tidak menentu yaitu sekitar 50 ribu per minggu. Informan tersebut mempunyai 2 orang anak dimana salah satu anaknya berusia 6 bulan, mengalami kegagalan ASI eksklusif sejak hari pertama kelahiran bayinya. Informan 2 berusia 27 tahun, menikah pada usia 23 tahun, beserta suami dan anaknya tinggal bersama dengan kedua orang tua dan adiknya. Informan 2 mempunyai satu orang anak berusia 6 bulan, yang mengalami kegagalan ASI eksklusif sejak hari pertama kelahirannya. Pendidikan terakhir informan 2 adalah SD dan saat ini bekerja sebagai buruh jahit batik dengan penghasilan sekitar 70 ribu per minggu.

Informan 3 berusia 23 tahun, menikah pada usia 20 tahun, beserta suami dan anaknya tinggal bersama dengan kedua orang tua dan kakaknya. Informan 3 mempunyai satu orang anak yang masih berusia 3 bulan, yang juga mengalami kegagalan ASI eksklusif sejak hari pertama kelahiran. Pendidikan terakhir informan 3 adalah Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan saat ini bekerja sebagai penjual sosis goreng dengan penghasilan sekitar 70 ribu per minggu. Informan 4 menikah pada saat berusia 14 tahun, saat ini usianya yaitu 35 tahun dan telah mempunyai 6 orang anak, anak terakhirnya berusia 6 bulan yang mengalami kegagalan ASI eksklusif sejak hari pertama kelahirannya. Informan beserta suami dan keenam anaknya tinggal bersama dengan kedua orang tua. Pendidikan terakhir dari informan 4 adalah Sekolah Dasar (SD) dan saat ini bekerja sebagai buruh di salah satu pabrik rokok di Kabupaten Pekalongan dengan penghasilan 350 ribu per minggu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan merupakan lulusan SD dan sebagian kecil informan merupakan lulusan SMP. Berdasarkan tingkat pendidikan menurut jalur, jenjang, dan jenis pendidikan formal yang telah ditempuh, maka dapat disimpulkan bahwa semua informan tersebut memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Tingkat pendidikan ibu yang rendah akan berdampak pada kesulitan dalam menerima informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki oleh ibu khususnya tentang ASI eksklusif menjadi sangat terbatas, terbatasnya pengetahuan yang dimiliki ibu inilah yang menjadi salah satu pendorong kegagalan pemberian ASI eksklusif.

Menurut Priyoto (2014: 80-81) pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, jadi semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin mudah untuk menerima informasi sehingga nantinya akan semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Hal ini sejalan dengan penelitian Raharjo (2014) bahwa tingkat pendidikan ibu yang tinggi berhubungan secara signifikan dengan praktik ibu dalam memberikan ASI eksklusif, artinya ibu dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan lebih besar untuk melakukan praktik pemberian ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan rendah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua informan adalah ibu bekerja, sebagian besar informan bekerja sebagai buruh (buruh batik, buruh jahit batik, dan buruh di salah satu pabrik rokok) dan sebagian kecil informan bekerja sebagai penjual sosis goreng. Alasan dari semua informan bekerja adalah untuk mengisi waktu luang dan menambah penghasilan keluarga. Saat informan bekerja pengasuhan bayi diserahkan kepada keluarganya, alasan semua informan mempercayakan pengasuhan bayi kepada keluarganya adalah karena pengasuhan yang diberikan

oleh keluarga dianggap baik, yaitu berupa menggendong bayi, memandikan bayi, dan memberikan makanan atau minuman selain ASI kepada bayi berupa biskuit, bubur, pisang, roti, bubur bayi kemasan, nasi sayur, nasi kecap, air putih manis, dan susu formula serta bayi diberikan empeng yang sudah diolesi madu dengan tujuan agar bibir bayi tidak hitam.

Menurut Prasetyono (2012: 22) para ibu yang aktif bekerja tentu akan menyita banyak waktu, terlebih lagi bagi ibu yang bekerja di pabrik, hal ini disebabkan karena singkatnya masa cuti hamil dan melahirkan sehingga sebelum masa pemberian ASI eksklusif berakhir yaitu 6 bulan, ibu sudah harus kembali bekerja. Hal inilah yang menjadi pendorong bayi tidak memperoleh ASI eksklusif, karena ibu tidak mempunyai pengetahuan tentang manajemen ASI perah. Menurut Pujiani (2014), ibu yang bekerja memiliki peluang 7 kali gagal memberikan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Susilawati dan Maulina (2015), dalam penelitiannya disebutkan bahwa pekerjaan merupakan faktor yang dapat menghambat seorang ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Seorang ibu yang berstatus sebagai ibu rumah tangga akan mempunyai waktu dan kesempatan lebih besar untuk memberikan ASI secara eksklusif dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Sedangkan menurut Ramadani (2010), ibu yang bekerja mencari nafkah cenderung menjadi penyebab kegagalan pemberian ASI eksklusif, hal ini disebabkan karena ibu yang bekerja mempunyai waktu yang terbatas untuk keluarga dan terbagi dengan urusan pekerjaan di luar rumah, sehingga ibu tidak dapat sehari penuh terlibat dalam pengasuhan bayi, keadaan ini tentu memerlukan dukungan dan kesediaan dari keluarga untuk bekerja sama dalam hal pengasuhan bayi.

Sementara itu menurut Setyawati, dkk (2015), keluarga yang mengasuh bayi biasanya akan memberikan MP-ASI dini kepada bayi, hal ini disebabkan karena selama ini informasi tentang MP-ASI hanya diberikan kepada ibu-ibu saja sementara suami dan keluarga tidak memiliki pengetahuan dan pemahaman yang cukup baik tentang pola dan waktu pemberian MP-ASI yang baik. Selain itu keluarga juga masih memiliki anggapan yang salah yaitu bayi akan rewel dan terlihat lapar jika hanya diberikan ASI saja, sehingga hal ini mendorong keluarga untuk memberikan MP-ASI secara dini kepada bayi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan memiliki penghasilan yang rendah, hal ini disebabkan karena pekerjaan yang dimiliki oleh informan yaitu bekerja sebagai buruh konveksi batik dan penjual sosis goreng dengan penghasilan yang tidak menentu yaitu sekitar 50.000 sampai 70.000 per minggu. Sementara itu sebagian kecil informan memiliki penghasilan menengah karena penghasilan yang didapat setiap bulannya yaitu sebesar 350.000 per minggu (di atas UMR Kabupaten Pekalongan). Penghasilan yang telah didapatkan oleh informan sebagian besar digunakan untuk memenuhi kebutuhan bayi seperti membeli makanan padat bagi bayi, membeli susu formula, serta membeli popok bayi dan sisanya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa aspek penghasilan ibu dapat mendorong pada kegagalan pemberian ASI eksklusif, hal ini disebabkan karena penghasilan yang didapatkan

informan baik kecil maupun besar, semua dialokasikan oleh informan terutama adalah untuk memenuhi kebutuhan bayinya, termasuk kebutuhan makanan dan minuman. Kemampuan daya beli dan fokus pengeluaran untuk bayi inilah yang membuat kegagalan ASI eksklusif. Ibu tidak tega melihat bayi rewel, yang dianggapnya sebagai tanda bayi membutuhkan makanan dan minuman, sehingga dengan penghasilannya informan rela membeli dan memberikan makanan dan minuman selain ASI kepada bayinya meskipun biaya atau pengeluaran menjadi lebih banyak. Menurut Joyomartono (2011: 99) daya beli seseorang untuk membeli makanan sebagai kebutuhan utama bagi fisiknya sangat ditentukan oleh penghasilan dan jumlah keluarga yang menjadi bebannya, selain itu penghasilan juga akan mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa ibu yang memiliki penghasilan rendah mempunyai motivasi yang tinggi dalam pemberian ASI eksklusif (Maulida, dkk, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian, semua informan memiliki pengetahuan tentang ASI eksklusif yang masih kurang. Informan tidak mengerti apa itu ASI eksklusif bahkan terlihat bahwa informan masih asing dengan istilah ASI eksklusif, hal ini dibuktikan dengan adanya pernyataan dari salah satu informan yang menyebutkan bahwa ASI eksklusif merupakan air es. Kemudian sebagian besar informan juga tidak paham tentang kandungan zat gizi yang ada di dalam ASI beserta manfaatnya, bahkan ada salah satu informan yang mengatakan bahwa kandungan yang ada di dalam ASI adalah sayur-sayuran, nasi, dan lain-lain. Hanya sebagian kecil informan saja yang tahu tentang kandungan yang ada di dalam ASI meskipun saat menyebutkan fungsi dari masing-masing zat gizi yang ada di dalam ASI masih belum tepat.

Semua informan juga kurang memahami manfaat ASI eksklusif bagi bayi serta dampak yang ditimbulkan jika bayi diberi makanan atau minuman secara dini, yaitu sebelum usia bayi 6 bulan (tidak mendapat ASI eksklusif). Semua informan menyampaikan manfaat ASI bagi bayi adalah agar bayi sehat, tidak rewel, pintar, dan cepat tumbuh besar. Informan tidak memberikan jawaban yang lebih spesifik lagi. Sementara itu jawaban yang diberikan oleh informan tentang dampak yang ditimbulkan jika bayi tidak diberi ASI eksklusif, informan menyampaikan bahwa bayi akan rewel dan sakit serta pertumbuhan bayi menjadi terhambat.

Berdasarkan hasil penelitian di atas maka dapat disimpulkan bahwa sesungguhnya pengetahuan informan tentang ASI eksklusif masih kurang, meskipun informasi umum tentang manfaat ASI eksklusif dan dampak yang ditimbulkan akibat bayi tidak diberi ASI eksklusif sudah dapat diketahui oleh informan. Namun tentunya pengetahuan tentang ASI eksklusif masih harus lebih ditingkatkan secara lebih mendalam dan lebih luas, agar ibu benar-benar memahami pengertian ASI eksklusif, manfaat dan pentingnya pemberian ASI eksklusif bagi bayi terutama maupun bagi ibu, termasuk pemenuhan asupan makanan bagi ibu menyusui dan hal-hal yang perlu diperhatikan untuk keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Jika pengetahuan ibu baik, maka diharapkan dapat membentuk suatu sikap yang positif terhadap ASI eksklusif dan kemudian dapat tercermin dalam praktik pemberian ASI eksklusif kepada bayinya. Pengetahuan informan tentang ASI eksklusif yang masih rendah inilah yang mendorong pada kegagalan pemberian ASI eksklusif.

Hasil penelitian ini diperkuat dengan pernyataan dari Notoatmodjo (2012:138) bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Kurangnya pengetahuan para ibu terhadap pemberian asupan yang berkualitas untuk bayi serta semakin banyak ibu yang tidak percaya akan kesempurnaan ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi hingga usia 6 bulan, tanpa perlu tambahan makanan maupun minuman lainnya merupakan penyebab kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif (Prasetyono, 2012: 11). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fajriyati (2012) yang menyebutkan bahwa rendahnya pengetahuan tentang ASI eksklusif merupakan salah satu penyebab kegagalan ASI eksklusif.

Pada penelitian ini yang dimaksud keluarga adalah orang-orang yang terlibat dalam pengasuhan dan perawatan bayi, meliputi keluarga yang tinggal serumah (suami, ibu/mertua, saudara). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua informan tidak mendapatkan dukungan dari keluarga terkait pemberian ASI eksklusif, keluarga merasa kasihan melihat bayi rewel jika tidak diberikan makanan, bahkan keluarga memberikan anjuran kepada informan agar bayi diberikan air gula dan tambahan makanan padat agar bayi kenyang sehingga tidak rewel. Selain itu, sebagian besar informan juga tidak mendapatkan dukungan atau bantuan saat mengalami kesulitan menyusui. Sejauh ini bantuan yang diberikan oleh keluarga adalah dengan membuat susu formula serta memberikan madu empeng kepada bayi. Ada sebagian kecil informan yang mendapatkan dukungan dari keluarga berupa menggantikan pekerjaan rumah agar informan tetap dapat menyusui bayi. Sebagian besar informan juga tidak mendapatkan dukungan informasi dari keluarganya terkait ASI eksklusif dan manfaatnya bagi bayi, informan malah mendapatkan anjuran dari keluarga untuk memberikan makanan padat kepada bayi berupa bubur dan minuman berupa susu formula. Ada keluarga yang mengatakan bahwa bayi lebih baik diberikan ASI daripada susu formula karena susu formula belum tentu cocok untuk bayi. Namun makanan padat lain tetap diberikan kepada bayi sebelum bayi berusia 6 bulan yang dianggap dapat memenuhi kebutuhan hidup bayi. Pengetahuan bahwa bayi hanya membutuhkan ASI saja hingga usia 6 bulan dan tidak perlu tambahan makanan maupun minuman lainnya, masih kurang dipahami oleh keluarga, baik suami, ibu atau mertua maupun saudara yang tinggal serumah dengan informan. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang ASI eksklusif dan manfaatnya bagi bayi juga merupakan salah satu faktor yang mendorong pada kegagalan pemberian ASI eksklusif karena keluarga tidak memberikan dukungan yang positif kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif.

Menurut hasil penelitian Safitri dan Minsarnawati (2012) dukungan keluarga yang belum maksimal dalam memberikan kontribusi yang positif kepada ibu akan menghambat pemberian ASI eksklusif oleh ibu kepada bayinya. Hal ini diperkuat dengan adanya hasil penelitian Susilawati dan Maulina (2015), dalam penelitiannya disebutkan bahwa responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga memiliki peluang sebanyak 3,343 kali untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan yang positif dari keluarga. Sementara itu menurut Maryunani (2012: 204), orang terdekat seperti suami maupun keluarga

memiliki arti dalam hidup seseorang, sehingga dukungan positif yang diberikan oleh keluarga sangat efektif untuk mendorong ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga berupa perhatian, membantu menjaga anak, serta menciptakan suasana dan kondisi agar ibu mempunyai waktu lebih banyak bersama bayi, karena bentuk perhatian seperti ini akan dapat menciptakan rasa nyaman dan percaya diri pada ibu sehingga mampu meningkatkan produksi hormon oksitosin yang nantinya akan merangsang produksi ASI menjadi lebih optimal. Menurut Sulistyoningsih (2011: 150), keberhasilan proses menyusui sangat tergantung dari adanya rasa percaya diri ibu bahwa ibu mampu menyusui dan mampu memproduksi ASI yang cukup untuk bayinya. Jika seorang ibu menyusui mengalami gangguan emosional seperti rasa cemas, marah, kecewa, takut, dan lain-lain maka hal tersebut akan berpengaruh pada produksi ASI yang kurang optimal.

Berdasarkan hasil penelitian, semua informan mendapatkan dukungan dan perhatian dari tenaga kesehatan terutama bidan yang membantu ibu dari mulai saat hamil hingga saat proses persalinan. Bidan merasa senang jika semua ibu mampu menyusui bayinya secara eksklusif, bahkan bidan mengatakan bahwa semua ibu menyusui harus didukung agar dapat memberikan ASI eksklusif untuk kesehatan bayi, sehingga nantinya dapat meningkatkan cakupan ASI eksklusif di wilayah tersebut. Sementara itu, jika informan mengalami masalah terkait menyusui, misalnya keluhan bahwa ASI yang keluar tidak banyak atau tidak lancar, informan tidak menyampaikan masalah tersebut kepada tenaga kesehatan khususnya para bidan, sehingga para tenaga kesehatan tidak dapat memberikan solusi ataupun saran kepada informan. Alasan informan tidak menyampaikan keluhan atau masalah yang dihadapi adalah karena jarak rumah bidan yang jauh, merasa malas, sibuk bekerja, serta adanya anggapan bahwa susu formula sama fungsinya dengan ASI sehingga hambatan dalam pemberian ASI dapat digantikan dengan pemberian susu formula. Padahal sesungguhnya masalah atau keluhan terkait menyusui yang dihadapi oleh informan jika disampaikan kepada tenaga kesehatan seperti bidan misalnya, maka bidan akan memberikan bantuan kepada ibu untuk mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Keluhan ASI tidak banyak atau tidak lancar mungkin terjadi misalnya karena manajemen laktasi seperti posisi menyusui atau pelekatan yang kurang tepat, atau karena stress dan perasaan tidak nyaman ibu, maupun karena sebab lainnya. Ibu menyusui juga harus memperhatikan konsumsi sehari-hari agar produksi ASI menjadi optimal. Tenaga kesehatan akan mencari penyebab dan membantu memberikan solusi dan saran untuk keberhasilan ASI eksklusif.

Sebagian besar informan telah mendapatkan dukungan informasi dari tenaga kesehatan tentang ASI eksklusif pada saat pemeriksaan kehamilan dan saat setelah persalinan. Menurut bidan desa di wilayah tersebut, setiap bidan pasti akan memberikan informasi tentang ASI eksklusif kepada semua ibu hamil dan ibu menyusui yaitu yang pertama pada saat kelas ibu hamil khususnya pada saat pertemuan kedua, dimana informasi tentang ASI eksklusif disampaikan bersamaan dengan informasi tentang persalinan. Kemudian yang kedua informasi tentang ASI eksklusif disampaikan pada saat pemeriksaan kehamilan yaitu pada saat ibu hamil memasuki

masa trimester ketiga. Selanjutnya yang ketiga pemberian informasi tentang ASI eksklusif lebih ditekankan pada saat setelah persalinan, menurut bidan desa penyampaian informasi tentang ASI eksklusif lebih tepat diberikan pada saat setelah persalinan karena posisi ibu sudah dapat menyusui bayinya sehingga menurut bidan desa hal ini dapat berpeluang besar bagi ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya. Kemudian yang terakhir informasi tentang ASI eksklusif juga disampaikan pada saat kegiatan posyandu, saat kegiatan posyandu ini semua bidan selalu mengingatkan kepada setiap ibu untuk memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun selain ASI.

Saat ditanya tentang keikutsertaan informan dalam kelas ibu hamil, sebagian informan mengatakan bahwa mereka tidak pernah mengikuti kelas ibu hamil, alasan mereka tidak mengikuti kelas ibu hamil karena lupa ataupun memang sengaja tidak ingin hadir, menurut informan tetangga sekitar yang pada saat itu juga sedang hamil tidak pernah datang saat kelas ibu hamil sehingga informan merasa malas jika harus datang sendirian. Dalam penelitian ini hanya satu informan saja yang pernah mengikuti kelas ibu hamil yaitu sebanyak dua kali pertemuan dan selama informan mengikuti kelas ibu hamil dia mengatakan belum pernah mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif, hal ini disebabkan karena pada saat pertemuan kedua informan tidak hadir sehingga melewatkan informasi tentang ASI eksklusif yang disampaikan oleh bidan. Kemudian satu informan lainnya juga tidak pernah mengikuti kelas ibu hamil baik yang diadakan di desa maupun di tempat kerja dengan alasan sibuk bekerja.

Kemudian saat ditanya tentang keikutsertaan informan dalam pemeriksaan kehamilan, semua informan mengatakan bahwa mereka selalu memeriksakan kehamilannya, sebagian besar dari mereka melakukan pemeriksaan kehamilan pada saat trimester pertama hingga trimester ketiga, tetapi hanya sebagian kecil informan yang menyatakan mendapatkan anjuran agar nantinya bayi hanya diberi ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. Selanjutnya pada saat setelah persalinan sebagian besar informan mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif berupa anjuran untuk memberikan ASI saja hingga bayi berusia 6 bulan tanpa tambahan makanan padat maupun minuman lain selain ASI, sementara itu ada satu informan yang tidak mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif pada saat setelah persalinan karena ASI tidak keluar. Dalam penelitian ini sebagian informan juga mendapatkan dukungan penilaian dari tenaga kesehatan berupa pernyataan agar bayi diberi ASI saja hingga usia 6 bulan.

Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar informan memang sudah mendapatkan dukungan serta perhatian dari tenaga kesehatan agar dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, tetapi kondisi yang terjadi adalah semua informan tersebut mengalami kegagalan pemberian ASI eksklusif, hal ini disebabkan karena masih kurang maksimalnya dukungan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada para informan terutama saat pemeriksaan kehamilan. Kurang maksimalnya dukungan yang diberikan dapat terlihat dari pernyataan informan triangulasi yaitu bidan desa, menurut bidan desa pemberian informasi tentang ASI eksklusif pada saat ibu masih hamil belum ada manfaatnya, sehingga pemberian

informasi tentang ASI eksklusif lebih diutamakan dan ditekankan pada saat setelah persalinan karena semua ibu sudah dapat menyusui bayinya.

Menurut Raharjo (2014), ibu yang mendapatkan informasi, motivasi, dan penilaian secara baik dan maksimal dari bidan desa maka akan berpeluang lebih besar untuk melakukan praktik ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang kurang mendapatkan informasi, motivasi, dan penilaian dari bidan desa. Sedangkan menurut Fikawati dan Syafiq (2009) saat yang paling tepat bagi tenaga kesehatan untuk memberitahu ibu tentang persiapan menyusui dan pentingnya ASI eksklusif adalah pada saat pemeriksaan kehamilan (pelayanan ANC), karena pada saat itu ibu akan mempunyai waktu yang lebih banyak untuk melakukan persiapan menyusui bayinya secara eksklusif, selain itu sebenarnya penyampaian informasi kepada para ibu tentang menyusui dan menyusui bayi secara eksklusif pada saat setelah bayi dilahirkan merupakan situasi yang sudah terlambat, hal tersebut disebabkan karena yang persiapan menyusui tidak dapat dilakukan secara mendadak (persiapan harus dimulai sejak masa kehamilan) dan kemungkinan bayi pada saat itu sudah diberikan susu formula maupun tambahan lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian masih terdapat beberapa mitos yang diyakini oleh para ibu menyusui yang berpeluang besar menyebabkan kegagalan pemberian ASI eksklusif, salah satu adalah mitos tentang kolostrum. Menurut hasil penelitian sebagian informan tidak memberikan kolostrum kepada bayi karena menurut informan kolostrum berwarna kuning dan encer, jika kolostrum tetap diberikan kepada bayi maka akan berdampak tidak baik bagi kesehatan bayi. Sebenarnya anggapan dari informan ini merupakan anggapan yang salah, karena menurut Nurheti (2010: 4) kolostrum memiliki banyak manfaat jika diberikan kepada bayi, kolostrum mengandung zat kekebalan berupa immunoglobulin yang berfungsi untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernafasan. Menurut Sabati dan Nuryanto (2015) terdapat keeratan hubungan antara mitos dengan pemberian ASI eksklusif. Masyarakat yang masih terpengaruh oleh intervensi keluarga berupa tidak memberikan kolostrum merupakan kebiasaan yang dapat menghambat ibu untuk memberikan ASI eksklusif karena dengan tidak diberikannya kolostrum maka bayi akan diberikan minuman prelakteal sebagai pengganti kolostrum. Pemberian minuman prelakteal untuk menggantikan kolostrum ini dapat berdampak negatif bagi bayi, kemungkinan bayi terkena infeksi menjadi lebih besar, selain itu bayi juga akan lebih mungkin mengalami intoleransi maupun alergi (Widuri, 2013: 106).

Semua informan juga meyakini mitos tentang pantangan bagi ibu menyusui untuk tidak mengkonsumsi makanan atau minuman tertentu selama masih menyusui bayinya, makanan atau minuman yang tidak boleh dikonsumsi seperti makanan atau minuman panas, makanan yang berbau amis seperti ikan, makanan pedas, es, serta tidak boleh mengkonsumsi sayuran tertentu. Pantangan-pantangan tersebut dipatuhi karena mereka beranggapan jika mengkonsumsi makanan atau minuman yang panas maka ASI menjadi ikut panas sehingga bayi tidak mau menyusu akibatnya bayi menjadi sakit, selain itu jika mengkonsumsi makanan yang berbau amis maka ASI akan menjadi ikut amis sehingga menyebabkan bayi tidak mau menyusu ASI, serta jika

ibu mengkonsumsi makanan yang pedas maka bayi akan menjadi mencret (diare), ibu yang mengkonsumsi es maka bayi akan menjadi flu dan jika ibu menyusui mengkonsumsi sayuran tertentu seperti pare maka ASI menjadi pahit sehingga bayi tidak mau menyusu ASI.

Secara teori anggapan dari informan tersebut merupakan anggapan yang salah, menurut Widuri (2013: 40-41) ikan merupakan sumber makanan yang mengandung protein tinggi sebagai zat yang sangat dibutuhkan tubuh manusia untuk pertumbuhan dan pembangunan, untuk itu makanan tersebut sangat dibutuhkan oleh ibu menyusui. Sementara itu es merupakan minuman yang dibekukan, apabila membuat es dari air masak, maka es tersebut bisa dikatakan minuman yang aman. Tetapi apabila es dibuat dari air yang tidak dimatangkan terlebih dahulu maka es tersebut tidak sehat dan sebaiknya dihindari oleh siapapun termasuk ibu menyusui. Sementara itu menurut Astutik (2014: 72) ibu menyusui yang sengaja membatasi makanan ataupun minuman yang dikonsumsi akan menyebabkan ibu kekurangan asupan makanan yang bergizi. Jika ibu kekurangan asupan makanan yang bergizi maka akan berpengaruh pada kurangnya produksi ASI. Selain mitos-mitos tersebut, semua informan juga masih meyakini mitos berupa ibu yang sedang sakit flu dan menyusui bayinya maka bayi akan dapat tertular penyakit yang diderita ibu, dengan meyakini mitos tersebut maka dapat menyebabkan ibu tidak memberikan ASI kepada bayinya sehingga berpeluang besar untuk ibu memberikan makanan atau minuman selain ASI kepada bayi selama ibu masih sakit. Anggapan yang diyakini oleh informan ini tidaklah benar karena menurut Rianti (2014: 130) secara umum tubuh ibu akan membuat antibodi untuk melawan infeksi maupun penyakit, dengan tetap menyusui bayi maka ibu akan memberikan antibodi tersebut kepada bayi melalui ASI, sehingga akan dapat meningkatkan sistem imun bayi.

Berdasarkan hasil penelitian semua informan menjalankan serangkaian upacara adat penyambutan bayi yang baru lahir. Upacara adat yang dilakukan pertama kali setelah informan dan bayi pulang dari rumah bersalin adalah *sawur* yaitu menyebar uang recehan di depan rumah, uang recehan ini dijadikan sebagai simbol untuk berbagi kebahagiaan dengan para tetangga. Kemudian uang yang sudah disebar nantinya akan diambil oleh para tetangga untuk dibawa pulang. Bersama dengan dilakukannya *sawur* keluarga juga akan membagikan bubur *abang putih* (bubur merah putih) kepada para tetangga sebagai bentuk rasa syukur atas kelahiran bayi.

Selanjutnya adalah upacara adat yang dilakukan setelah bayi berusia 40 hari, di dalam upacara adat ini rambut bayi dicukur yang merupakan tanda bahwa tubuh bayi sudah bersih dari semua hal yang berkaitan dengan proses kelahiran. Serangkaian acara yang dilakukan di dalam 40 harian bayi adalah tahlilan, bayi diputar mengelilingi para tetangga yang hadir untuk dilakukan pencukuran rambut bayi secara bergiliran. Di dalam serangkaian upacara adat tersebut bayi sama sekali tidak diberikan makanan atau minuman tertentu.

Selain menjalankan tradisi berupa upacara adat penyambutan bayi yang baru lahir, semua informan juga menjalankan tradisi berupa pemberian madu kepada bayi sesaat setelah bayi lahir. Informan mengatakan bahwa selain dilakukan oleh informan sendiri pemberian madu juga dilakukan oleh ibu dari informan. Menurut informan tradisi pemberian madu kepada bayi bertujuan

untuk memberikan rasa manis pada lidah bayi sehingga nantinya bayi mau menyusu ibu. Dalam tradisi ini bayi tidak diberikan cairan lain selain madu karena jika diberikan cairan lain selain madu misalnya air gula maka bayi akan menjadi mencret (diare) dan menurut informan air gula terlalu manis untuk bayi. Hasil penelitian lain pada masyarakat Etnik Gorontalo, orang tua atau mertua dari ibu yang melahirkan seringkali memberikan madu atau air gula pada bayi yang baru lahir saat ASI belum keluar atau hari pertama kelahiran (Kemenkes, 2014). Hasil penelitian Firanika (2010) pada masyarakat Bubalak Kota Bogor juga menyebutkan bahwa pada hari pertama setelah melahirkan biasanya bayi diberikan madu atau air gula pada bibirnya, hal ini diyakini dapat berguna untuk memberikan tenaga pada bayi. Tradisi pemberian madu ini seharusnya tidak dilakukan, karena madu mengandung *Clostridium botulinum*, jika bayi usia dibawah 1 tahun mendapatkan madu sebagai prelakteal maka dapat membahayakan pada bayi (Afifah, 2007).

Menurut Aprilia (2009) dalam Kemenkes RI (2014: 83) setiap bayi yang baru lahir hendaknya diberi ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lain selama 6 bulan pertama sejak kelahirannya. Hal ini perlu dilakukan karena besarnya manfaat ASI bagi bayi yang baru lahir, dengan ASI bayi akan mendapatkan zat kekebalan tubuh secara alami. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan akan menurunkan risiko bayi menderita penyakit gangguan pencernaan, alergi, asma, diabetes, obesitas, kanker, infeksi saluran pernapasan, infeksi kandung kemih, dan sindrom kematian mendadak pada anak. Selain itu ASI juga lebih mudah dicerna dan diserap oleh sistem pencernaan bayi sehingga bayi jarang mengalami konstipasi maupun diare.

Selain tradisi tersebut, dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa semua informan menjalankan tradisi *mutih*, yaitu tradisi yang harus dijalankan oleh semua ibu yang baru saja melahirkan bayi, tradisi tersebut berupa makanan yang harus dikonsumsi oleh ibu hanyalah nasi putih dengan lauk tahu atau tempe rebus, mie dan kerupuk usek. Tradisi *mutih* ini dilakukan setelah bayi lahir hingga bayi berusia 40 hari, tujuan dari menjalankan tradisi *mutih* adalah agar luka bekas melahirkan (luka bekas jahitan dan luka di dalam rahim ibu) menjadi lekas sembuh. Menurut informan dampak yang terjadi bagi bayi jika seorang ibu tidak menjalankan tradisi *mutih* adalah bayi akan mudah mengalami gangguan pernapasan serta luka bekas tindik pada telinga bayi perempuan menjadi lama sembuh. Menurut pernyataan informan, semua informan mengeluhkan bahwa ASI yang keluar selama menyusui bayi sangatlah sedikit, informan juga merasa bahwa ASI kurang, sehingga informan lebih memilih untuk langsung memberikan air putih manis, madu, dan susu formula agar bayi tidak rewel.

Tradisi *mutih* yang dilakukan oleh informan ini hampir sama dengan tradisi yang dilakukan oleh masyarakat desa Dulupi Suku Asmat, dimana ibu nifas di desa Dulupi seringkali tidak makan makanan yang bergizi bahkan hanya mengkonsumsi pisang rebus sehingga hal ini menyebabkan produksi ASI tidak optimal (Kemenkes RI, 2014: 141). Menurut Astutik (2014: 72-88) ibu menyusui harus mengkonsumsi makanan-makanan yang bergizi, hal tersebut diperlukan untuk meningkatkan produksi dan kualitas ASI. Produksi ASI yang banyak dan berkualitas bagi bayi dapat membantu dalam membangun dan memperbaiki jaringan tubuh bayi. Jika produksi ASI tidak

mencukupi maka solusi lain yang biasanya dilakukan oleh para ibu adalah memberikan susu formula maupun makanan padat seperti pisang dan bubur nasi. Sedangkan menurut Sulistyoningih (2011: 150-152), hal yang dapat dilakukan oleh ibu menyusui agar ASI yang diproduksi mencukupi kebutuhan bayi adalah dengan memperhatikan kualitas dan kuantitas makanan ibu karena produksi ASI rata-rata sehari adalah 800-850 ml dan mengandung 70 kilokalori per ml, untuk itu seorang ibu menyusui harus mengkonsumsi makanan yang dapat mencukupi setiap komponen yang akan keluar bersama ASI. Jika asupan kalori ibu menyusui kurang dari 1500-1700 kilokalori per hari maka akan dapat mengurangi volume ASI sebesar 15%.

Berdasarkan hasil penelitian, semua informan masih memegang teguh kepercayaan dari nenek moyang berupa kepercayaan bahwa bayi lahir untuk minta makan. Menurut keyakinan informan kelahiran bayi ke dunia sebagai bukti bahwa bayi tersebut ingin meminta makan dan tangisan bayi menjadi tanda bahwa bayi tersebut lapar. Selain itu semua informan juga meyakini kepercayaan bahwa minuman merupakan sumber kehidupan bayi. Menurut kepercayaan yang mereka yakini air (minuman) bersifat alami dan jika diberikan kepada bayi sedini mungkin maka akan dapat memberikan tenaga pada tubuh bayi karena bayi tidak akan mengalami kekurangan cairan (haus). Kaitannya dengan kegagalan pemberian ASI eksklusif, kepercayaan yang diyakini oleh informan merupakan kepercayaan yang keliru, karena dengan meyakini hal tersebut maka seorang ibu menyusui akan terdorong untuk memberikan minuman dan makanan kepada bayi sedini mungkin, hal ini disebabkan karena kepercayaan tersebut sudah melekat kuat dan sudah dianggap sebagai suatu pembenaran tanpa adanya pembuktian. Menurut Rianti (2014: 70), memberikan makanan dan minuman selain ASI pada usia di bawah 6 bulan sangat berbahaya bagi bayi karena bayi menjadi tidak mau menyusu ibu, selain itu saluran pencernaan bayi masih belum cukup kuat untuk mencerna makanan selain ASI sehingga sering menyebabkan diare. Bahkan makanan padat yang diberikan kepada bayi dapat menyebabkan gangguan pada usus bayi karena enzim di dalam usus belum mampu mengolah makanan secara sempurna.

Selain kepercayaan di atas, semua informan juga mempercayai puasa setelah magrib, kepercayaan ini diyakini oleh para ibu menyusui karena mereka beranggapan bahwa dengan percaya dan melakukan puasa setelah magrib maka bayi tidak akan mudah sakit terutama pada saluran pernapasan, selain itu bayi juga akan terhindar dari roh halus yang dapat menyebabkan bayi rewel secara terus-menerus. Menurut Astutik (2014: 72-89), wanita yang sedang menyusui harus mengkonsumsi banyak cairan dan berbagai makanan bergizi, karena jika asupan gizi kurang nantinya akan berpengaruh terhadap produksi ASI, dan jika produksi ASI berkurang maka solusi lain yang biasanya dilakukan oleh para ibu adalah memberikan susu formula kepada bayi. Pada saat ibu menyusui bayi, ibu membutuhkan cairan untuk proses metabolisme tubuh dan menambah pasokan ASI. Cairan tersebut dapat diperoleh dari minum berupa air putih sebanyak delapan gelas perhari, sari buah, sup, maupun susu rendah lemak. Selain itu makanan yang diperlukan oleh ibu menyusui harus mengandung zat-zat gizi seperti kalori, karbohidrat (nasi, jagung, sereal, roti, biskuit, kacang-kacangan), protein (ikan, daging, unggas, susu, telur, tempe, tahu), lemak (telur,

otak, hati, ikan), berbagai mineral seperti kalsium (ikan salmon, ikan sarden, keju, susu), magnesium (kacang-kacangan), zat besi (hati, daging, ikan, bayam, daun katuk, daun kelor, daun ubi jalar), *zink* (ikan laut, hati, dan daging), dan juga berbagai jenis vitamin yang terutama banyak terdapat pada sumber sayur-sayuran dan buah-buahan, agar produksi ASI menjadi optimal.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa semua informan mempunyai kebiasaan berupa memberikan makanan ataupun minuman selain ASI saat bayi belum genap berusia 6 bulan. Semua informan sudah biasa memberikan minuman kepada bayi berupa madu, bahkan ada informan yang sudah memberikan susu formula sesaat setelah bayi dilahirkan yaitu dengan takaran 3 sendok makan, selanjutnya saat bayi berusia 2 hari hingga tali pusar bayi lepas, bayi mulai diberikan air putih manis sebanyak 2 sendok makan per hari bahkan ada informan yang sudah memberikan pisang sebanyak 2 sendok makan per hari. Selanjutnya hingga bayi berusia 40 hari bayi mulai diberikan pisang sebanyak 2-4 sendok makan per hari serta ada juga informan yang sudah memberikan pepaya dan nasi pisang. Kemudian setelah 40 hari usia bayi mulai diberikan nasi pisang sebanyak seperempat mangkok kecil yaitu diberikan 1-2 kali per hari serta diberikan bubur bayi kemasan sebanyak setengah sampai satu bungkus per hari dan selanjutnya diberikan nasi sayur sebanyak 1 mangkok per hari. Selain itu ada sebagian kecil informan yang memberikan minuman tambahan berupa teh dan kopi sebanyak 2-5 sendok makan karena menurut informan tujuan pemberian kopi tersebut adalah agar bayi tidak mengalami kejang.

Alasan dari semua informan memberikan makanan padat maupun minuman selain ASI kepada bayi karena ASI yang keluar sedikit, selain itu informan juga mendapatkan anjuran dari orang tua untuk memberikan makanan padat maupun minuman selain ASI kepada bayi, orang tua dari informan beranggapan bahwa jika bayi diberikan makanan padat maupun minuman selain ASI maka bayi akan tumbuh sehat dan tidak rewel. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Rhokliana, dkk (2011) di wilayah kerja Puskesmas Keruak Kabupaten Lombok Timur, dalam penelitiannya disebutkan bahwa kebiasaan memberikan makanan seperti madu, kelapa, nasi papah, pisang, dan memberikan susu formula merupakan penyebab seorang ibu gagal dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, terlebih lagi jika kebiasaan tersebut sangat didukung oleh pihak keluarga, baik suami, orang tua maupun mertua, serta masyarakat lainnya yang ada di wilayah tersebut. Hasil penelitian ini juga diperkuat dengan adanya penelitian dari Rahmadhanny (2012), dalam penelitiannya disebutkan bahwa salah satu faktor penyebab putusnya ASI eksklusif adalah adanya kebiasaan pemberian makanan padat kepada bayi berupa pisang dan bubur. Menurut Rianti (2014: 71) kebiasaan pemberian makanan padat yang terlalu awal dapat menyebabkan gangguan pada usus bayi. Di dalam dinding usus bayi terdapat jonjot-jonjot usus yang berisi enzim dengan fungsi mengolah makanan yang masuk ke dalam usus. Bayi yang berusia kurang dari 6 bulan biasanya masih memiliki kadar enzim yang sedikit serta jonjot juga belum sempurna, jika bayi diberikan makanan padat secara terus-menerus dan berlanjut semakin parah maka dapat terjadi perforasi atau kebocoran pada usus bayi. Selain itu menurut Marnoto (2010: 182), seorang ibu yang memberikan tambahan susu formula pada bayinya

terutama pada hari pertama kelahiran akan mengganggu produksi ASI, *bonding*, dan dapat menghambat suksesnya menyusui dikemudian hari. Bayi yang diberi susu formula akan kenyang dan cenderung malas untuk menyusui sehingga pengosongan payudara menjadi tidak baik, akibatnya payudara menjadi bengkak dan akhirnya produksi ASI menjadi berkurang.

Penutup

Aspek sosial budaya yang terkait dengan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tirto II Kabupaten Pekalongan, meliputi pengetahuan ibu dan keluarga yang kurang, dukungan keluarga yang bersifat negatif (tidak mendukung pemberian ASI eksklusif), tradisi pemberian madu sesaat setelah bayi dilahirkan, dan kepercayaan bahwa minuman adalah sumber kehidupan bagi bayi, serta kepercayaan bahwa bayi lahir untuk meminta makan merupakan hal-hal yang mendorong pada kegagalan pemberian ASI eksklusif.

Daftar Pustaka

- Afifah, D.N. 2007. *Faktor yang berperan dalam kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif*. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Astutik, R.Y. 2014. *Payudara dan laktasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- BPS, BKKBN, dan Kemenkes. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012 : Laporan Pendahuluan*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, dan Kementerian Kesehatan.
- Dinkes Jateng. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinkes Kabupaten Pekalongan. 2015. *Laporan ASI eksklusif Kabupaten Pekalongan bulan februari-agustus tahun 2015*. Pekalongan: Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan
- Depkes RI. 2008. *Paket modul kegiatan inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif 6 bulan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Fajriyati, F., 2012. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kegagalan pemberian ASI eksklusif*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Fikawati, S., Syafiq, A. 2009. *Penyebab keberhasilan dan kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 4 (3) : 120-131.
- Firanika, Rayuni. 2010. *Aspek budaya dalam pemberian ASI eksklusif di Kelurahan Bubulak Kota Bogor tahun 2010*. Skripsi. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Joyomartono, Mulyono. 2011. *Pengantar Antropologi Kesehatan*. Semarang : Universitas Negeri Semarang Press.
- Kemenkes RI. 2014. *Rekam Jejak Terangi: etnik Gorontalo-Kabupaten Boalemo*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Balitbangkes.
- Maryunani, Anik. 2012. *Inisiasi Menyusui Dini, ASI eksklusif, dan manajemen laktasi*. Jakarta: TIM.

- Maulida, Heni, dkk, 2015, *Tingkat Ekonomi dan Motivasi Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Bidan Praktek Swasta (BPS) Ummi Latifah Argomulyo, Sedayu Yogyakarta*, (online), Vol. 3, No. 2, hal 117-123, diakses 8 Juni 2016, (<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/download/1055/578>).
- Nurheti, Y, 2010, *Keajaiban ASI Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan si Kecil*, ANDI, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prasetyono, D.S., 2012. *Buku pintar ASI eksklusif: pengenalan, praktik, dan kemanfaatan-kemanfaatannya*. Yogyakarta: DIVA Press.
- Priyoto. 2014. *Teori sikap dan perilaku dalam kesehatan*. Pacitan: Numed.
- Raharjo, B.R. 2014. *Profil ibu dan peran bidan dalam praktik Inisiasi Menyusu Dini dan ASI eksklusif*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 10(1): 53-63.
- Ramadani, M., Hadi, E.N. 2010. *Dukungan suami dalam pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Air Tawar Kota Padang Sumatera Barat*. *Pendidikan Kesehatan Ilmu Perilaku*. 4 (6) : 269-274.
- Rianti. 2014. *Mitos-mitos dan fakta-fakta seputar ASI*. Yogyakarta : Flash Books.
- Roesli, Utami. 2009. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Rokhliana, dkk. 2011. *Hubungan sosial budaya dengan pemberian ASI pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Keruak Kabupaten Lombok Timur*. *Jurnal Kesehatan Prima*. 5 (2) : 765-777.
- Safitri, Y., Minsarnawati, 2012. *Perilaku yang menghambat pemberian ASI eksklusif pada ibu di wilayah kerja Puskesmas Cibeber tahun 2009*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 3 (3) : 161-169.
- Susilawati, Maulina, R. 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penghambat emberian ASI eksklusif di wilayah kerja Posyandu Melati Kecamatan Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran tahun 2015*. *Jurnal Kebidanan*. 1 (1) : 35-40.
- Setyawati, dkk. 2015, *Hubungan dukungan keluarga dengan pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) dini di Desa Beji Kecamatan Andong Kabupaten Boyolali*. Diunduh di <http://perpusnwu.web.id/karyailmiah/documents/4511.pdf> tanggal 7 Juni 2016.
- Widuri, Hesti. 2013. *Cara mengelola ASI eksklusif bagi ibu bekerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

MOTIVASI ORANG DENGAN HIV DALAM KEPATUHAN TERAPI ANTIRETROVIRAL DIVICTORY PLUS YOGYAKARTA

Ista Wahyu Rohmayanti¹, Yelli Yani Rusyani¹, Ayu Fitriani¹

¹Program Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Yogyakarta

Surel: dolpin.maia@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Kepatuhan minum ARV sesuai dengan resep dokter memiliki arti yang sangat penting yaitu dapat menekan penggandaan virus yang ada di dalam darah penderita HIV. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan orang dengan HIV dalam minum ARV yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Berdasarkan informasi studi Pendahuluan pada 2 Informan mengungkapkan keduanya patuh dalam terapi ARV namun 1 informan pernah *drop out* terapi ARV. Tujuan penelitian menggali secara mendalam motivasi orang dengan HIV dalam kepatuhan terapi ARV di Victory Plus Yogyakarta.

Metode: menggunakan metode *deskriptif kualitatif dengan teknik purposive sampling*. Jumlah subyek penelitian 6 orang. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam yang dianalisis dengan menggunakan *content analysis*.

Hasil: Informan di Victory Plus Yogyakarta mengungkapkan harapan/keinginannya untuk meningkatkan kualitas hidup. Keyakinan Informan dalam terapi ARV mengungkapkan bahwa ARV sangat bagus untuk kesehatan. Informan mendapatkan dukungan keluarga dalam terapi ARV. Seluruh Informan mendapatkan dukungan dari teman dalam terapi ARV. Seluruh Informan patuh dalam terapi ARV.

Simpulan: orang dengan HIV positif di Victory Plus memiliki keinginan untuk meningkatkan kualitas hidup, mendapatkan dukungan keluarga dan teman agar kualitas kesehatan orang dengan HIV semakin baik dengan patuh dalam terapi ARV.

Kata kunci: motivasi orang dengan HIV, ARV

ABSTRACT

Background: ARV medication adherence in accordance with a doctor's prescription has a very important meaning that can suppress virus' multiplication in the blood of people who affected with HIV. Factors that can influence compliance people with HIV in taking ARV drugs are intrinsic factors and extrinsic factors. Based on the information on the result of preliminary studies all informants revealed compliance in ARV therapy, but ever dropped out in ARV therapy. Delve deeply the people's motivations with HIV in medication adherence in non-governmental organisation Victory Plus Yogyakarta.

Methods: This research used Descriptive Qualitative method. The sampling technique used purposive sampling with a number of research subjects 6 people. Data collecting technique used in-depth interviews then were analyzed content analysis.

Result: Subject in Victory Plus Yogyakarta revealed that the hope or desire improve the better quality life. ARV therapy revealed that ARV is very good for health. The support from the informants' family, the supports are gotten by the informants' family. Also to get support from friends, all over the informants got supports from friends in ARV therapy. The whole informants were dutifully in ARV therapy.

Conclusion : Based on research conducted, people with HIV have desire to improve the better quality life, as well as are getting the support from family and friends in order to support the health quality getting better with obedient in ARV therapy.

Key Words: People's Motivation with HIV, ARV

Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus atau yang disingkat HIV dapat menyebabkan kemampuan tubuh manusia menurun dalam melawan infeksi virus, bakteri, dan jamur dengan cara merusak sistem imun.

Indonesia merupakan negara berkembang dan dimana terdapat masyarakat yang menderita penyakit HIV positif. Berdasarkan data statistik pelaporan kasus HIV di Indonesia secara kumulatif dari 1 April 1987 sampai dengan 30 Juni 2014 terdapat 142.950 jiwa penderita HIV positif dengan total kematian 9.760 jiwa.

Kasus HIV positif di DIY mengalami peningkatan. Berdasarkan data triwulan pada bulan Maret 2014 terdapat 1.504 kasus, jumlah tersebut meningkat dari akhir tahun lalu (Desember 2013) yang berjumlah 1.426 kasus HIV positif.

Penderita HIV positif dalam menghadapi kehidupan selanjutnya membutuhkan suatu dukungan atau motivasi sehingga orang dengan HIV positif tidak merasa terpinggirkan. Motivasi dapat bersumber dari dalam diri seseorang yang sering dikenal dengan istilah motivasi intrinsik atau motivasi internal. Selain itu, motivasi dapat pula bersumber dari luar diri orang yang bersangkutan yang dikenal dengan istilah motivasi eksternal atau ekstrinsik. Dukungan atau motivasi sangat diperlukan bagi orang dengan HIV positif, baik secara intrinsik maupun ekstrinsik. Secara intrinsik orang dengan HIV positif mendukung atau memotivasi dirinya sendiri, sedangkan secara ekstrinsik yaitu mendapatkan dukungan dari lingkungan, keluarga, dan tenaga kesehatan. Memberikan kenyamanan ODHA di rumah adalah salah satu bentuk dari dukungan keluarga, selain itu juga perlu memberikan dukungan emosional karena tidak hanya tubuh yang perlu dirawat tapi perasaan juga perlu dijaga. Salah satu bentuk dukungan dari tenaga kesehatan adalah memberikan informasi tentang upaya penekanan virus HIV yaitu dengan terapi *Antiretroviral* atau ARV.

Efek samping yang ditimbulkan oleh penggunaan obat ARV bagi penderita HIV positif sangat mempengaruhi kepatuhan dalam minum obat tersebut. Efek samping seperti mual, muntah, sakit kepala, diare, mudah lelah dan lain-lain dapat menjadi kendala yang sangat berarti bagi penderita HIV untuk patuh terhadap terapi ARV bahkan sampai dengan *Drop Out* karena merasakan ketidaknyamanan setelah minum obat ARV.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana motivasi orang dengan HIV dalam kepatuhan terapi obat ARV (*Antiretrovira*) di LSM Victory Plus Yogyakarta.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif kualitatif* dengan pendekatan *Interpretatif*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* berdasarkan kriteria tertentu orang dengan HIV dengan jumlah subyek penelitian berjumlah 6 Informan. Penelitian ini dilakukan di Victory Plus Yogyakarta. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam. Pada penelitian ini menggunakan jenis keabsahan data *Triangulasi Sumber* yaitu 1

orang keluarga dekat, 1 orang teman dekat, 1 orang pengelola LSM, dan 1 orang pendamping sebaya. Metode pengolahan dan analisis data menggunakan content analysis.

Hasil dan Pembahasan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang adapun karakteristik dari informan sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Informan

| No. | Informan | Umur | Pendidikan | Pekerjaan | Lama terapi |
|-----|------------|-------|------------|------------|-------------|
| 1. | Informan 1 | 29 th | SLTA | Swasta | 7 tahun |
| 2. | Informan 2 | 35 th | SLTA | Wiraswasta | 2 tahun |
| 3. | Informan 3 | 32 th | Diploma | Swasta | 5 tahun |
| 4. | Informan 4 | 38 th | SLTA | Pedagang | 1,5 tahun |
| 5. | Informan 5 | 37 th | SLTA | Petani | 7 tahun |
| 6. | Informan 6 | 29 th | SLTA | Swasta | 1 tahun |

Berdasarkan tabel 1 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar karakteristik Informan berdasarkan umur ≥ 30 tahun yaitu sebanyak 4 orang, dan umur < 30 tahun sebanyak 2 orang. Selain itu, karakteristik Informan berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar SLTA berjumlah 5 orang dan Diploma 1 orang. Sedangkan karakteristik Informan berdasarkan pekerjaan swasta berjumlah 3 orang, wiraswasta 1 orang, Pedagang 1 orang, dan petani 1 orang. Berdasarkan karakteristik lama terapi ARV-nya 2 orang selama 7 tahun, 1 orang selama 5 tahun, 1 orang selama 2 tahun, 1 orang selama 1,5 tahun, dan 1 orang selama 1 tahun.

Di bawah ini adalah hasil wawancara mendalam sesuai dengan faktor intrinsik dan ekstrinsik yang mempengaruhi motivasi orang dengan HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV (*antiretroviral*).

Harapan atau keinginan Informan dalam mengikuti terapi minum obat ARV yang ingin dicapai oleh 4 dari 6 Informan adalah keinginan untuk sehat seperti melakukan kegiatan sehari-hari tanpa ada hambatan penyakit, produktif dan berkarya seperti melakukan kegiatan-kegiatan orang tanpa HIV di dalam tubuhnya, dan dapat terjun ke masyarakat atau dapat bersosialisasi lagi seperti orang normal (tanpa virus HIV) lainnya di masyarakat. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

"...Harapannya bisa sehat terus...bisa produktif... pokoknya apa ya...bisa sehat seperti orang yang tidak mempunyai virus HIV di dalam tubuhnya gitu..." (wawancara Informan 1).

Selain itu, 1 dari 6 Informan juga mengatakan bahwa harapannya dapat memberikan memotivasi sesama penderita HIV positif untuk mengikuti terapi ARV. Satu dari 6 Informan lainnya mengungkapkan harapan/keinginan kedepannya adalah ada obat yang dapat membunuh virus HIV tersebut. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

“...saya juga bisa membantu mereka berbagi pengalaman saya sendiri untuk memotivasi mereka agar mereka juga bisa seperti saya gitu aja...” (wawancara Informan 5)

“...mudah-mudahan semakin sehat, kalau untuk berharapnya yang lebih ... mungkin terlalu muluk-muluk ya mbak ya...ada obatlah yang dapat membunuh virus ini...” (wawancara Informan 6)

Kepercayaan atau keyakinan dalam diri Informan dalam mengikuti terapi minum obat ARV berdasarkan 5 dari 6 Informan mengungkapkan bahwa mereka yakin ARV sangat bagus untuk kesehatan, ARV dapat mencegah replikasi virus HIV di dalam tubuh Informan, keyakinan Informan berdasarkan dari penjelasan dokter dan riset medis yang telah dilakukan oleh para ahli dibidangnya, serta efek atau fungsi dari ARV sudah dapat dirasakan oleh Informan. Hal ini sesuai dengan ungkapan Informan sebagai berikut:

“...saya yakin ya kalau ARV ini bekerja di dalam tubuh dan dia memang sangat bagus dan juga menolong kesehatan saya... karena sekarang saya sudah bisa merasakan efek dari ARV itu...” (wawancara Informan 1)

Namun, 1 dari 6 Informan lainnya mengungkapkan bahwa bukan masalah yakin tetapi lebih berharap suatu saat ada obat yang dapat menyembuhkan HIV. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

“...bukan masalah yakin sih...semua berharap...berharap suatu saat akan ada obatnya...” (wawancara Informan 3)

Dukungan atau dorongan baik secara langsung maupun tidak langsung dari keluarga sangat diperlukan oleh orang dengan HIV positif terutama tentang kepatuhan minum obat ARV, berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh 4 dari 6 mengatakan keluarganya sangat mendukung dalam terapi ARV yang ditunjukkan dengan cara selalu mengingatkan jadwal minum obat sesuai dengan waktunya dan ada yang mengambilkan obatnya di tempat pelayanan kesehatan setiap bulannya. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

“...Dengan cara ngingetin minum obat gitu yo... udah minum obat belum kayak gitu (menirukan anak dan kakaknya waktu mengingatkan)...” (wawancara Informan 1)

Ungkapan 1 dari 6 Informan lainnya adalah tidak mendapatkan dukungan dari keluarganya dengan alasan Informan tersebut tidak memiliki niat untuk membuka status pada keluarganya karena takut akan mendapatkan diskriminasi. Selain itu, 1 dari 6 Informan lain pernah mendapatkan larangan dari keluarganya dengan alasan efek samping ARV yang membuat rasa tidak nyaman dan sakit, serta ketergantungan obat ARV yang harus diminum seumur hidup. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

“...enggak ada niat untuk membuka status diri saya kepada keluarga saya....” (wawancara Informan 4)

“...ibukku bilang, kamu tu sehat..kamu nggak usah terapi..kamu tu nggak usah ngikutin temen-temenmu karena dokter bilang kamu tu nggak perlu terapi kok..ngapain terapi...(menirukan ibunya), terus kemudian setelah aku mengikuti terapi kan aku sering malemnya kan pusing... sering disalahin juga gitu....” (wawancara Informan 6)

Dukungan atau dorongan dari teman sebaya (HIV positif) dan non-HIV juga sangat dibutuhkan oleh penderita HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV, dari hasil penelitian diperoleh hasil wawancara 6 Informan mendapatkan dukungan dari teman sebaya (sama-sama menderita HIV positif) seperti saling mengingatkan jadwal minum obat dan mengingatkan untuk teratur serta memberikan gambaran apabila tidak teratur minum ARV akan meninggal seperti teman yang sudah meninggal. Hal ini seperti diungkapkan Informan sebagai berikut:

“...kalau dari teman biasanya kita saling ngingetin... jangan lupa minum obat lho (menirukan saat temannya memberikan dukungan)...gitu-gitu...” (wawancara Informan 1)

Sedangkan untuk dukungan dari teman yang non-HIV 2 dari 6 Informan tidak terlalu dekat dengan teman non-HIV meskipun mengetahui status Informan, 1 dari 6 Informan tidak membuka status pada teman non-HIV dengan alasan tidak ingin mendapat diskriminasi, 2 dari 6 Informan pernah mendapatkan dukungan dari teman non-HIV dalam kepatuhan minum obat ARV. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

“...terus mereka kasih dukungan.. ya jangan lupa minum obat (menirukan perkataan temannya), kalau chatting ...udah minum obat belum? (menirukan temannya)...” (wawancara Informan 3)

Namun, 1 dari 6 Informan lainnya mendapatkan dukungan tetapi awalnya tidak untuk dukungan dalam terapi minum obat ARV dengan alasan itu hanya permainan dagang. Hal ini sesuai dengan ungkapan Informan sebagai berikut:

“...awalnya dia gini, ini mah permainan dagang... dia bilang gitu, (menirukan temannya lagi) ini permainan dagang Ar, mereka suruh konsumsi ini apalagi seumur hidup kalau suatu saat pemerintah nggak mau ngasih gratis..kamu harus beli..gitu.. nggak usah minum aja...” (wawancara Informan 6)

Dukungan atau motivasi diri dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun dari luar diri, 3 dari 6 Informan mengatakan bahwa motivasi terkuatnya adalah karena ingin panjang umur, sehat, melihat anak-anaknya tumbuh dewasa, menikah, serta mempunyai cucu, serta melakukan hal-hal positif. Hal ini sesuai dengan ungkapan Informan sebagai berikut:

“...Karena saya masih punya anak ya mbak ya...belum menikah...karena saya ingin melihat anak saya sampai dewasa...sampai punya cucu...ya gitu...(sambil tersenyum)..dorongan saya biar supaya saya masih sehat...” (wawancara Informan 4)

Satu dari 6 Informan lainnya mengungkapkan bahwa motivasi terkuatnya adalah ingin membuktikan ke masyarakat bahwa penderita HIV tidak lemah dan berdaya seperti persepsi selama ini tentang orang HIV yang ada di masyarakat. Selain itu, 1 dari 6 Informan mengatakan

bahwa ia ingin merubah gaya hidupnya menjadi lebih baik. Dan 1 dari 6 Informan lainnya mengatakan bahwa ia termotivasi karena melihat dan membandingkan antara teman yang mengikuti terapi ARV dan teman yang tidak mengikuti terapi ARV, dengan hasil perbandingan bahwa teman yang mengikuti terapi ARV semakin sehat seperti orang yang tidak memiliki virus HIV di dalam tubuhnya. Hal ini seperti ungkapkan sebagai berikut:

“...saya cuma pengen menunjukkan ke orang-orang bahwa orang terinfeksi HIV itu tidak seperti yang dibayangkan masyarakat ...yang lemah...tidak berdaya...karena memang pada saat itu saya tidak berdaya...itu motivasi saya paling kuat...”
(wawancara Informan 5)

“...ya itu tadi dari hal-hal yang udah... life style dulu...life style dulu saya ingin perbaiki...saya ingin menjadi lebih baik gitu...” (wawancara Informan 3)

“...jadi motivasiku karena aku ngeliat, kemaren ya mbak...aku mendampingi beberapa klien aku melihat mereka yang putus obat, mereka yang nggak ARV, mereka tuh pasti udah kolep gitu loh...dan akhirnya aku membedakan antara yang minum ARV dan yang nggak minum ARV...jadi kayak pendukung temen-temen sebaya disini kan semua minum ya..itu sehat-sehat semua..aktif-aktif semua...aktivitas dari pagi sampai sore..tiap hari mendampingi temen-temen...” (wawancara Informan 6)

Ketaatan informan dalam mengikuti terapi minum obat ARV harus sesuai dengan aturan yang ditetapkan secara medis, 6 Informan mengatakan mengikuti dan patuh terhadap aturan yang ditetapkan secara medis meliputi benar jenis obat yang harus diminum, benar dosisnya, cara minum obat yang benar, dan patuh pada masa terapi yang tepat. Berdasarkan hasil wawancara 2 dari 6 Informan mengatakan minum obat ARV patuh dengan waktu minum yang tepat. Hal ini seperti ungkapan Informan sebagai berikut:

“...dovinuvin (doviral neviral)...waktu minumnya per 12 jam ya..Cuma dari jam 8 pagi sampai jam 8 malam..saya sangat-sangat teratur banget...karena saya ya..karena saya orangnya tu gimana ya...tepat waktu ya...kalau saya sesudah makan pagi..harus makan obat, makan sore makan obat...” (wawancara Informan 4)

Terdapat 3 dari 6 Informan mengatakan tepat sesuai jadwal minum obat tetapi kadang-kadang terlambat beberapa menit dari jadwalnya namun tidak sering dengan alasan ada kegiatan yang membuat terlambat minum obat. Selain itu, terdapat 1 dari 6 Informan mengatakan pernah lupa minum obat ARV 3 dosis dalam sebulan dan mengatakan mulai bosan dengan alasan sering lupa jadwal. Hal ini sesuai dengan ungkapan Informan sebagai berikut:

“...doviral evavirenz...pagi jam 9 itu doviral ...malam jam 9 itu doviral lagi...terus ketika mau tidur itu evavirenz ..kalau doviral itu kalau bisa sesudah makan... evavirenz juga apalagi kalau bisa minumnya juga dalam perut kosong...kalau dulu teratur...sekarang juga teratur (sambil tersenyum), tapi ya.. miss beberapa menit lah...” (wawancara Informan 3)

“...FDC.. 1x24 jam ...diminum jam 9 malam..sesudah makan...emm awal-awal dulu iya..tapi akhir-akhir ini aku mulai bosan, bosannya gini mbak...jadi emmm kadang kan aku tidur nggak tentu itu yang bikin kadang aku tidur jam 8, padahal jadwal jam 9...harus bangun lagi, jadi kelupaan...sering kelupaan disitu...” (wawancara Informan 6).

Pembahasan

Hasil penelitian yang dilakukan tentang harapan/keinginan dalam kepatuhan minum obat ARV yang ingin dicapai adalah ingin sehat, lebih produktif dan berkarya, kualitas hidup meningkat, dan dapat terjun ke masyarakat atau dapat bersosialisasi lagi seperti orang normal (tanpa virus HIV) lainnya di masyarakat. Hal ini sesuai dengan teori harapan bahwa harapan adalah melihat kedepan dengan kepercayaan diri. Ketika ada harapan, maka ada kehidupan. Harapan yang dibuat oleh hati adalah impian, sedangkan harapan yang dibuat oleh pikiran adalah rencana, seseorang tidak mungkin melihat jalan menuju yang baik, bila hati kosong dari harapan. Harapan bias juga adalah sesuatu yang membuat kita terus berjuang melakukan sesuatu yang kita anggap hasilnya berharga walaupun kadang kita tahu kemungkinan gagal lebih besar dari pada kemungkinan berhasil. Harapan adalah keinginan, cita-cita, sesuatu yang diimpikan, diidamkan, hal yang dirindu kedatangannya. Begitujugadengan orang dengan HIV positif memiliki harapan-harapan atau keinginan untuk mencapai tujuan terutama dalam mengikuti terapi ARV.

Pasien yang memegang teguh keyakinannya akan memiliki jiwa yang teguh dan tidak mudah putus asa. Hal tersebut seperti keyakinan pada diri penderita HIV positif dalam mengikuti terapi ARV yang tidak mudah putus asa dalam kepatuhan minum obat karena efek samping yang tidak nyaman dan waktu terapi seumur hidup. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang keyakinan dalam kepatuhan minum obat ARV Informan adalah ARV sangat bagus untuk kesehatan dan dapat mencegah replikasi virus HIV di dalam tubuh Informan. Keyakinan Informan tersebut berdasarkan dari penjelasan dokter dan riset medis yang telah dilakukan oleh para ahli dibidangnya, serta efek atau fungsi dari ARV sudah dapat dirasakan oleh Informan. Hal tersebut sesuai dengan teori keyakinan.

Kemauan kuat orang dengan HIV positif untuk menjalani pengobatan ARV, takkan berarti apa-apa tanpa dukungan dari orang-orang disekitarnya. Entah itu dari keluarga, maupun dari pasangannya. Dukungan yang kuat menjadi faktor penting dalam keberhasilan terapi ARV. Dukungan yang diperlukan orang dengan HIV positif dalam menjalani pengobatannya, dapat berupa medis maupun non medis. ODHA yang memiliki dukungan keluarga cukup memiliki kualitas hidup yang baik, berbanding terbalik dengan ODHA yang mendapat kandukungan yang kurang. Hasil penelitian yang telah dilakukan tentang dukungan keluarga terdekat seperti anak, orang tua, dan saudaranya dengan cara selalu mengingatkan jadwal minum obat, mengambilkan obat dan air minum, serta mengingatkan untuk selalu teratur dalam minum obat ARV. Informan *Triangulasi* keluarga terdekat mengungkapkan bahwa keluarga memberikandukungan seperti

selalu mengingatkan jadwal minum obat dan mengingatkan untuk selalu patuh, memberikandukungan secara psikis dengan selalu memberikan perhatian dalam hal kesehatan, polamakan, aktifitas sehari-hari, dan sebagainya. Hal tersebut sesuai dengan teori dan penelitian terdahulu.

Hasil penelitian yang menyebutkan bahwa dukungan sosial dari orang lain yang diperoleh ODHA lebih besar dibandingkan dukungan dari keluarga. Hasil penelitian tersebut sama halnya hasil penelitian tentang dukungan teman yang diperoleh dari Informan dalam kepatuhan minum obat ARV, mendapatkan dukungan dari teman sebaya seperti selalu mengingatkan jadwal minum obat ARV, saling memberi dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui media telekomunikasi, serta menganjurkan untuk terapi ARV sejak awal. Hasil *Triangulasi* teman terdekat mengungkapkan bahwa dukungan atau motivasi diberikan pada Informan dengan cara sering *sharing* tentang ARV, selalu mengingatkan tentang kepatuhan minum ARV, mengingatkan jadwal minum, dan memberikan dukungan secara mental seperti *sharing* tentang masalah apapun yang dihadapi informan.

Hasil penelitian yang dilakukan pada Informan, mereka memiliki motivasi untuk mengikuti terapi ARV karena ingin sehat, melakukan hal-hal yang positif, mengubah *life style* yang lebih baik, panjang umur, ingin membuktikan ke masyarakat bahwa orang dengan HIV positif tidak lemah dan berdaya seperti persepsi negatif yang selama ini ada di masyarakat, serta perbandingan yang cukup jelas antara orang yang mengikuti terapi ARV dengan yang tidak mengikuti terapi ARV. Dari motivasi dalam diri Informan tersebut dapat dikatakan bahwa motivasi mereka adalah inginmemaknai hidup lebih baik lagi dengan cara mengikuti terapi minum obat ARV. Hal ini sesuai dengan teori motivasi mengatakan bahwa motivasi adalah proses-proses psikologikal yang menyebabkan timbulnya, diarahkannya, dan terjadinya kegiatan-kegiatan sukarela atau *volunter* yang diarahkan ke arah tujuan tertentu. Motivasi ini merupakan hasil dari sebuah proses yang bersifat internal dan eksternal yang membangkitkan kita untuk bertindak, mendorong kita mencapai tujuan tertentu, dan membuat kita tetap tertarik dalam kegiatan tertentu. Faktorutama yang mempengaruhi optimism hidup ODHA adalah motivasi hidup yang kuat dalam diri penderita. Dengan adanya optimism hidup, ODHA mempunyai semangat untuk bekerja, motivasi untuk hidup, dan pikiran yang positif.

Kepatuhan dalam terapi obat ARV sangat menentukan kualitas kesehatan dari orang dengan HIV positif. Kepatuhan dapat dilihat dari patuh terhadap jenis obat yang tepat, patuh akan cara minum yang tepat, patuh dengan dosis yang tepat, dan patuh terhadap masa terapi yang tepat. Banyak penelitian menunjukkan bahwa hanya dengan kelupaan satu atau dua dosis per minggu, dampaknya terhadap keberhasilan penggunaan obat dapat besar. Berdasarkan hasil *Triangulasi* orang terdekat yaitu dukungan keluarga mengungkapkan bahwa Informan patuh minum ARV sesuai jadwalnya yang ditandai dengan bunyi alarm dan selalu memberitahu bahwa setiap kali mengambil obat tiap bulan di rumah sakit. Selain itu, *Triangulasi* dukungan Teman mengungkapkan bahwa ia mengetahui jenis ARV yang diminum Informan, kapan jadwal

minumnya yang biasanya ditandai dengan alarm minum obat di *Handphon* eInforman, dan mengetahui bahwa Informan sangat patuh dalam minum obat ARV.

Berdasarkan hasil penelitian pada 6 Informan mengungkapkan bahwa mereka patuh dalam terapi ARV (2 Informan minum *duviral neviral*, 2x1 sehari, jadwal teratur sesuai dengan jamnya; 3 Informan minum *duviral evavirenz*, 2x1 sehari untuk *duviral* dan 1x1 sehari untuk *evavirenz* diminum sebelum tidur; teratur sesuai jamnya; 1 Informan minum FDC, 1x1 sehari diminum pada malam hari sebelum tidur). Hal ini sesuai dengan teori kepatuhan dalam minum obat.

Namun, 3 dari 6 Informan mengungkapkan bahwa pernah terlewat jadwal minum obat atau kadang-kadang terlewat beberapa menit dari jadwal minumnya, dan 1 dari 6 Informan lainnya mengungkapkan bahwa pernah terlewat tidak minum ARV sebanyak 3 dosis dalam 1 bulan dengan alasan sering terlupa jadwal minum obat, sedangkan 2 dari 6 Informan mengungkapkan patuh terhadap waktu atau jadwal minum obat. Penting bagi orang dengan HIV positif berusaha agar selalu memakai obat pada jam yang benar. Namun biasanya ada “jendela” atau kelonggaran. Lamanya kelonggaran ini tergantung pada obat dan tubuh orang tersebut. Terapi ARV yang dipakai dalam rejimen ART lini pertama dan kedua cukup “pemaaf”. Oleh karena itu, umumnya tidak ada kerugian bila terlambat satu atau dua jam waktu memakai obat.

Penutup

Penelitian ini dilakukan untuk menggali secara mendalam motivasi orang dengan HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV (*Antiretroviral*) di LSM Victory Plus Yogyakarta. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu: Harapan/keinginan orang dengan HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV adalah meningkatkan kualitas hidup lebih baik dengan menjaga kesehatan, produktif, memotivasi teman sebaya untuk patuh dalam terapi ARV dengan harapan kedepannya ada obat yang membunuh virus HIV. Keyakinan orang dengan HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV adalah ARV dapat melemahkan atau memotong replikasi virus di dalam tubuhnya sehingga jumlah virus semakin sedikit berdasarkan ilmu medis dan riset. Dukungan keluarga bagi orang HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV sangat penting, diperlukan, dan berpengaruh dalam motivasi orang dengan HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV. Dukungan teman baik sesama HIV maupun non-HIV bagi orang HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV sangat penting, diperlukan, dan berpengaruh dalam motivasi orang dengan HIV positif dalam kepatuhan minum obat ARV. Kepatuhan dalam minum obat ARV sangat menentukan kualitas kesehatan orang dengan HIV positif, semakin patuh maka CD4 semakin naik dan kualitas kesehatan semakin baik.

Daftar Pustaka

- Aksan, Hermawan. (2008). *Harapan Atau Ancaman?*. Mizan: Jakarta
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2014). *Statistik Kasus HIV/AIDS Di Indonesia*. Diakses tanggal 24 September 2014
- Handayani, Rini Sasanti. (2013). *Pemaknaan Obat Antiretroviral Bagi Sekelompok Orang Dengan HIV/AIDS Di Kota Bandung, Cimahi, Denpasar, Dan Kabupaten Badung*. Jurnal Kesehatan. Diakses tanggal 01 Januari 2015
- Irma, Payuk. (2012). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Di Puskesmas Jumpang Baru Makasar 2012*. Jurnal kesehatan. Diakses tanggal 24 Juli 2015
- KPA Provinsi DIY. (2014). *Laporan Survey Lans Kasus HIV&AIDS Provinsi DIY Tahun 1993-2014 (sampai dengan Juni 2014)*. Diakses dari <http://data-kasus-hiv-aids-diy-s-d-des-2014-komisi-penanggulangan-aids-diy.htm>. 24 September 2014.
- Merati, Tuti Parwati. (2008). *Mengenal Terapi ARV (Pengalaman ODHA)*. Denpasar: Yayasan Citra Usadha Indonesia
- Niven, Neil. (2012). *Psikologi Kesehatan Untuk Perawat Dan Profesional Kesehatan Lain*. EGC: Jakarta
- Siagian, Sondang P. (2012). *Teori Motivasi Dan Aplikasinya*. Rineka Cipta: Jakarta
- Sugiharti. (2014). *Gambaran Kepatuhan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam minum obat ARV Di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat, Tahun 2011-2012*. Jurnal kesehatan. Diakses tanggal 24 Juli 2015
- Werdiyanto. (2007). *Psikologi Kebidanan I*. Rihana Pustaka: Yogyakarta.
- Winardi. (2007). *Psikologi*. Rineka Cipta: Jakarta
- World Health Organization. (2008). Diakses dari: <http://www.who.int/en/> tanggal 24 September 2014
- Yadav, S., (2009). *Perceived Social Support, Hope, And Quality Of Life Of Persons Living With HIV/AIDS: A Case Study from Nepal*. Springer Science Business Media B.V. Diakses tanggal 16 Juni 2015
- Yayasan Spiritia (2014). *Terapi Antiretroviral*. Jakarta

IMPLEMENTASI SURAT KEPUTUSAN BERSAMA (SKB) 4 MENTERI TAHUN 2003 DALAM PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS)

Muji Sulistyowati¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Surel: mujisulistyowati@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: UKS bertujuan untuk meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan perilaku bersih dan sehat (Diknas, 2008). UKS merupakan pengejawantahan *Health Promoting School* di Indonesia, mulai dikembangkan sejak lama, dan dimantapkan dengan pembentukan Tim Pembina UKS di semua tingkat pemerintahan pada tahun 1984. Surat Keputusan Bersama (SKB) 4 menteri yaitu Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri pada tahun 1991 dikeluarkan dalam rangka pembinaan dan pengembangan UKS di sekolah mulai dari tingkat TK, SD, SMP dan SMU sederajat, kemudian diperbaharui berdasarkan SKB no. 1/U/SKB/2003. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara kualitatif implementasi SKB 4 Menteri dalam optimalisasi pelaksanaan UKS.

Metode: Penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Wawancara mendalam dilakukan terhadap camat, kepala puskesmas, kepala UPTD Diknas, dan kepala sekolah terpilih di 5 wilayah kota Surabaya. Data dianalisis dengan *content analysis*.

Hasil: Sebagian besar responden mengaku tidak tahu atau lupa tentang SKB 4 Menteri. Hal ini berimplikasi terhadap kegiatan UKS di masing-masing sekolah di 5 wilayah sebagai sampel penelitian, yang belum optimal.

Simpulan: SKB 4 Menteri sebagai acuan Pembinaan & Pengembangan UKS serta pembentukan Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan di kota Surabaya belum diimplementasikan dengan optimal.

Kata Kunci: UKS, SKB 4 Menteri, Tim Pembina UKS

ABSTRACT

Background: *School Health Unit (Usaha Kesehatan Sekolah=UKS) that aims to improve the health behaviors of the students has been developed for a long time. It is strengthened with the establishment of the steering committee for UKS at all levels of government about the year 1984. Joint Decree (SKB 4 Menteri), namely the Minister of Health, Minister of Education, Minister of Religious Affairs, and Minister of Internal Affairs in 1991 issued within the framework of the promotion and development of UKS in schools from kindergarten, elementary, middle and high school. This study aims to explore the implementation of SKB 4 Menteri on UKS achievement.*

Methods: *This was a descriptive-qualitative study with in-depth interview method. Twenty informants have been taken from five area of Surabaya City. They were Head of District, Head of Health Center, Education Coordinator at District (UPTD) and Principal. Content analysis was a tool to analyze.*

Results: *Most informants are forgotten and do not know about SKB 4 Menteri. This phenomenon is implied to achievement of UKS program that is not optimally yet.*

Conclusion: *SKB 4 Menteri is not implemented optimally in District level at Surabaya City.*

Key Words: *School Health Unit, SKB 4 Menteri, Steering Committee*

Pendahuluan

Sekolah mempunyai peranan dan kedudukan strategis dalam upaya meningkatkan kesehatan. Hal ini disebabkan sebagian besar anak usia 5-19 tahun terpapar dengan lembaga pendidikan dalam jangka waktu cukup lama. Jumlah usia 7-12 berjumlah 25.409.200 jiwa dan sebanyak 25.267.914 anak (99.4%) aktif dalam proses belajar. Sedangkan untuk kelompok usia 13-15 tahun berjumlah 12.070.200 jiwa dan sebesar 10.438.667 anak (86,5%) aktif dalam sekolah (Depdiknas, 2007).

SDKI 2005 menyampaikan bahwa tingkat partisipasi sekolah dasar (SD) dalam pembinaan anak usia sekolah besarnya 90% dari jumlah anak usia 6 – 14 tahun. Kelompok umur anak usia sekolah mempunyai persentase yang paling tinggi dibandingkan dengan kelompok umur yang lain.

Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan masih besarnya prevalensi penyakit pada anak usia sekolah, seperti kecacangan, sampai dengan masalah perilaku yang tidak sehat pada anak sekolah (Depkes, 2000; Yayasan Kusuma Buana; SKRT,2001; Susenas, 2004). Status kesehatan yang rendah pada anak sekolah tersebut sebetulnya dapat ditingkatkan melalui upaya kesehatan. Upaya kesehatan tersebut bukan merupakan tanggung jawab sektor kesehatan saja, namun juga merupakan tanggung jawab serta dilaksanakan di beberapa instansi atau bidang, salah satunya adalah sekolah.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di Indonesia mulai dikembangkan sejak beberapa dekade yang lalu, dan dimantapkan dengan pembentukan Tim Pembina UKS di semua tingkat pemerintahan pada sekitar tahun 1984. Surat Keputusan Bersama (SKB) 4 menteri yaitu Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri pada tahun 1991 dikeluarkan dalam rangka pembinaan dan pengembangan UKS di sekolah-sekolah mulai dari tingkat TK, SD, SMP dan SMU sederajat, kemudian diperbaharui berdasarkan SKB no. 1/U/SKB/2003.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya untuk membina dan mengembangkan kebiasaan hidup sehat yang dilakukan secara terpadu, melalui kegiatan Trias UKS (Pusat Promosi Kesehatan, 2007). UKS bertujuan meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dan meningkatkan derajat kesehatan peserta didik maupun warga belajar serta menciptakan lingkungan yang sehat. Adapun sasaran pembinaan dan pengembangan UKS meliputi beberapa tingkatan yaitu sasaran primer adalah peserta didik di sekolah/ satuan pendidikan Luar Sekolah. Sasaran sekunder adalah kepala sekolah, guru, staf sekolah lainnya, masyarakat sekolah (pengelola kantin dan penjaga sekolah), dan masyarakat di sekitar sekolah termasuk orang tua siswa. Sasaran tersier adalah komite sekolah, Tim Pembina dan Pelaksana UKS, serta para penentu kebijakan seperti; Persatuan Guru Republik Indonesia (PGRI), Kepala Dinas Pendidikan, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Daerah, DPR/DPRD, instansi terkait lainnya dan tokoh masyarakat.

Surat Keputusan Bersama 4 Menteri dikeluarkan oleh 4 (empat) kementerian yaitu Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri pada tahun

1991, dan kemudian diperbarui tahun 2003. SKB tersebut mengatur tentang pembinaan dan pengembangan usaha kesehatan sekolah serta susunan keanggotaan Tim Pembina UKS (TP UKS). Pedoman pembinaan UKS (2012) menyebutkan bahwa segala upaya peningkatan dan pengembangan kesehatan warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah agar diupayakan melalui Tim Pembina UKS Pusat dan di daerah secara berjenjang. Langkahnya antara lain dengan mengoptimalkan peran dan fungsi TP UKS dan sekretariat TP UKS pada setiap jenjang pemerintahan, sampai tingkat kecamatan dan kelurahan.

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi implementasi SKB 4 Menteri terkait peran Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan, dalam optimalisasi pelaksanaan UKS di kota Surabaya. Secara khusus penelitian bertujuan mengidentifikasi pengetahuan dan sikap Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan tentang UKS, SKB 4 Menteri dan implementasinya.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dan analisis kualitatif digunakan dalam rangka mengeksplorasi pengetahuan dan sikap Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan terkait implementasi SKB 4 Menteri.

Penelitian ini dilakukan di lima kecamatan di kota Surabaya sebagai perwakilan area Surabaya Utara, Surabaya Timur, Surabaya Selatan, Surabaya Barat dan Surabaya Pusat. Masing-masing kecamatan ditentukan informan sebagai unsur TP UKS di tingkat kecamatan yaitu unsur dari kecamatan, puskesmas, dan Unit Pelaksana Teknis Dinas Bina Pengawas Sekolah (UPTD BPS). Selain itu sebagai pelengkap data juga ditentukan informan dari sekolah sebagai Tim Pelaksana UKS.

Total 20 informan diambil pada penelitian ini, yang meliputi 5 (lima) orang camat/ wakil kecamatan, 5 (lima) orang Kepala Puskesmas, 5 (lima) orang wakil UPTD BPS, 5 (lima) orang Kepala/ guru UKS Sekolah Dasar Negeri. Masing-masing informan dilakukan wawancara mendalam untuk menggali data yang diinginkan. Sebagai pelengkap juga dikumpulkan data sekunder yang diambil dari dokumen terekam di lokasi penelitian. Data kualitatif yang terkumpul dianalisis dengan *content analysis*.

Hasil dan Pembahasan

Pengetahuan Informan tentang UKS

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah pengetahuan informan sebagai Tim Pembina UKS dalam mendefinisikan UKS, tujuan, sasaran, dan program UKS serta SKB 4 Menteri sebagai landasan pembinaan UKS. Hasil penelitian menunjukkan secara umum keseluruhan informan memiliki pengetahuan yang baik tentang UKS. Informan tidak menyebutkan secara persis definisi UKS tetapi sebagian besar informan menyebutkan bahwa UKS berhubungan dengan kesehatan siswa. Berikut kutipan informan tentang definisi UKS:

Tentang kesehatan anak-anak. Tentang tempat belajar anak-anak. (Camat, lokasi 3)

Ya ini adalah salah satu usaha sekolah dalam rangka untuk yang pertama, meningkatkan kesehatan para siswa di sekolah, yang kedua juga meningkatkan kesadaran tentang arti hidup sehat sekolah (Camat, lokasi 2)

UKS kan program tanggung jawab bersama dari sekolah dari kader-kader PKK, kelurahan, sampai kecamatan terus termasuk puskesmas tujuan dari UKS itu untuk mendeteksi kesehatan (UPTD BPS 5)

Beberapa informan juga menyampaikan bahwa UKS bertujuan untuk mendidik siswa tentang kesehatan di sekolah. Selain itu UKS juga merupakan program yang bertujuan mencegah siswa agar jangan sakit dan untuk melakukan perawatan pertama bila siswa sakit. Berikut beberapa kutipan dari informan:

..piye bocah-bocah iku diwarahi (=diajari) untuk bersih, berbenah, berbersih.. (Camat, Lokasi 3)

*UKS itu kan memang untuk mendidik anak-anak sekolah,..(staf Camat, lokasi 5)
Trus juga disitu ada selain tindakan preventif ada pengobatan dalam rangka kalau ada siswa yang sakit,..(Camat, Lokasi 2)*

Mengajarkan siswa tentang pentingnya kesehatan, lingkungan, kebersihan. (UPTD BPS 5)

Pengetahuan sebagian besar informan sudah baik terkait definisi dan tujuan UKS yaitu untuk mendidik siswa agar dapat berperilaku hidup bersih dan sehat. Seluruh informan sependapat bahwa sasaran UKS adalah siswa, guru, kelapa sekolah, penjaga sekolah dan pegawai kantin sekolah. Beberapa informan menambahkan orang tua dan lingkungan sekitar sekolah sebagai sasaran UKS.

Sebagian besar informan menyampaikan berbagai bentuk program UKS yang meliputi pencegahan siswa dari kesakitan, melakukan pemeriksaan kesehatan rutin dibantu oleh puskesmas, dan upaya kebersihan lingkungan pada tingkat individu dan masyarakat.

Programnya ya pemeriksaan rutin itu. Pemeriksaan rutin dari petugas puskesmas. Terus...kebersihan... kebersihan, kantin sekolah ya masuk juga... tentang makanan-makanannya itu. Kader lingkungan, kader kesehatan, terus apa namanya...wamantik, siswa pemantau jentik....(staf Camat, lokasi 1)

...Contoh di sekolah gerakan UKS seperti cuci tangan sebelum makan, kalau ke kamar kecil disiram dulu sebelum menggunakan, mottonya sehat dimulai dari saya ..(UPTD BPS 2)

Pengetahuan yang baik tentang UKS dan programnya sesuai dengan tujuan UKS yang dirumuskan oleh Pusat Promosi Kesehatan (2007). Tujuan UKS adalah meningkatkan kualitas pendidikan peserta didik melalui peningkatan perilaku sehat dan peningkatan status kesehatan dan menciptakan lingkungan yang mendukung.

Pengetahuan Informan tentang SKB 4 Menteri

Sebagian besar informan tidak mengetahui tentang SKB 4 Menteri sebagai landasan pembinaan dan pengembangan UKS. Ada yang mengaku mengetahui tetapi tidak tahu persis, seperti kutipan dibawah ini:

SKB 4 menteri pernah dengar tapi lupa.....(staf Camat, lokasi 1)

SKB4 menteri menggerakkan tiap-tiap instansi dari Negara, provinsi, kabupaten, kecamatan, termasuk kelurahan dengan SK- SK yang dibuat dan itu akan diturunkan kebawah sebagai surat keputusan, jadi di kecamatan punya SK dan diturunkan ke bawah di wilayahnya... (Kepala Puskesmas, lokasi 5)

Meskipun demikian masih ada beberapa informan yang mengetahui dengan persis tentang SKB 4 Menteri, khususnya informan dari UPTD BPS di tingkat kecamatan.

SKB 4 menteri itu termasuk UKS juga. Menteri kesehatan, menteri pendidikan, menteri agama, dalam negeri...pak camat sebagai ketuanya...(UPTD BPS 4)

...ada UKS kan ada SKB 4 menteri toh... yang pertama dari kemendikbud, kementerian kesehatan, kemenag, mendagri. Ini nggak boleh di bolak-balik. (UPTD BPS 5)

...jadi ini seperti menteri pertama ini pendidikan gitu ya, kesehatan, trus apa ya menteri dalam negeri, apa lagi ya..Karena yang membidangi dari kegiatan UKS itu dari itu contoh kalau yang PNS-nya dari Mendagri, kalau guru-gurunya dari Mendikbud, trus yang kalau ... ya dari Kementrian Agama, nah seperti itu ... untuk yang kesehatan dinas yang seperti penyakit.... (staf Camat, lokasi 4)

....karena ini namanya SK bersama, nah kalau yang satu ini kemendiknas turunya ke dinas pendidikan kalau kota, kalau kecamatan namanya UPTD. Dinas kesehatan turun ke kecamatan namanya puskesmas, kalau tingkat kota ya dinas pendidikan, kemenag namanya PPAI kalau di kota, KUA kalau di kecamatan, ...kenapa ada KUA masuk.. tentang anak kan mlayune ke keimanan harus kerjasama, kemendagri itu kesra kalau turun ke bawah itu namanya kecamatan. (UPTD BPS 5)

Informan dari unsur pendidikan mengetahui persis apa yang dimaksud dengan SKB 4 Menteri, khususnya dari UPTD BPS yang memang memiliki tugas dan wewenang dalam mengkoordinasi kegiatan pendidikan diantara sekolah-sekolah yang berada dalam wilayahnya. Pemahaman tersebut tidak diikuti oleh pemahaman yang baik pula oleh sekolah. Lima kepala sekolah sebagai informan penelitian ini tidak dapat menyebutkan secara persis pengertian SKB 4 Menteri. Hal ini bisa jadi menunjukkan belum optimalnya fungsi koordinasi dan *transfer of knowledge* diantara aktor pendidikan di tingkat kecamatan.

Pembahasan SKB 4 Menteri menyangkut pula *leading sector* dalam pembinaan UKS. Dalam Surat keputusan bersama Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri nomer 2/P/SKB/2003; Nomor 1068/Menkes/SKB/VII/2003; Nomor MA/230 B/2003, Nomor 4415 – 404 tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Tim Pembina UKS Pusat disebutkan bahwa yang menjadi Ketua adalah Dirjen dari kementerian pendidikan, diikuti kementerian kesehatan, kementerian agama dan terakhir kementerian dalam negeri. Ketua dalam SKB tersebut dapat diartikan pula sebagai *leading sector* pembinaan. *Leading sector* memiliki peran yang sangat strategis dalam pembinaan UKS. Jadi dapat diartikan bahwa *leading sector* pembinaan UKS adalah kementerian pendidikan nasional.

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan persepsi diantara informan terkait *leading sector* pembinaan UKS di tingkat kecamatan. Beberapa informan menyampaikan bahwa *leading sector* pembinaan UKS adalah camat karena menguasai area wilayah. Informan lain mengatakan bahwa puskesmas yang lebih tepat berperan sebagai *leading sector* karena materi utama UKS adalah kesehatan. Sementara ada juga yang berpendapat bahwa sekolah & kepala sekolah yang lebih tepat sebagai *leading sector* karena pelaksanaan UKS adalah di sekolah. Berikut kutipan informan:

gini lho.. kalau leading sector itu harusnya kan yang membawahi pimpinan yang ada di wilayah Bu.. jadi kayak camat. Nah sifatnya, makanya kayak yang saya selalu bilang tadi kalau leading sektornya kita, kita itu sifatnya koordinasi dengan jajaran lain kayak kesehatan, UPTD.. (UPTD BPS 5)

...Camat, ketuanya kan pak camat, tapi pak camat nggak ada turun ke sekcam, makanya yang berperan ya pak camat, kalau ada lomba lingkungan sekolah sehat saya kan dari dinas pendidikan membina di sekolah itu nilainya 70% tapi kalau yang di

sektap kecamatan nilainya 30%, nah ini kan yang bertanggung jawab ya semuanya tapi utamanya pak camat. (UPTD BPS 5)

leading sector bu, ... Kalau sekolahnya dinas pendidikan, kalau kesehatannya kan dinas kesehatan semestinya yang paling berperan kan itu to bu, jadi kesehatan anak-anak itu di arahkan kemana yang tau masalah kesehatan itu kan dinas kesehatan Lah camat ini sebagai kewilayahan saja, ada penanggung jawab di wilayah (Camat, lokasi 3)

Saya kira lebih tepat (leading sector) dari sekolah. Jadi umpamanya kalau di setiap kecamatan ada semacam diknas, sekarang gabung.. memegang beberapa kecamatan. Jadi paling tidak ya dari sekolahan, jadi nanti sekolahan bergabung ... karena dia sendiri yang tau persis. Makanya kalau umpama ketua dari camat ya kurang pas, karena bagaimanapun juga suatu organisasi itu kan dipimpin oleh orang yang benar-benar tau bidangnya (Camat, lokasi 2)

..yang banyak berperan itu sekolahan, kita yang akan memfasilitasi. Kecuali kalo itu kegiatan memang dari pemkot. Itu kita yang punya inisiatif. Bukannya kita nggak respon lho... Tapi krn kegiatan kita dalam setahun itu sangat banyak sekali. Terus terang aja dalam masalah anggaran tidak ada, kita tidak bisa mempermasalahakan (Camat, lokasi 2)

(leading sector) tidak tahu..tapi (mestinya UPTD) Soalnya kalau diundang, UPTD yang mengundang otomatis kan lebih diperhatikan oleh guru/sekolahnya. Jadi peran UPTD sangat berpengaruh, misalnya kalau yang mengundang UPTD otomatis kepala sekolah atau guru UKS mengusahakan untuk hadir, nah nanti UPTD mengundang puskesmas sebetulnya bisa, (Ka Puskesmas, lokasi 3)

Perbedaan persepsi terkait *leading sector* pembinaan UKS tidak lepas dari kurangnya pengetahuan tentang SKB 4 Menteri. Pembentukan sikap ditentukan oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi yang memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2003). Jadi kurangnya pengetahuan menyebabkan perbedaan persepsi. Selain itu aksi dan aktifitas yang dilakukan selama ini juga membentuk persepsi dari informan. Tidak aktifnya kegiatan dan koordinasi UKS di tingkat kecamatan menyebabkan masing-masing unsur TP UKS menganggap bahwa kegiatan UKS merupakan tanggung jawab TP UKS lain.

Hasil penelusuran dokumen pada penelitian menunjukkan bahwa hanya sedikit kecamatan yang bisa menunjukkan dokumen surat keputusan (SK) Camat tentang tim pembina dan sekretariat tetap (sektap) UKS di tingkat kecamatan. Hanya dua kecamatan yang mengklarifikasi

adanya pembaharuan rutin SK sektap UKS, dan hanya satu diantaranya yang bisa menunjukkan bentuk fisik SK tersebut. Tidak kuatnya dasar hukum pembinaan UKS, yang ditandai dengan tidak rutinnya pembaruan SK TP UKS Kecamatan, juga membuat tidak jelasnya *leading sector* pembinaan UKS.

Peran dan Keaktifan Tim Pembina UKS

SKB 4 Menteri menuntut pembagian tugas dan peran yang jelas diantara kementerian yang terlibat. Pembagian tugas dan peran tersebut tertuang dalam tugas pokok dan fungsi masing-masing kementerian dalam pembinaan UKS (Kemendikbud, 2012). Penelitian ini juga mengeksplorasi koordinasi dan pertemuan yang diselenggarakan TP UKS dalam rangka membina dan mengaktifkan UKS di setiap sekolah yang masuk dalam wilayah tanggung jawabnya. Hasil menunjukkan variasi pendapat dari masing-masing unsur TP UKS.terkait peran dan keaktifannya.

Sebagian besar informan dari unsur kecamatan menyatakan kesulitan untuk melakukan koordinasi kegiatan UKS disebabkan terdapat kegiatan lain yang membutuhkan koordinasi dan perhatian lebih. Menurut informan koordinasi lintas sektor sebetulnya sering dilakukan di kecamatan tetapi agenda kegiatan UKS jarang dibicarakan secara khusus. Bahkan beberapa informan menyampaikan kalau koordinasi baru dilakukan menjelang ada lomba UKS. Selain itu SK TP UKS dan sektap UKS tingkat kecamatan sebagai penguat kegiatan juga tidak diperbarui rutin. Kalau adapun, SK tersebut belum diperbarui. Berikut kutipan dari informan :

Ketika ada lomba UKS digerakne... kalo tidak ada ya diem, kalau ada lomba pramuka camat jadi pakaian pramuka, kalau tidak ada ya diem ya seperti itu. Karena apa yang jelek? dukungan dana tidak ada (Camat, lokasi 3)

Kalau UKS ini momennya hanya rapat-rapat untuk pertemuan, itu aja, ..Seharusnya kan tidak. Lha memang karena kesibukan yang tadi. Kalau ada lomba-lomba aja, karena ya mungkin kekurangan pendamping ya. tapi sebetulnya sudah ada sekretariat tetap dengan susunan pengurus dan SK, tapi lama (staf Camat, lokasi 1)

kalau koordinasi yang jelas kita rapat ya, rapat koordinasi meskipun molor-molor jamnya ... pembinaan terakhir dilakukan saat akan lomba UKS) kita sih sudah tidak bisa semua sekolah-sekolah lebih lanjut ya, karena sudah ada UPTD (staf Camat, lokasi 5)

....sementara karena memang yang berperan lebih itu sekolahan, jadi kita hanya memantau. Masalahnya gini, kan yg lebih tokoh itu kan sekolahan, sehingga sebetulnya kita iku kan Pembina, itu kan nanti kalo memang ada butuh apa. Berarti yang banyak berperan itu sekolahan, kita yang akan memfasilitasi. Kecuali kalau itu kegiatan memang dari pemkot. Itu kita yang punya inisiatif. Jadi kita kecamatan

sifatnya pasiflah istilahnya (Camat, lokasi 2)

Unsur puskesmas yaitu kepala puskesmas lebih banyak bertindak sebagai penggerak dan koordinator dalam fungsinya sebagai TP UKS. Tetapi sebetulnya informan lebih setuju bila yang melakukan fungsi koordinasi adalah Camat sebagai penanggung jawab kewilayahan. Sebagian informan dari unsur puskesmas menganggap bahwa keterbatasan dana adalah penghambat terbesar, sehingga informan baru aktif bila unsur TP UKS lain bersedia mengkoordinasikan. Kutipan dibawah ini memperjelas hal tersebut:

Sebetulnya saya itu di sini penggerak, tapi karena saya di bawah camat, maka saya ingin ini diadakan di kecamatan. ..Karena kalau saya yang mengundang yang datang itu cuma guru yang baru, saya berharap yang datang itu kepala sekolah, paling tidak orang yang bisa mengambil keputusan (Ka Puskesmas, lokasi 5)

Itu (koordinasi) tidak jalan.....Menginisiasikan pertemuan itu kalau kita tidak punya dana, ya juga nggak bisa, misalnya puskesmas ini kan punya dana, dananya sudah plot untuk apa untuk apa dari DKK, jadi kita inisiasi, ya kalau dana tidak ada, ya kita tidak bisa (Ka Puskesmas, lokasi 3)

Pendapat yang agak berbeda berasal dari unsur pendidikan yaitu UPTD BPS. Semua informan dari lima UPTD BPS sepakat bahwa pertemuan rutin dan koordinasi sering dilakukan, setidaknya sekali dalam setahun. Khususnya pada kegiatan menjelang lomba UKS, pertemuan dilakukan lebih sering. Berikut kutipan informan dari unsur pendidikan:

Jadi kita tiap bulan melakukan koordinasi di kecamatan, habis itu ada puskesmas, pokoknya tugas BK tiap bulan menyampaikan, terus pendidikan, UKS, ...setiap instansi menyampaikan. (tapi Pembahasan UKS tiap bulan) kalo ada lomba (UPTD BPS 1)

Bulan kemarin... setiap camat selalu mengundang untuk rapat berkala, dan selalu pak camat memberikan kesempatan untuk apa yang harus disampaikan. tidak hanya program dari UKS atau program-program yang berkaitan dengan program di lintas sektor (UPTD BPS 4)

... ya setiap bulan diadakan pertemuan dengan lintas sektoral dari pihak kelurahan, kecamatan, puskesmas, ini tiap bulan kadang dua bulan kadang dilihat kalau ada kebutuhan.. kegiatan banyak kan nggak sempat mewakili.. seperti lomba kan setiap hari itu, kita kan nggak bisa lepas dari pembinaannya, administrasinya. Semakin ada

lomba pertemuan semakin rutin karena dikejar waktu (UPTD BPS 5)

Kalo diundang rapat dengan Pembina, pernah, pernah, Cuma itu kan ini yah maaf kalo kecamatan, eh secara khusus memang belum pernah, tetapi kalo kecamatan yang sifatnya yang menguasai dibidangnya, seperti puskesmas secara langsung memang iya, jadi kami selalu koordinasi sendiri dengan mereka, tetapi kalo kita dikumpulkan secara menyeluruh ya memang pernah, tapi ditunjuk, tidak semua sekolah. sesuai hadir undangan. (Kepsek, lokasi 1)

Panduan pembinaan UKS (2012) telah mengatur tugas pokok dan fungsi masing-masing kementerian dalam membina dan mengembangkan UKS. Akan tetapi pada tataran di lapangan, panduan tersebut belum diimplementasikan dengan optimal sehingga terjadi banyak kesenjangan dalam pembinaan dan pengembangan program UKS di tingkat kecamatan khususnya. Upaya sosialisasi diantara unsur TP UKS di tingkat kecamatan perlu dilakukan kembali guna mengurangi kesenjangan tersebut. Penyegaran dan pelatihan juga diperlukan guna mengaktifkan peran dan fungsi koordinasi TP UKS dalam pembinaan.

Penutup

Pengetahuan keseluruhan informan sebagai Tim Pembina UKS di tingkat kecamatan sudah baik tentang UKS. Tetapi pengetahuan tentang SKB 4 Menteri tahun 2003 sebagai dasar atau landasan hukum pembinaan UKS tidak begitu baik. Hal ini mengakibatkan persepsi informan tentang *leading sector* pembinaan UKS juga bervariasi. Bervariasinya persepsi ini berdampak pada peran dan keaktifan TP UKS dalam pembinaan selama ini. Koordinasi dan pertemuan sebagai salah satu indikator keaktifan jarang dilakukan. Akan dilakukan dan lebih intensif bila menjelang lomba UKS.

Upaya sosialisasi, penyegaran dan pelatihan diperlukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan TP UKS tentang SKB 4 Menteri. Hal ini penting dilakukan mengingat SKB 4 Menteri sebagai landasan pembinaan dengan melakukan fungsi koordinasi diantara anggota TP UKS. Koordinasi dan pertemuan rutin diantara unsur TP UKS perlu dijadwalkan ulang dan tidak hanya dilakukan bila menjelang lomba. Perlu kajian lebih lanjut terkait tugas pokok dan fungsi masing-masing unsur TP UKS guna implementasi lebih baik UKS ke depan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih penulis sampaikan kepada pimpinan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah mengalokasikan dana penelitian ini. Terima kasih tak terhingga juga penulis sampaikan kepada para informan yang dengan terbuka memberikan respon positif terhadap proses penelitian ini, terutama kepada Tim Pembina UKS di kecamatan Gubeng,

kecamatan Mulyorejo, kecamatan Dukuh Pakis, kecamatan Lakarsantri, dan kecamatan Semampir di kota Surabaya, Jawa Timur, Indonesia.

Daftar Pustaka

Kemendikbud. (2012). *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*, Jakarta.

Moleong, J.Lexy. (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: Remaja Rosdakarya

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta

Pusat Promosi Kesehatan. (2007). *Panduan Promosi Kesehatan di Sekolah*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Tim Pembina UKS Pusat. (2008). *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Depdiknas

KAJIAN NILAI PENDIDIKAN KESEHATAN SEKOLAH PROSPEKNYA DALAM UPAYA MENCEGAH POLA PERILAKU SEKSUAL PRANIKAH PADA KALANGAN PELAJAR SMA/MA DI KOTA SEMARANG

Anirotul Qoriah¹, Noviani Achmad Putri², Moch. Fahmi Abdulaziz³, Dhimas Bagus Dharmawan³

^{1,3}Pendidikan Jasmani, Kesehatan dan Rekreasi, Universitas Negeri Semarang

²Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial, Universitas Negeri Semarang

Surel: anirohwbs@yahoo.co.id

Abstrak

Latar Belakang: Keberadaan pendidikan kesehatan sekolah mempunyai peran dalam mencegah dan mengontrol perilaku seksual pada pelajar. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan nilai pendidikan kesehatan sekolah prospeknya dalam upaya mencegah pola perilaku seksual pranikah pada kalangan pelajar SMA/MA di Kota Semarang.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif, instrumen dan teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara dan dokumentasi, dan semua data/informasi yang diperoleh dianalisa secara induktif dengan menggunakan siklus interaktif Miles dan Huberman.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian di lapangan perilaku seksual pranikah pelajar merupakan akibat dari persepsi seksualitas yang negatif. Lalu dari hasil wawancara dan observasi terhadap guru dan pelajar didapat beberapa sekolah berusaha menerapkan pendidikan kesehatan sekolah seoptimal mungkin dengan memberi materi PKRR (Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja), dilihat dari raut wajah serta tanggapan siswa sangat positif, mereka mampu memahami serta merenungi dari dampak perilaku seksual pranikah.

Simpulan: Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan sekolah sangatlah penting dalam upaya mencegah pola perilaku seksual pranikah dikalangan pelajar, karena memberikan pengetahuan tersendiri akan resiko dan kerugiannya.

Kata Kunci: Pendidikan kesehatan sekolah, upaya pencegahan, pola perilaku seksual pranikah, pelajar SMA/MA.

Abstract

Background: The existence of school health education has a role in preventing and controlling sexual behavior in students. The purpose of this study was to describe the value of school health education prospects in an effort to prevent premarital sexual behavior patterns among SHS students in Semarang.

Methods: This study uses qualitative research methods, instruments and data collection techniques such as observation, interviews and documentation, and all data/information obtained was analyzed inductively using interactive cycles Miles and Huberman.

Results: Based on the results of research in the field of premarital sexual behavior of students is the result of a negative perception of sexuality. Then from interviews and observations of teachers and students gained some schools trying to implement school health education as optimal as possible by giving material PKRR (Education Adolescent Reproductive Health), judging from his facial expressions and the students respond very positively, they are able to understand and reflect on the impact of sexual behavior premarital.

Conclusion: It can be concluded that the school's health education is very important in the effort to prevent premarital sexual behavior patterns among students, because it gives its own knowledge of the risks and disadvantages.

Key Words: School health education, prevention, premarital sexual behavior patterns, Senior High School students.

Pendahuluan

Masa remaja juga merupakan masa eksplorasi seksual dan mengintegrasikan seksualitas dalam identitas seseorang. Secara umum, pada masa ini remaja sering dihadapkan dengan beberapa masalah, salah satunya adalah masalah seksualitas. Remaja memiliki rasa ingin tahu yang tidak terbatas mengenai misteri tentang seks. Mereka seringkali bertanya-tanya, apakah mereka memiliki daya tarik seksual, bagaimana caranya berperilaku seksi, dan bagaimana kehidupan seksualnya di masa depan. Sebagian besar remaja, bahkan termasuk remaja yang berusaha mengembangkan identitas seksual yang matang, selalu mengalami masa-masa merasa rentan dan bingung dalam perjalanan kehidupan seksualnya. Oleh karena itu, dibutuhkan sikap yang bijaksana dari para orang tua, pendidik, dan masyarakat pada umumnya serta dari para remaja itu sendiri agar mereka dapat melewati masa transisi itu dengan selamat (Sarwono, 2004).

Bagi remaja yang bersekolah, masalah moral ini telah banyak diperhitungkan secara matang sehingga mereka dapat mempertimbangkan akibat negatif melakukan hubungan seks di luar nikah bagi pendidikannya. Namun demikian, bila dorongan seks itu terlalu kuat dan mendorong terjadinya konflik, mereka akan melakukan kegiatan seksual yang salah satunya adalah perilaku seksual pranikah. Perilaku seksual pranikah merupakan salah satu bentuk dari penyimpangan sosial. Fenomena penyimpangan sosial ini banyak terjadi dan kini tidak lagi di wilayah perkotaan saja melainkan juga sudah banyak terjadi di daerah yang notabene masih desa. Pertumbuhan sosial dan pola kehidupan masyarakat sangat mempengaruhi pola tingkah laku dan jenis penyakit golongan usia remaja seperti kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit akibat hubungan seksual dan penyalahgunaan alkohol yang semuanya akan menentukan kehidupan pribadi serta dapat menjadi masalah bagi keluarga, bangsa dan negara di masa yang akan datang.

Perilaku seksual dapat didefinisikan sebagai segala tingkah laku yang didorong hasrat seksual, baik dengan lawan jenisnya maupun dengan sesama jenis (Sarwono, 2004:12). Adapun menurut Imran (dalam Nurhayati, 2003), perilaku seksual adalah sesuatu yang terjadi antara laki-laki dan perempuan sebagai manifestasi dari dorongan seksual. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam mulai dari perasaan tertarik sampai dengan tingkah laku berkencan, bercumbu dan bersenggama. Perilaku seksual pranikah, merupakan perilaku seks yang dilakukan tanpa melalui proses pernikahan resmi menurut hukum maupun menurut agama dan kepercayaan masing-masing individu.

Terbukanya akses informasi memungkinkan setiap orang untuk mengakses berbagai macam informasi termasuk yang menyajikan adegan seksual secara eksplisit. Media yang ada, baik media elektronik maupun media cetak sering menyuguhkan sajian-sajian yang terlalu dini ataupun tidak layak dikonsumsi bagi anak-anak dan remaja. Hal lain yang menjadi trend saat ini adalah keberadaan jejaring sosial seperti *Facebook* atau *Twitter* yang dikenal luas di masyarakat kita. Jejaring sosial tersebut selain membawa manfaat positif juga membawa dampak negatif bagi remaja. Peran media massa terhadap perilaku remaja, termasuk dalam perilaku seksual rupanya sudah begitu mengkhawatirkan. Berdasarkan kondisi tersebut ternyata di kota sekarang juga

menunjukkan fenomena luar biasa, terkait dengan perilaku seksual pranikah. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian Suryanto dan Kuwatono, Tahun 2010, dalam Jurnal Semai Komunikasi. Vol. 1, No. 1, dengan judul “Peran Media Massa dalam Perilaku Seksual Remaja di Kota Semarang”, mengungkapkan bahwa media massa ditengarai memberikan peluang besar dalam mempengaruhi kebebasan perilaku seksual remaja. Berdasarkan berbagai hasil penelitian menunjukkan sudah cukup mengkhawatirkan. Mengingat rata-rata di hampir seluruh kota besar di Indonesia yang diteliti menunjukkan bahwa lebih dari 50 % remaja telah melakukan hubunganseks pra nikah. Berdasarkan hasil penelitian ini memperkuat sinyalemen tentang pengaruh media massa, khususnya internet, film, majalah, dan media lain yang mengandung unsur seks dalam ikut mempengaruhi generasi muda terhadap sikap dan perilaku seksual secara bebas tanpa didahului proses perkawinan. Kondisi ini semakin menunjukkan adanya pelanggaran terhadap norma susila, dan terutama agama makin menunjukkan kekhawatiran khususnya bagi generasi muda di masa mendatang.

Upaya dalam mendidik para kaum muda menjadi sangat penting karena pada intinya, memberdayakan generasi muda untuk melindungi diri mereka adalah langkah pertama untuk mengendalikan masalah mereka. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi di kalangan remaja dapat diperoleh dari pengetahuan lokal yang secara tradisional diperoleh dari generasi terdahulu khususnya orang tua, pengetahuan yang diperoleh dari teman-teman remaja (*peergroup*) dan pengetahuan yang diperoleh dari pelajaran formal di sekolah. Remaja terkadang tidak memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, informasi yang benar, bahkan keterampilan hidup untuk menghindari penyakit menular seksual khususnya kejadian HIV/AIDS.

Rendahnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan kurangnya informasi yang membahas khusus tentang kesehatan reproduksi remaja menjadi masalah yang sampai saat ini mendukung tingginya angka kejadian penyakit ini. Remaja Indonesia saat ini sedang mengalami perubahan sosial yang cepat dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, yang juga mengubah norma-norma, nilai-nilai dan gaya hidup mereka. Remaja yang dahulu terjaga secara kuat oleh sistem keluarga, adat budaya serta nilai-nilai tradisional yang ada, telah mengalami pengikisan yang disebabkan oleh urbanisasi dan industrialisasi yang cepat. Hal ini diikuti pula oleh adanya revolusi media yang terbuka bagi keragaman gaya hidup dan pilihan karir. Berbagai hal tersebut mengakibatkan peningkatan kerentanan remaja terhadap berbagai macam penyakit, terutama yang berhubungan dengan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk ancaman yang meningkat terhadap HIV/AIDS. Kasus HIV/AIDS di Propinsi Jawa Tengah dalam 5 tahun terakhir ini mengalami peningkatan yang cukup berarti, dari 14 kasus pada tahun 2000 menjadi 158 kasus pada tahun 2005. Proporsi terbesar kasus HIV terdapat pada golongan umur 20-24 tahun, sedangkan proporsi AIDS terbesar terdapat pada golongan umur 25-29 tahun, yang mana merupakan golongan umur remaja dan dewasa muda.

Sekolah adalah tempat yang paling tepat untuk meningkatkan minat baca yang berhubungan dengan penyakit menular seksual dan pengetahuan remaja tentang masalah kesehatan, karena

sekolah merupakan perpanjangan tangan dari keluarga dalam meletakkan dasar perilaku untuk kehidupan anak selanjutnya, sehingga sekolah sangat berperan dalam proses penyampaian informasi kesehatan kepada remaja (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan sekolah merupakan masalah penting yang perlu mendapatkan perhatian semua pihak, sekolah merupakan langkah yang strategis dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat karena sekolah merupakan lembaga yang sengaja didirikan untuk membina dan meningkatkan sumber daya manusia baik fisik, mental, moral maupun intelektual. Pendidikan kesehatan melalui sekolah paling efektif diantara usaha kesehatan masyarakat yang lain, karena usia 6-18 tahun mempunyai prosentase paling tinggi dibandingkan dengan kelompok umur yang lain (Notoatmodjo, 2007).

Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan nilai pendidikan kesehatan sekolah prospeknya dalam upaya mencegah pola perilaku seksual pranikah pada kalangan pelajar SMA/MA di Kota Semarang. Dengan demikian peran pendidikan kesehatan sekolah bisa di evaluasi keberadaan dan kualitasnya dalam berpeluang untuk bisa mencegah pola perilaku seksual pranikah pada pelajar SMA/MA dengan cara memberi pengetahuan dan *assessment* kepada mereka.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif dipilih karena dalam penelitian ini data yang diperoleh adalah data-data yang berupa data deskriptif yang tidak menggunakan data yang berupa angka untuk menerangkan hasil penelitian. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu mendeskripsikan penemuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah kalangan pelajar, pola-pola perilaku seksual pranikah yang ditunjukkan kalangan para pelajar, serta untuk mengetahui seberapa efektifnya peran pendidikan kesehatan sekolah di setiap sekolah yang diteliti

Lokasi penelitian dilakukan pada beberapa pihak yang terlibat dalam pendidikan seks ini adalah lembaga keluarga yaitu orang tua, lembaga pendidikan yaitu sekolah serta beberapa pihak yang ahli dalam bidang kurikulum, bidang psikologi remaja dan bidang kesehatan/kedokteran. Sejauh ini lokasi yang sudah dilaksanakan untuk kegiatan penelitian ada dua sekolah yaitu di Sekolah Menengah Atas dan Madrasah Aliyah yang ada di Kecamatan Gunungpati, Semarang. Fokus penelitian yang di kaji dalam penelitian ini memfokuskan pada: 1) Pola-pola perilaku seksual pranikah yang ditunjukkan kalangan para pelajar SMA/MA di Kota Semarang, 2) Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah kalangan pelajar SMA/MA di Kota Semarang dan 3) Peran pendidikan kesehatan di sekolah dalam mencegah pola perilaku seksual paranikah pada pelajara SMA/MA.

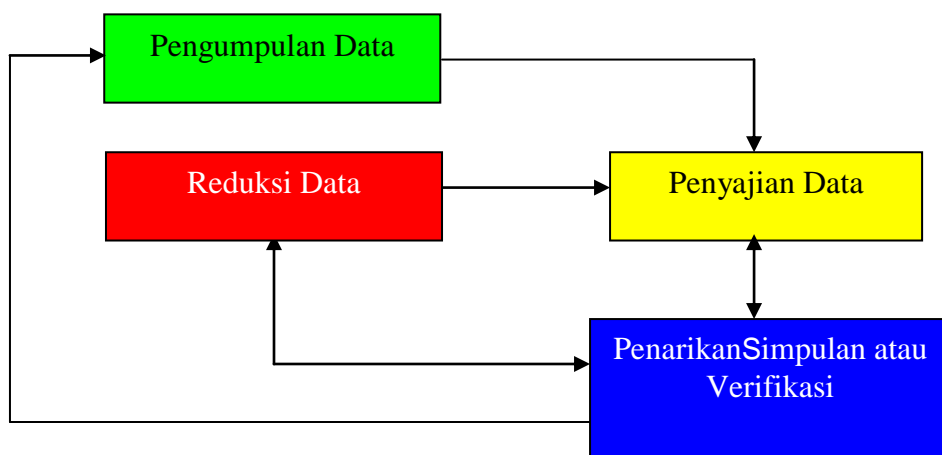
Sumber data penelitian ini diperoleh dari subjek dan informan penelitian. Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti. Subjek penelitian ini merupakan pusat

perhatian atau sasaran peneliti. Subjek penelitian dalam penelitian ini diperoleh ada yang menggunakan teknik sendiri. Teknik yang dipakai hampir sama seperti teknik sampling yaitu *Snowball Sampling* (sampel bola salju). Cara ini banyak dipakai ketika peneliti tidak banyak tahu tentang subjek penelitiannya. Peneliti hanya tahu satu atau dua orang yang berdasarkan penilaiannya bisa dijadikan sampel, karena peneliti menginginkan lebih banyak lagi, lalu dia minta kepada sampel pertama untuk menunjukkan orang lain yang kira-kira bisa dijadikan subjek. Perolehan subjek penelitian dalam penelitian ini fokus terhadap pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati. Pelajar yang menjadi subjek penelitian penulis menggunakan dengan inisial dalam penulisan ini, dengan tujuan pelaku perbuatan perilaku seksual pranikah tidak diketahui nama aslinya. Informan adalah individu-individu tertentu yang diwawancarai untuk keperluan informasi. Informan adalah orang yang dapat memberikan informasi atau keterangan atau data yang diperlukan oleh peneliti. Informan ini dipilih dari beberapa orang yang betul-betul dapat dipercaya dan mengetahui objek yang diteliti. Informan dalam penelitian ini adalah pelajar yang menjadi teman dari subjek penelitian, alumni dari masing-masing Sekolah dan Madrasah, orang tua, dan guru dari masing-masing sekolah.

Instrumen dan teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan observasi, wawancara dan dokumentasi. Metode observasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu observasi langsung, dimana peneliti mengadakan pengamatan secara langsung terhadap subyek yang diteliti dalam kurun waktu yang cukup lama. Observasi dalam penelitian ini adalah mengamati pola kegiatan subjek penelitian, terutama terhadap pergaulan subjek penelitian dengan teman-temannya. Observasi yang penulis lakukan sebagian pada malam hari tepatnya pada pukul 21:00 WIB-ke atas, di kedai Kucingan yang ada di Kecamatan Gunungpati. Observasi ini dilakukan pada malam hari karena kegiatan para pelajar justru sering dilaksanakan pada malam hari seperti tongkrongan. Observasi selanjutnya dilakukan pada siang hari setelah usai pelajar selesai sekolah. Lalu metode wawancara dalam penelitian ini penulis melakukannya terhadap subjek penelitian maupun informan penelitian, yaitu pelajar SMA/MA, guru, alumni dan orang tua. Waktu yang diperlukan untuk wawancara terhadap subjek dan informan penelitian tidak memakan waktu yang cukup lama, melainkan justru pendekatan yang penulis lakukan memakan waktu lama. Hal ini disebabkan karena jalinan emosi merupakan fondasi mendasar yang sangat penulis butuhkan agar informasi yang diberikan baik subjek atau informan penelitian dapat dengan mudah diperoleh. Selain itu juga membicarakan tentang seksualitas merupakan ranah yang paling privasi sehingga membutuhkan pendekatan dan perkenalan dengan subjek penelitian secara intens dan cukup lama. Sedangkan metode dokumentasi penelitian ini, peneliti mengambil atau mengutip dokumen yang berhubungan dengan tempat penelitian seperti buku yang berjudul Kecamatan Gunungpati Dalam Angka 2015, sebagai sumber informasi tentang gambaran umum tempat penelitian.

Selanjutnya langkah terakhir adalah menganalisis data, teknik analisis data dilakukan dengan cara semua data/informasi yang diperoleh dianalisa secara induktif dengan menggunakan siklus

interaktif Miles dan Huberman, dan reduksi data langkah atau proses mengurangi hal yang tidak perlu, menyederhanakan, memfokuskan, memilah, menyeleksi dan menajamkan data yang diperoleh. Berikut bagan analisis data dengan menggunakan siklus interaktif Miles dan Huberman.

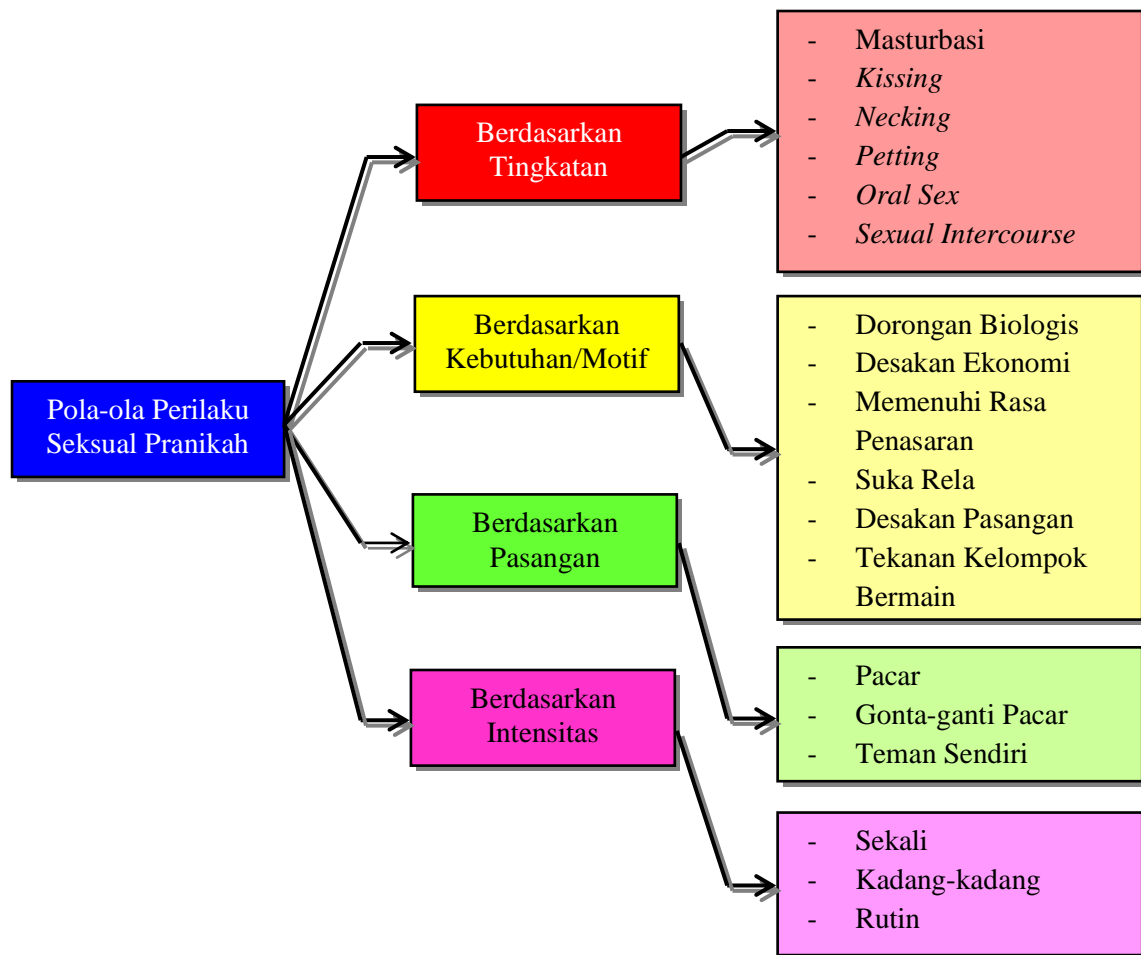


Gambar 1. Tahapan proses analisis data dalam penelitian kualitatif
(Sumber: Miles, 1992 :19)

Ketiga komponen tersebut di atas saling interaktif, artinya saling mempengaruhi dan terkait. Langkah pertama dilakukan penelitian di lapangan dengan mengadakan observasi, wawancara, mengumpulkan dokumen-dokumen yang relevan dan mengambil foto yang dapat merepresentasikan jawaban dari permasalahan yang diangkat. Tahap ini disebut dengan pengumpulan data. Pada tahap ini, data yang dikumpulkan sangat banyak, maka setelah itu dilakukan tahap reduksi data untuk memilah-milah data yang benar-benar dibutuhkan dalam penelitian ini. Data tersebut yang kemudian ditampilkan dalam Pembahasan karena dianggap penting dan relevan dengan permasalahan penelitian. Langkah selanjutnya melakukan penyajian data secara rapi dan tersusun sistematis serta pengambilan kesimpulan/verifikasi.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, perilaku seksual pranikah yang dilakukan oleh sebagian pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati merupakan akibat dari persepsi seksualitas yang negatif. Perilaku seksual pranikah yang pernah dilakukan oleh para pelajar sangat bermacam-macam mulai dari perasaan tertarik sampai dengan tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama. Perilaku seksual pranikah ini membentuk pola-pola tersendiri sesuai pengalaman dan latar belakang dari subyek penelitian, berikut pola-pola perilaku seksual pranikah, diantaranya:



Gambar 2. Pola-pola perilaku seksual pada kalangan para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati, Semarang

Sumber : Data Penelitian 2016

Perilaku seksual pranikah yang dilakukan oleh sebagian pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati merupakan akibat dari persepsi seksualitas yang negatif. Perilaku seksual pranikah yang pernah dilakukan oleh para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati sangat bermacam-macam mulai dari perasaan tertarik sampai dengan tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama. Perilaku seksual ini membentuk pola-pola tersendiri sesuai dengan pengalaman dan latar belakang dari subyek penelitian. Pola-pola perilaku seksual pada kalangan para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa kriteria, diantaranya, 1) pola perilaku seksual pranikah berdasarkan tingkatannya, 2) pola perilaku seksual pranikah berdasarkan motif atau kebutuhan, 3) pola perilaku seksual pranikah berdasarkan pasangan, 4) pola perilaku seksual pranikah berdasarkan intensitas dalam melakukan perilaku seksual pranikah.

Perilaku seksual pranikah yang dilakukan oleh pelajar tersebut semuanya dapat berdampak pada gangguan kesehatan, mislanya saja perilaku masturbasi yang biasa dilakukan oleh sebagian

besar pelajar putra akan tetapi untuk pelajar putri ada yang melakukan perilaku seksual masturbasi namun hanya beberapa orang saja. Dampak secara fisik dari adanya kegiatan masturbasi yaitu terjadinya luka-luka pada alat kelamin. Masturbasi yang dilakukan secara keras dan menggunakan benda-benda kasar akan dapat merobek kulit vagina, iritasi atau infeksi pada alat kelamin. Ejakulasi dini, kebiasaan ingin cepat mendapatkan kepuasan masturbasi akan cenderung menjadikan seseorang cepat mengalami orgasme dan impotensi, semua hal tersebut akan berpengaruh pada kesehatan reproduksinya. Faktor yang sangat mempengaruhi adalah psikis atau emosi. Dampak psikologis yang terjadi adalah adanya rasa bersalah yang diakibatkan oleh adanya perasaan berdosa karena telah melanggar norma yang dianut seperti norma agama dan norma sosial. Rasa malu karena adanya anggapan bahwa masalah masturbasi adalah sesuatu yang dianggap kotor, tabu, dan tidak layak dibicarakan. Khayalan yang mengikat ketika melakukan masturbasi dalam jangka panjang dan dilakukan secara terus menerus akan dapat mengikat dan menguasai pikiran, sehingga khayalan itu akan muncul secara terus menerus setiap saat.

Pengetahuan sebagian pelajar tentang masturbasi banyak diperoleh dari teman sebaya dan informasi di internet. Pada pelajar laki-laki, kecenderungan untuk melakukan masturbasi didorong oleh faktor melihat video porno di internet, gambar porno, saat bermimpi, saat membayangkan idola, dan melihat teman lawan jenis yang berpenampilan seksi. Faktor-faktor itulah yang menjadi rangsangan untuk melakukan perilaku masturbasi. Adapun bagi pelajar putri, dorongan tersebut hanya berupa penyaluran kebutuhan seksual secara psikis seperti fantasi, kegelisahan, mimpi siang sehingga sedikit ditemukan putri melakukan perilaku masturbasi untuk memenuhi kebutuhan seksualnya.

Masturbasi yang terjadi di kalangan pelajar laki-laki lebih fenomenal dibandingkan masturbasi yang terjadi di kalangan pelajar putri. Di kalangan pelajar putra muncul banyak istilah yang sering digunakan oleh para pelajar ketika berbincang-bincang tentang seksualitas dengan teman-temannya. Berdasarkan hasil wawancara, masturbasi di kalangan pelajar laki-laki sering disebut dengan 'mengocok', 'main sabun', 'coli', 'olahraga tangan', 'nyolok', 'ci ul', dan 'onani'. Kegiatan tersebut sering dilakukan oleh pelajar dengan cara sendiri dan secara diam-diam. Istilah-istilah ini sangat populer di kalangan para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati, sedangkan untuk masturbasi yang terjadi di kalangan pelajar putri tidak sepopuler yang ada di kalangan pelajar putra. Hal tersebut dikarenakan salah satunya frekuensi masturbasi yang rendah di kalangan para pelajar putri. Masturbasi yang dilakukan oleh pelajar putri dengan cara menyentuh, menggosok, atau mengelus klitorisnya, atau daerah sekitar vagina.

Frekuensi masturbasi yang dilakukan oleh para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati sangat bervariasi karena aktivitas masturbasi masing-masing individu berbeda-beda. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap salah satunya pelajar yang berinisial LS yang merupakan pelajar kelas XII IPS di salah satu MA yang ada di Kecamatan Gunungpati. Berdasarkan hasil wawancara, LS dapat melakukan kegiatan masturbasi secara rutin. Hampir dua hari sekali LS

melakukannya dengan cara sendiri dan diam-diam. Masturbasi ini sering LS lakukan karena terpengaruh oleh tontonan dan gambar porno yang sering LS akses dari internet. Namun lainhalnya dengan WD, pelajar putra, kelas XII IPA ini menyatakan bahwa kegiatan masturbasi jarang WD lakukan. WD melakukan masturbasi jika ingin saja dan keinginan tersebut jarang muncul serta hanya beberapa minggu baru ingin melakukan masturbasi. Bagi pelajar putri frekuensi masturbasi yang dilakukan tidak sesering pelajar putra. Beberapa pelajar putri menyatakan bahwa masturbasi yang pelajar lakukan frekuensinya kadang-kadang dan tidak tentu waktunya. Perbedaan frekuensi masturbasi yang dilakukan oleh para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati meskipun berbeda namun dapat disimpulkan bahwa pelajar putra sebagian besar telah pernah melakukan masturbasi.

Sedangkan berdasarkan hasil wawancara dan observasi terhadap guru dan para pelajar di beberapa sekolah di Kota Semarang mengenai peran pendidikan kesehatan sekolah yang di terapkan terlihat beberapa sekolah telah mengimplementasikannya dengan seoptimal mungkin. Pengetahuan siswa terkait dengan kesehatan reproduksi di ketahui bahwa pengetahuannya baik karena dari sejumlah pertanyaan yang dilontarkan oleh peneliti kepada beberapa siswa, hampir semua bisa menjawab, dimana hasil pertanyaan pengetahuan yang diajukan adalah terkait dengan kesehatan reproduksi, pemberian pertanyaan dilakukan saat siswa diberi tugas diskusi.

Opini siswa terhadap peran pendidikan kesehatan sekolah menyatakan mendukung terhadap peran pendidikan kesehatan sekolah dalam penyampaian informasi kesehatan reproduksi. Siswa terkadang mencari sumber-sumber informasi tentang kesehatan reproduksi dari internet, pelajaran sekolah, dan puskesmas. Berdasarkan observasi yang dilakukan diketahui bahwa guru mengatakan ada buku tentang kesehatan reproduksi di lokasipenelitian. Buku tersebut ada yang berbentuk buku saku, buku bacaan, dan lembar balik. Pelaksanaan pendidikan kesehatan sekolah yang diimplementasikan oleh beberapa lokasi penelitian melalui Trias UKS yang terdiri dari pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sehat terkait kesehatan reproduksi. Pelaksanaan Trias UKS di lokasi penelitian sudah dilaksanakan dengan baik, meski dalam pengetahuan terkait Trias UKS masih belum cukup baik untuk mendefinisikannya. Dari pendidikan sekolah mengadakan kegiatan pelatihan kader kesehatan (PMR), pelatihan diberikan dari tenaga kesehatan (puskesmas) kemudian kader yang memperoleh pelatihan akan menyampaikan hasilnya ke murid-murid di sekolah mereka kegiatan ini dilakukan. Dijumpai beberapa sekolah lokasi penelitian juga menerapkan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR), materi PKRR meliputi pertumbuhan dan perkembangan remaja, perkembangan seksual remaja, gizi remaja, latihan fisik dan rekreasi, rokok, minuman keras dan narkoba, kebersihan organ reproduksi, perilaku seksual berisiko, pergaulan bebas, PMS dan HIV/AIDS, pelecehan seksual, membangun keluarga sejahtera, kehamilan dan persalinan, serta hak reproduksi remaja. Kerja sama dalam pelaksanaan PKRR yaitu pendidikan dilaksanakan disekolah oleh guru Bimbingan konseling, guru agama, guru biologi dan guru penjaskes bekerja sama dengan profesi, TOMA, TOGA, instansi lain dan LSM, Puskesmas, orangtua/BP3.

Selanjutnya Pembahasan yang dapat dikaji dan disampaikan berdasarkan dari hasil penelitian di atas adalah pengetahuan remaja terhadap reproduksi sehat dan HIV/AIDS sangat tergantung pada informasi yang diterimanya baik dari penyuluhan maupun dari media massa serta kemampuan untuk menyerap dan menginterpretasikan informasi tersebut. Pendidikan seksualitas adalah suatu kegiatan pendidikan yang berusaha untuk memberikan pengetahuan agar remaja dapat mengubah perilaku seksualnya ke arah yang lebih bertanggung jawab. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran dan penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan seseorang individu terhadap sesuatu dapat berubah dan berkembang sesuai kemampuan, kebutuhan, pengalaman dan tinggi rendahnya mobilitas materi informasi tentang sesuatu di lingkungannya. Pengetahuan yang dicakup dalam daerah kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu, 1) Tahu (*know*) adalah mengingat suatu materi yang telah diremajai sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang diremajai antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan, 2) Memahami (*comprehension*) adalah kemampuan untuk memahami secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, 3). Aplikasi (*application*) adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah diremajai pada situasi atau kondisi real (sebenarnya), 4) Analisis (*analysis*) adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lainnya, 5) Sintesis (*synthesis*) adalah kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, 6) Evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Pengguguran kandungan yang dilakukan secara gelap/aborsi akibat ketidaktahuan yang mendatangkan kematian merupakan salah satu alasan mengapa pendidikan seksualitas diperlukan dan mendesak untuk dimasukkan dalam kurikulum pelajaran formal di tiap sekolah.

Sekolah sebagai institusi formal yang merupakan tempat sebagian besar kelompok remaja adalah wadah yang tepat untuk memberikan pengetahuan kepada remaja tentang kesehatan reproduksi atau perilaku seks yang sehat dan aman melalui pendidikan yang dimasukkan dalam kurikulum. Tujuan umum dari Pendidikan Kesehatan Sekolah dalam pemberian materi tentang kesehatan reproduksi remaja adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan siswa dan remaja menuju kehidupan generasi penerus yang berkualitas. Tujuan khususnya adalah untuk meningkatkan pengetahuan sikap dan perilaku siswa/remaja tentang kesehatan reproduksi remaja, meningkatkan peran aktif masyarakat (orang tua siswa) dalam penanggulangan masalah kesehatan reproduksi remaja.

Kebijakan yang dikembangkan dapat berupa bentuk pendekatan dalam menyampaikan pengetahuan, pemahaman dan perilaku positif tentang reproduksi sehat remaja adalah dengan memperkuat dan memberdayakan para tenaga pendidik dan pengelola pendidikan melalui jalur

dan sistem pendidikan yang sudah ada. Pelaksanaan pendidikan bias melalui/mengikuti sistem yang sudah ada. Jika mengacu pada sistem dimana KRR dilaksanakan, maka dibedakan menjadi 2 yaitu di sekolah meliputi jalur kurikuler, ekstrakurikuler, dan kegiatan khusus. Sedangkan yang kedua adalah jalur di luar sekolah. Meliputi kelompok pemuda, sanggar kegiatan belajar, balai pengembangan kegiatan belajar, pusat kegiatan belajar masyarakat dan sebagainya. Untuk mengembangkan pendidikan KRR melalui jalur sekolah dan luar sekolah upaya yang telah dan akan dilakukan adalah pengembangan modul/bahan belajar, metode dan model pembelajaran, pengadaan alat bantu peraga pendidikan KRR, dan penyiapan ketenagaan baik tenaga pendidik dan tenaga pendidikan melalui TOT yang diselenggarakan secara bertahap. Pada dasarnya, tujuan pendidikan kesehatan sekolah dengan menekankan pada pendidikan kesehatan reproduksi remaja (PKRR), adalah untuk membekali para remaja dalam menghadapi gejala biologisnya agar mereka tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah karena mengetahui risiko yang dapat mereka hadapi, seandainya mereka tetap melakukannya juga (tidak semua orang dapat dicegah agar tidak melakukannya), mereka dapat mencegah risiko buruk yang dapat terjadi, dan jika risiko tetap terjadi juga, mereka akan menghadapinya secara bertanggung jawab.

Pendidikan kesehatan sekolah dengan pendekatan kesehatan reproduksi adalah berdasarkan jenis kelamin dan kategori usia yaitu usia pranikah yaitu bereproduksi yang biasanya ditandai dengan datangnya haid pada perempuan. Kesehatan reproduksi pada dasarnya merupakan unsur yang intrinsic dan penting dalam kesehatan umum, baik untuk laki-laki maupun perempuan. Selain itu kesehatan reproduksi juga merupakan syarat yang esensial bagi kesehatan bayi dan anak, remaja, orang dewasa, dan bahkan orang yang berusia setelah masa reproduktif.

Organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization/WHO*) menempatkan masalah kesehatan reproduksi dalam konteks kependudukan dan pembangunan. Berarti masalah-masalah kependudukan kini dipusatkan pada kesehatan dan kesejahteraan sosial individu dan keluarga. Pasal VII dokumen kependudukan Kairo menyatakan bahwa kesehatan reproduksi meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial seutuhnya, bukan hanya secara sempit berarti tidak ada penyakit atau kelemahan, yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi-fungsi dan prosesnya. Jika diterjemahkan dalam kebijakan dan program, cakupannya sangat luas karena tidak hanya menyangkut masalah biomedis tetapi juga persoalan sosial budaya. Dari perspektif biomedis, kesehatan reproduksi mencakup 3 unsur pokok yaitu kemampuan bereproduksi, keberhasilan bereproduksi, dan keamanan bereproduksi. Aspek budaya yang terkait dengan masalah reproduksi adalah perilaku seksual, kepercayaan tradisional, religi, kelas sosial, status sosial dan ekonomi, kesehatan jiwa, berbagai jenis pelayanan persalinan, faktor gender dan sebagainya (Affandi, 1995).

Ditinjau dari pendekatan biomedis dan sosial budaya, salah satu aspek kesehatan reproduksi remaja adalah perilaku seksual remaja laki-laki dan perempuan. Hal ini dimulai dari pengetahuan remaja laki-laki dan perempuan tentang organ reproduksi dan fungsinya, perilaku seksual yang menyebabkan kehamilan, aborsi dan berbagai penyakit kelamin. Kehidupan seksual

remaja yang sehat adalah, 1) kehidupan seksual itu dapat dinikmati karena remaja sudah tahu aspek positif dan negatifnya, sehingga mereka melakukannya setelah benar-benar mempertimbangkannya secara matang. Jika mereka melakukan, mereka pun akan bertanggung jawab terhadap akibat yang dapat terjadi, 2) bebas dari kemungkinan terkena penyakit. Bukan hanya penyakit seksual saja, tetapi segala penyakit yang dapat mengenai organ reproduksinya, 3) bebas dari ketakutan yang tidak perlu. Hal ini tidak akan terjadi jika mereka mengetahui proses reproduksi secara benar dan dapat membedakan mana yang hanya kepercayaan tanpa dasar dan mana yang berdasarkan fakta ilmu pengetahuan, dan 4) mereka memahami tata nilai sosial dan budaya mengenai seksualitas, sehingga mereka akan berperilaku seksual sesuai dengan tata nilai tersebut. Secara psikologis remaja harus mampu mengendalikan diri dan mengintegrasikan segala dorongan yang ada dalam dirinya, baik dorongan sosial maupun seksualnya. Upaya agar menjadi orang yang bermoral dan bertanggung jawab, yang harus diberikan adalah pendidikan seksual yang benar dan bertanggung jawab, perhatian dan kasih sayang yang cukup dalam keluarga, rangsangan seksual (psikis dan fisik) harus dihindari, bergaul dengan lawan jenis secara positif dan sehat, menerima pendidikan agama dan moral sesuai kebutuhan remaja masa kini., melibatkan diri dalam kegiatan positif, baik fisik maupun mental.

Pendidikan kesehatan sekolah yang dilaksanakan disekolah dengan baik (tersistematis) dapat menghasilkan meningkatkan pengetahuan pada remaja khususnya dan masyarakat pada umumnya sehingga dapat menimbulkan perubahan perilaku. Perubahan biasanya akan dimulai dari daerah kognitif kemudian menimbulkan respon batin dan akhirnya rangsangan tersebut akan menimbulkan respon yang lebih jauh lagi yaitu tindakan atau perilaku.

Penutup

Berdasarkan hasil dan Pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa peran Pendidikan Kesehatan Sekolah (PKS) mempunyai nilai yang sangat andil dalam mencegah perilaku seksual pranikah yang biasa dilakukan oleh para remaja SMA/MA. Perubahan sosial adalah gejala yang wajar terjadi di manapun. Sepanjang sejarah masyarakat, perubahan dan kestabilan pada hampir seluruh kehidupan sosial merupakan dua kontras yang saling silih berganti. Perubahan yang terjadi disebabkan oleh multifaktor. Pembangunan di bidang ekonomi serta meningkatnya industrialisasi juga akan disertai dengan meningkatnya kesempatan bagi remaja untuk hidup konsumtif, hedonistik atau kesempatan untuk tinggal di luar pengawasan orang tua.

Kebijakan politik pemerintah di bidang kependudukan yang berhubungan dengan alat kontrasepsi. Keadaan ini dapat diikuti dengan meningkatnya aktifitas seksual sehingga dapat mengarahkan remaja kepada perilaku seks yang berisiko yang bermanifestasi kerugian moral dan materil pada remaja maupun masyarakat sekitar. Upaya penanggulangan dapat dilakukan oleh seluruh unsur dalam masyarakat tetapi upaya ini harus memberdayakan remaja sendiri untuk menghindari dan menangkal pengaruh sosial yang buruk. Peningkatan pengetahuan mereka baik

dari dalam sekolah melalui Pendidikan Kesehatan Sekolah dengan menekankan pada materi kesehatan reproduksi remajamaupun di luar sekolah melalui orang tua dan teman sebaya (*peer group*). Informasi yang diberikan diharapkan dapat berupa informasi yang benar sehingga remaja dapat menghindari perilaku seks yang berbahaya dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi mereka akhirnya.

Dapat disarankan bagi pelajar harus lebih aktif dan kreatif untuk menggali ilmu pengetahuan mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi melalui informan yang tepat seperti melalui guru di sekolah, tenaga kesehatan yang paling mudah melalui orang tua. Pelajar juga perlu memperbanyak kegiatan yang menguras tenaga dan waktu, misalnya dengan mengikuti ekstrakurikuler, kursus, bimbingan belajar, les, kelompok olahraga, pekerjaan sambilan, pekerjaan tambahan dan lain-lain. Adanya berbagai aktivitas dapat menyebabkan pelajar menjadi sibuk pikirannya dan tidak melakukan hal-hal yang mengarah ke perilaku seksual pranikah. Sedangkan untuk orang tua perlu meningkatkan kasih sayang, perhatian dan pengawasan yang tidak bersifat mengekang. Orang tua perlu membangun keterbukaan dengan anak (pelajar) melalui komunikasi yang efektif (seperti menjadi tempat curhat, mendukung hobi yang diinginkan selama kegiatan tersebut positif). Selain itu perlunya meningkatkan pengawasan secara intensif terhadap media komunikasi dengan mendampingi anak saat melihat tayangan film, serta keluarga harus membekali anak (pelajar) dengan nilai-nilai agama dan standar moral yang kokoh. Lalu untuk sekolah agar selalu mengembangkan model pembinaan pelajar yang notabene remaja tentang pendidikan seks seperti kesehatan reproduksi. Selain itu juga perlu adanya wadah untuk menampung permasalahan reproduksi remaja yang sesuai dengan kebutuhan, misalnya melalui guru bimbingan dan konseling. Bagi pihak sekolah perlu menyusun kurikulum yang memungkinkan terjadinya proses pendidikan seks pada mata pelajaran sosial, alam dan mata pelajaran agama. Kurikulum tersebut juga perlu diimbangi dengan pemberian pelatihan *soft skill* bagi bapak dan ibu guru tentang berbagai metode dalam menyampaikan pendidikan seks di kalangan para pelajar SMA/MA di Kecamatan Gunungpati.

Selanjutnya untuk pemerintah perlu merumuskan kembali kurikulum di semua jenjang baik dari tingkat dasar hingga menengah agar pendidikan seks dapat masuk ke dalam pembelajaran di sekolah. Pemerintah juga harus membangun lebih banyak lagi tempat dan ruang bagi remaja untuk berekspresi, seperti *youth center* dengan diimbangi kelengkapan fasilitas. Apabila pelajar (remaja) mempunyai ruang untuk berekspresi pelajar bisa lupa melakukan hal-hal yang belum patut untuk dilakukan. Pemerintah juga perlu membuat aturan hukum yang ketat terkait dengan perilaku seksual pranikah di kalangan pelajar, serta meningkatkan pengawasan terhadap pemberlakuan hukum positif (aturan nilai dan norma) di kalangan masyarakat agar perilaku seksual pranikah di kalangan para pelajar dapat ditekan serta bagi pelaku sendiri mendapatkan sanksi yang tegas sehingga dapat membuat jera bagi masing-masing individu yang pernah melakukan perilaku seksual pranikah.

Ucapan Terimakasih

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penelitian ini, kepada :

1. Universitas Negeri Semarang yang telah bersedia sebagai rumah ilmu untuk penulis
2. LP2M Universitas Negeri Semarang yang telah memberi dukungan secara materil
3. Para pelajar, guru dan informan serta pihak terkait yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanpa bantuan pihak yang terkait penulis dapat menyelesaikan penelitian sebagai tugas dari Tri Dharma pada perguruan tinggi sehingga dapat terlaksana dengan lancar dan baik tanpa suatu halangan apapun serta hasil penelitian ini juga mampu di publikasikan untuk di baca dan sebagai sumber informasi oleh khalayak umum yang bermanfaat.

Daftar Pustaka

- Baumrind, D. 1967. *Child-care Practices Anteceding Three Patterns of Preschool Behavior*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Dariyo, A. 2004. *Psikologi Perkembangan Remaja*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Djamrah, Syaiful Bahri. 2004. *Pola Komunikasi Orang Tua dan Anak dalam Keluarga*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Etikariena, A. 1998. "Hubungan antara Mitos tentang Seksualitas dengan Keserba Bolehan Perilaku Seks Pranikah Dikalangan Remaja ABG Di Jakarta". Skripsi. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
- Gunarsa, S. D dan Gunarsa, Y. S. D. 1991. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Bapak Gunung. Yogyakarta: Bentang Offset.
- Hadi, M, H. 2006. "Perilaku Seks Pranikah pada Remaja". Skripsi. Jakarta: Fakultas Psikologi Univeristas Gunadarma.
- <https://ikanbobo.wordpress.com/2014/05/17/metode-advokasi-berbasis-jejaring-dan-advokasi/> (diunduh pada tanggal 1 April 2015, Pukul 14.00 WIB).
- Indirijati, H. 2001. "Hubungan antara Kualitas Komununikasi Remaja dan Orang Tua dan Sikap Remaja terhadap Hubungan Seks Pranikah". Dalam *Jurnal Media Psikologi Insan*. Hal.10-26.
- Irianto, Koes. 2013. *Permasalahan Seksual*. Bandung: CV Yrama Widya.
- Melodina, P. 1990. 'Kesehatan mental remaja putri yang telah melakukan hubungan seks pranikah'. Skripsi. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Mighwar, Muhammad A. 2006. *Psikologi Remaja: Petunjuk bagi Guru dan Orang Tua*. Bandung: Pustaka Setia.
- Monks, F. J dan Knoers, A. M. P. 2001. *Psikologi Perkembangan Penghantar dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

- Ni Luh Kadek Alit Arsani, dkk. 2013. Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kecamatan Buleleng. Dalam Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora, Vol. 2, No. 1, Hal. 129-137
- Ni Nyoman Mestri Agustini dan Ni Luh Kadek Alit Arsani. 2013. Remaja Sehat Melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Tingkat Puskesmas. Dalam Jurnal Kemas. Vol. 9, No. 1, Hal. 66-73
- Purwandari, Eny. 2011. "Keluarga, Kontrol Sosial, dan "Strain": Model kontinuitas Delinquency Remaja". Jurnal Humanitas, Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Volume VIII, No. 1. Hal. 1-17.
- Rice, P.F. 1990. The Adolescence: development relation culture. 6th edition. Boston: Allyn and Bacon, inc.
- Sarwono, S. W. 2004. Psikologi remaja. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Soejaoeti, Susanti Zalbawi. 2001. 'Perilaku Seks di Kalangan Remaja dan Permasalahannya'. Dalam Jurnal Media Litbang Kesehatan, Vol. XI, Nomor 1.
- Suryanto dan Kuwatono. 2010. "Peran Media Massa dalam Perilaku Seksual Remaja di Kota Semarang". Dalam Jurnal Semai Komunikasi. Volume 1, No. 1, Desember. Hal. 15-31.
- Suryoputro, Antono, dkk. 2006. "Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja di Jawa Tengah: implikasinya terhadap kebijakan dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi". Dalam jurnal Makara, Vol. 10, No. 1, Juni 2006: 29-40.
- Synanti dan Zalbawi Soejoeti. 2001. "Perilaku Seks di Kalangan Remaja dan Permasalahannya". Dalam Jurnal Media Litbang, Puslitbang Ekologi Kesehatan, Bali. Vol. XI, No. 1., Hal. 1-6.
- Yatimin. 2003. Etika Seksual dan Penyimpangannya dalam Islam. Pekan Baru: Sinar Grafika Offset.

PENINGKATAN JUMLAH RUMAH BEBAS JENTIK MELALUI OPTIMALISASI PERAN KELOMPOK DASA WISMA

Arulita Ika Fibriana¹, Mahalul Azam¹, Muhammad Azinar, Anik Setyo Wahyuningsih¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: arulita.ika.f@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Kasus DBD di wilayah kabupaten Demak selalu mengalami peningkatan dan 75% wilayah di Demak endemis DBD. Demak Kota adalah salah satu kecamatan endemis DBD dengan CFR tertinggi. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya, namun belum optimal. Pemberdayaan masyarakat melalui kelompok-kelompok dasa wisma perlu direvitalisasi untuk meningkatkan peran mereka dalam mewujudkan lingkungan bebas jentik.

Metode: penelitian ini dirancang dengan desain *pre-eksperimental research* dengan *one group pretest-posttest design* yang dianalisis secara kuantitatif. Populasi penelitian seluruh rumah di RT 02 RW 04 kelurahan Mangunjiwan kabupaten Demak yang berjumlah 46 rumah dengan *cluster sampling*. Analisis data dilakukan dengan uji Mc Nemar untuk membandingkan angka bebas jentik dan praktik PSN oleh masyarakat antara sebelum dan sesudah intervensi.

Hasil: sebelum pemberdayaan kelompok Dasa Wisma, 30 rumah dinyatakan sudah melaksanakan PSN dengan baik, dan setelah pemberdayaan meningkat menjadi 38 rumah, dengan *p value* 0,008. Demikian juga terjadi peningkatan jumlah rumah yang dinyatakan bebas jentik. Sebelum pemberdayaan, terdapat 26 rumah dinyatakan bebas jentik, meningkat menjadi 39 rumah dengan *p value* 0,001.

Simpulan: intervensi dengan bentuk pemberdayaan kelompok Dasa Wisma sebagai Petugas Pemantau Jentik secara signifikan dapat meningkatkan praktik pemberantasan sarang nyamuk dan peningkatan jumlah rumah yang dinyatakan bebas jentik.

Kata Kunci: pemberdayaan dasa wisma, PSN, bebas jentik

ABSTRACT

Background: DHF cases in the district Demak always increase and 75% of the area in Demak endemic. Demak City is one of the districts with the highest CFR endemic. The government has made various efforts, but not optimal. Empowering communities through groups Dasa Wisma should be revitalized to increase their role in realizing environment free of larvae.

Methods: This study was designed to pre-experimental research designs with one group pretest-posttest design were analyzed quantitatively. The study population throughout the house in RT 02 RW 04 villages Mangunjiwan Demak regency totaling 46 homes with cluster sampling. Data analysis was performed with Mc Nemar test to compare the number of free of larvae and mosquito eradication practices before and after intervention.

Results: Before the empowerment group Dasa Wisma, 30 houses are already implementing mosquito eradication otherwise well, and after empowerment increased to 38 homes (*p value* 0.008). Likewise an increasing number of homes were declared free of mosquito larvae. Before empowerment, there are 26 houses declared free of larvae, increased to 39 houses (*p value* 0.001).

Conclusion: intervention by empowering groups form Dasa Wisma can increase mosquito eradication practices and increase the number of houses declared free of mosquito larvae significantly.

Key Words: dasa wisma, empowering, mosquito eradication, free of larvae

Pendahuluan

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan salah satu penyakit yang sering menimbulkan wabah dan menyebabkan kematian. Penyakit ini disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan dapat menyerang seluruh golongan umur. DBD saat ini masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia karena angka kematian penderitanya memiliki kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun (Kemenkes, 2010).

Sampai saat ini penyakit DBD di Indonesia masih menjadi masalah yang belum dapat ditanggulangi (Kemenkes, 2010). Kini hampir di seluruh propinsi terdapat daerah-daerah *endemis*. Kabupaten Demak salah satu wilayah yang dalam beberapa tahun terakhir mengalami peningkatan kasus DBD. Hampir 75% wilayahnya dinyatakan *endemis* DBD. Kasus ini selalu meningkat tiap tahunnya. Tahun 2012 terjadi 483 kasus dengan 6 kematian. Tahun 2013 meningkat menjadi 610 kasus dengan 13 kematian. Tahun 2014 terjadi 427 kasus dengan 11 kematian. Terakhir tahun 2015 penderita DBD mencapai 1.009 kasus dengan 25 orang diantaranya meninggal dunia (Dinas Kesehatan Demak, 2016).

Data terakhir dari Dinas Kesehatan Demak (2016) menyebutkan dalam kurun Januari-Februari 2016 telah terdapat 108 kasus DBD, satu kasus di antaranya meninggal dunia. Dari jumlah kasus tersebut, 60% penderitanya adalah anak usia 5 sampai 14 tahun. Kecamatan Demak Kota adalah salah satu wilayah *endemis* DBD dengan *Case Fatality Rate* (CFR DBD) tertinggi di antara 14 kecamatan yang ada di kabupaten Demak. Dalam satu tahun terakhir, di wilayah ini terdapat 74 kasus DBD, 3 kasus di antaranya meninggal karena kasus tersebut (CFR 0,07). Dari fakta di atas, pada awal tahun 2016 ini kecamatan Demak Kota dinyatakan KLB DBD. Kelurahan Mangunjiwan adalah salah satu wilayah *endemis* dengan *insiden rate* DBD tertinggi di kecamatan Demak Kota. Penyebaran kasus DBD di wilayah ini tergolong tinggi karena wilayah ini termasuk wilayah padat penduduk.

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi dan menanggulangi KLB DBD tersebut, antara lain melalui penyediaan dan peningkatan sarana-sarana pelayanan kesehatan, melakukan pengasapan dan menggalakkan gerakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui 3 M (menguras bak mandi, menutup tandon air dan mengubur barang bekas yang dapat menampung air hujan). Namun kegiatan-kegiatan tersebut belum optimal dalam menurunkan dan menanggulangi kasus DBD di masyarakat. Faktor utama penghambat program penanggulangan DBD adalah masih rendahnya partisipasi masyarakat dalam melaksanakan PSN secara mandiri. Dengan kata lain, partisipasi masyarakat akan mempengaruhi keberhasilan PSN DBD (Chadijah dkk, 2011).

Pemberdayaan masyarakat dengan mengaktifkan kembali potensi-potensi yang ada di masyarakat perlu dilakukan secara intensif salah satunya melalui kelompok *dasa wisma*. *Dasa wisma* adalah kelompok ibu-ibu yang memiliki potensi untuk digerakkan dalam melakukan kegiatan secara bersama-sama di lingkungan sekitar tempat tinggal mereka termasuk sebagai juru pemantau jentik. Pemberdayaan masyarakat adalah kunci strategi pemberantasan penyakit di

masyarakat. Pemberdayaan kelompok-kelompok dasa wisma perlu direvitalisasi untuk meningkatkan peran mereka dalam mewujudkan lingkungan bebas jentik dengan meningkatkan jumlah rumah bebas jentik. Potensi tersebut sebagai upaya untuk mengatasi permasalahan Demam Berdarah Dengue di masyarakat.

Metode

Penelitian ini dirancang dengan desain *pre-eksperimental research* dengan *one group pretest-posttest design* yang dianalisis secara kuantitatif. Penelitian ini diawali dengan *pretest* untuk mengetahui angka bebas jentik dan gambaran pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) di wilayah tersebut. Setelah itu dilakukan intervensi dengan bentuk pemberdayaan kelompok dasa wisma sebagai petugas pemantau jentik. Pasca intervensi, dilakukan kembali observasi untuk mengetahui angka bebas jentik dan praktik pemberantasan sarang nyamuk (PSN) di wilayah tersebut *posttest*.

Populasi penelitian ini adalah seluruh rumah di RT 02 RW 04 kelurahan Mangunjiwan kecamatan Demak kabupaten Demak yang berjumlah 46 rumah yang termasuk wilayah endemis DBD yang dalam satu tahun terakhir memiliki *insiden rate* tertinggi dan terjadi kasus kematian akibat DBD. Penelitian ini menggunakan *cluster sampling*. Responden penelitian ini adalah ibu rumah tangga di wilayah tersebut. Instrumen penelitian ini terdiri dari kartu pemeriksaan jentik, dan kuesioner dan lembar observasi praktik PSN. Analisis data dilakukan dengan uji Mc Nemar untuk membandingkan angka bebas jentik dan praktik PSN oleh masyarakat antara sebelum dan sesudah intervensi pemberdayaan Dasawisma sebagai Petugas Pemantau Jentik.

Hasil dan Pembahasan

Pada pemeriksaan jentik awal sebelum intervensi dilakukan, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan jentik sebagai data awal untuk menggambarkan angka bebas jentik di wilayah tersebut. Hasilnya dari 126 rumah yang diperiksa, 69 rumah (54,8%) masih ditemukan jentik nyamuk di tempat-tempat penampungan air di rumah seperti bak kamar mandi, dispenser, tendon air, dan pot bunga.

Tabel 1. Hasil pemeriksaan jentik awal

| Hasil Pemeriksaan Jentik | f | % |
|--------------------------|----|-------|
| Ditemukan jentik nyamuk | 20 | 43,48 |
| Tidak ditemukan | 26 | 56,52 |
| Total | 46 | 100,0 |

Demikian halnya dengan praktik PSN yang dilakukan oleh masyarakat RT 02 RW 04 kelurahan Mangunjiwan kabupaten Demak. Berdasarkan hasil pengumpulan data, diketahui dari 46 KK yang diteliti, masih banyak warga yang belum melaksanakan praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan baik (34,78%).

Tabel 2. Gambaran praktik PSN yang dilakukan oleh masyarakat

| Praktik PSN yang dilakukan oleh Masyarakat | f | % |
|--|----|-------|
| Kurang baik | 16 | 34,78 |
| Baik | 30 | 65,22 |
| Total | 46 | 100,0 |

Dari tabel 2 di atas diketahui, sebanyak 16 keluarga (34,78%) belum melaksanakan praktik Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan baik. Hal ini ditunjukkan dengan masih jarang masyarakat yang melakukan pengurasan dan penyikatan tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/WC setiap seminggu sekali. Masyarakat lebih memilih pengasapan (*fogging*) sebagai cara pemberantasan nyamuk.

Penelitian ini selaras dengan Cahyo (2006), yang menyatakan bahwa masih banyak masyarakat yang merasa lebih percaya pada metode pemberantasan nyamuk dengan bahan kimia dibandingkan melakukan PSN secara mandiri. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kepedulian dan kesadaran masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan untuk pencegahan penyakit DBD.

Pelaksanaan Pemberdayaan Kelompok Dasa Wisma sebagai Petugas Pemantau Jentik

Pemberdayaan kelompok dasa wisma sebagai sebagai petugas pemantau jentik adalah bentuk intervensi yang diterapkan dalam penelitian ini. Berikut ini adalah gambaran pemberdayaan dasa wisma sebagai sebagai petugas pemantau jentik di masyarakat.

- 1) Sebelum melaksanakan tugasnya, ibu-ibu kelompok dasa wisma diberi pelatihan dengan materi: pemberantasan jentik nyamuk, simulasi/praktik pemantauan jentik nyamuk di masing-masing rumah secara berkala (terjadwal), pencatatan dan pelaporan kegiatan pemantauan jentik dari kelompok dasa wisma ke tingkat RT.
- 2) Praktik pemberdayaan kelompok ibu-ibu dasa wisma sebagai petugas pemantau jentik, dilakukan dengan :
 - a) Ibu-ibu kelompok dasa wisma dibagi menjadi 5 kelompok kecil (masing-masing kelompok 2 orang).
 - b) Kelompok kecil tersebut melaksanakan tugas selama 4 bulan setelah kelompok tersebut diberikan materi dan pelatihan. Tugas kelompok kecil tersebut meliputi :
 - Melaksanakan pemeriksaan jentik di 10 rumah yang berada dalam kelompok dasa wisma masing-masing. Sasaran pemeriksaan yaitu tempat penampungan air untuk keperluan sehari-hari, dan tempat penampungan air alamiah.
 - Memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan PSN-DBD di masing-masing rumah (indikatornya pelaksanaan 3M-Plus). Jika ditemukan rumah yang tidak melaksanakan 3M-Plus, maka kelompok ini berkewajiban memberikan penyuluhan, menggerakkan dan atau membantu pemilik rumah melaksanakan 3M-Plus.

- Mencatat kegiatan tersebut di kartu hasil pemantauan jentik yang ditempel di rumah bagian depan dan buku Raport PSN dan melaporkannya ke tingkat RT.
- Penanggungjawab di tingkat RT merekap laporan dari masing-masing kelompok dasa wisma.

Berdasarkan data awal sebelum intervensi, diketahui bahwa dari 46 rumah di RT 02 RW 04 yang di survei, 16 rumah di antaranya (34,8%) praktik PSN nya masih kategori kurang baik. Mereka jarang melakukan PSN 3M plus setiap minggunya. Sebagian besar beralasan di wilayahnya air sangat berharga sehingga tidak mau menguras tiap minggunya. Penampungan-penampungan air akan dikuras manakala air sudah terlihat sangat keruh. Selain itu, di wilayah ini juga masih banyak ditemukan barang-barang bekas yang tidak ditampung pada tempat yang benar, sehingga ini menjadi tempat perindukan nyamuk. Demikian halnya hasil pemantauan jentik, dari 46 rumah yang di observasi, 20 rumah di antaranya (43,5%) masih ditemukan masih ditemukan jentik nyamuk di penampungan-penampungan air seperti bak mandi, gentong, tendon air, kolam, dan dispenser.

Pasca pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma, selama satu bulan setiap minggu ibu-ibu yang mendapat jadwal pemantauan jentik melakukan pemeriksaan jentik di sepuluh rumah secara bergiliran. Hasil menunjukkan bahwa sebulan pasca pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma ini telah terjadi peningkatan rumah yang dinyatakan bebas jentik dan terjadi peningkatan praktik PSN oleh warga masyarakat. Berikut gambaran perbandingan praktik PSN dan hasil pemeriksaan jentik antara sebelum dan sesudah pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma:

Tabel 3. Perbandingan praktik PSN dan hasil pemeriksaan jentik antara sebelum dan sesudah pemberdayaan kelompok Dasa Wisma sebagai petugas pemantau jentik

| Praktik PSN yang dilakukan oleh Masyarakat | | Sesudah | | | p value |
|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--------|---------|
| | | Kurang Baik | Baik | Jumlah | |
| Sebelum | Kurang Baik | 8 | 8 | 16 | 0,008 |
| | Baik | 0 | 30 | 30 | |
| | Jumlah | 8 | 38 | 46 | |
| Hasil Pemeriksaan Jentik | | Ditemukan jentik nyamuk | Tidak ditemukan | Jumlah | p value |
| Sebelum | Ditemukan jentik nyamuk | 6 | 14 | 20 | 0,001 |
| | Tidak ditemukan | 1 | 25 | 26 | |
| | Total | 7 | 39 | 46 | |

Tabel 3 di atas menunjukkan telah terjadi peningkatan jumlah rumah yang telah melaksanakan PSN dengan baik, sebelum pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma, 30 rumah dinyatakan sudah melaksanakan PSN dengan baik, dan setelah pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma jumlah rumah yang telah melaksanakan PSN dengan baik meningkat menjadi 38 rumah. Berdasarkan uji Mc Nemar, diketahui *p value* 0,008(<0,05). Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan yang signifikan pada praktik PSN yang dilakukan oleh masyarakat pasca pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma.

Demikian halnya dengan hasil pemeriksaan jentik, juga terjadi peningkatan jumlah rumah yang dinyatakan bebas jentik. Sebelum pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma, terdapat 26 rumah dinyatakan bebas jentik. Setelah kelompok-kelompok Dasa Wisma diberdayakan dengan pelatihan dan edukasi secara intensif selama satu bulan, jumlah rumah yang dinyatakan bebas jentik meningkat menjadi 39 rumah. Berdasarkan uji Mc Nemar, diketahui *p value* 0,001 (<0,05). Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan yang signifikan jumlah rumah yang dinyatakan bebas jentik pasca pemberdayaan kelompok-kelompok Dasa Wisma.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gerakan pemberdayaan (*empowerment*) merupakan cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk pengendalian DBD secara mandiri. Strategi ini tepatnya ditujukan pada sasaran primer agar berperan serta secara aktif dalam pengendalian DBD. Hasil penelitian ini selaras dengan hasil Paramita (2008), yang menyatakan bahwa pemberdayaan masyarakat dengan dukungan sosial masyarakat (*social support*) mempunyai daya dukung yang cukup kuat, agar proses pemberdayaan betul-betul berdasarkan kondisi dan permasalahan setempat.

Melalui intervensi pemberdayaan kelompok Dasa Wisma ini, masyarakat akan lebih mengetahui, menyadari, mampu secara mandiri untuk melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk di lingkungannya. Penelitian Nuryanti (2013), menyebutkan bahwa perilaku pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah *dengue* dapat ditingkatkan melalui peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat, memperbanyak informasi, dan peningkatan peran petugas kesehatan. Penelitian yang juga menyebutkan bahwa untuk upaya pencegahan demam berdarah dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat melalui pendidikan secara rutin dan berkelanjutan (Sokrin Khun et al, 2007).

Hasil penelitian ini juga selaras dengan Kemenkes (2014), faktor yang menjadi penyebab rendahnya peran masyarakat dalam PSN, di antaranya adalah kampanye dan edukasi PSN kepada masyarakat secara umum masih rendah. Oleh karena itu, untuk meningkatkan praktik PSN di masyarakat sangat diperlukan kampanye dan edukasi yang intensif. Hal senada juga menyatakan untuk pencegahan dan penanggulangan DBD di masyarakat, promosi PSN DBD perlu digencarkan kepada seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah yang terjangkit, wilayah sekitarnya, dan wilayah yang merupakan satu kesatuan epidemiologis (Suroso, et al, 2007).

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh simpulan bahwa intervensi dengan bentuk pemberdayaan kelompok Dasa Wisma sebagai Petugas Pemantau Jentik secara signifikan dapat meningkatkan praktik pemberantasan sarang nyamuk dan peningkatan jumlah rumah yang dinyatakan bebas jentik.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih disampaikan kepada warga masyarakat RT 02 RW 04 Kelurahan Mangunjiwan kecamatan Demak atas partisipasinya sebagai responden penelitian. Ketua RT 02, Ketua RW 04, dan Kepala Kelurahan Mangunjiwan atas ijin dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Cahyo, K. 2006. Kajian faktor-faktor perilaku dalam keluarga yang mempengaruhi pencegahan penyakit demam berdarah dengue (DBD) di kelurahan Meteseh kota Semarang. *Media Litbang Kesehatan XVI* (4): 32-41.
- Chadijah, Sitti, Rosmini, Halimuddin. 2011. Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang nyamuk DBD (PSN-DBD) di Dua Kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah. *Media Litbang Kesehatan*. 21(4).
- Dinkes Demak. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Demak Tahun 2015*. Demak: Dinkes Demak.
- Kemenkes. 2010. Demam Berdarah Dengue. *Buletin Jendela Epidemiologi*. Vol 2. Agustus 2010.
- Kemenkes. 2014. *Petunjuk Teknis Jumantik – PSN Anak Sekolah*. Jakarta Dirjen P2PL Kemenkes RI.
- Nuryanti, Erni. 2013. Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk di Masyarakat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 9(1).
- Paramita A, Lestari W. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di era otonomi daerah. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Oktober 2008; 11(4): 318-24.
- Sokrin Khun and Lenore Manderson. 2007. Community and School-Based Health Education for Dengue Control in Rural Cambodia: A Process Evaluation. *PLoS Negl Trop Dis*. Dec; 1(3): e143.
- Suroso, T., Kusriastuti, R., Winarno, Sofyan, RA., Wandra, T., Djohor, D., Sukowati, S., Sutomo, S., & Supeno, E. 2007. *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

PRAKTIK VAGINAL DOUCHING YANG BERISIKO MENULARKAN IMS PADA WPS DI RESOSIALISASI ARGOREJO

Dian Novita Widayari¹, Sofwan Indarjo¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: diannovitawidayari@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: WPS adalah wanita dengan profesi yang menjual jasa untuk memuaskan kebutuhan seksual pelanggan. Praktik yang biasa dilakukan yaitu *vaginal douching* dengan memasukkan air atau bahan cairan lain seperti larutan produk komersil, campuran air dan cuka, dan bahan lainnya yang dimasukkan dalam vagina. *Vaginal douching* adalah faktor risiko dari IMS. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS pada WPS di Resosialisasi Argorejo Semarang.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan total sampel sebanyak 73 responden. Analisis data menggunakan univariat dan bivariat dengan uji *chi-square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan ($p=0,001$), sikap ($p=0,001$), dukungan mucikari ($p=0,013$), persepsi kerentanan ($p=0,035$) dengan praktik *vaginal douching* berisiko menularkan IMS, dan tidak ada hubungan antara dukungan teman ($p=0,085$), ketersediaan layanan kesehatan ($p=0,242$), persepsi keparahan ($p=0,704$), persepsi manfaat ($p=0,924$), persepsi hambatan ($p=0,149$), persepsi isyarat untuk bertindak ($p=0,151$) dengan praktik *vaginal douching* berisiko menularkan IMS.

Simpulan: Faktor yang berhubungan dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS pada WPS di Resosialisasi Argorejo adalah pengetahuan, sikap, dukungan mucikari dan persepsi kerentanan.

Kata Kunci : IMS; *Vaginal Douching*; WPS

ABSTRACT

Background: Female Sex Workers are women whose job is offering services to gratify her customer sexual needs. Practice that used to done is *vaginal douching* to entering water or any other liquid substance, such as commercial product liquid, mixture of water and vinegar in it. *Vaginal douching* is the risk of STI. The purpose to determine factors associated with *vaginal douching* practice as a risk of STI among female sex workers in Argorejo Prostitution Semarang.

Methods: This study using *cross sectional* approach with total sample of 73 respondents. An analysis of data using univariate and bivariate with *chi-square* test.

Results: Result of this study showed that there was a connection between the knowledge ($p=0,001$), attitude ($p=0,001$), pimp support ($p=0,013$), perceived susceptibility ($p=0,035$) with *vaginal douching* practice as a risk of STI, and there was no connection between friend support ($p=0,085$), health services availability ($p=0,242$), perceived seriousness ($p=0,704$), perceived benefit ($p=0,924$), perceived barrier ($p=0,149$), perceptual cues to action ($p=0,151$) with *vaginal douching* practice as a risk of STI.

Conclusion: Factors Associated with *vaginal douching* practice as a risk of STI among female Sex Workers in Argorejo Prostitution Semarang are knowledge, attitude, pimp support, and perceived susceptibility.

Keyword : Female Sex Workers, STI, *Vaginal Douching*

Pendahuluan

Wanita Pekerja Seks (WPS) adalah profesi yang menjual jasa untuk memuaskan kebutuhan seksual pelanggan yang biasanya berupa pelayanan seks. Konsekuensi pekerjaan menjadi WPS menuntut mereka dapat melayani pelanggan secara prima, dengan demikian mereka harus menjaga kebersihan organ genital untuk menarik dan membuat pelanggan terkesan (Arifin, 2012). Praktik yang biasa dilakukan yaitu *vaginal douching*. *Vaginal douching* merupakan kegiatan membersihkan vagina dengan memasukkan air atau bahan cairan lain seperti larutan produk komersil, campuran air dan cuka, dan bahan lainnya yang dimasukkan ke dalam vagina (Aral et al, 1992; Ekpenyong et al 2014, Simpson et al, 2004; Sunay et al, 2011).

Vaginal douching sering dilakukan oleh masyarakat umum khususnya wanita yang cenderung memiliki aktivitas seksual tinggi sebagai bagian dari personal hygiene dan telah menjadi *tren* dan kebiasaan dalam masyarakat luas (Aral et al, 1992; DiClemente et al, 2012; Ekpenyong et al, 2014; Mandal et al 2014; Misra et al, 2006). Sebagian besar WPS memakai pembersih vagina untuk membuat vagina menjadi wangi dan kesat. Banyak dari mereka percaya mitos atau informasi yang salah tentang *vaginal douching*. Mereka melakukan praktik demikian untuk membersihkan sisa darah usai menstruasi, membersihkan sisa sperma usai berhubungan untuk menghindari kehamilan atau penyakit menular seksual, serta mengurangi bau vagina (Isnaeni, 2014; Martino et al, 2002; Wang et al, 2007).

Pada tahun 2003 Yayasan Hotline Surabaya (YHS) melakukan survei terhadap 431 perempuan mengenai praktik *douching* di wilayah binaannya yaitu Kecamatan Krembangan. Hasil survei menunjukkan bahwa bahan yang biasa digunakan untuk *douching*, sebagian besar 51% menggunakan sabun, 18% pembersih vagina cair dengan berbagai merk dan ada sekitar 5% perempuan menggunakan pasta gigi (Qomariyah, 2007). Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang melakukan *douching* secara rutin cenderung mengalami masalah lebih banyak dibanding perempuan yang jarang melakukan *douching*. Masalah tersebut diantaranya iritasi vagina, infeksi vagina hingga IMS (Mandal et al, 2014; Martino et al, 2002; Zhang et al, 1997).

Berdasarkan hasil Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) Tahun 2011, prevalensi kasus IMS jenis gonore tertinggi adalah WPSL (38%), kemudian diikuti oleh waria (29%), LSL (21%), dan WPSTL (19%). Prevalensi klamidia tertinggi pada WPSL dan WPSTL (masing-masing 41%) diikuti oleh waria (28%) dan LSL (21%). Untuk prevalensi kasus sifilis pada WPSL menduduki peringkat kedua dari seluruh kelompok berisiko sebanyak 10% (Kemenkes RI, 2011).

Demikian pula jumlah kasus IMS di Provinsi Jawa Tengah mengalami peningkatan, dimana pada tahun 2013 sebanyak 10.479 kasus, lebih tinggi dibanding tahun 2012 yaitu 8.671 kasus (Dinkes Provinsi Jateng, 2013). Sedangkan data IMS pada Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2013 sebanyak 3.631 kasus, serta pada tahun 2014 ditemukan kenaikan yang begitu signifikan sebanyak 5.749 kasus. Untuk kasus IMS tertinggi di kota Semarang pada tahun 2014 diduduki oleh Puskesmas Lebdosari, yaitu sebanyak 1.656 kasus. Puskesmas Lebdosari

merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya mencakup Resosialisasi Argorejo Semarang. (DKK Kota Semarang, 2014).

Hasil data pasien yang melakukan pemeriksaan skrining di Klinik Griya ASA yang merupakan klinik yang berada di sekitar Resosialisasi Argorejo, pada bulan Maret-Juli tahun 2015 menunjukkan pasien yang menderita IMS sebanyak 133 pada bulan Maret, pada bulan April sebanyak 183 orang, bulan Mei sebanyak 150 orang, bulan Juni sebanyak 119 dan bulan Juli sebanyak 68 orang (Klinik Griya ASA PKBI Kota Semarang, 2015).

Kebiasaan *douching* dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina ini dapat menyebabkan iritasi vagina dan merubah keseimbangan kimiawi dan flora vagina, yang akhirnya dapat terjadi perlukaan kulit vagina sehingga lebih rentan terkena IMS yaitu Kandiloma Akuminata. Kandiloma akuminata merupakan faktor pendorong terjadinya kanker serviks, kehamilan ektopik, kemandulan, komplikasi selama kehamilan dan persalinan serta meningkatkan risiko infeksi HIV (*co factor HIV*) (Gamaet al, 2008). Sesuai dengan Mandal et al (2014) dan Martino et al (2002) *Douching* dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan diantaranya yaitu *bacterial vaginosis*, kanker serviks, berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran premature, kehamilan ektopik, kandidiasis, dan mempengaruhi kemampuan perempuan untuk hamil. Selain itu wanita yang sering melakukan *douching* juga berpotensi dapat meningkatkan risiko menderita penyakit radang panggul (PRP).

Perilaku *Douching* akan berisiko mengganggu lingkungan alami vagina. Terlebih bahan *douching* merupakan obat pembersih vagina yang berasal dari antiseptik akan membunuh bakteri normal yang sehat yang mencegah bakteri patogen masuk dalam vagina. Obat pembersih vagina juga akan mengganggu pH di dalam vagina, menyuburkan penduduk alami tertentu sehingga tumbuh di luar proporsi normalnya dan menimbulkan gejala klinis. Menurut pakar kesehatan, bahwa sesungguhnya ada baiknya jika wanita tidak perlu melakukan *douching* untuk membersihkan vaginanya, kecuali atas petunjuk dokter (Priyatna, 2009).

Berdasarkan hasil studi Pendahuluan pada tanggal 12 Januari 2016 pada WPS di Resosialisasi Argorejo menunjukkan bahwa sebagian besar WPS melakukan *vaginal douching* dengan frekuensi lebih dari 3 kali sehari sebanyak 86%. Bahan *douching* yang digunakan antara lain air biasa ataupun air hangat sebanyak 26%, sabun kewanitaan komersial sebanyak 60,8%, sabun sebanyak 17,3%, odol sebanyak 13%, dan air tawas sebanyak 4,3%. Cara melakukan *vaginal douching* pun hampir seragam, dilakukan dengan menggunakan tangan untuk membersihkan vagina lalu digosokkan hingga mengorek-ngorek sampai ke dalam. Sebanyak 43,4% WPS pernah mengalami luka dan lecet setelah melakukan *vaginal douching*. WPS melakukan *vaginal douching* untuk menjaga kebersihan, agar vagina wangi dan kesat, membersihkan sisa sperma usai berhubungan agar terhindar dari IMS dan kehamilan, mengurangi gatal atau iritasi vagina dan untuk memuaskan pelanggan saat berhubungan. Berdasarkan uraian masalah maka peneliti bermaksud menggali lebih dalam faktor yang berhubungan dengan

praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS Pada WPS di Resosialisasi Argorejo Semarang.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan merupakan jenis penelitian kuantitatif yang bersifat analitik observasional dengan menggunakan metode pendekatan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Resosialisasi Argorejo RW 04 Kelurahan Kalibanteng Kulon, Kecamatan Semarang Barat, Kota Semarang. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling*. Sampel pada penelitian ini sebanyak 73 responden WPS yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dari populasi sebanyak 556. Metode pengambilan data primer diperoleh dengan observasi dan wawancara. Data primer dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari pertanyaan tertulis mengenai pengetahuan, sikap, dukungan teman, dukungan mucikari, ketersediaan layanan kesehatan, persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan persepsi isyarat untuk bertindak terhadap praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS. Untuk data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari instansi terkait yaitu Kemenkes RI, Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP), Dinkes Provinsi Jawa Tengah, Dinkes Kota Semarang, Klinik Griya ASA PKBI Kota Semarang, buku, jurnal dan referensi- referensi lainnya yang berkaitan dan dapat mendukung terlaksananya penelitian. Teknik analisis data meliputi Univariat, dan Bivariat dengan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Analisis Univariat

| Variabel | Distribusi Frekuensi | | Total | |
|---|----------------------|------|-------|-----|
| | F | % | F | % |
| Pengetahuan | | | | |
| - Kurang | 26 | 35,6 | 73 | 100 |
| - Cukup | 34 | 46,6 | | |
| - Baik | 13 | 17,8 | | |
| Sikap | | | | |
| - Kurang Baik | 43 | 58,9 | 73 | 100 |
| - Lebih Baik | 30 | 41,1 | | |
| Dukungan Teman Sesama WPS | | | | |
| - Kurang Mendukung | 35 | 47,9 | 73 | 100 |
| - Lebih Mendukung | 38 | 52,1 | | |
| Dukungan Mucikari | | | | |
| - Kurang Mendukung | 36 | 49,3 | 73 | 100 |
| - Lebih Mendukung | 37 | 50,1 | | |
| Ketersediaan Layanan Kesehatan | | | | |
| - Kurang Tersedia | 28 | 38,4 | 73 | 100 |
| - Lebih Tersedia | 45 | 61,6 | | |
| Persepsi Kerentanan terhadap IMS | | | | |

| | | | | |
|---|----|------|----|-----|
| - Kurang Baik | 35 | 47,9 | 73 | 100 |
| - Lebih Baik | 38 | 52,1 | | |
| Persepsi Keparahan terhadap IMS | | | | |
| - Kurang Baik | 32 | 43,8 | | |
| - Lebih Baik | 41 | 56, | 73 | 100 |
| Persepsi Manfaat terhadap <i>Vaginal Douching</i> | | | | |
| - Kurang Baik | 36 | 49,3 | 73 | 100 |
| - Lebih Baik | 37 | 50,7 | | |
| Persepsi Hambatan terhadap <i>Vaginal Douching</i> | | | | |
| - Kurang Baik | 34 | 46,6 | 73 | 100 |
| - Lebih Baik | 39 | 53,4 | | |
| Persepsi Isyarat untuk Bertindak | | | | |
| - Kurang Baik | 34 | 46,6 | 73 | 100 |
| - Lebih Baik | 39 | 53,4 | | |
| Praktik <i>Vaginal Douching</i> | | | | |
| - Lebih Berisiko IMS | 44 | 60,3 | 73 | 100 |
| - Kurang Berisiko IMS | 29 | 39,7 | | |

Dari tabel 1. Tingginya risiko IMS praktik *vaginal douching* pada WPS di Resosialisasi Argorejo dapat dipengaruhi oleh adanya tingkat pengetahuan *vaginal douching* yang kurang (35,6%), sikap terhadap *vaginal douching* yang kurang baik (58,9%), dukungan teman yang tinggi (52,1%), dukungan mucikari yang tinggi (50,7%), ketersediaan layanan kesehatan yang kurang (38,4%), persepsi kerentanan IMS yang kurang baik (47,9%), persepsi keparahan IMS kurang baik (43,8%), persepsi manfaat yang kurang baik (49,3%), persepsi hambatan yang rendah (46,6%), persepsi isyarat bertindak yang kurang baik (46,6%) dan praktik *vaginal douching* yang lebih berisiko IMS (60,3%).

Tabel 2. Analisis bivariat variabel bebas dengan variabel terikat

| Variabel | Praktik <i>Vaginal Douching</i> | | <i>p value</i> | RP | CI 95% |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------|-------|---------------|
| | Lebih Berisiko IMS | Kurang Berisiko IMS | | | |
| Pengetahuan | | | | | |
| - Kurang | 26 (100%) | 0 (0%) | 0,001 | 6,500 | 1,817-23,25 |
| - Cukup | 16 (47,1%) | 18 (52,9%) | | | |
| - Baik | 2 (15,4%) | 11 (84,6%) | | | |
| Sikap | | | | | |
| - Kurang Baik | 41 (95,3%) | 2 (4,70%) | 0,001 | 9,535 | 3,252 - 27,95 |
| - Lebih Baik | 3 (10,0%) | 27 (90,0%) | | | |
| Dukungan Teman | | | | | |
| - Kurang Mendukung | 17 (48,6%) | 18 (51,4%) | 0,085 | 0,684 | 0,460 – 1,016 |
| - Lebih Mendukung | 27 (71,1%) | 11 (28,9%) | | | |
| Dukungan Mucikari | | | | | |
| - Kurang Mendukung | 16 (44,4%) | 20 (55,6%) | 0,013 | 0,587 | 0,390 – 0,884 |
| - Lebih Mendukung | 28 (75,7%) | 9 (24,3%) | | | |
| Ketersediaan Layanan Kesehatan | | | | | |
| - Kurang Tersedia | 14 (50,0%) | 14 (50,0%) | 0,242 | 0,750 | 0,491– 1,146 |
| - Lebih Tersedia | 30 (66,7%) | 15 (33,3%) | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|------------|------------|-------|-------|---------------|
| Persepsi Kerentanan | | | | | |
| - Kurang Baik | 26 (74,3%) | 9 (25,7%) | 0,035 | 1,568 | 1,064 – 2,311 |
| - Lebih Baik | 18 (47,4%) | 20 (52,6%) | | | |
| Persepsi Keparahan | | | | | |
| - Kurang Baik | 18 (56,2%) | 14 (43,8%) | 0,704 | 0,887 | 0,604 – 1,302 |
| - Lebih Baik | 26 (63,4%) | 15 (36,6%) | | | |
| Persepsi Manfaat | | | | | |
| - Kurang Baik | 21 (58,3%) | 15 (41,7%) | 0,924 | 0,938 | 0,646 – 1,363 |
| - Lebih Baik | 23 (62,2%) | 14 (37,8%) | | | |
| Persepsi Hambatan | | | | | |
| - Rendah | 24 (70,6%) | 10 (29,4%) | 0,149 | 1,376 | 0,946 – 2,003 |
| - Tinggi | 20 (51,3%) | 19 (48,7%) | | | |
| Persepsi Isyarat Bertindak | | | | | |
| - Kurang Baik | 17 (50,0%) | 17 (50,0%) | 0,151 | 0,722 | 0,486 – 1,073 |
| - Lebih Baik | 27 (69,2%) | 12 (30,8%) | | | |

Berdasarkan tabel 2 hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square, pada penelitian yang dilakukan pada WPS di Resosialisasi Argorejo didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS, dengan p value = 0,001 (<0,05). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang memiliki pengetahuan kurang cenderung lebih berisiko terhadap IMS, dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan cukup dan baik.

Menurut data hasil jawaban responden bahwa sebanyak 64,3% responden masih menjawab salah mengenai organ kelaminnya. Sebanyak 68,5% responden masih salah mengenai cara penularan IMS, menurut responden bahwa IMS tidak dapat menular jika hanya melalui handuk dan pakaian, padahal menurut Manan (2011) bahwa untuk mencegah penularan IMS adalah dengan menghindari penggunaan handuk atau pakaian orang lain. Cara membersihkan organ intim yang benarpun masih banyak yang salah, sebanyak 57,5% responden menyatakan bahwa membersihkan organ intin yang benar adalah dari belakang ke depan. Serta menurut responden salah satu cara pencegahan IMS yang tinggi dikalangan WPS dapat dicegah dengan melakukan *vaginal douching*. Hal tersebut dibuktikan melalui jawaban responden sebanyak 50,7% menyatakan *vaginal douching* untuk mencegah IMS. Praktik *vaginal douching* rutin dilakukan menggunakan berbagai bahan yang sebagian besar adalah dari antiseptik. Responden tidak mengetahui tentang risiko *vaginal douching* diperparah dengan kandungan bahan yang tidak aman, sehingga mereka terus melakukan praktik tersebut tanpa mengetahui risiko IMS yang ditimbulkannya. Kemungkinan hal ini terjadi karena promosi kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang *vaginal douching* kurang maksimal, atau promosi kesehatan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan kurang dimaksimalkan oleh WPS.

Hasil penelitian sesuai dengan teori L. Green yang menyatakan pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang memudahkan seseorang melaksanakan suatu tindakan atau perilaku (Priyoto, 2014). Perilaku yang di dasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada

perilaku yang tidak di dasari oleh pengetahuan. Seseorang dengan pengetahuan tinggi diharapkan dapat menerapkan perilaku positif terhadap obyek yang diketahuinya (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square pada variabel sikap, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan praktik *vaginal douching* berisiko menularkan IMS, dengan $p\ value = 0,001 (<0,05)$. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap kurang baik cenderung lebih berisiko terhadap IMS.

Hal tersebut dilihat melalui jawaban responden sebanyak 83,6% menyatakan praktik *vaginal douching* adalah suatu hal yang wajar dilakukan untuk menjaga organ reproduksinya. Sebanyak 52,1% responden tidak takut terkena IMS karena melakukan *vaginal douching*, 69,8% responden melakukan agar dapat membunuh kuman penyebab IMS, dan 67,1% responden melakukannya agar menjadi percaya diri dalam memuaskan pelanggan. Sikap responden tersebut memungkinkan WPS rutin dan terus melakukan *vaginal douching*. Padahal menurut Mandalet al (2014) *Douching* dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang lebih banyak dibanding perempuan yang jarang melakukan *douching* diantaranya adalah IMS. Pada penelitian ini sikap responden sejalan dengan pengetahuan yang dimilikinya. Sebagian besar responden yang memiliki pengetahuan kurang akan berpengaruh pula terhadap sikapnya. Sesuai dengan Priyoto (2014) bahwa sikap kesehatan sejalan dengan pengetahuan kesehatan yang dimilikinya.

Sikap yang salah disebabkan oleh pengetahuan responden yang rendah. Responden menyatakan bahwa *vaginal douching* adalah suatu hal yang wajar dilakukan untuk menjaga organ reproduksinya untuk mencegah IMS. Melihat tingginya risiko pekerjaan menjadi WPS yang sering melakukan hubungan seksual dengan banyak pelanggan, menurut responden hal ini wajar dilakukan oleh WPS untuk membersihkan vaginanya. Maka dapat disimpulkan dalam penelitian ini bahwa sikap yang kurang baik terhadap *vaginal douching* akan lebih berisiko pula terhadap IMS.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square, pada variabel dukungan teman, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara dukungan teman dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS, dengan $p\ value = 0,085 (>0,05)$. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang mendapat dukungan tinggi dari temannya akan lebih berisiko terhadap IMS.

Dilihat dari hasil jawaban responden, hal ini terjadi akibat keyakinan pada diri sendiri yang menyatakan bahwa melakukan *vaginal douching* adalah suatu kewajaran untuk menjaga kesehatan organ reproduksinya, dan hal ini mereka dapatkan berdasarkan keyakinannya sendiri tanpa pengaruh dari temannya. Sesuai dengan jawaban responden sebanyak 57,3% tidak setuju dengan pernyataan yang menyatakan bahwa mereka melakukan *vaginal douching* karena disarankan oleh temannya, dan sebanyak 48,2% responden tidak setuju bahwa mereka melakukan *vaginal douching* karena ikut-ikutan temannya. Walaupun demikian responden yang mendapat dukungan informasi dan saran dari temannya cukup tinggi sebesar 73,9%, namun hal tersebut tidak mempengaruhi responden dalam mengambil tindakan melakukan *vaginal douching*. Sebagian besar responden melakukan *vaginal douching* karena kepercayaan dan keyakinannya

sendiri tanpa pengaruh dari temannya. Selaras dengan teori *Health Belief Model* (HBM) yang menyatakan perilaku individu ditentukan oleh persepsi dan keyakinan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan keyakinannya tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas (Priyoto, 2014). Responden menyatakan melakukan *vaginal douching* untuk kepentingan diri sendiri sehingga dukungan dari teman yang tinggi ataupun rendah tidak akan berpengaruh terhadap praktik yang dilakukannya. Walaupun demikian hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Mckee et al (2009) yang menyatakan bahwa teman sebaya merupakan faktor yang berhubungan dengan seorang melakukan praktik *vaginal douching*.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*, pada variabel dukungan mucikari didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara dukungan mucikari dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS, dengan $p\text{ value}=0,013$ ($p < 0,05$). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang mendapat dukungan lebih dari mucikari akan lebih berisiko terhadap penularan IMS.

Menurut data hasil jawaban responden sebesar 65,8% mucikari memberikan dukungan yang tinggi terhadap informasi *vaginal douching* dan 56,2% mucikari pernah menawarkan suatu produk komersil kepada anak asuhnya. Sesuai dengan data yang digali oleh peneliti responden menyatakan bahwa keberadaan mucikari cukup penting terkait keberadaan responden yang merupakan anak asuh, dimana WPS harus mematuhi aturan yang diberikan oleh mucikari, jika tidak dipenuhi beberapa mucikari tidak segan-segan meminta denda kepada WPS. Maka dari itu WPS cenderung mematuhi aturan ataupun saran yang diberikan mucikari. Responden menyatakan di beberapa kesempatan mucikari memberikan saran ataupun anjuran pada WPS untuk selalu menjaga organ reproduksinya, selain itu mucikari pernah menawarkan produk komersil pada anak asuhnya, sehingga tidak jarang para WPS sebagian besar menggunakan produk komersil untuk mencuci vaginanya yang berakhir pada risiko penularan IMS dikalangan WPS. Selaras dengan Green (1980) yang menyatakan bahwa dukungan petugas atau orang penting memiliki pengaruh yang kuat terhadap perilaku seseorang yang berpengaruh terhadap rasa percaya diri seseorang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*, pada variabel ketersediaan layanan kesehatan, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan layanan kesehatan dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS, dengan $p\text{ value} = 0,085$ ($>0,05$). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa ketersediaan layanan kesehatan yang lebih tersedia, responden cenderung lebih berisiko terhadap penularan IMS dibandingkan dengan responden yang kurang mendapatkan layanan kesehatan.

Menurut hasil analisis hal ini terjadi akibat pengetahuan dan keyakinan yang sudah melekat pada diri responden yang menyatakan bahwa melakukan *vaginal douching* adalah suatu kewajaran untuk menjaga kesehatan organ reproduksinya, seperti yang telah diutarakan responden melalui jawaban kuesioner pada variabel sikap bahwa sebanyak 83,6% menyatakan praktik *vaginal douching* adalah suatu hal yang wajar dilakukan untuk menjaga organ reproduksi.

Data hasil jawaban responden menunjukkan bahwa sebanyak 61,7% menyatakan layanan kesehatan disekitar resosialisasi sudah cukup tersedia dengan baik. Pada setiap minggunya para WPS di Resosialisasi Argorejo wajib mengikuti pembinaan. Pembinaan tersebut tidak jarang berisikan tentang promosi kesehatan untuk para WPS. Selain itu pengecekan rutin IMS maupun VCT selalu disediakan oleh pihak Resosialisasi. Namun berdasarkan hasil statistik hal ini tidak berhubungan terhadap praktik *vaginal douching* WPS yang berisiko menularkan IMS. Berdasarkan analisis, hal ini terjadi akibat banyaknya WPS yang memiliki pengetahuan rendah dan keyakinan yang salah sehingga responden tetap melakukan praktik demikian walaupun promosi kesehatan selalu mereka terima di setiap minggunya. Hal ini justru selaras dengan teori *Health Belief Model* (HBM) yang menyatakan perilaku individu ditentukan oleh persepsi dan keyakinan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan keyakinannya tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas (Priyoto, 2014). Dalam penelitian ini sebagian responden menyatakan melakukan *vaginal douching* adalah untuk menjaga kesehatan sehingga layanan kesehatan yang sudah cukup tersedia tetap kurang berpengaruh terhadap praktik *vaginal douching* yang dilakukannya.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*, pada variabel persepsi kerentanan didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara persepsi kerentanan terhadap IMS dengan praktik *vaginal douching*, dengan $p\text{ value} = 0,035$ ($p < 0,05$). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi kerentanan terhadap IMS kurang baik cenderung lebih berisiko terhadap penularan IMS.

Hal ini sesuai dengan pernyataan responden bahwa sebanyak 78,1% menyatakan takut dan rentan terhadap IMS karena pekerjaan mereka sebagai WPS, maka mereka mencegahnya dengan melakukan *vaginal douching*. Dan sebanyak 64,3% responden menyatakan bahwa mereka merasa bebas dari IMS jika rutin melakukan *vaginal douching* setelah berhubungan seksual. Padahal praktik tersebut kurang tepat untuk mencegah IMS, justru praktik *vaginal douching* lebih cenderung meningkatkan risiko penularan IMS. Sesuai dengan Mandalet al (2014) *Douching* dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang lebih banyak dibanding perempuan yang jarang melakukan *douching* diantaranya adalah IMS.

Ketakutan responden terhadap ancaman terkena IMS cukup besar, namun usaha pencegahan yang dilakukan kuranglah tepat, justru praktik *vaginal douching* semakin menimbulkan risiko penularan IMS. Hal inilah yang menyebabkan risiko penularan IMS lebih besar pada responden yang memiliki persepsi kurang baik. Sejalan dengan teori *Health Belief Model* (HBM) yang menyatakan risiko pribadi atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko.

Hasil uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* pada variabel persepsi keparahan didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara persepsi keparahan terhadap IMS dengan praktik *vaginal douching*, dengan $p\text{ value} = 0,704$ ($p > 0,05$). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi keparahan terhadap IMS yang lebih baik cenderung

tetap berisiko terhadap penularan IMS. Menurut analisis hal ini terjadi karena pengetahuan dan keyakinan responden yang salah mengenai menjaga organ reproduksinya. Responden memilikiketakutan yang cukup serius jika terkena IMS. Responden mengaku takut mendapatkan kesulitan menjalani hidup jika terkena IMS sebanyak 87,6%, sebanyak 67,1% takut meninggal jika menderita IMS, dan 64,3% khawatir jika kehilangan pekerjaan. Kekhawatiran yang besar terhadap IMS ini tidak sejalan dengan tindakan pencegahan yang tepat, yaitu mereka rutin melakukan *vaginal douching*. Karena bagi responden *vaginal douching* merupakan upaya yang tepat untuk mencegah terkena IMS. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi mereka tentang IMS sudah cukup baik karena umumnya mereka sering memperoleh informasi mengenai IMS yang berasal dari pembinaan rutin di Resosialisasi. Akan tetapi ketakutan dan kekhawatiran responden yang besar terhadap IMS ini tidak sejalan dengan tindakan pencegahan yang tepat. yaitu mereka rutin melakukan *vaginal douching*. Padahal menurut Mandal et al (2014), Isnaeni (2014), Gama (2008) *Douching* dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang lebih banyak dibanding perempuan yang jarang melakukan *douching* yaitu risiko terkena IMS yang lebih besar yaitu diantaranya risiko kanker servik, gonore, kandiloma akuminata sampai penyakit radang panggul dan berbagai penyakit lainnya.

Hasil uji statistik dengan uji Chi-Square pada variabel persepsi manfaat, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara persepsi manfaat dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS, dengan $p\text{ value} = 0,924$ ($p > 0,05$). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi manfaat lebih baik cenderung lebih berisiko terhadap penularan IMS.

Hasil antara responden yang memiliki persepsi manfaat kurang baik dengan yang lebih baik hampir seimbang yaitu sebesar 49,3% dan 50,7%. Proporsi ini menunjukkan bahwa sebagian responden sudah memiliki persepsi manfaat yang cukup baik mengenai praktik *vaginal douching*. Namun tidak sedikit responden masih memiliki persepsi manfaat yang kurang baik terhadap *vaginal douching*. Hal ini terjadi akibat keyakinan responden yang salah mengenai *vaginal douching*. Hampir seluruh responden sebanyak 86,3% menyatakan beralasan melakukan *vaginal douching* yaitu untuk menjaga kesehatan, 68,4% dapat membuat vagina wangi dan kesat sehingga pelanggan menjadi puas, 73,9% untuk mencegah IMS, 86,3% membuat percaya diri dan meningkatkan jumlah pelanggan. Namun responden menyatakan ketidaksetujuannya bahwa *vaginal douching* adalah untuk mencegah kehamilan yaitu sebesar 78,1%, karena responden menyatakan bahwa yang dapat mencegah agar tidak hamil adalah dengan menggunakan kondom.

Berdasarkan uji statistik didapatkan proporsi responden yang memiliki persepsi manfaat lebih baik tetap cenderung lebih berisiko terhadap penularan IMS, hal ini terjadi karena responden tetap saja melakukan praktik demikian dengan alasan kesehatan. Mengenai persepsi manfaat responden tentang *vaginal douching* untuk mencegah kehamilan sudah tepat, karena responden meyakini bahwa yang dapat mencegah kehamilan adalah dengan menggunakan kondom. Persepsi responden yang sebagian besar sudah baik ini tidak sejalan dengan tindakan yang

diambilnya. Sesuai dengan Priyoto (2014) bahwa bagaimanapun sebuah tindakan dapat saja tidak diambil oleh seseorang meskipun individu tersebut percaya terhadap keuntungan mengambil tindakan tersebut.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi-Square, pada variabel persepsi hambatan, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara persepsi hambatan dengan praktik *vaginal douching* berisiko menularkan IMS, dengan $p\text{ value} = 0,149$ ($p > 0,05$). Menurut analisis sesuai proporsi antara responden yang memiliki persepsi hambatan rendah dan hambatan tinggi hampir seimbang yaitu sebesar 46,6% dan 53,4%, hal ini terjadi karena keyakinan diri responden yang tinggi akan tindakannya. Hambatan yang dihadapi responden diantaranya 20,5% merasa merepotkan, 16,5% malas melakukannya karena mengeluarkan biaya, 23,3% takut jika vagina terluka dan 53,8% *vaginal douching* tidak menjamin bebas dari kehamilan. Berdasarkan hasil wawancara bahwa seberapapun hambatan yang dihadapi, entah tinggi ataupun rendah tidak akan mempengaruhi kebiasaan responden melakukan *vaginal douching*. Praktik *vaginal douching* yang tinggi dikalangan WPS berakibat pula pada tingginya risiko penularan IMS. Responden menyatakan seberapapun hambatan yang dihadapi, demi kepentingan kesehatan mereka akan terus melakukan praktik demikian. Penelitian tidak sejalan dengan Priyoto (2014) yang menyatakan persepsi hambatan merupakan persepsi terhadap aspek negatif yang menghalangi individu untuk melakukan tindakan kesehatan, misalnya biaya mahal, bahaya, pengalaman tidak menyenangkan, rasa sakit.

Hasil uji statistik menggunakan uji Chi-Square, pada variabel persepsi isyarat untuk bertindak, didapatkan hasil tidak ada hubungan antara isyarat untuk bertindak dengan praktik *vaginal douching* berisiko menularkan IMS, dengan $p\text{ value} = 0,151$ ($p > 0,05$). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi isyarat untuk bertindak kurang baik sebesar 23,3% lebih berisiko terhadap penularan IMS, sebaliknya responden yang memiliki persepsi isyarat untuk bertindak lebih baik sebesar 37,0% cenderung lebih berisiko terhadap penularan IMS.

Berdasarkan analisis dengan melihat hasil proporsi antara responden yang memiliki persepsi isyarat bertindak kurang baik dan responden yang memiliki persepsi isyarat bertindak lebih baik hampir seimbang yaitu sebesar 46,6% dan 53,4%, hal ini terjadi karena keyakinan diri responden yang tinggi akan tindakannya. Menurut analisis seberapapun faktor pencetus yang diterima, entah baik ataupun kurang baik tidak akan mempengaruhi perilaku responden. Responden sebagian besar memiliki persepsi isyarat untuk bertindak yang tinggi dan sebesar 37,0% cenderung berisiko IMS, hal ini disebabkan keyakinan responden yang salah mengenai praktik *vaginal douching*. Responden terlanjur percaya bahwa praktik yang rutin mereka lakukan adalah tepat berdasarkan pengalaman yang sudah rutin mereka lakukan selama sekian lama. Responden menyatakan bahwa faktor pencetus yang mendorong mereka paling besar adalah berasal dari televisi dan berdasarkan pengalamannya sendiri. Hampir seluruh responden melakukan *vaginal douching* berdasarkan pengalamannya sendiri yang menyatakan nyaman,

kesat, bersih, dan dapat mengobati IMS setelah melakukan *vaginal douching* sehingga mereka rutin melakukan praktik demikian yang berakibat pula pada tingginya risiko penularan IMS.

Penutup

Faktor yang berhubungan dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS pada WPS di Resosialisasi Argorejo Semarang adalah pengetahuan, sikap, dukungan mucikari dan persepsi kerentanan, sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan praktik *vaginal douching* yang berisiko menularkan IMS pada WPS di Resosialisasi Argorejo Semarang adalah dukungan teman, ketersediaan layanan kesehatan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan persepsi isyarat bertindak.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih ditunjukkan kepada Ketua Resosialisasi Argorejo yang telah memberi ijin melakukan penelitian di Resosialisasi Argorejo dan terima kasih Fakultas Ilmu Keolahragaan, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dosen pembimbing serta seluruh responden yang terlibat dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Aral SO, Mosher WD, Cates W Jr. (1992). *Vaginal Douching among Women of Reproductive Age in the United States: 1988*. *Am J Public Health*.82(2):210–214. [PubMed: 1739149].
- Arifin, Nur Fitriana. (2012). *Penggunaan Kondom dan Vaginal Higiene sebagai Faktor Risiko Kejadian Infeksi Menular Seksual pada Wanita Pekerja Seks di Lokasi Batu 24 Kabupaten Bintan*. Skripsi. Undip.
- DiClemente RJ, Young AM, Painter JL, Wingood GM, Rose E, and Sales JM.(2012). *Prevalence And Correlates Of Recent Vaginal Douching Among African American Adolescent Females*.*J Pediatr Adolesc Gynecol.*; 25(1): 48–53.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2013). *Prevalensi Kasus IMS Provinsi Jateng*.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2014). *Laporan Program Pemberantasan Penyakit (P2P) Bidang P2 IMS Kota Semarang*.
- Ekpenyong CE, Daniel NE, and Akpan. (2014). *Vaginal douching behavior among young adult women and the perceived adverse health effects*. *Journal of Public Health and Epidemiology*. Vol. 6(5), pp. 182-191, May 2014.
- Gama, Azizah., Kusumawati, dan Aprilianingrum. (2008). *Pengaruh Aktivitas Seksual dan Vaginal Douching Terhadap Timbulnya Infeksi Menular Seksual Kondiloma Akuminata Pada Pekerja Seks Komersial Resosialisasi Argorejo Kota Semarang*.*Jurnal Penelitian Sains & Teknologi*, Vol. 9, No. 1, 2008: 30 – 51.
- Griya ASA PKBI. *Laporan Klinik IMS Griya ASA Tahun 2015*.PKBI Kota Semarang.
- Isnaeni, Noviyana. (2014). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Menular Seksual (Gonore) Pada Wanita Penjaja Seks (WPS) Di Kelurahan Bandungan Kec. Bandungan Kab. Semarang*. Semarang: STIKES Ngudi Waluyo Diploma IV Kebidanan.

- Kemenkes RI. (2011). *Surveilans Terpadu Biologis Perilaku*. Jakarta : Ditjen PP dan PL Kemenkes RI.
- Manan, El. (2011). *Miss V*. Yogyakarta: Bukubiru.
- Mandal Gautam, Raina D, Balodi G. (2014). *Vaginal douching: Methods, Practices And Health Risks. Health Sciences Research. Vol. 1, No. 4, 2014, pp. 50-57.*
- Martino JL, and Vermund S. (2002). *Vaginal douching: Evidence for risks and benefits to women's health. Epidemiol. Rev. 24:109-124.*
- Misra DP, Trabert B, Atherly-Trim S. (2006). *Variation And Predictors of Vaginal Douching Behavior. Women Health Iss. 16(5):275-282.*
- Mckee MD, Baquero M, Fletcher J. (2009). *Vaginal Hygiene Practices and Perceptions Among Women In The Urban Northeast. Women Health; 49: 321- 3.*
- Notoatmodjo. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Priyatna, Andri. 2009. *Be A Smart Teenager (For Boy and Girls)*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo.
- Priyoto. (2014). *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Qomariyah, Siti. (2007). *Vaginal Douching: Praktik Hygiene Perorangan Pada Perempuan*. Website Informasi Kesehatan Reproduksi Indonesia. <http://mitrainti.org/?q=node/321>.
- Simpson, T, Merchant J, Grimley DM, Oh MK. (2004). *Mini-Review: Vaginal Douching among Adolescent and Young Women: More Challenges Than Progress. J Pediatr Adolesc Gynecol. 17:249-255.*
- Sunay, Didem, Kaya E, Ergun Y. (2011). *Vaginal Douching Behavior Of Women And Relationship Among Vaginal Douching And Vaginal Discharge And Demographic Factors. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology.2011; Vol: 8 Issue: 4 Pages: 264- 71.*
- Wang, Bo, Li X, Stantom B, Yang H, Fang X, Zhao R, Dong B, Zhou Y, Liu W, Liang X. (2007). *Vaginal Douching, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections Among Chinese Female Sex Workers. The Carman and Ann Adams Department of Pediatrics Prevention Research Center. 32(11): 696-702.*
- Zhang, Jun, Thomas Goerge, and Leybovich Atel. (1997). *Vaginal Douching and Adverse Health Effects: A Meta-Analysis. American Journal of Public Health. July 1997, Vol. 87, No. 7.*

PROGRAM SEKOLAH KOMUNITAS UNTUK UPAYA PENINGKATAN PERILAKU PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WARGA LOKALISASI

Muhammad Azinar¹, Mahalul Azam¹, Sugiharto¹, Anik Setyo Wahyuningsih¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: azinar.ikm@mail.unnes.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Kasus HIV/AIDS terbanyak di Batang adalah berasal dari kelompok Wanita Pekerja Seks (WPS). Perilaku WPS yang kurang memperhatikan status kesehatannya, pengetahuan mereka yang masih rendah, tidak tersedianya informasi yang komprehensif serta alasan ekonomi merupakan indikasi penyebab lemahnya upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Sekolah Komunitas di lokalisi menjadi inovasi yang dapat dikembangkan untuk memecahkan masalah tersebut.

Metode: Penelitian ini dirancang dengan desain *pre-eksperimental research* dengan *one group pretest-posttest design* yang dianalisis secara kuantitatif. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Wanita Penjaja Seks (WPS) di lokalisi Petamanan kecamatan Banyuputih Kabupaten Batang yaitu sejumlah 83 orang. Sampel dalam penelitian ini ditentukan secara *purposive sampling*, diperoleh 61 orang. Instrumen penelitian yaitu perangkat media pendidikan kesehatan bagi WPS dan kuesioner *pretest* dan *posttest*. Analisis data dilakukan dengan uji Mc Nemar.

Hasil: Pelaksanaan program Sekolah Komunitas di kawasan lokalisi telah dapat meningkatkan pengetahuan (*p value* 0,031), sikap (*p value* 0,008), keterampilan WPS dalam negosiasi kondom (*p value* 0,012) serta dapat meningkatkan praktik penggunaan kondom dalam aktifitas seksual yang dilakukan WPS dengan pelanggannya (*p value* 0,002).

Simpulan: Sekolah Komunitas dapat meningkatkan perilaku pencegahan penyakit menular seksual pada warga lokalisi.

Kata kunci : sekolah komunitas, WPS

ABSTRACT

Background: Cases of HIV / AIDS in the Batang district is the most from the Female Sex Workers (FSW). FSW behavior less attention to their health status, their knowledge is still low, the unavailability of comprehensive information as well as economic reasons is an indication of the cause of weak efforts to prevent the spread of HIV/AIDS. Community Schools in localization into innovations that can be developed to solve the problem.

Methods: This study was designed to pre-experimental research designs with one group pretest-posttest design were analyzed quantitatively. The population in this study were all sex workers (FSW) in Petamanan Banyuputih localization in Batang districts are a number of 83 people. The sample in this research was determined by purposive sampling, obtained 61 sample. The research instrument is health education media, and pretest and posttest questionnaire. Data analysis with Mc Nemar test

Results: Implementation of the Community Schools program in the area of localization has been able to improve the knowledge, attitudes, skills in negotiating condom FSW and can improve the practice of condom use in sexual activities.

Conclusion: Community Schools can improve the prevention behavior of sexually transmitted disease at the localization.

Keyword : community schools, FSW

Pendahuluan

HIV/AIDS semakin lama semakin mengkhawatirkan baik dari sisi kuantitatif maupun kualitatif. Kasus HIV/AIDS mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Dalam tiga tahun terakhir kasus HIV maupun AIDS meningkat secara signifikan. Kasus HIV pada tahun 2013 adalah 29.037 kasus, meningkat pada tahun 2014 menjadi 32.711 kasus, dan tahun 2015 (Januari sampai dengan September), kasus HIV mencapai 24.791 kasus. Demikian halnya kasus AIDS, dalam tiga tahun terakhir secara garis besar juga mengalami peningkatan. Tahun 2013 kasus AIDS berjumlah 10.163 kasus, tahun 2014 menurun menjadi 5.494 kasus, dan tahun 2015 (Januari sampai dengan September) berjumlah 3.127 kasus (Dirjen P2PL, Kemenkes, 2015).

Demikian halnya kasus HIV/AIDS di Jawa Tengah juga mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Secara kumulatif, Jawa Tengah adalah propinsi peringkat ke lima dengan kasus HIV/AIDS terbanyak di Indonesia setelah DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua dan Jawa Barat. Data kasus HIV sampai dengan September 2015 sebanyak 12.267 kasus dan AIDS sebanyak 5.042 kasus (Dirjen P2PL, Kemenkes, 2015). Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah melaporkan bahwa dalam satu tahun terakhir (Januari-September 2015) di Jawa Tengah telah terjadi 2.437 kasus baru HIV (Dinkes Jawa Tengah, 2015).

Kabupaten Batang termasuk salah satu kabupaten yang memiliki risiko besar dalam penularan HIV/AIDS karena wilayah tersebut memiliki *hotspot* (tempat lokalisasi) terbanyak di Jawa Tengah yaitu sejumlah 12 *hotspot*. *Hotspot* ini tersebar sepanjang jalan Pantura. Komisi Penanggulangan AIDS kabupaten Batang, menyebutkan kasus AIDS di Batang hingga saat ini terus mengalami peningkatan. Sejak tahun 2007 hingga Juni 2015, tercatat ada 407 kasus HIV dan 116 kasus AIDS (KPA Batang, 2015).

Selama tahun 2015, di Kabupaten Batang telah ditemukan kasus baru HIV yaitu sejumlah 120 kasus. Jumlah ini meningkat dari tahun sebelumnya (Dinkes Batang, 2015). Kasus terbanyak adalah berasal dari kelompok Wanita Pekerja Seks (WPS) yaitu 37 kasus, Ibu Rumah Tangga 30 kasus, pengangguran 13 kasus dan Buruh 12 kasus (KPA Batang, 2015). Kecamatan Banyuputih adalah wilayah dengan kasus HIV/AIDS tertinggi di kabupaten Batang, yaitu 22 kasus, disusul kecamatan Bandar 20 kasus, Gringsing 16 kasus dan Batang 12 kasus (KPA Batang, 2015). Kecamatan Banyuputih adalah wilayah dengan kasus HIV/AIDS tertinggi di Batang. Hal ini disinyalir karena wilayah tersebut memiliki *hotspot* prostitusi terbanyak di Batang yaitu 3 lokalisasi resmi dan beberapa lokalisasi yang terselubung dalam bentuk kafe-kafe maupun tempat-tempat karaoke (KPA Batang, 2015).

Berdasarkan data tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa WPS merupakan kelompok yang berisiko tinggi terkena HIV/AIDS. Di Indonesia, diprediksi lebih dari 50% WPS adalah menderita PMS. Hal ini diperburuk dengan perilaku para WPS yang kurang memperhatikan status kesehatan sendiri. Sebagian besar WPS enggan untuk melakukan pemeriksaan kesehatannya dan mencari informasi terkait status kesehatannya karena alasan ekonomi dan adanya stigma negatif pada mereka. Mereka lebih memilih membeli obat sendiri termasuk menggunakan obat

antibiotik tanpa konsultasi dengan tenaga kesehatan (Amri, 2011). Penelitian Baral et al (2012) di 50 negara menyebutkan bahwa Wanita Pekerja Seks (WPS) memiliki risiko HIV/AIDS 14 kali lipat lebih tinggi dari perempuan yang memiliki usia yang sama pada populasi umum.

Pengetahuan WPS yang masih rendah terkait HIV/AIDS serta alasan untuk memperoleh penghasilan lebih merupakan penyebab utama lemahnya upaya pencegahan penularan HIV/AIDS yang dilakukan WPS di lokalisasi. Tidak tersedianya informasi yang komprehensif dan berkelanjutan di lingkungan lokalisasi menyebabkan WPS tidak mengetahui secara utuh informasi tentang penyebaran dan cara-cara pencegahan penyakit mematikan tersebut.

Berdasarkan studi Pendahuluan oleh Peneliti melalui wawancara dengan Wanita Pekerja Seks dan Pengurus Lokalisasi, diketahui akses informasi oleh WPS sangat terbatas yaitu hanya berasal dari Petugas Puskesmas pada waktu melakukan tes *screening* IMS maupun VCT dan dari LSM FKPB (Forum Komunikasi Peduli Batang) ketika melakukan penjangkauan dan penyuluhan di lokalisasi. Hal ini sesuai data FKPB, yang menyatakan bahwa 40% WPS di Batang masih memiliki pengetahuan yang kurang tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) maupun HIV/AIDS.

Untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan serta upaya pemberdayaan di kalangan WPS diperlukan sebuah inovasi pendidikan kesehatan yang berkelanjutan agar mereka memiliki perilaku kesehatan yang lebih baik, salah satu model yang dikembangkan dalam penelitian ini adalah Sekolah Komunitas di kawasan lokalisasi.

Metode

Penelitian ini dirancang dengan desain *pre-eksperimental research* dengan *one group pretest-posttest design* yang dianalisis secara kuantitatif. Penelitian ini diawali dengan *pretest* untuk mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan HIV/AIDS yang dilakukan selama ini oleh WPS peserta Sekolah Komunitas. Setelah itu proses pendidikan kesehatan dilaksanakan secara intensif yaitu 2 minggu sekali selama 4 bulan dalam bentuk Sekolah Komunitas. Setelah program, WPS peserta Sekolah Komunitas diberikan *posttest*.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Wanita Penjaja Seks (WPS) di lokalisasi Petamanan kecamatan Banyuputih Kabupaten Batang yaitu sejumlah 83 orang (Data Lokalisasi Petamanan Banyuputih Batang, 2016). Sampel dalam penelitian ini ditentukan secara *purposive sampling*, dengan kriteria: 1) bertempat tinggal di kompleks lokalisasi, 2) bisa membaca dan menulis, 3) bersedia mengikuti program Sekolah Komunitas sampai selesai. Dari kriteria tersebut diperoleh 61 orang WPS sebagai sampel.

Penelitian ini akan dilaksanakan di kompleks Petamanan kecamatan Banyuputih Kabupaten Batang. Instrumen penelitian yaitu perangkat media pendidikan kesehatan bagi WPS dan kuesioner *pretest* dan *posttest*. Analisis data dilakukan dengan uji Mc Nemar untuk membandingkan pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan HIV/AIDS oleh WPS sebelum dan sesudah pelaksanaan program Sekolah Komunitas di lokalisasi.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian, dari 61 WPS peserta sekolah komunitas, diketahui rata-rata umur mereka adalah 28 tahun. WPS termuda berumur 20 tahun dan tertua 47 tahun. Berikut gambaran tingkat pendidikan, status perkawinan dan lama bekerja sebagai WPS dari peserta Sekolah Komunitas di Lokalisasi Petamanan Banyuputih kabupaten Batang.

Tabel 1. Karakteristik WPS peserta sekolah komunitas

| Karakteristik | Frekuensi | % |
|---------------------------------|-----------|------|
| Tingkat Pendidikan | | |
| Tidak sekolah | 2 | 3,3 |
| SD | 35 | 57,4 |
| SMP | 22 | 36,1 |
| SMA | 2 | 3,3 |
| Status Perkawinan | | |
| Belum menikah | 4 | 6,6 |
| Menikah | 11 | 18,0 |
| Janda/Cerai | 46 | 75,4 |
| Lama Bekerja sebagai WPS | | |
| <1 tahun | 13 | 21,3 |
| 1-5 tahun | 42 | 68,9 |
| 6-10 Tahun | 4 | 6,6 |
| >10 tahun | 2 | 3,3 |

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar WPS peserta Sekolah Komunitas adalah berpendidikan SD yaitu 57,4%, dan SMP 36,1%, serta ada 2 orang (3,3%) WPS berpendidikan SMA. Dilihat dari status perkawinannya, sebagian besar WPS peserta Sekolah Komunitas adalah berstatus janda/cerai yaitu 75,4%. Namun demikian, ada 18,0% WPS masih berstatus menikah serta ada 4 orang WPS yang statusnya belum menikah. Berdasarkan lama bekerja sebagai WPS, sebagian besar WPS peserta Sekolah Komunitas telah menjalani pekerjaannya sebagai WPS adalah antara 1 sampai 5 tahun. Namun demikian, terdapat 13 orang WPS (21,3%) yang menjalani profesi sebagai WPS baru (kurang dari 1 tahun) serta ada 2 orang (3,3%) WPS yang sudah menekuni profesinya ini lebih dari 10 tahun.

Pelaksanaan Sekolah Komunitas

Sekolah Komunitas bagi WPS di Lokalisasi ini merupakan bentuk intervensi untuk meningkatkan perilaku kesehatan WPS khususnya dalam pencegahan penularan IMS dan HIV/AIDS. Program Sekolah Komunitas ini dilaksanakan secara intensif setiap 2 minggu sekali selama 4 bulan (8 pertemuan), masing-masing pertemuan 120 menit, dengan materi : 1) seksualitas dan perilaku berisiko, 2) IMS dan HIV/AIDS, 3) Kondom dan Negosiasi, 4) Narkoba dan minuman keras, 5) *Screening* IMS dan VCT, 6) Hepatitis, 7) TB HIV, dan 8) Personal Higiene (*vaginal douching*). Materi-materi tersebut disampaikan oleh peneliti, praktisi dari Puskesmas,

Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), LSM FKPB (LSM penjangkau program penanggulangan HIV/AIDS di kabupaten Batang), dan Kader Komunitas yang telah terlatih.

Metode dalam program sekolah komunitas adalah metode ceramah, simulasi, diskusi, dan pembagian perangkat KIE dan instrumen pendukung lainnya. Sedangkan media yang digunakan adalah LCD, *Screen proyektor*, modul, poster, leaflet, brosur, film edukasi, sound system, dildo, dan berbagai macam kondom.

Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan Negosiasi Kondom dan Penggunaan Kondom pada Aktivitas Seksual yang Dilakukan oleh WPS

Berikut gambaran perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, keterampilan negosiasi kondom dan penggunaan kondom pada aktivitas seksual yang dilakukan oleh WPS di lokasi Petamanan Banyuputih kabupaten Batang antara sebelum dan sesudah mengikuti program Sekolah Komunitas.

Tabel 2. Perbedaan pengetahuan, sikap, keterampilan negosiasi kondom dan penggunaan kondom pada aktivitas seksual yang dilakukan oleh WPS

| Pengetahuan | | Sesudah | | | p value |
|--|------------------|------------------|------------|-------------|---------|
| | | Kurang baik | Baik | Jumlah | |
| Sebelum | Kurang baik | 19 (31,1%) | 6 (9,8%) | 25 (41,1%) | 0,031 |
| | Baik | 0 (0,0%) | 36 (59,0%) | 36 (59,0%) | |
| | Jumlah | 19 (31,1%) | 42 (68,8%) | 61 (100,0%) | |
| Sikap | | Kurang mendukung | Mendukung | Jumlah | p value |
| | | | | | |
| Sebelum | Kurang mendukung | 18 (29,5%) | 8 (13,1%) | 26 (42,6%) | 0,008 |
| | Mendukung | 0 (0,0%) | 35 (57,4%) | 35 (57,4%) | |
| | Jumlah | 18 (29,5%) | 43 (70,5%) | 61 (100,0%) | |
| Keterampilan Negosiasi Kondom | | Kurang terampil | Terampil | Jumlah | p value |
| | | | | | |
| Sebelum | Kurang terampil | 25 (41,0%) | 10 (16,4%) | 35 (57,4%) | 0,012 |
| | Terampil | 1 (1,6%) | 25 (41,0%) | 26 (42,6%) | |
| | Jumlah | 26 (42,2%) | 35 (57,4%) | 61 (100,0%) | |
| Penggunaan Kondom pada Aktivitas Seksual | | Tidak selalu | Selalu | Jumlah | p value |
| | | | | | |
| Sebelum | Tidak selalu | 17 (27,9%) | 33 (54,1%) | 50 (82,0%) | 0,0002 |
| | Selalu | 0 (0,0%) | 11 (18,0%) | 11 (18,0%) | |
| | Jumlah | 17 (27,9%) | 44 (72,1%) | 61 (100,0%) | |

Sebelum dilaksanakan program Sekolah Komunitas diketahui, masih banyak WPS (41,1%) peserta Sekolah Komunitas yang belum mengetahui secara detail dan lengkap tentang penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS serta pencegahannya. Demikian halnya dengan sikap mereka terhadap penggunaan kondom sebagai upaya pencegahan penularan PMS dan HIV/AIDS, masih banyak juga WPS (42,6%) yang bersikap negatif (kurang mendukung) terhadap penggunaan kondom sebagai upaya pencegahan penularan IMS dan HIV/AIDS pada perilaku seksual berisiko. Fakta ini ditunjukkan dengan masih adanya anggapan bahwa hubungan seks menggunakan kondom merepotkan, tidak nyaman, dapat mengurangi kenikmatan, hubungan seks dengan laki-laki yang bersih tidak dapat menularkan penyakit.

Tabel 2 di atas juga menunjukkan sebelum mengikuti program sekolah komunitas, masih banyak WPS (57,4%) yang kurang terampil dalam melakukan negosiasi kondom kepada

pelanggannya, demikian halnya dengan praktik penggunaan kondom. Hampir semua WPS (82,0%) dalam aktifitas seksualnya, mereka maupun pelanggannya tidak selalu menggunakan kondom.

Setelah mengikuti program Sekolah Komunitas selama 4 bulan, diperoleh hasil bahwa terjadi perubahan atau perbedaan pengetahuan WPS peserta Sekolah Komunitas. Sebelum mengikuti program Sekolah Komunitas, 36 orang peserta (59,0%) telah memiliki pengetahuan baik tentang penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS serta pencegahannya. Setelah mengikuti program Sekolah Komunitas, peserta yang memiliki pengetahuan baik jumlahnya meningkat menjadi 42 orang peserta (68,8%). Menurut uji Mc Nemar diperoleh *p value* 0,031 (<0,05), hal ini menunjukkan terjadi perbedaan yang signifikan pada pengetahuan WPS antara sebelum dan sesudah pelaksanaan program Sekolah Komunitas.

Demikian halnya dengan sikap WPS terhadap upaya pencegahan penularan IMS dan HIV/AIDS pada perilaku seksual berisiko. Sebelum pelaksanaan program Sekolah Komunitas 35 orang peserta (57,4%) memiliki sikap yang mendukung terhadap penggunaan kondom sebagai upaya pencegahan penularan PMS dan HIV/AIDS, dan setelah mengikuti program Sekolah Komunitas, WPS yang akhirnya mendukung upaya pencegahan penularan PMS dan HIV/AIDS menjadi 43 orang (70,5%). Menurut uji Mc Nemar diperoleh *p value* 0,008 (<0,05), hal ini menunjukkan terjadi perbedaan yang signifikan pada sikap WPS antara sebelum dan sesudah pelaksanaan program Sekolah Komunitas.

Sekolah Komunitas dalam penelitian ini adalah sebuah model program pendidikan yang dikembangkan melalui pendekatan komunitas. Sekolah Komunitas ini telah memberikan penyadaran dan motivasi pentingnya penggunaan kondom pada perilaku seks berisiko, serta pemeriksaan kesehatan secara rutin. Penelitian ini selaras dengan hasil penelitian Dewi (2008), yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan pada komunitas Pekerja Seks Komersial (PSK) membawa pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap PSK. Penelitian lain oleh Purnomo (2013), yang menyatakan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pengendalian HIV/AIDS.

Berdasarkan keterampilan negosiasi kondom, sebelum mengikuti program Sekolah Komunitas sebanyak 26 orang peserta (42,6%) sudah memiliki keterampilan yang baik dalam melakukan negosiasi kondom kepada pelanggannya. Jumlah ini tergolong sedikit. Alasan ekonomi dan kehilangan pelanggan menjadi penyebab WPS tidak bersedia melakukan negosiasi kondom kepada pelanggannya. Mereka tidak punya kekuatan untuk memaksa pelanggannya agar menggunakan kondom pada saat melakukan aktifitas seksual bersamanya. Kondisi ini menjadi lebih baik setelah program Sekolah Komunitas dilaksanakan, jumlah WPS yang mampu melakukan negosiasi kondom ini naik menjadi 35 orang peserta (57,4%). Fakta yang hampir sama juga terlihat dari praktik penggunaan kondom pada aktifitas seksual WPS dengan pelanggannya. Sebelum adanya Sekolah Komunitas, hanya 11 orang WPS (18,0%) yang aktifitas seksualnya dengan pelanggan selalu menggunakan kondom. Setelah mengikuti program Sekolah Komunitas

selama 4 bulan berturut-turut, jumlah WPS yang selalu menggunakan kondom pada aktifitas seksual yang dilakukan dengan pelanggannya naik menjadi 44 orang (72,1%). Alasan pelanggan maupun WPS tidak bersedia menggunakan kondom adalah kurangnya informasi tentang pentingnya kondom sebagai pencegah penularan penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, penggunaan kondom dirasakan tidak enak, tidak nyaman, dan dapat mengurangi kenikmatan.

Hasil penelitian ini selaras penelitian Budiono (2012), yang menyatakan bahwa faktor yang terbukti berhubungan dengan praktik penggunaan kondom adalah pengetahuan WPS tentang IMS dan HIV/AIDS, sikap WPS terhadap penggunaan kondom, serta akses informasi tentang IMS dan HIV/AIDS.

Penelitian Greg, et al (2003), yang menyatakan bahwa negosiasi perempuan dan kemandirian ekonomi adalah faktor yang paling kuat yang mempengaruhi perilaku mereka dalam pencegahan HIV/AIDS khususnya dalam penggunaan kondom. Fakta ini sesuai dengan penelitian Lianne, et al (2012), yang menyatakan bahwa faktor-faktor internal, lingkungan fisik, ekonomi, dan kebijakan dan faktor sosial, secara signifikan terkait dengan upaya pencegahan HIV/AIDS melalui negosiasi kondom oleh WPS. Ketidakberdayaan pekerja seks menjadi hambatan untuk menegosiasikan praktek seks yang aman (Kate, et al, 2010). Penelitian lain oleh Exavery, et al (2012), yang menyatakan bahwa keyakinan menegosiasikan penggunaan kondom adalah prediktor signifikan dalam praktik penggunaan kondom.

WPS perlu diberdayakan untuk tidak hanya menolak hubungan seks tanpa kondom, tetapi juga untuk dapat memotivasi klien untuk menggunakan kondom. Intervensi dan promosi kondom juga harus dapat mengatasi faktor-faktor yang berdampak kemampuan WPS untuk menegosiasikan penggunaan kondom (Bharat, et al, 2013). Penelitian ini juga selaras dengan Azam, et al (2014), model integrasi Pendidik Komunitas dan sistem *reward-punishment*, dapat meningkatkan praktik penggunaan kondom di kalangan wanita pekerja seks (WPS).

Penutup

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program Sekolah Komunitas di kawasan lokalisasi telah dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan WPS dalam negosiasi kondom serta dapat meningkatkan praktik penggunaan kondom dalam aktifitas seksual yang dilakukan WPS dengan pelanggannya.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Pengurus Lokalisasi Petamanan Banyuputih kabupaten Batang atas ijin dan kerjasamanya dalam pelaksanaan program Sekolah Komunitas sebagai bentuk intervensi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Amri, A.B. 2011. *70% terinfeksi penyakit kelamin dan 3 orang HIV*. <http://dunia.vivanews.com/>.
- Azam, Mahalul; Fibriana, Arulita Ika; Azinar, Muhammad. 2014. Model Integrasi Pendidik Komunitas dan Sistem Poin “RP” (*Reward-Punishment*) untuk Pencapaian *Condom Use 100%* di Lokalisasi. *Jurnal Kemas*. 10(1): 25-32.
- Baral S et al. 2012. *High and disproportionate burden of HIV among female sex workers in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*. 19th International AIDS Conference.
- Bharat, Shalini; et al. 2013. Are female sex workers able to negotiate condom use with male clients? The case of mobile FSWs in four high HIV prevalence states of India. *PLoS ONE* 8(6).
- Budiono, Irwan. 2012. Konsistensi Penggunaan Kondom oleh Wanita Pekerja Seks/ Pelanggannya. *Jurnal Kemas*. 7(2) : 97-101.
- Dewi, N.S. 2008. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap dalam Pencegahan HIV dan AIDS pada Pekerja Seks Komersial. *Media Ners*. 2(1) Mei 2008: 1-44.
- Dirjen P2PL, Kemenkes. 2015. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Trimester III Tahun 2015*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Exavery, Amon, et.al. 2012. Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*. 12:1097.
- Greig, F., & Koopman, C. 2003. Multilevel analysis of women’s empowerment and HIV prevention: Quantitative survey results from a preliminary study in Botswana. *AIDS Behaviour*. 7: 195–208.
- Kate Shannon; Joanne Csete. 2010. Violence, Condom Negotiation, and HIV/STI Risk Among Sex Workers. *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 304(5): 573-574.
- KPA Batang. 2015. *Kondisi HIV/AIDS di Kabupaten Batang tahun 2015*. Batang : KPA Kabupaten Batang.
- Lianne A. Urada; Donald E. Morisky; Nymia Pimentel Simbulan; Jay G. Silverman; Steffanie A.S. 2012. Condom Negotiations among Female Sex Workers in the Philippines: Environmental Influences. *PLoS ONE*. 7 (Issue 3).
- Purnomo K.I., Bhisma M dan Putu S. 2013. Perbandingan Pengaruh Metode Pendidikan Sebaya Dan Metode Ceramah Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Pengendalian HIV/AIDS Pada Mahasiswa Fakultas Olahraga Dan Kesehatan. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga Universitas Pendidikan Ganesha*. 1(1): 49-56.

MODEL BARU PENANGANAN LIMBAH ELEKTRONIK DI INDONESIA BERBASIS DAUR ULANG EMAS MURNI

Restiana Kartika Mantasti Hapsari¹

¹Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: restiana_kartikamh@yahoo.com

ABSTRAK

Latar belakang: Limbah elektronik merupakan jenis sampah yang memerlukan penanganan secara khusus karena mengandung bahan berbahaya beracun (B3). Metode pengelolaan limbah elektronik dengan pembakaran (*combution*) kurang sesuai bila diterapkan sebab sampah yang mengandung logam berat ini apabila dibakar akan menimbulkan polusi udara (pencemaran timbal) yang sangat berbahaya. Namun, faktanya tidak semua masyarakat paham akan masalah ini penyebabnya adalah kurangnya kepedulian dan keterbatasan informasi akan hal ini. Perlu adanya sebuah solusi cerdas yang mengajak masyarakat untuk berkontribusi dalam gerakan ini.

Hasil: Penanganan limbah bisa melalui metode baru yakni daur ulang emas yang merupakan suatu inovasi yang mengutamakan nilai fungsi dari limbah tersebut. Komponen-komponen yang biasanya dikubur, dileburkan, atau diekspor, akan dipilah kembali menjadi bagian yang tidak terlalu rusak fisiknya sehingga akan mempermudah dalam proses daur ulang emas.

Simpulan: Metode baru penanganan limbah elektronik dapat dijadikan peluang dalam mendirikan bisnis yang menjanjikan dan ramah lingkungan apabila diterapkan secara masif juga dukungan pemerintah daerah melalui suatu UKM.

Kata Kunci: penanganan limbah, sampah elektronik, daur ulang, emas murni

ABSTRACT

Background: *Melektronik waste is a type of waste that requires special handling because they contain hazardous materials (B3) . Methods of managing electronic waste by burning (combution) is less appropriate when applied because the garbage containing these heavy metals when burned will cause air pollution (lead contamination) were very dangerous . However , the fact that not all people will understand this problem causes is lack of awareness and lack of information about this. The need for an intelligent solution that invites people to contribute in this movement.*

Results: *Treatment of waste could be through a new method that is recycled gold is an innovation that promotes the value of the function of the waste. The components are usually buried , melted , or exported , would be sorted back into parts that are not too damaged physical that will ease the process of recycling gold .*

Conclusion: *The new method of handling electronic waste can be used as an opportunity to establish promising business and environmentally friendly when applied on a massive scale also support local government through an SME .*

Keywords: *handling waste , electronic waste , recycling , pure gold*

Pendahuluan

Kehidupan manusia pada saat ini tidak terlepas dari peralatan elektronik misalnya penggunaan pesawat televisi, komputer, kulkas, ponsel dan lain-lain. Penggunaan peralatan elektronik akan semakin meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk dan perkembangan teknologi peralatan elektronik. Selama 10 tahun terakhir jumlah peralatan elektronik di Indonesia mengalami peningkatan yang cukup drastis. Peningkatan ini mengakibatkan limbah elektronik juga meningkat (Pramono, 2006).

Menurut Osibanjo et al, (2006), pada kenyataannya barang-barang elektronik biasanya tidak digunakan lagi meskipun masih dapat beroperasi untuk kemudian digantikan dengan yang baru karena konsumen menginginkan fitur-fitur baru atau yang lama tidak memadai untuk layanan terbaru dari operator, atau hanya karena ingin berganti saja. Sehingga barang-barang elektronik yang sudah tidak terpakai ini akhirnya menjadi sampah yang sering disebut sebagai *Electronic Waste (E Waste)* dan mengalami peningkatan yang sangat cepat. Dalam (Sutarto E, 2008), *E Waste* memiliki karakteristik yang berbeda dengan sampah-sampah lain. Hal ini disebabkan definisi terhadap sampah elektronik sangat bergantung dari perspektif tiap orang.

Dalam penelitiannya Jesica et al (2011), di Indonesia pada tahun 2007 diproduksi lebih dari 3 milyar unit peralatan elektronik rumah tangga dan perlengkapan IT. Masih dalam penelitian Jesica disebutkan bahwa Indonesia adalah sebagai salah satu konsumen terbesar dari peralatan elektronik rumah tangga di Asia. Dari data tersebut dapat dibayangkan pada tahun mendatang di Indonesia akan mengalami booming sampah elektronik.

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik pada tahun 2011, produksi limbah dari 380 kota di Indonesia mencapai lebih dari 80.000 ton per tahun dan jumlahnya terus meningkat setiap tahun. Dari total limbah yang terakumulasi setiap tahun, baru 6-7% di antaranya yang bisa dikelola atau didaur ulang. Undang-Undang Nomor 18 tahun 2008 tentang Pengelolaan Sampah beserta Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 2012 mengamanatkan perlunya perubahan paradigma yang mendasar dalam pengelolaan sampah yaitu dari paradigma kumpul – angkut – buang menjadi pengolahan yang bertumpu pada pengurangan sampah dan penanganan sampah atau yang lebih dikenal dengan sebutan Reduce, Reuse dan Recycle (KLH, 2013).

Sampai saat ini masih jarang ditemui fasilitas pengolahan limbah elektronik, sehingga masyarakat masih menggunakan TPA sebagai pembuangan akhir sehingga kondisinya semakin tidak terkendali. Tak terkendalinya jumlah limbah elektronik di Indonesia merujuk pada perlunya pengelolaan limbah elektronik dengan metode yang sistematis. Metode pengelolaan limbah elektronik dengan pembakaran (*combution*) kurang sesuai bila diterapkan, sebab sampah yang mengandung logam berat ini dibakar akan menimbulkan polusi udara (pencemaran timbal) yang sangat berbahaya. Di samping itu, pengolahan limbah elektronik berbeda dengan sampah organik yang dapat diolah oleh masyarakat sendiri dengan menjadikannya sebagai pupuk. Oleh karena itu, kondisi tersebut dapat dikategorikan sebagai permasalahan urgen di Indonesia sehingga membutuhkan solusi cerdas yang cepat dan tepat dalam pengolahannya. Artikel ini disusun

sebagai salah satu upaya untuk mendukung pemerintah dan industri dalam rangka pelestarian lingkungan dan kesehatan masyarakat. Integrasi sistem pengelolaan limbah elektronik menjadi kesenian digagas karena menjadikan pengolahan limbah lebih memberi nilai bisnis yang menjanjikan.

Tingkat konsumsi barang elektronik di Indonesia tidak bisa dianggap remeh jumlahnya. Berdasarkan data yang diperoleh dari Asosiasi Telepon Seluler Indonesia, disebutkan bahwa pengguna ponsel Indonesia mencapai 180 juta pengguna pada akhir tahun 2010 (Astuti et al, 2012). Selain itu, limbah elektronik dari peralatan elektronik rumah tangga dan IT turut berkontribusi besar. Disebutkan pula bahwa pada tahun 2007 Indonesia memproduksi lebih dari 3 milyar unit peralatan elektronik rumah tangga dan perlengkapan IT, dan pada tahun yang sama, konsumsi tahunan televisi mencapai 4,3 juta unit sementara kulkas mencapai 2,1 juta unit dan AC dan mesin cuci masing-masing mencapai 900.000 unit (Hanafi et al dalam Astuti et al, 2012). Dari semua jenis barang elektronik yang banyak digunakan masyarakat di Indonesia, semuanya memiliki masa pakai tertentu, sehingga akan ada saatnya untuk membuang atau tidak memakainya lagi dan dengan demikian limbah yang dihasilkan akan membludak.

Menurut Agustina (2011) sumber limbah elektronik terbesar di Indonesia juga berasal dari pelabuhan kecil dan ilegal di Batam, Wakatobi, dan Para-Pare. Terdapat 65 pelabuhan di Batam dan di Wakatobi dan Pare-Pare yang arus importasi barang-barang bekasnya tidak terawasi dengan ketat. Padahal, pelabuhan-pelabuhan tersebut merupakan pusat perdagangan atau distribusi barang-barang bekas, terutama limbah elektronik yang berasal dari Amerika Serikat (US) untuk beberapa tujuan, di antaranya; pengekspor kembali, pembongkaran dan pemisahan antara komponen-komponen yang bisa digunakan untuk masuk jasa reparasi, dengan yang tidak, untuk kemudian dihancurkan (Arora, 2008). Akibatnya, penumpukan limbah elektronik tidak terkendali sehingga mengganggu kenyamanan, lingkungan, dan kesehatan masyarakat sekitar.

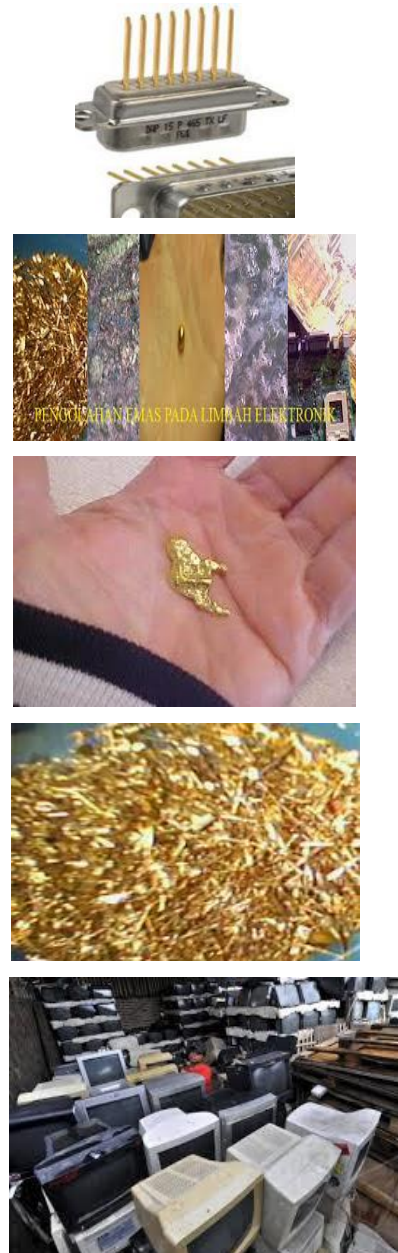
Limbah elektronik mengandung berbagai bahan berbahaya dan unsur beracun unsur yang dapat mencemari lingkungan juga kesehatan, sehingga apabila model pengelolaan tidak tepat dapat berdampak negatif. Berikut ini merupakan berbagai kandungan berbahaya dari komponen elektronik (Umesh, 2014).

Sampai saat ini masih belum memiliki fasilitas daur ulang sampah elektronik yang memadai atau mampu menampung semua sampah elektronik yang terus meningkat jumlahnya. Selain itu, teknologi yang digunakan masih relatif sederhana berupa pemisahan mekanis tanpa ada penanganan khusus untuk bahan beracun dan berbahaya (Sudaryanto, 2010). Triwiswara et al (2011) melakukan sebuah studi yang khusus meneliti tentang jasa reparasi telepon seluler di kota Bandung, dan menemukan bahwa jasa reparasi sudah diklasifikasikan menjadi 3 bagian; jasa reparasi, jasa reparasi dan penjualan telepon seluler *secondhand*, dan penjualan ponsel *secondhand*. Namun, dengan tingkat keahlian jasa *service* yang rendah, menyebabkan pemanfaatan limbah ponsel hanya 3% yang di daur ulang, sementara volume pengguna ponsel setiap tahunnya meningkat tajam.

Hasil dan Pembahasan

Dengan proses pemulihan/repairasi, penjualan kembali sebagai barang bekas (*secondhand*), daur ulang, pengeksportan, dan penguburan terbukti tidak mampu menjadi solusi yang tepat dalam menangani limbah elektronik. Semua komponen plastik, misalnya. Oleh karena itu, metode pengolahan limbah elektronik berbasis daur ulang emas ini, akan menghasilkan produk-produk yang bernilai serta ramah lingkungan.

Gambar ini merupakan suatu pengolahan limbah menjadi emas.



(Sumber Gambar: limbahemasblogspot.id)

Di China tepatnya desa Guiyu, banyak barang elektronik dari berbagai belahan dunia yang telah rusak untuk di daur ulang disini. seperti Handphone, Keyboard, Monitor, dan lain sebagainya. Begitu pula di Jepang, di beberapa pojok kota ternyata ada kesibukan yang tak

pernah kita bayangkan karena Jepang sebagai negara teknologi. Komputer bekas, handphone bekas, dan bahan elektronik lainnya, dimata kita mungkin itu hanyalah sampah yang sudah tak layak untuk disimpan lagi. Tapi para ilmuwan Jepang memiliki persepsi yang berbeda. Dari kumpulan sampah elektronik itu, mereka bisa mendapatkan emas yang tidak sedikit. Bahkan tidak hanya emas, ada juga perak, tembaga, dan logam lainnya. Pendapatan yang dihasilkan dari memulung logam-logam bekas yang terdapat pada alat elektronik tua itu tidaklah sedikit.

Dari kumpulan sampah elektronik itu, mereka bisa mendapatkan emas yang tidak sedikit. Bahkan tidak hanya emas, ada juga perak, tembaga, dan logam lainnya. Pendapatan yang dihasilkan dari memulung logam-logam bekas yang terdapat pada alat elektronik tua itu tidaklah sedikit. Bayangkan saja, dalam satu ton ore di pertambangan rata-rata emas yang bisa didapatkan hanya 5 gram. Sedangkan emas yang dihasilkan dari satu ton telepon selular bekas adalah 150 gram.

Bisnis daur ulang sampah ini sangat menguntungkan, tetapi Jepang agak kesulitan untuk mendapatkan sampah elektronik, khususnya produk telepon seluler. Karena kebanyakan dari orang-orang Jepang lebih suka menggunakan ponsel daripada telepon seluler. Walaupun begitu, dari sekian banyak ponsel yang ada di Jepang, yang bisa di daur ulang hanya sekitar 10-20 persen saja, karena penduduk Jepang lebih suka menyimpan ponsel yang sudah tidak mereka gunakan daripada harus membuangnya.

Lalu darimanakah Jepang mendapatkan suply sampah elektronik tersebut. Terbanyak diantaranya adalah dari Indonesia. Untuk mendapatkan sampah saja Jepang harus impor dari Indonesia. Sedangkan kita punya banyak lahan sampah tapi tidak bisa memanfaatkannya. Sungguh ironis memang, Kita harus menjual sampah ke Jepang yang nantinya akan kita beli lagi dalam bentuk emas atau produk lain. Lalu yang sangat mencengangkan adalah proses pengolahan atau pengambilan emas dan perak dari barang elektronik tersebut ternyata mudah bagi tangan-tangan trampil orang Indonesia. Teknik pengolahan emas dan perak pada limbah elektronik tersebut cukup mudah, murah juga tidaklah harus berteknologi. Bisa dikerjakan siapa saja khususnya orang-orang Indonesia yang notabene berkarakter trampil, ulet, telaten dan sabar. Akan tetapi memang, pengerjaanya menggunakan metode tertentu yang tidak banyak diketahui. Berikut merupakan berbagai contoh produk-produk seni yang dihasilkan dari limbah elektronik

1. Motherboard

Montherboard, padanya banyak bagian yang harus dilapisi emas.



2. Processor



3. RAM



4. Socket



5. PCB Handphone



6. SIM Card

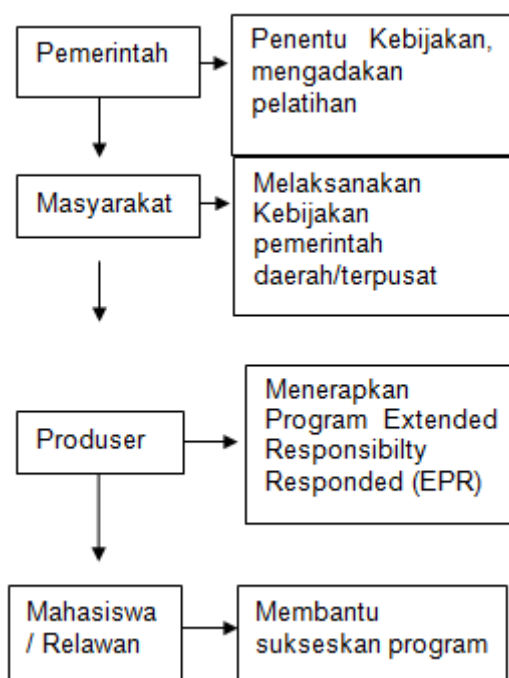


Dalam sirkuit di ponsel atau chip di kartu SIM (GSM) atau RUIM (CDMA), itu ada emasnya. Emas digunakan karena terbukti mampu menyalurkan arus elektronik lebih baik dibandingkan tembaga. Produsen ponsel atau kartu SIM/RUIM tidak pernah mengurangi atau meniadakan kandungan logam mulia itu, walaupun dalam setiap unit jumlahnya mungkin cuma seper seribu gram, karena emas pada SIM/ RUIM pada handphone kita digunakan sebagai penguat sinyal. Nah, jika berhasil mengumpulkan satu juta kartu SIM bekas, kita bias berharap mendapatkan 1.000 gram atau satu kilogram emas murni. Dan jika kita bisa mengurai ponsel bekas, akan lebih banyak lagi emas, perak dan tembaga yang bisa kita peroleh.

Yokohama Metal Co Ltd, sebuah perusahaan pemulung mendapati kenyataan bahwa ponsel dan kartu SIM merupakan tambang emas yang benar-benar luar biasa besar. Jika dari satu ton material yang diambil di tambang emas konvensional hanya didapat sekitar 5 gram emas, dari satu ton ponsel bekas yang dilebur bisa didapat 30 kali lipat, alias 150 gram emas. Bisa Rp 45 Juta Sebulan Lasykar Mandiri emas dari Singapura, dan juga Jepang, akan masuk Indonesia dan menawarkan pembelian kartu SIM bekas dengan harga sekitar Rp 100, atau Rp 1000 per ponsel. Mereka akan membangun pabrik untuk melebur alat komunikasi tadi, menjanging emas, tembaga dan perak yang ada.

A. Pihak-pihak yang Terlibat

Ada beberapa hal yang harus dilakukan untuk mengimplementasikan model pengelolaan sampah elektronik ini, dan juga dukungan dari beberapa pihak antara lain:



Gambar 2. Pihak-pihak pengimplementasi gagasan

B. Langkah-langkah strategis yang harus dilakukan

Berdasarkan pihak-pihak yang terlibat dalam pengimplementasian metode ini seperti yang telah diuraikan di atas, maka diperlukan langkah-langkah yang harus dilakukan agar implementasi metode ini secara masif tersebut dapat terwujud. Sebagai berikut ini:

1. Infrastruktur

Dukungan infrastruktur penting dibutuhkan karena biaya transaksi menjadi rendah, meliputi akses dari pengepul limbah elektronik ke industry pengembangan dan pasar jasa (*non tradable*) kepada sektor penghasil barang (*tradable*) di Indonesia.

2. Sistem Ekonomi

Indonesia perlu memberlakukan kebijakan yang bertumpu pada permintaan dan penawaran dengan prioritas utama adalah penciptaan pasar domestik.

3. Sosial

Sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat adalah komponen penting agar masyarakat mengetahui metode ini sehingga limbah elektronik dapat dioptimalkan. Langkah implementasi ini sesuai dengan Deklarasi Rio 1992 saat *United Nations Conference on Environment and Development* (UNCED) yakni penanganan terbaik isu-isu lingkungan adalah dengan partisipasi seluruh masyarakat yang tanggap terhadap lingkungan dari berbagai tingkatan.

Dengan berbagai data yang ada menunjukkan bahwa sampah elektronik di Indonesia memiliki potensi dan nilai jual yang tinggi bila bias dimanfaatkan lagi. Untuk mendorong potensi-potensi yang telah ada pemerintah juga perlu menggali potensi-potensi yang ada dikalangan sivitas akademik, memberikan pembelajaran kepada masyarakat tentang tata cara daur ulang, mengolah, mengurangi *e-waste*. Teknik terakhir dalam implementasi gagasan ini adalah dengan publikasi artikel tentang potensi pengolahan sampah elektronik menjadi barang yang memiliki nilai ekonomis ke berbagai media massa dan internet.

C. Teknik Implementasi

Pemerintah dan masyarakat diharapkan mampu untuk saling berpartisipasi untuk mewujudkan Indonesia yang bersih bebas dari limbah sehingga kesehatan dan kesejahteraan dapat dicapai. Dalam melakukan perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan program tersebut melibatkan dinas instansi terkait. Untuk menunjang keberhasilan program pengelolaan limbah elektronik yang berdaya guna bagi Indonesia, perlu pendanaan pihak-pihak terkait. Tentu saja dilakukan sesuai prosedur dan aturan yang berlaku dan dengan dukungan dari berbagai pihak.

Penutup

Limbah elektronik merupakan jenis sampah yang memerlukan penanganan secara khusus karena mengandung bahan berbahaya beracun (B3). Metode pengelolaan limbah elektronik dengan pembakaran (*combustion*) kurang sesuai bila diterapkan sebab sampah yang mengandung logam berat ini apabila dibakar akan menimbulkan polusi udara (pencemaran timbal) yang sangat berbahaya. Namun, faktanya tidak semua masyarakat paham akan masalah ini penyebabnya adalah kurangnya kepedulian dan keterbatasan informasi akan hal ini. Perlu adanya sebuah solusi cerdas yang mengajak masyarakat untuk berkontribusi dalam gerakan ini. Penanganan limbah tersebut bisa diatasi melalui metode baru yakni daur ulang emas yang merupakan suatu inovasi yang mengutamakan nilai fungsi dari limbah tersebut. Sehingga bisa dijadikan peluang dalam mendirikan bisnis yang menjanjikan dan ramah lingkungan apabila diterapkan secara masif juga dukungan pemerintah daerah melalui suatu UKM. Komponen-komponen yang biasanya dikubur,

dileburkan, atau diekspor, akan dipilah kembali menjadi bagian yang tidak terlalu rusak fisiknya sehingga akan mempermudah dalam proses daur ulang emas.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terimakasih saya ucapkan kepada kedua orangtua dan adik saya atas segala dukungannya dalam proses pembuatan paper ini.

Daftar Pustaka

- Agus Pramono. 2006. *Limbah Elektronik di Indonesia*. Berita Antara Edisi Tanggal 10 September 2016.
- Agustina, H. 2011. *The Challenges Of E-Waste Management (Indonesian Experience)*. Weee/E-Waste Management Workshop On Take-Back System Unep-Dtie-letc In Collaboration With The Global Environment Centre 13-15 July 2011, Osaka, Japan.
- Hanafi, J, Helena, K. 2011. *The Prospect of Managing WEEE in Indonesia. Proceeding of the 18th CIRP International Conference on Life Cycle Engineering, Germany*.
- Osibanjo, Oladele & Nnorom, Innocent Chidi. 2006. *Material Flows of Mobile Phones and Accessories in Nigeria: Environmental Implications and Sound End-of-Life Management Options. Environmental Impact Assessment Review vol. 28, p. 198-213*.
- Sutarto, E . 2008. *Identifikasi Pola Aliran E-Waste Komputer Dan Komponennya Di Bandung. ITB Bandung*.
- Jesica Helena, K. 2011. *The Prospect of Managing WEEE in Indonesia. Proceeding of the 18th CIRP International Conference on Life Cycle Engineering. Germany*.
- Widi Astuti, dkk. 2012. *Studi Persepsi Dan Perilaku Jasa Servis Dalam Memperpanjang Aliran Limbah Elektronik (E Waste) Di Kota Semarang*. Prosiding Seminar Nasional Pengelolaan Sumberdaya Alam dan Lingkungan Semarang. 11 September 2016. Hlm. 8-14.
- Undang-Undang Nomor 18 tahun 2008 tentang Pengelolaan Sampah beserta Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 2012. Diakses di <http://www.menlh.go.id/peraturan-pemerintahnomor-81-tahun-2012-tentang-pengelolaansampah-rumah-tangga-dan-sampah-sejenissampah-rumah-tangga/> pada tanggal 11 September 2016.
- Umesh Kumar, Dr D N Singh. 2014. *Electronic Waste: Emerging Health Threats International Journal of Engineering Research and Development e-ISSN: 2278-067X, p-ISSN: 2278-800X, www.ijerd.com Volume 9, Issue 10 (January 2014), Hlm. 17-21*.
- Sudaryanto, Kiayati Yusriyah, Erry T. Andesta. *Studi Komparatif Kebijakan Pengelolaan Sampah Elektronik Di Negara Berkembang*. Universitas Gunadharma Document. Hlm.1-10.
- Triwiswara, M. 2011. *Identifikasi Kegiatan Reuse Dan Recycle E-Waste Telepon Seluler Pada Sektor Secondhand Di Kota Bandung*. Dokumen Institut Teknologi Bandung. Hlm 1 – 12.

MENCIPTAKAN 100% AKSES SANITAS LAYAK BAGI INDONESIA MELALUI PENGUKURAN CEPAT DAN BERKELANJUTAN

Nur Alvira¹, Yudha Pracastino Heston²

¹Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Yogyakarta

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Kebijakan dan Penerapan Teknologi,
Kementerian Pekerjaan Umum

Surel: irha011185@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Sanitasi yang buruk di Indonesia menimbulkan implikasi serius terhadap kualitas sumber daya manusia dan kemampuan produktif suatu bangsa di masa akan datang. Untuk memperbaiki kondisi tersebut, diperlukan sistem pengukuran yang cepat dan berkelanjutan. Penelitian ini menciptakan sebuah metode pengukuran yang cepat, tepat, sistematis dan berkelanjutan untuk memotret kondisi sanitasi di sebuah wilayah.

Metode: Sistem ini dibuat melalui metode studi kasus pada wilayah dengan tantangan sanitasi yang spesifik seperti daerah pantai, muara, sungai, rawa, muka air tanah tinggi dan daerah banjir. Metode *grounded theory* dipilih untuk menghasilkan variabel yang dapat menjelaskan kualitas layanan sanitasi dengan penelusuran indikator melalui *open coding* dan proses validiasi melalui *expert judgment*.

Hasil: Ditemukan 5 variabel, 40 indikator dan parameter untuk memotret kondisi sanitasi suatu wilayah, yaitu: 1) kesehatan, 2) sumber daya lingkungan dan alam, 3) teknologi dan operasi, 4) finansial dan ekonomi, 5) sosial-budaya dan kelembagaan. Data bersumber dari Kabupaten/Kota dalam Angka, Buku Putih Sanitasi, Status Lingkungan Hidup Daerah, Strategi Sanitasi Kabupaten, Rencana Detail Tata Ruang, Momerandum Program Sanitasi, *Environment Health Risk Assessment* dan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota.

Simpulan: Para pemangku kepentingan dapat menggunakan system ini untuk membuat strategi tindakan yang tepat dalam 100% akses sanitasi yang layak.

Kata Kunci: Sanitasi, Berkelanjutan, Pengukuran, Cepat

ABSTRACT

Background: Poor sanitation in Indonesia has serious implications on the quality of human resources and productive capacity of a nation. To correct the condition, rapid measurement system is needed to support the implementation of sustainable sanitation. This study creates a rapid, precise, systematic and sustainable measurement method to describe the sanitary conditions in an area.

Method: This method is used for creating a case study in the area with sanitary conditions and specific challenges such as on the coast, estuaries, rivers, swamps, ground water level is high and flooded areas. Grounded theory method selected to produce the variables that can be used to describe the quality of sanitation services with assessment indicators searches through open coding with validiasi process through expert panels.

Results: Found 5 variables, 40 indicators and parameters to describe the sanitary conditions of a region, namely: 1) health, 2) environment and natural resources, 3) technology and operations, 4) financial and economic, 5) The socio-cultural and institutional. These variables equipped with data sourced from Regency / City in figures, the White Book Sanitation, Environmental Status Area, Strategic Sanitation District, Detailed Spatial Plan, Momerandum Sanitation Program, PDAM Documents, Environment Health Risk Assessment and the Health profile of District / City.

Conclusion: Stakeholders can use this system to create a strategy appropriate action in 100% access to improved sanitation.

Key Words: Sanitation, Sustainable, Measurement, Rapid

Pendahuluan

Indonesia menempati peringkat kedua sebagai negara dengan proporsi penduduk tanpa akses sanitasi layak. Data menunjukkan Indonesia sangat membutuhkan pengelolaan sanitasi. Ini karena sebagian besar sungai-sungai dan bendungan di Indonesia tercemar oleh limbah rumah tangga karena pengelolaan sanitasi yang buruk (UNICEF, 2008). Secara eksplisit, potret sanitasi Indonesia memperlihatkan 30% rumah belum memiliki sanitasi yang baik, bahkan hanya 1% anggaran APBD kota dialokasikan untuk sanitasi dan karena sanitasi yang buruk kerugian ekonomi mencapai 6,3 milyar dolar per tahun (World Bank, 2011). Selain itu, pencemaran ke badan air dan lahan mencapai 14.000 ton tinja per hari, ini artinya 75% sumber air minum terancam rusak dan genangan di pemukiman makin sering terjadi yang diperburuk oleh perubahan pola hujan (Direktur Perumahan dan Permukiman, 2009).

Sanitasi dan perilaku kebersihan yang buruk serta air minum yang tidak sehat menjadi pangkal soal penyakit terutama diare (UNICEF, 2012). Riskesdas 2007 menunjukkan diare sebagai penyebab 31 persen kematian anak usia antara 1 bulan hingga satu tahun, dan 25 persen kematian anak usia antara satu sampai empat tahun (Health, 2007). Adapun bagi anak-anak yang bertahan hidup, diare berpengaruh terhadap serapan gizi, sehingga menghalangi anak-anak untuk dapat mencapai potensi maksimal mereka. Kondisi ini selanjutnya menimbulkan implikasi serius terhadap kualitas sumber daya manusia dan kemampuan produktif suatu bangsa di masa yang akan datang (Adair, 2008).

Mengingat kondisi diatas, berbagai inovasi dalam mengatasi permasalahan sanitasi terus dilakukan. *Sustainable sanitation* atau sanitasi yang berkelanjutan dianggap dapat membantu melindungi dan meningkatkan kesehatan manusia karena menyediakan lingkungan yang bersih dan membebaskan dari penyakit (Water, 2015). Menurut Water and Sanitation Program, Sanitasi harus terjangkau secara ekonomis, diterima secara sosial, serta dilengkapi faktor teknis dan institusi yang baik, serta melindungi lingkungan dan sumber daya alam (Program, 2011). Selama ini, metode penilaian sanitasi lebih mengedepankan penggunaan aspek fisik seperti yang telah digunakan oleh lembaga WHO – UNICEF, MDGs, Sustainable Sanitation Alliance, WASHcost, juga negara-negara seperti Ghana, Laos, India, Mozambik, dan lain lain (Lüthi, C., Panesar, A., Schütze, T., Norström, A., McConville, J., Parkinson, J., Saywell, D., Ingle, R., 2011), (Program, 2011), (Stalker, Peter, 2008). Aspek fisik perlu dilengkapi dengan penilaian dari aspek non fisik untuk menjamin keberlanjutan layanan sanitasi.

Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa perlu adanya system pengukuran yang cepat untuk mendukung penerapan sanitasi berkelanjutan dengan mempertimbangkan aspek kesehatan, sumber daya lingkungan dan alam, aspek teknologi dan operasi, aspek finansial dan ekonomi, aspek sosial-budaya dan kelembagaan. Selain mempertimbangkan aspek-aspek tersebut, kondisi sanitasi di Indonesia dihadapkan pada berbagai tantangan kondisi fisik yakni daerah pantai dan muara, sungai, rawa dan Muka Air Tanah (MAT) Tinggi, serta daerah banjir. Hasil dari system pengukuran ini dapat menghasilkan informasi yang yang cepat, tepat, sistematis dan berkelanjutan

untuk memotret kondisi sanitasi di sebuah wilayah, sehingga para pemangku kepentingan dapat menetapkan strategi yang tepat untuk menciptakan 100% akses sanitasi yang layak bagi masyarakat.

Metode

Pendekatan penelitian ini adalah studi kasus dengan pengumpulan data dari semua pihak baik melalui wawancara, studi dokumentasi maupun observasi. Penelitian ini menekankan pada kedalaman pemahaman atas masalah sanitasi. Oleh karena itu, penelitian dilakukan secara intensif, terperinci, dan mendalam terhadap suatu gejala atau fenomena tentang sanitasi dengan lingkup yang sempit, namun dimensi yang digali cukup luas, mencakup berbagai aspek. Lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan kondisi dan tantangan yang dihadapi masing-masing daerah spesifik, yaitu: pantai dan muara, sungai, rawa dan muka air tanah tinggi, juga daerah banjir. Berdasarkan pada gambaran karakteristik suatu wilayah dengan tantangan yang dihadapi, maka wilayah yang dianggap berada pada kondisi tersebut adalah Jawa Tengah (Kota Solo), Jawa Timur (Kota Malang) dan Kalimantan Selatan (Kota Banjarmasin).

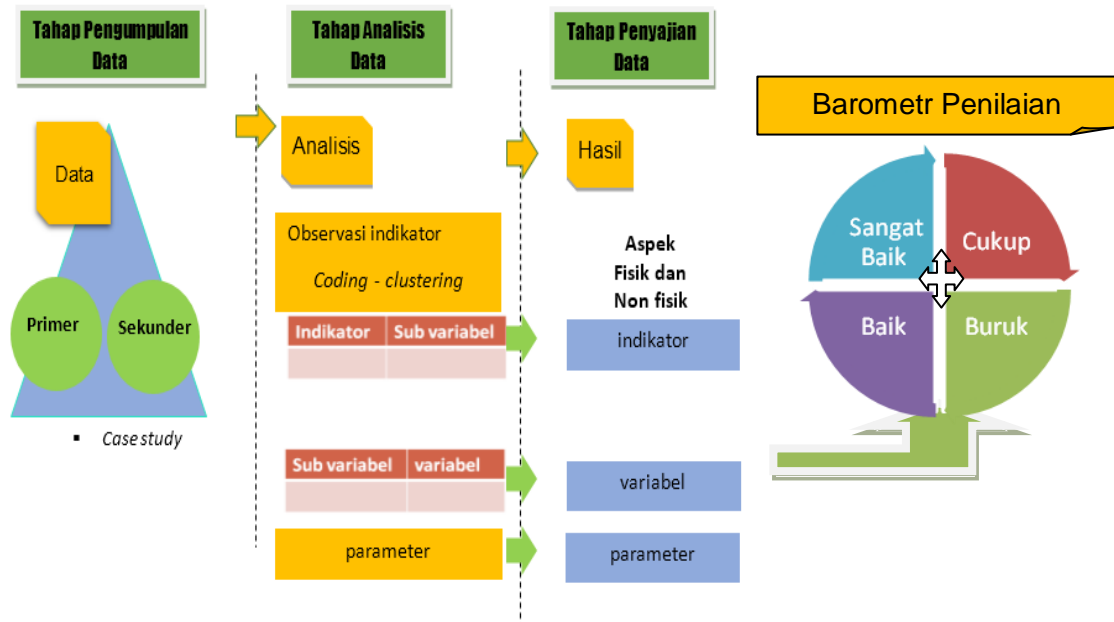
Pemilihan informan dilakukan secara purposive sesuai dengan masalah dan tujuan penelitian dengan tehnik pengumpulan data berupa wawancara mendalam (*Indepth Interview*) dan *Focus Group Discussion* (FGD), yaitu sector-sektor kunci yang berkaitan dengan aspek sanitasi berkelanjutan, seperti: BPS, BAPPEDA, Dinas Cipta Karya dan Tata Ruang, BLH, PDAM, IPAL, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Analisis data dalam penelitian ini adalah analisis isi (*Content Analysis Document*) yaitu memeriksa dokumen secara sistematis dalam bentuk komunikasi yang dituangkan secara tertulis dalam bentuk yang obyektif (Eriyanto, 2011). Selain itu, penelitian ini juga dilengkapi dengan analisis model interaktif, yang terdiri dari proses reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi (Miles., Matthew B, A., Michael Huberman dan Johnny Saldana, 2014). Seluruh hasil yang diperoleh dalam proses mewujudkan pengukuran sanitasi berkelanjutan ini akan divalidasi kelompok ahli yang didasarkan pada kemampuan intelektual di bidang layanan sanitasi dan akademisi di bidang kesehatan lingkungan dan tata ruang.

Hasil dan Pembahasan

1. Proses mewujudkan pengukuran sanitasi berkelanjutan.

Indikator-indikator yang digunakan untuk mengukur layanan sanitasi yang di tiga lokasi studi melalui pengkajian data sekunder dan primer, dengan proses sebagai berikut:



Gambar 1. Langkah-langkah mewujudkan Pengukuran Sanitasi Berkelanjutan

a. Tahap Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumentasi dan diskusi kelompok dengan menggunakan 2 tipe sumber data, yaitu:

- 1) Data Sekunder dalam penelitian ini adalah data yang telah dikeluarkan oleh sector-sector kunci yang berkaitan dengan aspek sanitasi. Dokumen dari instansi-instansi tersebut seperti: Kabupaten/Kota dalam Angka, Buku Putih Sanitasi, Status Lingkungan Hidup Daerah (SLHD), Strategi Sanitasi Kabupaten (SSK), Rencana Deteil Tata Ruang (RDTR), Momerandum Program Sanitasi (MPS), Dokumen PDAM, *Enviroment Health Risk Assessment (EHRA)* dan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota
- 2) Data Primer, merupakan data yang dikumpulkan dan diolah sendiri oleh tim peneliti melalui metode FGD.

b. Tahap Analisis Data

- 1) Hasil pengumpulan data primer dan sekunder akan diseleksi kembali untuk ditetapkan sebagai indikator pengukuran layanan sanitasi di suatu wilayah. Indikator yang telah ditetapkan akan dikelompokkan ke dalam beberapa sub variabel dan disederhanakan menjadi 5 variabel inti. Setiap indikator pengukuran yang telah dikelompokkan sesuai dengan variabelnya, akan dibuat parameter pengukuran kedalam 4 tingkatan yang telah digunakan dalam menilai sanitasi sector fisik, yaitu: Sangat Baik (*Highly Improved Service*), Baik (*Improved Service*), Cukup (*Basic Service*) dan Buruk (*No or Unacceptable Service*). Interpretasi dari parameter tersebut akan menggunakan standar atau target yang di modifikasi namun berlaku secara nasional seperti yang digunakan dalam Peraturan Menteri Kesehatan, Kementerian PU, Kementerian Lingkungan Hidup maupun secara international seperti standar MDG's.

- 2) Hasil dari pengukuran sanitasi aspek non fisik akan di komparasi dengan aspek fisik untuk mengetahui interaksi dari dua aspek ini dalam menjamin keberlanjutan layanan sanitasi di suatu wilayah.
- 3) Instrumen pengukuran yang telah dihasilkan bersifat perkiraan (*judgment*), berdasarkan analisis dan pertimbangan logika dari para peneliti dan ahli.

c. Tahap Penyajian

Hasil dari penyempurnaan instrument ini dapat digunakan dalam uji coba penilaian pengukuran cepat sanitasi berkelanjutan Aspek Non Fisik yang terdiri dari variabel, indikator dan parameter dimana hasil akhir dari penguraan dapat dibuat barometer dengan 4 skala risiko penilaian yaitu sangat baik, baik, cukup, buruk.

2. Hasil pengukuran cepat dan berkelanjutan

Berikut adalah hasil dari pengembangan proses menciptakan alat ukur kondisi sanitasi secara cepat dan berkelanjutan

- a. Hasil penelusuran data dalam bentuk primer dan sekunder yang dapat dijadikan sebagai indikator untuk memotret kondisi dari suatu wilayah

Tabel 1. Hasil penelusuran indikator penilaian sanitasi melalui data primer dan sekunder

| No | INDIKATOR | DATA PRIMER | DATA SEKUNDER |
|----|---|---------------------------|-------------------------|
| 1 | 10 Besar Pola Penyakit Rawat Jalan Puskesmas | | Profil Kesehatan |
| 2 | Data Kepadatan Penduduk ^(BPS, 2013) | FGD Surakarta | BPS |
| 3 | Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat | | Profil Kesehatan |
| 4 | Prosentase Keluarga Dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar | FGD Banjarmasin | Profil Kesehatan |
| 5 | Prosentase Rumah Sehat | FGD Malang | Profil Kesehatan |
| 6 | Prosentase Rumah Tangga Ber PHBS | | Profil Kesehatan |
| 7 | Prosentase KLB Penyakit Berbasis Lingkungan (Limbah) | | Profil Kesehatan |
| 8 | Prevalensi Penyakit Diare | FGD Surakarta | Profil Kesehatan |
| 9 | Kasus Diare Yang Ditangani | | Profil Kesehatan |
| 10 | Prosentase Keluarga Menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum | FGD Surakarta, FGD Malang | Profil Kesehatan |
| 11 | Kepemilikan Rumah Tangga Terhadap Tempat BAB | FGD Surakarta | SLHD |
| 12 | Jenis Penyakit Yang Ditimbulkan Akibat Gangguan Lingkungan | | SLHD |
| 13 | Pengelolaan Limbah BBB | | SLHD |
| 14 | Pencemaran Tanah | | SLHD |
| 15 | Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat | FGD Banjarmasin | SSK |
| 16 | Tujuan, Sasaran, dan Tahapan Strategi Pencapaian Pengelolaan Sanitasi Rumah Tangga | | SSK |
| 17 | Tujuan, Sasaran, dan Strategi Pengelolaan Air Bersih dan Minum | FGD Banjarmasin | SSK |
| 18 | Praktek Pembuangan Kotoran Anak Balita Di Rumah Responden Yang Rumahnya Ada Balita | | BPS |
| 19 | Jumlah KK Yang Memiliki Saluran Pengelolaan Air Limbah | | Profil Sanitasi Wilayah |
| 20 | Kejadian Banjir ^{(Sanitasi, 2012), (Sanitasi, Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA), 2012) (Sanitasi, Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment, 2012)} | FGD Banjarmasin | EHRA |

| | | | |
|----|--|--|------------------|
| 21 | Program Pengembangan dan Penyehatan Lingkungan Sehat (Pembiayaan APBD) | | Profil Kesehatan |
| 22 | Anggaran Pengelolaan Lingkungan Hidup | | SLHD |
| 23 | Perhitungan Pertumbuhan Pendanaan APBD Untuk Operasional/Pemeliharaan dan Investasi Sanitasi (SSK, 2014-2018) (SSK, Startegi Sanitasi Kabupatgen Banjarmasin, 2014-2018) | FGD Banjarmasin, FGD Malang | SSK |
| 24 | Perkiraan Besaran Pendanaan APBD Untuk Kebutuhan Operasional / Pemeliharaan Aset Sanitasi Terbangun (SSK, Startegi Sanitasi Kabupatgen Banjarmasin, 2014-2018) | FGD Banjarmasin | SSK |
| 25 | Perkiraan Kemampuan APBD Dalam Mendanai Program/Kegiatan SSK (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Malang, 2014-2018), (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Surakarta, 2014-2018) | | SSK |
| 26 | Kesediaan/Kepedulian Pemda Kab/Kota untuk Menganggarkan Biaya OM Di Dalam DPA APBD (SSK, Startegi Sanitasi Kabupatgen Banjarmasin, 2014-2018) | FGD Banjarmasin | SSK |
| 27 | Kesediaan/Kepedulian Pemda Kab/Kota untuk Memberikan Subsidi Untuk OM (SSK, Startegi Sanitasi Kabupatgen Banjarmasin, 2014-2018) | FGD Banjarmasin | SSK |
| 28 | Kesediaan dan Kapasitas Rumah Tangga dan Masyarakat untuk Membayar Layanan Sanitasi (Sanitasi, Laporan Studi Enciromental Health Risk Assessment, 2012), (Sanitasi, Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA), 2012), (Sanitasi, Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA), 2012). | | EHRA |
| 29 | Jumlah dan Kepadatan Penduduk Saat Ini dan Proyeksinya Untuk 5 Tahun (BPS, 2013) (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013) (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) | FGD Malang, FGD Surakarta, FGD Banjarmasin | BPS |
| 30 | Pengelolaan Sarana Jamban Keluarga Dan MCK Oleh Masyarakat (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013), (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) | FGD Banjarmasin, FGD Malang | BPS |
| 31 | Kualitas Tangki Septik yang Dimiliki: Suspek Aman dan Tidak Aman (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013) | FGD Malang, FGD Banjarmasin | BPS |
| 32 | Media Komunikasi yang Ada (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013), (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) | | BPS |
| 33 | Produksi Air Bersih PDAM | FGD Banjarmasin, FGD Malang | PDAM |
| 34 | Produksi, Distribusi, Penjualan dan Tingkat Kehilangan Air | FGD Banjarmasin | PDAM |
| 35 | Kegiatan Komunikasi yang ada (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013), (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) | | BPS |
| 36 | Tahapan Pengembangan Air Limbah Domestik – Sistem Onsite (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Surakarta, 2014-2018) | FGD Surakarta | SSK |
| 37 | Tahapan Pengembangan Air Limbah Domestik – Sistem Offsite (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Surakarta, 2014-2018) | FGD Surakarta | SSK |
| 38 | Saluran Akhir Pembuangan Tinja (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Surakarta, 2014-2018) | FGD Surakarta | BPS |
| 39 | Jumlah Kebutuhan Air Bersih Untuk Domestik | FGD Banjarmasin | PDAM |
| 40 | IPAL Terpadu | FGD Surakarta, FGD Malang | PDAM |
| 41 | Legalitas Izin Mendirikan Bangunan (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013) | FGD Banjarmasin | |
| 42 | Prosentase Keluarga Miskin (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013) | | BPS |
| 43 | Drainase Lingkungan Sekitar Rumah (BPS, Kota Surakarta dalam Angka, 2013) (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) | FGD Surakarta, FGD Malang | BPS |

Proses penetapan indikator penilaian dilakukan melalui expert panel, dimana hasil pengelompokan indikator dikelompokkan kembali menjadi variabel. Variabel merupakan penggabungan dari 2-5 sub variabel. Dari hasil pengelompokan ditemukan 5 variabel yang menentukan kualitas layanan sanitasi suatu wilayah, yaitu: 1) Kesehatan, 2) Sumber Daya Lingkungan dan Alam, 3) Teknologi dan Operasi, 4) Finansial dan Ekonomi, 5) Sosial-Budaya dan Kelembagaan. Seluruh variabel ini dilengkapi dengan definisi operasional, indikator, kategori dan parameter penilaian baik secara kuantitatif sebagai berikut:

Tabel 2. Penetapan variabel, indikator, kategori dan parameter untuk memotret sanitasi wilayah

| Variabel | Indikator | Kategori | Parameter Kuantitatif | Parameter Kualitatif |
|-----------|--|-------------|---|---|
| Kesehatan | 10 besar pola penyakit rawat jalan puskesmas | Sangat Baik | Penyakit berbasis sanitasi tidak masuk dalam urutan 10 besar penyakit rawat jalan di puskesmas pada Periode Waktu Penialain | Penyakit berbasis sanitasi tidak masuk dalam urutan 10 besar penyakit rawat jalan di puskesmas pada Periode Waktu Penialain |
| | | Baik | Penyakit berbasis sanitasi di rawat jalan puskesmas mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya | Penyakit berbasis sanitasi di rawat jalan puskesmas mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | Penyakit berbasis sanitasi di rawat jalan puskesmas berada pada kondisi yang sama (peringkat yang sama) dibandingkan periode waktu sebelumnya | Penyakit berbasis sanitasi di rawat jalan puskesmas berada pada kondisi yang sama (peringkat yang sama) dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Buruk | Penyakit berbasis sanitasi di rawat jalan puskesmas berada pada kondisi (peringkat yang sama) dibandingkan periode waktu sebelumnya | Penyakit berbasis sanitasi di rawat jalan puskesmas berada pada kondisi (peringkat yang sama) dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Prosentase tempat umum dan pengelolaan makanan sehat | Sangat Baik | >80,00% Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penialain | Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat memenuhi Target Nasional (>80%) atau Target Daerah |
| | | Baik | 53,34%-80,00% Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 26,68-53,33% Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penialain | Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat tidak mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Buruk | <26,68% Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penialain | Prosentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Prosentase rumah sehat | Sangat Baik | >= 75% Rumah di Suatu Wilayah dinyatakan Sehat dari Total Rumah yang Diperiksa pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Sehat memenuhi Target Nasional (>= 75%) atau Target Daerah |
| | | Baik | 49,33%-74,00% Rumah di Suatu Wilayah dinyatakan Sehat dari Total Rumah yang Diperiksa pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Sehat mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 24,68%-49,32% Rumah di Suatu Wilayah dinyatakan Sehat dari | Prosentase Rumah Sehat tidak mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode |

| | | | |
|--|-------------|---|--|
| | | Total Rumah yang Diperiksa pada Periode Waktu Penilaian | waktu sebelumnya |
| | Buruk | <24,68% Rumah di Suatu Wilayah dinyatakan Sehat dari Total Rumah yang Diperiksa pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Sehat mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| Prosentase rumah tangga berPHBS | Sangat Baik | >=70% Rumah Tangga di Suatu Wilayah sudah berPHBS pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase rumah tangga berPHBS memenuhi Target Nasional (>=70%) atau Target Daerah |
| | Baik | 46%-69% Rumah Tangga di Suatu Wilayah sudah berPHBS pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Tangga berPHBS mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 24%-45% Rumah Tangga di Suatu Wilayah sudah berPHBS pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Tangga berPHBS tidak mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | <24% Rumah Tangga di Suatu Wilayah sudah berPHBS pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah berPHBS mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| Prosentase KLB penyakit berbasis lingkungan (limbah) | Sangat Baik | Tidak ada Penyakit Berbasis Lingkungan berada Pada Kondisi KLB pada Periode Waktu Penilaian | Tidak ada Penyakit Berbasis Lingkungan berada Pada Kondisi KLB pada Periode Waktu Penilaian |
| | Baik | 33%-65% Penyakit Berbasis Lingkungan berada Pada Kondisi KLB pada Periode Waktu Penilaian | Terjadi peningkatan jumlah KLB pada penyakit berbasis lingkungan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 66%-99% Penyakit Berbasis Lingkungan berada Pada Kondisi KLB pada Periode Waktu Penilaian | Tidak Terjadi peningkatan jumlah KLB pada penyakit berbasis lingkungan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | Seluruh Penyakit Berbasis Lingkungan berada Pada Kondisi KLB pada Periode Waktu Penilaian | Terjadi penurunan jumlah KLB pada penyakit berbasis lingkungan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| Kepemilikan rumah tangga terhadap tempat BAB | Sangat Baik | >=80,00% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase rumah tangga yang menggunakan jamban sesuai standar kesehatan memenuhi Target Nasional (>=80%) atau Target Daerah |
| | Baik | 52,67%-79%% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase rumah tangga yang menggunakan jamban mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 26,64%-52,66% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase rumah tangga yang menggunakan jamban sesuai standar kesehatan mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |

| | | | | |
|--|-------------------------|-------------|--|---|
| | | Buruk | <26,64% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase rumah tangga yang menggunakan jamban sesuai standar kesehatan mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| Prevalensi penyakit diare | | Sangat Baik | $\leq 285/1000$ Prevalensi Penyakit Diare di suatu Wilayah | Prevalensi penyakit diare di suatu wilayah memenuhi target nasional ($\leq 285/1000$) atau Target Daerah |
| | | Baik | 286/1000-380/1000 Prevalensi Penyakit Diare di suatu Wilayah | Prevalensi penyakit diare di suatu wilayah mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 379/1000 - 474/1000 Prevalensi Penyakit Diare di suatu Wilayah | Prevalensi penyakit diare di suatu wilayah tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Buruk | $>475/1000$ Prevalensi Penyakit Diare di suatu Wilayah | Prevalensi penyakit diare di suatu wilayah mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| Praktek pembuangan kotoran anak balita di rumah responden yang rumahnya ada balita | | Sangat Baik | $\geq 80,00\%$ Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak telah memenuhi Target Nasional ($\geq 80\%$) atau Target Daerah |
| | | Baik | 52,67%-79%% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 26,64%-52,66% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Buruk | <26,64% Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Rumah Tangga di Suatu Wilayah telah Menggunakan Jamban yang Memenuhi Standar Kesehatan untuk Membuang Kotoran Berak Anak mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| Aspek Sumber Daya Lingkungan Dan Alam | Data Kepadatan Penduduk | Sangat Baik | < 200 Jiwa/Hektar | Jumlah kepadatan penduduk memenuhi standar < 200 jiwa/hektar yang ditetapkan |
| | | Baik | 200-399 Jiwa/hektar | Jumlah kepadatan penduduk mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 400-500 Jiwa/Hektar | Jumlah kepadatan penduduk tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu |

| | | | |
|--|-------------|---|---|
| | | | sebelumnya |
| | Buruk | > 500 Jiwa/Hektar | Jumlah kepadatan penduduk mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| Prosentase Keluarga Menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum | Sangat Baik | >80,00% Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum memenuhi Target Nasional (>80%) atau Target Daerah |
| | Baik | 53,34%-80,00% Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 26,68-53,33% Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum tidak mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | <26,68% Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum Memenuhi Syarat Kesehatan pada Periode Waktu Penilaian | Prosentase Keluarga menurut Jenis Sarana Air Bersih dan Sumber Air Minum mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| Pengelola Limbah BBB | | | |
| Kualitas | | | |
| 1) TDS | Sangat Baik | < 500 | Nilai TDS memenuhi standar < 500 jiwa/hektar yang ditetapkan |
| | Baik | 500-1000 | Nilai TDS mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 1000-1500 | Nilai TDS tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | > 1500 | Nilai TDS mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| 2) Kekeruhan | Sangat Baik | < 5.0 | Nilai kekeruhan memenuhi standar <5.0 |
| | Baik | 5.0-15.0 | Nilai kekeruhan mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 15.0-25.0 | Nilai kekeruhan tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | > 25.0 | Nilai kekeruhan mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| 3) PH | Sangat Baik | 6.5-7.5 | |
| | Baik | 5.5-6.5 atau 7.5-8.5 | |
| | Cukup | 4.5 atau 8.5-9.5 | |
| | Buruk | < 4.5 atau > 9.5 | |
| 4) Nitrat | Sangat Baik | < 5.0 | Nilai Nitrat memenuhi standar <5.0 |
| | Baik | 5.0-10.0 | Nilai Nitrat mengalami penurunan dibandingkan |

| | | | |
|---|-------------|----------------------|--|
| | | | periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 10.0-50.0 | Nilai Nitrat tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | >50.0 | Nilai Nitrat mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| 5) Kedasahan | Sangat Baik | < 5.0 | Nilai kedasahan memenuhi standar <5.0 |
| | Baik | 5.0-10.0 | Nilai kedasahan mengalami penurunan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 10.0-50.0 | Nilai kedasahan tidak mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | >50.0 | Nilai kedasahan mengalami peningkatan dibandingkan periode waktu sebelumnya |
| Kuantitas | | | |
| 1) Daya Dukung Air Tanah | Sangat Baik | > 2000 | Terdapat kenaikan prosentase akses air minum \geq 10% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Baik | 1500-2000 | Terdapat kenaikan prosentase akses air minum 9%-5% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Cukup | 1000-1500 | Terdapat kenaikan prosentase akses air minum 4% -1% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Buruk | < 1000 | terjadi penurunan prosentase akses air minum dibandingkan tahun sebelumnya |
| 2) Akses penggunaan Air Bersih | Sangat Baik | 1.0-2.0 | |
| | Baik | 2.1-3.0 | |
| | Cukup | 3.1-4 | |
| | Buruk | \geq 4.1 | |
| 3) Kedalaman Muka Air Tanah | Sangat Baik | 0-5.0 | |
| | Baik | 5.0-10.0 | |
| | Cukup | 10.0-15.0 | |
| | Buruk | >15.0 | |
| Cakupan Layanan Air Limbah Domestik – Sistem Onsite | Sangat Baik | > 60% Sistem Onsite | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem on site memenuhi Target Nasional (>60%) atau Target Daerah |
| | Baik | 40-60% Sistem Onsite | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem Onsite mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Cukup | 20-39% Sistem Onsite | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem Onsite tidak mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Buruk | < 20% Sistem Onsite | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem Onsite mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |

| | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|--|--|
| | Cakupan Layanan Air Limbah Domestik – Sistem Offsite | Sangat Baik | <1% | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem off site memenuhi Target Nasional (< 1%) atau Target Daerah |
| | | Baik | 1-2% | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem Onsite mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 3-4% | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem Onsite tidak mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Buruk | >4% | Prosentase pengembangan air limbah domestik sistem Onsite mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Jumlah Kebutuhan Air Bersih Untuk Domestik | Sangat Baik | >=80,00% Jumlah Kebutuhan Air Bersih untuk Domestik telah Terpenuhi | Prosentase jumlah kebutuhan air bersih memenuhi Target Nasional (>= 80%%) atau Target Daerah |
| | | Baik | 52,67%-79%% Jumlah Kebutuhan Air Bersih untuk Domestik telah Terpenuhi | Prosentase jumlah kebutuhan air bersih mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Cukup | 26,64%-52,66% Jumlah Kebutuhan Air Bersih untuk Domestik telah Terpenuhi | Prosentase jumlah kebutuhan air bersih tidak mengalami peningkatan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | | Buruk | <26,64% Jumlah Kebutuhan Air Bersih untuk Domestik telah Terpenuhi | Prosentase jumlah kebutuhan air bersih mengalami penurunan dibandingkan dengan periode waktu sebelumnya |
| | Kejadian Banjir | Sangat Baik | Tidak Pernah Terjadi Genangan Air | |
| | | Baik | Terjadi Genangan Air dengan Tinggi Rata-Rata < 30 CM, Lama Genangan < 2 Jam, Frekuensi kejadian < 2 Kali Setahun | |
| | | Cukup | Terjadi Genangan Air dengan Tinggi Rata-Rata > 30 CM, Lama Genangan 2 Jam, Frekuensi kejadian > 2 Kali Setahun | |
| | | Buruk | Kadang-kadang meluap, agak sering menyebabkan banjir, sering menyebabkan banjir, selalu menyebabkan banjir | |
| Aspek Teknologi dan Operasi | Prosentase Keluarga Dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar | Sangat Baik | Prosentase keluarga pemilik saluran pengelolaan air limbah di atas atau sama dengan 62,41% | Terdapat kenaikan prosentase kepemilikan ≥ 10% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Prosentase keluarga pemilik saluran pengelolaan air limbah antara 37,43%-62,40% | Terdapat kenaikan prosentase kepemilikan 9%-5% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Prosentase keluarga pemilik saluran pengelolaan air limbah antara 24,96%-37,42% | Terdapat kenaikan prosentase kepemilikan 4% -1% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Prosentase keluarga pemilik saluran pengelolaan air limbah di bawah atau sama dengan 12,48% | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan prosentase kepemilikan dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Jumlah KK yang Memiliki Saluran Pengelolaan Air | Sangat Baik | Prosentase keluarga pemilik sumur resapan di atas atau sama dengan 62,41% | |

| | | | | |
|-------|--|-------------------------------------|---|--|
| | Limbah | Baik | Prosentase keluarga pemilik sumur resapan antara 37,43%-62,40% | |
| | | Cukup | Prosentase keluarga pemilik sumur resapan antara 24,96%-37,42% | |
| | | Buruk | Prosentase keluarga pemilik sumur resapan di bawah atau sama dengan 12,48% | |
| | Lingkungan Sekitar Rumah | Sangat Baik | Tersedianya sistem jaringan drainase sehingga tidak terjadi genangan (lebih dari 30 cm, selama 2 jam) dan tidak lebih dari 2 kali setahun | Terdapat penurunan prosentase genangan \geq 10% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Tersedianya sistem jaringan drainase sehingga tidak terjadi genangan (lebih dari 40 cm, selama 2 jam) dan tidak lebih dari 2 kali setahun | Terdapat penurunan prosentase genangan 9%-5% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Tersedianya sistem jaringan drainase sehingga tidak terjadi genangan (lebih dari 40 cm, selama 2 jam) dan tidak lebih dari 4 kali setahun | Terdapat penurunan prosentase genangan 4%-1% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Tidak tersedia sistem jaringan drainase sehingga tidak terjadi genangan | Tidak terjadi penurunan atau kenaikan prosentase genangan dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Kualitas Tangki Septik yang Dimiliki: Suspek Aman dan Tidak Aman | Sangat Baik | Terdapat jadwal pengurusan untuk septik tank di wilayah pengukuran dan semua keluarga menggunakan septik tank sesuai standar | Terdapat kenaikan prosentase pengurusan \geq 10% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Semua keluarga di wilayah pengukuran menggunakan septik tank sesuai standar | Terdapat kenaikan prosentase pengurusan 9%-5% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Lebih dari 62,41% keluarga di wilayah pengukuran menggunakan septik tank sesuai standar | Terdapat kenaikan prosentase pengurusan 4% -1% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Kurang dari 62,41% keluarga di wilayah pengukuran menggunakan septik tank sesuai standar | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan prosentase pengurusan dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Produksi Air Bersih PDAM | Sangat Baik | Produksi/kapasitas lebih dari 90 % | Terdapat kenaikan produksi rata-rata \geq 10 dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Produksi/kapasitas antara 80 %-90% | Terdapat kenaikan produksi rata-rata 9-5 dibandingkan tahun sebelumnya |
| Cukup | | Produksi/kapasitas antara 70 %-80% | Terdapat kenaikan produksi rata-rata 4-1 dibandingkan tahun sebelumnya | |
| Buruk | | Produksi/kapasitas kurang dari 70 % | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan rata-rata dibandingkan tahun sebelumnya | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|---|---|
| | Saluran Akhir Pembuangan Tinja | Sangat Baik | Prosentase keluarga membuang akhir ke tangki septik dan saluran pipa/ sewer di atas atau sama dengan 62,41% | Terdapat kenaikan prosentase $\geq 10\%$ dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Prosentase keluarga membuang akhir ke tangki septik dan saluran pipa/ sewer antara 37,43%-62,40% | Terdapat kenaikan prosentase 9%-5% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Prosentase keluarga membuang akhir ke tangki septik dan saluran pipa/ sewer antara 24,96%-37,42% | Terdapat kenaikan prosentase 4% -1% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Prosentase keluarga membuang akhir ke tangki septik dan saluran pipa/ sewer di bawah 24,96 | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan prosentase dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Produksi, Distribusi, Penjualan dan Tingkat Kehilangan Air | Sangat Baik | Selisih distribusi-air terekening/distribusi air kurang dari sama dengan 25 % | Terdapat penurunan prosentase $\geq 10\%$ dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Selisih distribusi-air terekening/distribusi air antara 25% - 30% | Terdapat penurunan prosentase 9%-5% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Selisih distribusi-air terekening/distribusi air antara 30% - 35% | Terdapat penurunan prosentase 4%-1% dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Selisih distribusi-air terekening/distribusi air di atas sama dengan 35 % | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan prosentase dibandingkan tahun sebelumnya |
| | IPAL Terpadu | Sangat Baik | Terdapat lebih dari sama dengan 300 KK yang dilayani IPAL terpadu | Terdapat kenaikan jumlah unit ≥ 3 dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Terdapat 299-200 KK yang dilayani IPAL terpadu | Terdapat kenaikan sejumlah 2 unit dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Terdapat 199-100 KK yang dilayani IPAL terpadu | Terdapat kenaikan sejumlah 1 unit dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Terdapat kurang dari 100 KK yang dilayani IPAL terpadu | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan unit dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Program Pengembangan dan Penyehatan Lingkungan Sehat (Pembiayaan APBD) | Sangat Baik | Terdapat kenaikan jumlah program ≥ 3 dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | | Baik | Terdapat kenaikan sejumlah 2 program dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | | Cukup | Terdapat kenaikan sejumlah 1 program dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | | Buruk | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan program dibandingkan tahun sebelumnya | |
| Aspek finansial dan ekonomi | Anggaran Pengelolaan Lingkungan Hidup | Sangat Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program \geq Rp 1 milyar dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | | Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program Rp 500 juta sampai Rp 999 ratus juta dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | | Cukup | Terdapat kenaikan besaran anggaran program sampai dengan Rp 499 juta dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | | Buruk | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan anggaran program dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | Perhitungan Pertumbuhan | Sangat | Terdapat kenaikan besaran anggaran operasi dan | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | Pendanaan APBD Untuk Operasional/Pemeliharaan dan Investasi Sanitasi | Baik | pemeliharaan ≥ Rp 1 milyar dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran operasi dan pemeliharaan Rp 500 juta sampai Rp 999 ratus juta dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Terdapat kenaikan besaran anggaran operasi dan pemeliharaan sampai dengan Rp 499 juta dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan anggaran operasi dan pemeliharaan dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Perkiraan Besaran Pendanaan APBD Untuk Kebutuhan Operasional/Pemeliharaan Aset Sanitasi Terbangun | Sangat Baik | Tersedia anggaran biaya OM untuk sanitasi di atas 5 % |
| | | Baik | Tersedia anggaran biaya OM untuk sanitasi 5-2 % |
| | | Cukup | Tersedia anggaran biaya OM untuk sanitasi di bawah 2 % |
| | | Buruk | Tidak tersedia anggaran biaya OM untuk sanitasi |
| | Perkiraan Kemampuan APBD Dalam Mendanai Program/Kegiatan SSK* | Sangat Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program ≥ Rp 1 milyar dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program Rp 500 juta sampai Rp 999 ratus juta dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Terdapat kenaikan besaran anggaran program sampai dengan Rp 499 juta dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan anggaran program dibandingkan tahun sebelumnya |
| | Kesediaan/Kepedulian Pemda Kab/Kota untuk Menganggarkan Biaya OM Di Dalam DPA APBD | Sangat Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program ≥ Rp 1 milyar dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program Rp 500 juta sampai Rp 999 ratus juta dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Cukup | Terdapat kenaikan besaran anggaran program sampai dengan Rp 499 juta dibandingkan tahun sebelumnya |
| | | Buruk | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan anggaran program dibandingkan tahun sebelumnya |
| Kesediaan/Kepedulian Pemda Kab/Kota untuk Memberikan Subsidi Untuk OM | Sangat Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program ≥ Rp 1 milyar dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | Baik | Terdapat kenaikan besaran anggaran program Rp 500 juta sampai Rp 999 ratus juta dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | Cukup | Terdapat kenaikan besaran anggaran program sampai dengan Rp 499 juta dibandingkan tahun sebelumnya | |
| | Buruk | Tidak terdapat kenaikan atau terjadi penurunan anggaran program dibandingkan tahun sebelumnya | |
| Kesediaan dan Kapasitas Rumah Tangga dan Masyarakat untuk Membayar Layanan Sanitasi | Sangat Baik | ≥62,41% membayar layanan sanitasi | |
| | Baik | 49,92%-62,40% membayar layanan sanitasi | |
| | Cukup | 37,43%-49,91% membayar layanan sanitasi | |
| | Buruk | < 37,42% membayar layanan sanitasi | |
| Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat | Sangat Baik | ≥62,41% Pencapaian STBM | |
| | Baik | 49,92%-62,40% Pencapaian STBM | |
| | Cukup | 37,43%-49,91% Pencapaian STBM | |
| | Buruk | < 37,42% Pencapaian STBM | |
| Aspek sosial-budaya dan Lembaga | Tujuan, Sasaran, dan Tahapan Strategi Pencapaian Pengelolaan Sanitasi Rumah Tangga | Sangat Baik | >80% Terlayani PDAM |
| | | Baik | 60%-80% Terlayani PDAM |
| | | Cukup | 40%-59% Terlayani PDAM |
| | | Buruk | <39% Terlayani PDAM |
| | Tujuan, Sasaran, dan Strategi Pengelolaan Air Bersih dan Minum | Sangat Baik | 50%-70% Penduduk Terlayani (< 300 Jiwa/H) dan 80% 90% Terlayani (> 300 Jiwa/H) |
| | | Baik | 37,6%-49% Penduduk Terlayani dan 70%-79% Terlayani |
| | | Cukup | 26%37,5% Penduduk Terlayani dan 50%-69% Terlayani |
| | | Buruk | ≤25% terlayani dan < 49% Terlayani |
| Pengelolaan Sarana Jamban Keluarga Dan MCK | Sangat Baik | Terdapat kemitraan, pengembangan wewenang dan pengaturan oleh masyarakat untuk pengelolaan jamban | |

| | | | | |
|--|------------------------------|-------------|---|------------------------------------|
| | Oleh Masyarakat | | dan MCK | |
| | | Baik | Terdapat kebutuhan untuk mengundang pihak luar dalam pengelolaan jamban dan MCK | |
| | | Cukup | Terdapat kebutuhan informasi dalam pengelolaan jamban dan MCK | |
| | Media Komunikasi yang Ada | Buruk | Pengelolaan Sarana Jamban Keluarga Dan MCK tidak dilakukan oleh Masyarakat | |
| | | Sangat Baik | Suatu Wilayah Melakukan Kegiatan Komunikasi dengan tiga atau lebih jenis media | |
| | | Baik | Suatu Wilayah Melakukan Kegiatan Komunikasi dengan dua jenis media | |
| | | Cukup | Suatu Wilayah Melakukan Kegiatan Komunikasi Dengan satu jenis media | |
| | Kegiatan Komunikasi yang ada | Buruk | Suatu Wilayah Tidak Pernah Melakukan Kegiatan Komunikasi | |
| | | Sangat Baik | Suatu Wilayah Melakukan Kegiatan Komunikasi Secara Rutin lebih dari 2 sebulan | |
| | | Baik | Suatu Wilayah Melakukan Kegiatan Komunikasi Secara Rutin 1-2 kali sebulan | |
| | | Cukup | Suatu Wilayah Melakukan Kegiatan Komunikasi Secara Insidental | |
| | Prosentase Keluarga Miskin | Buruk | Suatu Wilayah Tidak Pernah Melakukan Kegiatan Komunikasi | |
| | | Sangat baik | ≤12,5% Keluarga Miskin Suatu Wilayah | |
| | | Baik | 12,6%-15% Keluarga Miskin Suatu Wilayah | |
| | | Cukup | 16-20% Keluarga Miskin Suatu Wilayah | |
| | | | Buruk | >20% Keluarga Miskin Suatu Wilayah |

Sumber: (BPS, Kabupaten Malang dalam Angka , 2013) (BPS, Kota Banjarmasin dalam Angka, 2013) (BPS, Kota Surakarta dalam Angka, 2013) (SSK, Startegi Sanitasi Kabupatgen Banjarmasin, 2014-2018) (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Malang, 2014-2018) (SSK, Strategi Sanitasi Kabupaten Surakarta, 2014-2018) (Sanitasi, Laporan Studi Enciromental Health Risk Assessment, 2012) (Sanitasi, Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA), 2012) (Sanitasi, Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA), 2012)

3. Pengukuran ini dilengkapi dengan aplikasi sederhana untuk memudahkan para pemangku kepentingan dalam memetakan kondisi sanitasi, sehingga dapat memberikan peta ukuran layanan sanitasi, memunculkan program-program kegiatan, sebagai peringatan dini kondisi sanitasi di suatu wilayah dengan cepat dan tepat serta sebagai dasar dalam pengambilan keputusan guna meningkatkan kondisi sanitasi di suatu wilayah.

Menu Utama

JENIS VARIABEL

- Aspek Kesehatan
- Aspek Sumber Daya Lingkungan Dan Alam
- Aspek Teknologi dan Operasi
- Aspek finansial dan ekonomi
- Aspek sosial-budaya dan kelembagaan
- KEMBALI KEMENU UTAMA

Aspek yang Dinilai

Aspek Teknologi dan Operasi

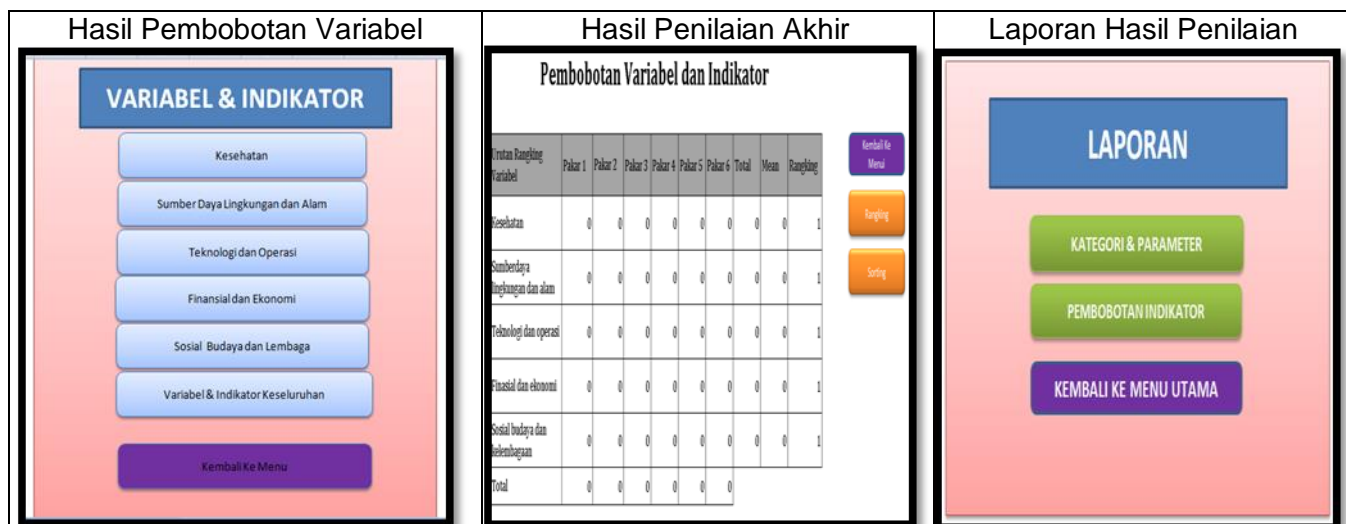
| NO | INDIKATOR | NILAI | UKURAN |
|----|---|-------|---------|
| 1 | Prosentase Keluarga Dengan Ketersediaan Sarana Sanitasi Dasar | | % |
| 2 | Jumlah KK Yang Memiliki Saluran Pengaliran Air Limbah | | % |
| 3 | Drainase Lingkungan Sekitar Rumah | | |
| 4 | Kualitas Tempoli Sepuh yang Dimiliki Sampah Asam dan Tidak Asam | | |
| 5 | Produksi Air Bersih PDAM | | % |
| 6 | Sarana Akhir Pembuangan Tinja | | % |
| 7 | Produksi, Distribusi, Penjualan dan Tingkat Kelembagaan Air | | % |
| 8 | RPAH Terpilih | | KK |
| 9 | Program Pengolahan dan Penyehatan Lingkungan Sekel (Pembayasan APD) | | Program |

Kembali ke Menu

Penilaian Sanitasi

PEMBOBOTAN VARIABEL

- PAKAR -1
- PAKAR -2
- PAKAR -3
- PAKAR -4
- PAKAR -5
- PAKAR -6
- Kembali Ke Submenu



Gambar 2. Hasil Pengembangan Aplikasi Sederhana untuk Memotret secara Cepat, Tepat, Sistematis dan Berkelanjutan untuk Memotret Kondisi Sanitasi di sebuah Wilayah

Penutup

1. Hasil penelitian ini dapat memudahkan user dalam mengenali dan menilai tingkat sanitasi di suatu wilayah secara cepat dan berkelanjutan ditinjau dari aspek kesehatan, sumber daya lingkungan dan alam, teknologi dan operasi, finansial dan ekonomi, aspek sosial-budaya dan kelembagaan.
2. Hasil penilaian ini dapat menjadi informasi yang berguna bagi pemerintah di tingkat daerah maupun pusat untuk memberikan strategi dan prioritas tindakan yang tepat sasaran, meskipun dengan ketersediaan sumber daya yang terbatas khususnya pada daerah-daerah di Indonesia yang dihadapkan dengan berbagai tantangan sanitasi baik kondisi fisik maupun kondisi non fisik.

Ucapan Terima Kasih

Kepala Balai dan Tim Peneliti Balai Litbang Sosekling Bidang Permukiman, Kementerian PU dan Civitas akademika Universitas Respati Yogyakarta khususnya Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat

Daftar Pustaka

- Adair. (2008). Child Mortality in Indonesia's Mega Urban Regions: Measurement, Analysis of Differential, and Policy Implications. 12th Biennial Conference. Canberra: Australian Population Association.
- BPS. (2013). Kabupaten Malang dalam Angka . Malang: BPS.
- BPS. (2013). Kota Banjarmasin dalam Angka. Banjarmasin: BPS.
- BPS. (2013). Kota Surakarta dalam Angka. Surakarta: BPS.
- Direktur Perumahan dan Permukiman. (2009). Peta Jalan (Road Map) Percepatan Pembangunan Sanitasi 2010-2014. Jakarta: BAPPENAS.
- Eriyanto. (2011). Analisis Isi: Pengantar Metodologi untuk Penelitian Ilmu Komunikasi dan Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

- Health, M. o. (2007). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta: Ministry of Health, National Institute of Health, Research and Development.
- Lüthi, C., Panesar, A., Schütze, T., Norström, A., McConville, J., Parkinson, J., Saywell, D., Ingle, R. (2011). Sustainable sanitation in cities: a framework for action. Sustainable Sanitation Alliance (SuSanA) , 978-90-814088-4-4.
- Miles., Matthew B, A., Michael Huberman dan Johnny Saldana. (2014). Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook, Edisi Tiga. Sage Publications.
- Program, W. D. (2011). Opsi Sanitasi yang Terjangkau untuk Daerah Spesifik. 2011: World Bank.
- Sanitasi, K. K. (2012). Laporan Studi Enciromental Health Risk Assessment. Surakarta: EHRA.
- Sanitasi, K. K. (2012). Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA). Malang: EHRA .
- Sanitasi, K. K. (2012). Laporan Studi Enviromental Health Risk Assessment (EHRA). Banjarmasin: EHRA .
- SSK. (2014-2018). Startegi Sanitasi Kabupatgen Banjarmasin. Banjarmasin: Pokja Sanitasi.
- SSK. (2014-2018). Strategi Sanitasi Kabupaten Malang. Malang: Pokja Sanitasi .
- SSK. (2014-2018). Strategi Sanitasi Kabupaten Surakarta. Surakarta: Pokja Sanitasi.
- Stalker, Peter. (2008, Oktober). Kita Suarakan MDGs demi Pencapaian di Indoensia. Cetakan Kedua , p. 34.
- UNICEF. (2012). Air Bersih, Saniasi dan Kebersihan. Jakarta: UNICEF.
- UNICEF. (2008). Bagian Air Lingkungan dan Sanitasi Paket Informasi Tahun Sanitasi International. Jakarta: UNICEF.
- Water, U. (2015). UN Water. Retrieved September 15, 2015, from Sanitation Drive: <http://sanitationdrive2015.org/wp-content/uploads/2013/11/Ind-Planners-Guide-Fact-Sheet-5.pdf>
- World Bank. (2011). Program Keuntungan Ekonomi dan Intervensi Sanitasi Indonesia. Jakarta: World Bank.

HUBUNGAN PERILAKU PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DENGAN STATUS KARIES (STUDI PADA PASIEN BP GIGI PUSKESMAS MARGOREJO)

Desti Junarti¹, Yunita Dyah Puspita Santik¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: destij29@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Karies merupakan kerusakan jaringan keras gigi yang disebabkan oleh asam dari bakteri yang ada dalam suatu karbohidrat yang difermentasikan. Salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan gigi di negara berkembang adalah perilaku. Segala usia dapat mengalami karies, termasuk usia remaja dan dewasa. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dengan status karies di Puskesmas Margorejo.

Metode: Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan rancangan penelitiannya menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi berjumlah 105, sampel 65 pasien BP Gigi Puskesmas Margorejo. Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner dan lembar DMFT.

Hasil: Hasil penelitian adalah ada hubungan antara cara menyikat gigi ($p=0,006$), waktu menyikat gigi ($p=0,016$), periode penggantian sikat gigi ($p=0,019$), dan frekuensi konsumsi makanan kariogenik ($p=0,033$) dengan status karies. Tidak ada hubungan dengan frekuensi menyikat gigi dan frekuensi periksa gigi. Model persamaan dari hubungan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dengan status karies adalah $1/1+e^{-(-2,891+1,743* cara+1,327* waktu+1,68* ganti\ sikat+1,197* kariogenik)}$.

Simpulan: Saran yang diberikan bagi masyarakat adalah tindakan preventif tentunya akan jauh lebih baik dari tindakan kuratif, maka sebaiknya lebih giat dalam menyikat gigi.

Kata Kunci : Perilaku, Pemeliharaan Kesehatan, Gigi, Karies.

ABSTRACT

Background: Dental caries was the localised destruction of susceptible dental hard tissues by acidic by-products from bacterial fermentation of dietary carbohydrates. One of the factors that affect dental health in developing countries was behavior. All of age groups can get it, especially in adolescents and adults. The aimed of this study was to determined the relationship between health maintenance with dental caries in Margorejo health center.

Methods: This research was a survey research design analytic research using cross sectional approach. The population were 105, with 65 samples patients in Margorejo Health Center. Instrument that used in this study was a questionnaire and DMFT sheet.

Results: The results, there were a relationship between brushing method ($p=0,006$), time of brush the tooth ($p=0,016$), the period of replacement toothbrush ($p=0,019$), and consumption of cariogenic foods frequency ($p=0,033$) with caries status. No association with tooth brushing frequency and dental check frequency. The equation model from relationship of dental health maintenance behaviours with dental caries was $1/1+e^{-(-2,891+1,743* method+1,327* time+1,68* replacement\ toothbrush+1,197* cariogenic)}$.

Conclusion: Advice given to the community are a preventive action will certainly be much better than curative measures, it should be more active in tooth brushing.

Keywords : Behavior, Health Maintenance, Dental, Caries.

Pendahuluan

Karies merupakan kerusakan jaringan keras gigi yang disebabkan oleh asam dari bakteri yang ada dalam suatu karbohidrat yang difermentasikan (Robert H, 2007). Menurut Newburn dalam Chemiawan (2004), Karies gigi merupakan penyakit yang berhubungan dengan banyak faktor yang saling mempengaruhi. Terdapat tiga faktor utama yaitu host (gigi dan lingkungan gigi), mikroorganisme, substrat karbohidrat, serta waktu sebagai faktor tambahan.

Penilaian status karies dilakukan dengan cara memeriksa semua permukaan gigi dengan menggunakan alat diagnostik set. Tingkat kerusakan gigi diukur dengan menggunakan indeks dmft/DMFT (gigi susu/gigi permanen). Indeks tersebut adalah hitungan jumlah gigi pada mulut seseorang yang berlubang, ditambal atau dicabut (P.Moynihan and PE Petersen, 2004).

Karies gigi masih menjadi masalah utama kesehatan mulut di sebagian besar negara-negara industri yang 60- 90% dialami oleh anak-anak sekolah dan sebagian besar orang dewasa serta merupakan penyakit mulut yang paling umum di beberapa negara Amerika Latin dan Asia (Poul E.Petersen, 2003). Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001 (Depkes, 2001), penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit tertinggi ke 6 yang dikeluhkan masyarakat Indonesia dan menurut WHO (Poul E.Petersen, 2003) penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit ke 4 termahal dalam hal pengobatan jika tindakan kuratif yang lebih berperan dibandingkan tindakan pencegahan. Pengalaman karies mengalami peningkatan secara nasional. Dari laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, sebanyak 67,2% masyarakat Indonesia usia >12 tahun mempunyai pengalaman karies meningkat menjadi 72,3% pada tahun 2013 (Saringsih, 2012).

Gambaran karies di Jawa Tengah, sebanyak 43,1% penduduknya mengalami karies aktif. Selain itu, pengalaman karies di Jawa Tengah sedikit lebih tinggi dibanding nasional yakni sebesar 67,9% (Depkes, 2008). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pati, penyakit karies gigi masih menduduki peringkat pertama dibidang kesehatan gigi dan mulut yakni 25% dari masalah gigi dan mulut. Laporan tahun 2014 menunjukkan karies dengan kasus terbanyak (1.390) terdapat pada di wilayah kerja Puskesmas Margorejo.

Faktor risiko karies meliputi faktor risiko fisik, biologi, lingkungan, perilaku, dan faktor yang berhubungan dengan gaya hidup (Robert H, 2007). Menurut Bahar (2000) salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan gigi di negara berkembang adalah perilaku. Perilaku merupakan hal penting yang dapat mempengaruhi status kesehatan gigi individu atau masyarakat. Perilaku yang dapat mempengaruhi karies adalah kebiasaan makan dan pemeliharaan kebersihan mulut dengan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluor.

Hasil RISKESDAS 2013 menunjukkan terjadi penurunan presentase berperilaku yang benar dalam menggosok gigi (sikat gigi pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur) pada penduduk Indonesia dibandingkan tahun 2007 lalu, yaitu dari 7,3% (2007) menjadi 2,3% (2013). Di Indonesia, menurut hasil RISKESDAS tahun 2007, sebanyak 75% masyarakat Indonesia mengalami karies, tetapi yang memiliki motivasi untuk menambal gigi berlubang hanya sekitar

1,6% dan ada sekitar 43% penderita penyakit atau kelainan gigi yang belum memeriksakan giginya (Sariningsih, 2012). Hal ini menunjukkan perilaku masyarakat yang tentang pemeliharaan kesehatan gigi yang masih rendah.

Berdasarkan survei awal yang telah dilakukan pada 9-11 Maret 2015 pada 30 pasien yang melakukan pemeriksaan gigi di poli gigi Puskesmas Margorejo, didapatkan hasil 93% menyikat gigi 2 kali sehari, namun yang berperilaku benar dalam menyikat gigi (sikat gigi setelah sarapan dan malam sebelum tidur) hanya sebesar 30%. Sebanyak 57% suka dan sering mengonsumsi makanan kariogenik lebih dari 2 kali sehari. Rata-rata pasien melakukan pemeriksaan gigi apabila mengalami masalah gigi dan mulut. Data yang ada menyebutkan bahwa haries lebih banyak terjadi pada perempuan. Hal ini ditunjukkan dari 1.390 kasus karies di Puskesmas Margorejo, 908 berjenis kelamin perempuan dan sisanya atau 488 kasus berjenis kelamin laki-laki. Remaja dan dewasa merupakan kelompok tertinggi yang melakukan pemeriksaan gigi.

Berdasarkan latar belakang diatas serta belum adanya penelitian yang dilakukan mengenai status karies dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi di Puskesmas Margorejo, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai status karies dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi pada pasien yang berusia 17-45 tahun dan berobat di poli gigi Puskesmas Margorejo.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan yaitu survei analitik dengan desain penelitian *cross sectional*, karena dilihat dari segi waktu penelitian yang dilakukan/diambil pada satu waktu saja. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah perilaku pemeliharaan kesehatan gigi yang meliputi cara menyikat gigi, frekuensi menyikat gigi, waktu menyikat gigi, periode penggantian sikat gigi, frekuensi konsumsi makanan kariogenik, dan frekuensi pemeriksaan gigi sedangkan variabel terikatnya adalah status karies.

Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien usia 17-45 tahun yang berobat di poliklinik gigi Puskesmas Margorejo pada bulan Juni-Juli 2015, yaitu sebanyak 106 orang. Besar sampel penelitian adalah 65 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner. Kuesioner diberikan kepada pasien selaku responden terpilih kemudian diisikan pada saat itu juga, sebelum pasien mendapatkan giliran pemeriksaan gigi. Kuesioner yang telah diisi oleh responden kemudian dilakukan pengujian dengan cara uji validitas dan uji reliabilitas oleh peneliti.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis univariat dapat diketahui bahwa responden yang cara menyikat giginya sesuai anjuran sebanyak 23 responden (35,4%) dan yang cara menyikat giginya tidak sesuai anjuran sebanyak 42 responden (64,6%). Responden yang memiliki kebiasaan menyikat gigi sesuai anjuran (minimal 2 kali sehari) sebanyak 61 responden (93,8%) dan yang kebiasaan menyikat giginya tidak sesuai anjuran (kurang dari 2 kali sehari) sebanyak 4 responden (6,2%).

Responden yang menyikat gigi pada waktu sesuai anjuran (minimal setelah sarapan dan sebelum tidur malam) sebanyak 13 responden (20%) dan yang menyikat giginya pada waktu tidak sesuai anjuran sebanyak 52 responden (80%). Responden yang melakukan penggantian sikat gigi sesuai anjuran (mengganti sikat gigi maksimal 3 bulan sekali) sebanyak 36 responden (55,4%) dan yang tidak sesuai anjuran dalam melakukan penggantian sikat gigi sebanyak 29 responden (44,6%). Sebanyak 33 responden (50,8%) yang frekuensi konsumsi makanan kariogeniknya yang rendah (konsumsi <3 kali sehari) dan sebanyak 32 responden (49,2%) memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan kariogenik tinggi (≥ 3 kali sehari). Ada sebanyak 9 responden (13,8%) yang memeriksakan giginya sesuai anjuran (periksa ke dokter gigi setiap 6 bulan sekali) dan 56 responden (86,2%) memeriksakan giginya tidak sesuai anjuran (lebih dari 6 bulan). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, diperoleh hasil 26 responden (40%) responden mempunyai status karies rendah, sedangkan 39 responden (60%) mempunyai status karies tinggi.

Tabel 1. Hasil analisis bivariat

| Variabel | Status Karies (DMF-T) | | | | | | P value | PR |
|------------------------------------|-----------------------|------|--------|------|-------|------|---------|------|
| | Tinggi | | Rendah | | Total | | | |
| | F | % | f | % | f | % | | |
| Cara Menyikat | | | | | | | | |
| -Tidak sesuai | 32 | 49,2 | 13 | 20,0 | 45 | 69,2 | 0,006 | 2,03 |
| -Sesuai | 7 | 10,8 | 13 | 20,0 | 20 | 30,8 | | |
| Frekuensi Menyikat | | | | | | | | |
| -Tidak sesuai | 3 | 4,6 | 1 | 1,4 | 4 | 6,2 | 0,644 | - |
| -Sesuai | 36 | 55,4 | 25 | 36,9 | 61 | 93,8 | | |
| Waktu Menyikat | | | | | | | | |
| -Tidak sesuai | 35 | 53,8 | 17 | 26,2 | 52 | 79,9 | 0,016 | 2,19 |
| -Sesuai | 4 | 6,2 | 9 | 13,8 | 13 | 20,1 | | |
| Periode Penggantian Sikat | | | | | | | | |
| -Tidak sesuai | 22 | 33,8 | 7 | 10,8 | 29 | 44,6 | 0,019 | 1,6 |
| -Sesuai | 17 | 26,2 | 19 | 29,2 | 36 | 55,4 | | |
| Konsumsi Makanan Kariogenik | | | | | | | | |
| -Tinggi | 24 | 36,9 | 9 | 13,8 | 33 | 50,8 | 0,033 | 1,55 |
| -Rendah | 15 | 23,1 | 17 | 26,2 | 32 | 49,2 | | |
| Frekuensi Periksa | | | | | | | | |
| -Tidak sesuai | 36 | 55,4 | 20 | 30,8 | 56 | 86,2 | 0,079 | - |
| -Sesuai | 3 | 4,6 | 6 | 9,2 | 9 | 13,8 | | |

Pada tabel 1, hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square*, diperoleh *p value* 0,006. Karena *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara cara menyikat gigi dengan status karies. Nilai *Prevalens Rate* (PR) = 2,03, menunjukkan bahwa responden yang cara menyikat giginya yang tidak sesuai anjuran, 2 kali lebih berisiko memiliki status karies tinggi dibandingkan dengan responden yang cara menyikat giginya sesuai anjuran.

Menurut Djamil (2011), menyikat gigi sebaiknya dimulai dari gigi yang paling depan. Menyikat gigi sebaiknya dilakukan dengan gerakan memutar dan jangan menggunakan tenaga yang berlebihan. Tenaga yang berlebihan dapat menyebabkan gusi terluka. Selain itu, menyikat gigi harus dilakukan pada permukaan gigi bagian luar dan dalam (permukaan kunyah) gigi dan sikat juga bagian lidah untuk menghilangkan kotoran (debris) dan bakteri yang menyebabkan bau mulut. Ariningrum (2000) menyatakan bahwa teknik menyikat gigi vertikal dan horizontal keduanya merupakan cara menyikat gigi yang cukup sederhana, namun tidak begitu baik digunakan karena dapat mengakibatkan resesi gingiva dan abrasi gigi.

Hasil dari penelitian ini, cara menyikat gigi memiliki hubungan dengan status karies. Hal ini dikarenakan dari banyaknya responden yang cara menyikat giginya tidak sesuai anjuran, lebih banyak responden yang mempunyai status karies tinggi (71%) dan dari responden yang menyikat giginya sudah sesuai anjuran, 65% diantaranya memiliki status karies rendah. Walaupun kegiatan menggosok gigi merupakan kegiatan yang sudah umum, namun masih banyak kekeliruan dalam pelaksanaannya. Cara menyikat gigi yang banyak dilakukan oleh responden adalah menyikat gigi dengan cara horizontal. Menyikat gigi dengan cara horizontal lebih membutuhkan waktu sebentar dibanding dengan penyikatan dengan cara memutar. Namun menyikat gigi dengan cara memutar lebih dianjurkan dibanding dengan cara menyikat gigi vertikal maupun horizontal, karena lebih efektif untuk membersihkan plak gigi.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *fisher*, diperoleh *p value* 0,644. Karena *p value* > 0,05 maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara frekuensi menyikat gigi dengan status karies. Menurut Darby and Walsin (2010), tidak ada rekomendasi standar untuk berapa kali sehari harus menyikat gigi. Menyikat gigi setidaknya 2 kali sehari dianjurkan untuk mengontrol plak dan dan halitosis. Namun keputusan tentang kapan dan seberapa sering menyikat gigi, perlu dibuat melalui temuan preferensi klinis klien.

Bertentangan dengan hasil penelitian Choiriyah (2008) yang dilakukan pada siswa kelas V dan IV SDN Tasik Agung I dan Failas Sufa (2006) yang memperoleh *p value* untuk masing-masing adalah 0,017 dan 0,0001 sehingga menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara frekuensi menyikat gigi dengan kejadian karies. Hasil ini diperoleh karena pada penelitian Choriyah (2008) maupun Failas Sufa (2006) menyatakan kategori bahwa kebiasaan menyikat gigi yang tidak sesuai bila dilakukan ≤ 2 kali sehari dan pada penelitian ini dianggap tidak sesuai bila menyikat giginya <2 kali sehari, sehingga untuk pola distribusinya pada penelitian ini lebih banyak responden yang memiliki kebiasaan menyikat gigi sesuai anjuran (minimal 2 kali sehari) namun status kariesnya tinggi.

Hasil penelitian ini frekuensi menyikat gigi tidak memiliki hubungan dengan status karies. Hal ini dikarenakan responden pada usia remaja dan dewasa sudah sadar akan pentingnya menjaga kebersihan gigi. Responden yang memiliki kebiasaan gigi sesuai anjuran (minimal 2 kali sehari) lebih banyak (yakni 93,8%) dibanding responden yang kebiasaan menyikat giginya tidak sesuai anjuran (6,2%). Meskipun banyak responden yang menyikat giginya sudah sesuai anjuran,

namun apabila kebiasaan menyikat gigi tidak dikombinasikan dengan cara menyikat gigi dan waktu menyikat gigi yang benar, maka tidak bisa maksimal dalam melakukan pembersihan plak gigi yang merupakan sumber utama terjadinya karies.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square*, diperoleh *p value* 0,016. Karena *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara waktu menyikat gigi dengan status karies. Nilai *Prevalens Rate* (PR) =2,19, menunjukkan bahwa responden yang waktu menyikat giginya tidak sesuai anjuran, 2 kali lebih beresiko mempunyai status karies tinggi dibanding responden yang menyikat gigi di waktu sesuai anjuran (minimal setelah sarapan dan sebelum tidur malam).

Menurut Djamil (2011) waktu yang tepat dalam menyikat gigi adalah beberapa saat setelah makan agar memberikan kesempatan enzim pencernaan di dalam rongga mulut untuk bekerja dan juga sebelum tidur. Menyikat gigi setelah makan membantu mengikis sisa makanan dengan segera dan memberi kesempatan kepada pH gigi kembali normal. Menyikat gigi sebelum tidur juga tidak memberi kesempatan sisa makanan menjadi sarang bakteri dan kuman perusak gigi seperti *Streptococcus mutans* untuk merajalela. Frekuensi menyikat gigi 2x sehari dapat dilakukan setelah sarapan dan sebelum tidur.

Hasil penelitian ini waktu menyikat gigi memiliki hubungan dengan status karies. Hanya sebagian kecil responden yang menyikat gigi pada waktu yang sesuai yaitu setelah sarapan dan sebelum tidur malam. Responden yang menggosok gigi pada waktu yang tidak sesuai anjuran cenderung memiliki status karies lebih tinggi. Menyikat gigi setelah makan membantu mengikis makanan dan segera memberikan kesempatan pH gigi kembali normal. Menyikat gigi sebelum tidur malam penting dilakukan, dikarenakan pada waktu tidur air ludah berkurang sehingga asam yang dihasilkan oleh plak akan menjadi lebih pekat dan kemampuannya untuk merusak gigi lebih besar.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square*, diperoleh *p value* 0,019. Karena *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara periode penggantian sikat gigi dengan status karies. Nilai *Prevalens Rate* (PR) = 1,6, menunjukkan bahwa responden yang melakukan penggantian sikatnya tidak sesuai anjuran, 1,6 kali lebih berisiko mempunyai status karies tinggi dibanding responden yang melakukan penggantian sikat giginya sesuai anjuran (minimal 3 bulan sekali).

Menurut Besford (1996) dan Kusumawardhani (2011) hanya bulu sikat gigi yang masih lurus yang dapat membersihkan plak pada gigi. Apabila sikat gigi sudah berusia 3 bulan, maka sikat gigi tersebut kehilangan kemampuannya untuk membersihkan gigi dengan baik. Oleh karenanya setidaknya mengganti sikat gigi minimal 3 bulan sekali.

Hasil penelitian ini, periode penggantian sikat gigi memiliki hubungan dengan status karies. Sebanyak 29 responden yang melakukan penggantian sikat gigi tidak sesuai anjuran (>3 bulan), terdapat 22 responden mempunyai status karies tinggi (75,8%) dan 7 responden mempunyai status karies rendah (24,2%). Mengganti sikat gigi lebih dari 3 bulan, menyebabkan sikat gigi

tersebut kehilangan kemampuan membersihkan gigi dengan baik sehingga tidak optimal dalam pembersihan plak gigi dan membantu perkembangan karies.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square*, diperoleh *p value* 0,033. Karena *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara konsumsi makanan kariogenik dengan status karies. Nilai *Prevalens Rate* (PR)= 1,55, menunjukkan bahwa responden yang konsumsi tinggi makanan kariogenik 1,5 kali lebih berisiko terjadi status karies gigi tinggi dibanding responden dengan mempunyai kebiasaan mengkonsumsi makanan yang kariogeniknya rendah.

Houwink (1993) menyatakan bahwa frekuensi makan tidak hanya menentukan erosi pada gigi, tetapi juga kerusakan gigi. Jumlah dorongan asam yang banyak pada frekuensi tinggi makanan yang mengandung gula dalam waktu lama memberi serangan dan dekalsifikasi jaringan keras gigi. Sesuai dengan pendapat Ilyas (2000) yang menyatakan bahwa makin dekat jarak antara frekuensi pemasukan makanan manis kedalam mulut, maka proses terjadinya karies makin tinggi.

Dalam penelitian ini konsumsi makanan kariogenik memiliki hubungan dengan status karies. Konsumsi makanan manis dan lengket dapat memicu timbulnya karies karena sisa makanan yang bersifat lengket tersebut berada lebih lama di dalam mulut, sehingga penurunan pH pun berlangsung lama. Asupan gula yang tinggi secara signifikan mempengaruhi pengalaman karies seseorang (P.Moynihan dan PE.Petersen, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan peneliti juga memperoleh kesimpulan yang sama bahwa responden yang frekuensi konsumsi makanan kariogeniknya tinggi, secara signifikan mempunyai status karies yang tinggi juga.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square*, diperoleh *p value* 0,079. Karena *p value* > 0,05 maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara frekuensi pemeriksaan gigi dengan status karies. Menurut Djamil (2011), bahwa kunjungan ke dokter gigi sebaiknya dilakukan rutin setiap 6 bulan sekali. Hal itu dilakukan untuk memeriksa keadaan gigi, sehingga dapat dilakukan perawatan sedini mungkin. Pada saat berkunjung, dokter akan menemukan keadaan yang perlu diberikan tindakan seperti penambalan, perawatan saluran akar, pencabutan, dll.

Bertentangan dengan penelitian Choiriyah (2008) yang dilakukan pada siswa SD kelas V dan VI didapatkan *p value* 0,028 yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara frekuensi pemeriksaan gigi dengan kejadian karies gigi. Pada penelitian Choiriyah (2008), siswa yang tidak melakukan pemeriksaan gigi secara rutin lebih berisiko terkena karies dibanding siswa yang melakukan pemeriksaan secara rutin ke dokter gigi. Dalam penelitian ini, subjek penelitian yang diambil peneliti adalah remaja dan dewasa pada kelompok status ekonomi menengah ke bawah, sehingga hanya sedikit responden yang memeriksa rutin ke dokter gigi. Responden yang melakukan pemeriksaan gigi setiap minimal 6 bulan sekali berisiko sama dengan responden yang memeriksa giginya tidak sesuai anjuran.

Hasil penelitian ini frekuensi pemeriksaan gigi tidak memiliki hubungan dengan status karies pada pasien BP gigi Puskesmas Margorejo. Hal ini dikarenakan antara responden yang rutin melakukan pemeriksaan ke dokter gigi setiap minimal 6 bulan sekali dan yang tidak rutin melakukan

periksa ke dokter gigi berisiko sama untuk mempunyai status karies tinggi. Selain itu, perlu dilihat juga faktor-faktor lain yang mempengaruhi karies seperti kondisi gigi dan usia pasien. Karena semakin bertambah usia, risiko untuk terjadinya kariespun akan lebih besar.

Analisis multivariat yang digunakan adalah regresi logistik dengan metode *backwards stepwise*. Regresi logistik dipilih karena variabel terikatnya (prognosis) merupakan variabel kategorik. Dari hasil analisis, didapatkan sebuah model persamaan:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(-2,891 + 1,743*\text{cara} + 1,327*\text{waktu} + 1,68*\text{ganti sikat} + 1,197*\text{kariogenik})}}$$

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian, maka kesimpulan penelitian ini adalah: Ada hubungan antara dimensi cara menyikat gigi (*p value*= 0,006), waktu menyikat gigi (*p value*= 0,016, periode penggantian sikat gigi (*p value*= 0,019) dan konsumsi makanan kariogenik (*p value*= 0,033) dengan status karies. Tidak ada hubungan antara frekuensi menyikat gigi (*p value*= 0,644) dan frekuensi periksa gigi (*p value*= 0,079) dengan status karies pada pasien BP gigi Puskesmas Margorejo.

Saran yang diberikan bagi Masyarakat adalah tindakan preventif tentunya akan jauh lebih baik dari tindakan kuratif, maka sebaiknya: lebih giat dalam menyikat gigi, terutama menyikat gigi sebelum tidur malam agar gigi senantiasa bersih dan sehat, serta dalam menyikat gigi, perlu diperhatikan bagaimana cara menyikat gigi yang benar agar pembersihan plak gigi dapat maksimal. Hendaknya melakukan diet makanan kariogenik dengan menghindari jenis makanan yang lengket dan mudah melekat pada gigi. Lebih baik mengkonsumsi makanan tersebut setelah jam makan utama daripada di luar jam makan utama (waktu senggang) untuk menghindari karies gigi.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Puskesmas Margorejo atas izin dan bantuannya, serta seluruh responden yang terlibat dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

Ariningrum, Ratih, 2000, 2000, *Beberapa Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut*, Hipocrates, Jakarta.

Bahar, Armasastra, 2000, *Paradigma Baru Pencegahan Karies Gigi*, Jakarta, FKG UI.

Besford, John, 1996, *Mengenal Gigi Anda* (Alih bahasa: Johan Arif Gunawan), Arcan, Jakarta.

- Chemiawan,E, Meiriana G, Ranta Indriyanti, 2004, *Perbedaan Prevalensi Karies pada Anak Sekolah Dasar dengan Program UKGS dan Tanpa UKGS Tahun 2004*, Laporan Penelitian Universitas Padjajaran, Bandung.
- Darby,M.L and Walsin,M.M, 2010, *Dental Hygiene:Theory and Practice Third edition*, Saunders Elsevier, St.Louis.
- Depkes, 2001, *Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta Diakses 12 Febuari 2015 (terbitan.litbang.depkes.go.id).
- _____, 2008, *Riset Kesehatan Dasar 2007*, Depkes, Jakarta. Diakses 12 Febuari 2015 (terbitan.litbang.depkes.go.id).
- Djamil, M.S, 2011, *A-Z Kesehatan Gigi. Paduan Lengkap Kesehatan Gigi Keluarga*, Metagraf, Solo.
- Houwink, B, 1993, *Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan* (Alih bahasa: Sutatmi Suryo), Gajahmada University Press, Yogyakarta.
- Ilyas, Yasis, 2001, *Studi Kasus Karies Gigi di Indonesia*, Swadaya, Jakarta.
- Kusumawardhani, Endah, 2011, *Buruknya Kesehatan Gigi dan Mulut*, SIKLUS, Yogyakarta.
- Poul E.Petersen, 2003, *The World Oral Health Report 2003: Continous Improvement of Oral Health in the 21st Century - The Approach of The WHO Global Health Programme*, WHO, Switzerland.
- P.Moynihan and P.E Petersen, 2004, *Diet,Nutrition and the Prevention of Dental Disease*, Public Health Nutrition, Vol.7 (1A), hlm. 201-226. Diakses 22 Maret 2015 (www.who.int).
- Robert H Selwich, Amid I Ismail, Nigel B.Pitts, 2007, *Dental Caries*, Seminar Volume 369, hlm. 51-59. Diakses 21 Maret 2015(www.thelancet.com).
- Sariningsih, Endang, 2012, *Merawat Gigi Anak Sejak Usia Dini*, Gramedia, Jakarta.

DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN HEPATITIS B PADA PERAWAT DI RUMAH SAKIT

Arie Anggara I¹, Siti Riptifah Tri Handari¹

¹Program studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta

Surel: anggaraarie808@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Hepatitis B adalah penyakit infeksi yang ditularkan melalui darah. Penyakit ini dapat ditemukan di dalam semen dan cairan tubuh lainnya. Perawat paling sering terkena infeksi (41%) di bandingkan tenaga kesehatan lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat.

Metode: Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2016, merupakan penelitian analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Untuk pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan teknik *total sampling* sebanyak 80 orang. Analisis data yang dilakukan yaitu analisis univariat dan bivariat.

Hasil: ada hubungan yang bermakna antara usia ($p = 0,029$), masa kerja ($p = 0,029$), pengetahuan ($p = 0,003$), dan pelatihan ($p = 0,011$) terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B pada perawat.

Simpulan: Perawat pelaksana diharapkan selalu menggunakan APD, dan tidak melakukan *recapping* jarum suntik dengan dua tangan. Manajemen rumah sakit diharapkan mengupayakan ketersediaan kelengkapan APD dan mengadakan pelatihan mengenai prinsip-prinsip kewaspadaan universal, cara penularan penyakit infeksi di rumah sakit khususnya Hepatitis B, dan cara pencegahannya.

Kata Kunci : Hepatitis B, Perilaku pencegahan, dan Perawat

ABSTRACT

Background: Hepatitis B is infectious diseases transmitted by blood. This disease can be found in semen and the other body fluids. Nurses are the most commonly affected infections (41%) compared to the other health personnel. This research was aimed to know the behaviour prevention of transmission of hepatitis B in nurses.

Method: This research was conducted by an analytical research with research design *cross sectional* in July-August 2016. To take the sampling in this research is using *total sampling* as many as 80 people. The analysis of data is using *univariate* and *bivariate* analysis.

Result: There is a relation meaning among age ($p = 0,029$), work period ($p = 0,029$), knowledge ($p = 0,003$) and training ($p = 0,011$) toward the behavior prevention of transmission Hepatitis B on the nurses.

Conclusion: The Nurses expected to use *Personal Protective Equipment (PPE)* and *unrecapping hypodermic needle with two hands*. The management of hospital expected to effort availability completeness PPE and arrange a training about the principles of universal alertness, mode of transmission of infectious diseases in the hospitals is especially Hepatitis B and the prevention.

Key words: Hepatitis B, the behavioral prevention and Nurses.

Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu tempat kerja, yang wajib melaksanakan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) yang bermanfaat baik bagi Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit, pasien, pengunjung/pengantar pasien, maupun bagi masyarakat di lingkungan sekitar Rumah Sakit. Penyakit Akibat Kerja (PAK) di Rumah Sakit, umumnya berkaitan dengan faktor biologi (kuman patogen yang berasal umumnya dari pasien) salah satu diantaranya adalah Hepatitis B (Kemenkes RI, 2012).

Hepatitis B adalah penyakit infeksi virus yang ditularkan melalui darah dimana virus ini adalah yang paling menular di banyak bagian dunia, prevalensinya sangat tinggi. Hepatitis B merupakan infeksi virus yang menyerang hati dan dapat menyebabkan penyakit akut maupun kronik dan secara potensial merupakan infeksi hati yang mengancam nyawa disebabkan oleh virus hepatitis B (WHO, 2016).

Di Amerika Serikat, 5000 petugas kesehatan terinfeksi Hepatitis B dan Setiap tahun 600.000–1.000.000 luka tusuk jarum yang dilaporkan (Kemenkes RI, 2012).

Perawat merupakan profesi yang memberikan pelayanan yang konstan dan terus menerus setiap hari. Sehingga setiap upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit harus juga disertai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan salah satunya dengan peningkatan kinerja perawat (Mulyono, 2013).

Berdasarkan laporan manajemen resiko program PKMP RS Tahun 2014-2015, angka kejadian petugas tertusuk jarum tahun 2014 yaitu sebanyak 7 orang dan tahun 2015 angka kejadian tertusuk jarum mengalami peningkatan, yaitu sebanyak 11 orang. Sedangkan kasus penularan Hepatitis B, pada saat dilakukan *medical check up* pada perawat di Rumah Sakit tahun 2015 didapatkan 1 orang perawat positif Hepatitis B. Berdasarkan hal tersebut, peneliti bermaksud meneliti determinan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di Rumah Sakit.

Metode

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli – Agustus 2016 di Ruang Rawat Inap salah satu Rumah Sakit Swasta di Jakarta. Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik, pendekatan cross sectional. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang ada di ruang rawat inap yang memiliki pasien Hepatitis B pada tahun 2014-2015. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *total sampling* sebanyak 80 orang. Analisis data yang dilakukan yaitu analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. uji statistik yang digunakan adalah uji *chi square*.

Hasil dan Pembahasan

Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 1. Distribusi frekuensi perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | Tidak | | Ya | |
|---|-------|------|----|-------|
| | n | % | N | % |
| Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan keperawatan. | 0 | 0 | 80 | 100.0 |
| Memakai sarung tangan untuk setiap tindakan keperawatan. | 9 | 11.3 | 71 | 88.8 |
| Memakai gaun pelindung untuk setiap tindakan keperawatan. | 43 | 53.8 | 37 | 46.3 |
| Memakai masker setiap kali memeriksa pasien. | 41 | 51.3 | 39 | 48.8 |
| Mencuci tangan sesudah melakukan tindakan keperawatan. | 0 | 0 | 80 | 100.0 |
| Melakukan recapping jarum suntik dengan 2 tangan. | 24 | 30.0 | 56 | 70.0 |

Pada tabel 1. dapat dilihat bahwa perilaku tidak aman pencegahan penularan Hepatitis B yang sering dilakukan adalah melakukan recapping jarum suntik dengan 2 tangan yaitu sebanyak 56 orang (70%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi tidak aman dan amannya perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat

| Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | N | % |
|---|----|-------|
| Tidak Aman | 71 | 88.8 |
| Aman | 9 | 11.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 2. dapat dilihat bahwa perilaku pencegahan penularan Hepatitis B pada perawat sebagian besar adalah tidak aman sebanyak 71 orang (88,8%) dan hanya 9 orang (11,3%) yang memiliki perilaku aman.

Gambaran Faktor Predisposisi

1) Karakteristik Individu

a) Usia Perawat

Tabel 3 Distribusi usia perawat

| Variabel | n | Mean | Median | Modus | Min | Max |
|----------|----|-------|--------|-------|-----|-----|
| Usia | 80 | 34.44 | 35.50 | 30 | 23 | 48 |

Pada tabel 3. variabel usia dapat dilihat bahwa responden yang paling muda berusia 23 tahun dan usia yang paling tua adalah 48 tahun dengan nilai mean (34,44), median (35,50), dan modus (30).

b) Jenis Kelamin

Tabel 4. Distribusi frekuensi jenis kelamin perawat

| Jenis Kelamin | n | % |
|---------------|----|-------|
| Laki-laki | 19 | 23.8 |
| Perempuan | 61 | 76.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 4. terlihat bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 61 orang (76,3%) dan responden yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 19 orang (23,8%).

c) Pendidikan

Tabel 5. Distribusi frekuensi pendidikan perawat

| Pendidikan | n | % |
|------------|----|-------|
| D3 Perawat | 75 | 93.8 |
| S1 Perawat | 5 | 6.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 5. terlihat bahwa sebagian besar responden berpendidikan diploma (D3) yaitu sebanyak 75 orang (93,8%) dan responden yang berpendidikan sarjana (S1) yaitu sebanyak 5 orang (6,3%).

d) Masa Kerja

Tabel 6. Distribusi masa kerja perawat

| Variabel | n | Mean | Median | Modus | Min | Max |
|------------|----|-------|--------|-------|-----|-----|
| Masa Kerja | 80 | 11.80 | 10.50 | 8 | 1 | 25 |

Pada tabel 6. variabel masa kerja dapat dilihat bahwa masa kerja minimum yaitu selama 1 tahun dan maximum yaitu selama 25 tahun dengan nilai mean (11,8), median (10,5), dan modus (8).

2) Pengetahuan

Tabel 7. Distribusi frekuensi pengetahuan tentang pencegahan penularan hepatitis B pada perawat

| Pengetahuan | n | % |
|-------------|----|-------|
| Rendah | 68 | 85.0 |
| Tinggi | 12 | 15.0 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 7. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan rendah yaitu sebanyak 68 orang (85%) dan hanya 12 orang (15%) yang memiliki pengetahuan tinggi.

3) Sikap

Tabel 8. Distribusi frekuensi sikap tentang pencegahan penularan hepatitis B pada perawat

| Sikap | n | % |
|---------|----|-------|
| Negatif | 36 | 45.0 |
| Positif | 44 | 55.0 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 8. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki sikap positif yaitu sebanyak 44 orang (55%) dan sebanyak 36 orang (45%) yang memiliki sikap negatif.

a. Gambaran Faktor Pemungkin

1) Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Tabel 9. Distribusi frekuensi ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) pada perawat

| Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) | n | % |
|--|----|-------|
| Tidak Lengkap | 51 | 63.8 |
| Lengkap | 29 | 36.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 9. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menyatakan ketersediaan APD tidak lengkap sebanyak 51 orang (63,8%) dan 29 orang (36.3%) yang menyatakan lengkap.

2) Pelatihan

Tabel 10. Distribusi frekuensi pelatihan terhadap pencegahan penularan hepatitis B pada perawat

| Pelatihan | n | % |
|------------|----|-------|
| Tidak Baik | 42 | 52.5 |
| Baik | 38 | 47.5 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 10. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menyatakan pelatihan masih pada kategori tidak baik yaitu sebanyak 42 orang (52,5%) dan 38 orang (47,5%) yang menyatakan pelatihan masih pada kategori baik.

b. Gambaran Faktor Penguat

1) Standar Prosedur Operasional

Tabel 11. Distribusi frekuensi penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) pada perawat di rumah sakit

| Standar Prosedur Operasional (SPO) | n | % |
|------------------------------------|----|-------|
| Tidak Baik | 38 | 47.5 |
| Baik | 42 | 52.5 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 11. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menyatakan penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) masih pada kategori baik yaitu sebanyak 42 orang (52,5%) dan 38 orang (47,5%) menyatakan penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) pada kategori tidak baik.

2) Pengawasan

Tabel 12. Distribusi frekuensi pengawasan pada perawat di ruang rawat inap rumah sakit

| Pengawasan | N | % |
|------------|----|-------|
| Tidak Baik | 19 | 23.8 |
| Baik | 61 | 76.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

Pada tabel 12. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menyatakan pengawasan untuk pencegahan penularan Hepatitis B masih pada kategori baik yaitu sebanyak 61 orang (76,3%) dan 19 orang (23,8%) yang menyatakan pengawasan pada kategori tidak baik.

2. Analisis Bivariat

a. Faktor Predisposisi (*Presdisposing Factor*)

1) Karakteristik Individu dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 13. Hubungan usia dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis b pada perawat di rumah sakit

| Usia | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | Pencegahan | | Total | | <i>P value</i> |
|-------|---|------|------------|------|-------|-----|----------------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | | |
| | n | % | N | % | N | % | |
| < 36 | 32 | 80.0 | 8 | 20.0 | 40 | 100 | |
| ≥ 36 | 39 | 97.5 | 1 | 2.5 | 40 | 100 | 0.029 |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 | |

Pada tabel 13. dapat dilihat bahwa terdapat 32 orang (80%) responden yang berusia dibawah 36 tahun memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang berusia diatas 36 tahun yang memiliki perilaku aman yaitu hanya 1 orang (2,5%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat usia terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai *p value* = 0,029 (*p value* < 0,05).

Tabel 14. Hubungan jenis kelamin dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Jenis Kelamin | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | Pencegahan | | Total | | <i>p value</i> |
|---------------|---|------|------------|------|-------|-----|----------------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | | |
| | n | % | N | % | N | % | |
| Laki-laki | 17 | 89.5 | 2 | 10.5 | 19 | 100 | |
| Perempuan | 54 | 88.5 | 7 | 11.5 | 61 | 100 | 1 |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 | |

Tabel 14. dapat dilihat bahwa terdapat 17 orang (89,5%) responden laki-laki memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden perempuan yang memiliki perilaku tidak aman yaitu sebanyak 54 orang (88,5%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara variabel jenis kelamin terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah dengan nilai *p value* = 1 (*p value* > 0,05).

Tabel 15. Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Pendidikan | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | Pencegahan | | Total | | <i>p value</i> |
|------------|---|------|------------|------|-------|-----|----------------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | | |
| | N | % | n | % | n | % | |
| D3 Perawat | 67 | 89.3 | 8 | 10.7 | 75 | 100 | |
| S1 Perawat | 4 | 80.0 | 1 | 20.0 | 5 | 100 | 0.458 |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 | |

Tabel 15. dapat dilihat bahwa terdapat 67 orang (89,3%) responden yang berpendidikan diploma memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang berpendidikan sarjana memiliki perilaku tidak aman yaitu sebanyak 4 orang (80%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat pendidikan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai $p\ value = 0,458$ ($p\ value > 0,05$).

Tabel 16. Hubungan masa kerja dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Masa Kerja | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | <i>p value</i> | |
|------------|---|------|------|------|-------|----------------|-------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | | |
| | N | % | N | % | n | | % |
| < 11 | 32 | 80.0 | 8 | 20.0 | 40 | 100 | 0.029 |
| ≥ 11 | 39 | 97.5 | 1 | 2.5 | 40 | 100 | |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 | |

Tabel 16. dapat dilihat bahwa terdapat 32 orang (80%) responden masa kerjanya dibawah 11 tahun memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden masa kerjanya diatas 11 tahun yang memiliki perilaku tidak aman yaitu sebanyak 39 orang (97,5%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat lama masa kerja terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai $p\ value = 0,029$ ($p\ value < 0,05$).

2) Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 17. Hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Pengetahuan | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | <i>P value</i> | |
|-------------|---|------|------|------|-------|----------------|-------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | | |
| | n | % | N | % | n | | % |
| Rendah | 64 | 94.1 | 4 | 5.9 | 68 | 100 | 0.003 |
| Tinggi | 7 | 58.3 | 5 | 41.7 | 12 | 100 | |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 | |

Tabel 17. dapat dilihat bahwa terdapat 64 orang (94,1%) responden yang berpengetahuan rendah memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang berpengetahuan tinggi memiliki perilaku aman yaitu sebanyak 5 orang (41,7%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat

pengetahuan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai p value = 0,003 (p value < 0,05).

3) Sikap dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 18. Hubungan sikap dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis b pada perawat di rumah sakit

| Sikap | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | P value |
|---------|---|------|------|------|-------|---------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | |
| | n | % | N | % | n | |
| Negatif | 31 | 86.1 | 5 | 13.9 | 36 | 100 |
| Positif | 40 | 90.9 | 4 | 9.1 | 44 | 100 |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 |

Tabel 18. dapat dilihat bahwa terdapat 31 orang (86,1%) responden yang memiliki sikap negatif dan berperilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang memiliki sikap positif dan berperilaku aman yaitu sebanyak 4 orang (9,1%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara sikap terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai p value = 0,724 (p value > 0,05).

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

1) Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 19. Hubungan ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis b pada perawat di rumah sakit

| Ketersediaan APD | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | P value |
|------------------|---|------|------|------|-------|---------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | |
| | n | % | n | % | n | |
| Tidak Lengkap | 46 | 90.2 | 5 | 9.8 | 51 | 100 |
| Lengkap | 25 | 86.2 | 4 | 13.8 | 29 | 100 |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 |

Tabel 19 dapat dilihat bahwa terdapat 46 orang (90,2%) responden yang menyatakan ketersediaan APD tidak lengkap yang memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang menyatakan ketersediaan APD lengkap dan memiliki perilaku aman yaitu sebanyak 4 orang (13,8%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara ketersediaan APD terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai p value = 0,716 (p value > 0,05).

2) Pelatihan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 20. Hubungan pelatihan dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Pelatihan | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | P value |
|------------|---|------|------|------|-------|---------|
| | Tidak Aman | | Aman | | | |
| | N | % | n | % | n | |
| Tidak Baik | 41 | 97.6 | 1 | 2.4 | 42 | 100 |
| Baik | 30 | 78.9 | 8 | 21.1 | 38 | 100 |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 |

Tabel 20. dapat dilihat bahwa terdapat 41 orang (97,6%) responden yang menyatakan pelatihan tidak baik dan memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang menyatakan pelatihan baik dan memiliki perilaku aman yaitu sebanyak 8 orang (21,1%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara pelatihan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai $p\text{ value} = 0,011$ ($p\text{ value} < 0,05$).

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*)

1) Penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 21. Hubungan penerapan SPO dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Standar Operasional (SPO) | Prosedur | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | P value |
|---------------------------|----------|---|------|------|------|-------|---------|
| | | Tidak Aman | | Aman | | | |
| | | N | % | n | % | n | |
| Tidak Baik | | 36 | 94.7 | 2 | 5.3 | 38 | 100 |
| Baik | | 35 | 83.3 | 7 | 16.7 | 42 | 100 |
| Total | | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 |

Tabel 21. dapat dilihat bahwa terdapat 36 orang (94,7%) responden menyatakan penerapan SPO tidak baik dan memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang menyatakan penerapan SPO baik dan memiliki perilaku aman yaitu sebanyak 7 orang (16,7%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara penerapan SPO terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai $p\text{ value} = 0,159$ ($p\text{ value} > 0,05$).

2) Pengawasan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Tabel 22. Hubungan pengawasan dengan perilaku pencegahan penularan hepatitis B pada perawat di rumah sakit

| Pengawasan | Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B | | | | Total | | <i>p value</i> |
|------------|---|------|------|------|-------|-----|----------------|
| | Tidak Aman | | Aman | | n | % | |
| | n | % | n | % | | | |
| Tidak Baik | 17 | 89.5 | 2 | 10.5 | 19 | 100 | 1.00 |
| Baik | 54 | 88.5 | 7 | 11.5 | 61 | 100 | |
| Total | 71 | 88.8 | 9 | 11.3 | 80 | 100 | |

Tabel 22. dapat dilihat bahwa terdapat 17 orang (89,5%) responden menyatakan pengawasan tidak baik dan memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B. Sedangkan responden yang menyatakan pengawasan baik dan memiliki perilaku aman yaitu sebanyak 7 orang (11,5%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara pengawasan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai $p\ value = 1$ ($p\ value > 0,05$).

A. Pembahasan

1. Faktor Predisposisi (*Presdisposing Factor*)

a) Karakteristik Individu dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

1) Usia dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat usia terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit dengan nilai $p\ value = 0,029$ ($p\ value < 0,05$).

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Darmawati (2015), berdasarkan analisa data *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan umur dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Bendan kota Pekalongan dengan nilai $p = 0,806 > 0,05$ (Darmawati, 2015).

2) Jenis Kelamin dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara variabel jenis kelamin terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p\ value = 1$ ($p\ value > 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Darmawati (2015), berdasarkan analisa data *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Bendan kota Pekalongan dengan nilai $p = 0,102 > 0,05$ (Darmawati, 2015).

3) Pendidikan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat pendidikan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p\text{ value} = 0,458$ ($p\text{ value} > 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Darmawati (2015), berdasarkan analisa data *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan pendidikan dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Bendan kota Pekalongan dengan nilai $p = 0,096 > 0,05$ (Darmawati, 2015).

4) Masa Kerja dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat lama masa kerja terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p\text{ value} = 0,029$ ($p\text{ value} < 0,05$).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Darmawati (2015) yaitu berdasarkan analisa data *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan lama kerja dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Bendan kota Pekalongan (Darmawati, 2015).

b) Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara tingkat pengetahuan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p\text{ value} = 0,003$ ($p\text{ value} < 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rinendy (2012) yang menunjukkan hasil kolerasi antara pengetahuan dan tindakan pencegahan penyakit menular adalah bermakna, diperoleh nilai *significancy* 0,018 ($p < 0,05$) (Rinendy,2012). Begitu juga dengan penelitian Darmawati (2015) yang menunjukkan ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Bendan kota Pekalongan dengan nilai $p = 0,020 < 0,05$ (Darmawati, 2015).

Tetapi penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Yulastri (2008) yang menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pengetahuan baik dengan pencegahan risiko tertular hepatitis B pada kategori baik sebanyak 27 orang (71,1%). Sehingga tidak ada pengaruh pengetahuan dengan pencegahan risiko tertular hepatitis B diperoleh nilai $p = 0,448$ (Yulastri, 2008).

c) Sikap dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara sikap terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p\text{ value} = 0,724$ ($p\text{ value} > 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Darmawati (2015) yaitu berdasarkan analisa data *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan ketersediaan alat pelindung diri dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Benda kota Pekalongan dengan nilai $p = 0,062 > 0,05$ (Darmawati, 2015).

Tetapi penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Riyanto (2016) menunjukkan bahwa hubungan antara faktor sikap dengan kepatuhan penggunaan APD diperoleh sebanyak 5 (7,6%). Disimpulkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara faktor sikap terhadap kepatuhan penggunaan APD dengan nilai $p = 0,034$ ($p < 0,05$) (Riyanto, 2016).

2. Faktor pemungkin (*Enabling Factor*)

a) Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara ketersediaan APD terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p \text{ value} = 0,716$ ($p \text{ value} > 0,05$).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Yulastri (2008) yang menunjukkan ada pengaruh antara variabel ketersediaan fasilitas & APD secara signifikan terhadap pencegahan risiko tertular hepatitis B dengan nilai $p = 0,014$ (Yulastri, 2008). Dan begitu juga dengan penelitian Riyanto (2016) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara faktor ketersediaan APD diruangan maupun rumah sakit terhadap kepatuhan penggunaan APD di Rumah Sakit Sari Asih Serang. Hasil analisis penelitian ini diperoleh pula nilai OR = 6,67 (Riyanto, 2016).

b) Pelatihan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara pelatihan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p \text{ value} = 0,011$ ($p \text{ value} < 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sarmayani (2015) yang menunjukkan terdapat hubungan antara variabel pelatihan dengan pencegahan infeksi oleh perawat pelaksana dengan nilai $p\text{-value} = 0,003$ (Sarmayani, 2015).

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*)

a) Standar Prosedur Operasional (SPO) dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara Standar Prosedur Operasional (SPO) terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p \text{ value} = 0,159$ ($p \text{ value} > 0,05$).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Kurniawati (2014) tentang hubungan antara praktik penerapan SOP dengan kejadian kecelakaan kerja pada perawat bagian unit perinatalogi di RSUD Tugurejo Semarang. Di dapat $p \text{ value} = 0,002$ sehingga dari hasil

tersebut dapat diketahui bahwa ada hubungan antara praktik penerapan SOP dengan kejadian kecelakaan kerja pada perawat bagian unit Perinatologi di RSUD Tugurejo Semarang (Kurniawati, 2014).

b) Pengawasan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Hepatitis B

Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara pengawasan terhadap perilaku pencegahan penularan Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dengan nilai $p\text{ value} = 1$ ($p\text{ value} > 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Saragih (2015) yang di disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara efektivitas fungsi pengawasan kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam penerapan pengendalian infeksi nosokomial dengan nilai $p\text{ value} = 0,285$ (Saragih, 2015).

Tetapi penelitian ini tidak sejalan dengan analisis penelitian Riyanto (2016) yaitu ada hubungan yang signifikan antara faktor pengawasan terhadap kepatuhan penggunaan APD dengan nilai $p = 0,02$ (Riyanto, 2016). Dan begitu juga dengan penelitain Darmawati (2015) yang menunjukkan ada hubungan pengawasan alat pelindung diri dengan kepatuhan perawat pada penggunaan alat pelindung diri (*handscoon*) dalam tindakan injeksi di ruang rawat inap RSUD Bendan kota Pekalongan dengan nilai $p = 0,021 < 0,05$ (Darmawati, 2015).

Penutup

Dari hasil penelitian Sebagian besar responden memiliki perilaku tidak aman dalam pencegahan penularan Hepatitis B di Rumah Sakit. Perilaku tidak aman yang banyak dilakukan oleh responden adalah melakukan recapping jarum suntik dengan 2 tangan. Ada hubungan yang bermakna (*signifikan*) antara variabel usia, masa kerja, pengetahuan, dan pelatihan terhadap determinan perilaku pencegahan penularan Hepatitis B pada perawat di Rumah Sakit.

Dari hasil diharapkan perawat pelaksana sebaiknya tidak menutup kembali jarum suntik melainkan langsung membuang jarum suntik ke tempat penampungan sementara. Jika jarum terpaksa ditutup kembali (*recapping*), gunakanlah cara penutupan jarum dengan satu tangan (*single handed recapping method*).

Manajemen rumah sakit diharapkan mengupayakan ketersediaan kelengkapan APD dan mengadakan pelatihan mengenai prinsip-prinsip kewaspadaan universal, cara penularan penyakit infeksi di rumah sakit khususnya Hepatitis B, dan pencegahan penularannya. Sehingga diharapkan perawat bisa meningkatkan pengetahuan dan praktek pencegahan penularan penyakit infeksi khususnya Hepatitis B di Rumah Sakit.

Daftar Pustaka

Darmawati. (2015). *Analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat menggunakan Alat Pelindung Diri (Handscoon) di RSUD Bendan Kota Pekalongan*. Jurnal. Pekalongan: PSIK FIK Universitas Pekalongan.

- Kemenkes RI. (2012). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia: 1087/MENKES/SK/VIII/2010 Tentang Standar kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian kesehatan republik indonesia direktorat bina kesehatan kerja
- Kurniawati, Wijayanti. (2014). *Hubungan Praktik Penerapan Standart Operating Prosedure (SOP) dan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) dengan Kejadian Kecelakaan Kerja pada Perawat Unit Perinatologi di RSUD Tugurejo Semarang*. Artikel Ilmiah. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro Semarang
- Mulyono H, Et. Al. (2013). *Faktor yang berpengaruh Terhadap Kinerja Perawat Di Rumah Sakit Tingkat III 16.06.01 Ambon*. Jurnal. Makassar: AKK FKM UNHAS.
- Riyanto, Dwi Agung. (2016). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri di Rumah Sakit Sari Asih Serang*. Jurnal. Banten.
- Saragih, Sofia Gusnia N. (2015). *Hubungan Eektivitas Fungsi Pengawasan Kepala Ruangan dengan Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Santo Yusup Bandung*. Jurnal. Bandung
- Sarmayani, Eka. (2015). *Hubungan Faktor Manajemen Pengendalian Infeksi Terhadap Pencegahan Terjadinya Infeksi Nosokomial oleh Perawat di Ruang Rawat Inap RS Stella Maris Makassar, Tahun 2015*. Jurnal. Makassar: FKM UNHAS
- WHO. (2016). *Hepatitis B*. Retrieved July 21, 2016, from World Health Organization Web site: [Http://www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs204/En/#](http://www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs204/En/#)
- Yulastri, Widya. (2008). *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Perawat Terhadap Pencegahan Risiko Tertular Hepatitis B di Ruang Rawat Inap Penayakit Dalam RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2008*. Jurnal. Medan: USU.

HUBUNGAN ANTARA BERMAIN AKTIF DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL PADA ANAK PRA-SEKOLAH USIA 4-6 TAHUN DI TK DHARMA WANITA PERSATUAN BORO KECAMATAN KEDUNGWARU KABUPATEN TULUNGAGUNG 2015

Lusi Aprilia Suseno¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: lusiaprilias55@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Prenatal sampai 8 tahun merupakan periode emas karena perkembangan otak anak hingga 80% sehingga merupakan waktu terbaik untuk mengembangkan kepribadian potensi dan positif untuk menjadi dewasa. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara bermain dengan perkembangan sosial pada anak prasekolah usia 4-6 tahun di TK daerah Dharma Wanita Persatuan Boro Kedungwaru Tulungagung pada tahun 2015.

Metode: Dilakukan dengan menggunakan sampel dilakukan secara purposive sampling, sebanyak 36 responden. Analisis statistik menggunakan uji rho Spearman. Dari uji statistik menggunakan Spearman rank korelasi diperoleh ρ adalah 0,05 sehingga hipotesis penelitian α nilai lebih kecil dari $0,01\alpha$ diterima.

Hasil: Ini berarti bahwa ada hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anak-anak pra-sekolah di TK daerah Dharma Wanita Persatuan Boro Tulungagung. Selain itu diperoleh rho 0,548, berarti bahwa hubungan positif dan moderat di mana semakin baik peran aktif dalam anak-anak tepi juga baik dalam pembangunan sosial.

Simpulan: Ada hubungan antara bermain dengan perkembangan sosial pada anak prasekolah usia 4-6 tahun di TK daerah Dharma Wanita Persatuan Boro Kedungwaru Tulungagung kecamatan pada tahun 2015

Kata kunci: Bermain aktif, pertumbuhan sosial

ABSTRACT

Background: Prenatal to 8 years of age is a period of golden because the brain development of children up to 80% so that is the best time to develop the potential and positive personality to become mature, based on data from a study carried out by the researchers obtain one people experience less social development, the purpose of this study is to determine the relationship between playing with social development in preschool children aged 4-6 years in kindergarten Dharma Wanita Persatuan Boro area Kedungwaru Tulungagung in 2015.

Methods: Using samples done by purposive sampling, totaling 36 respondents. Statistical Analysis using the Spearman rho test. From the test statistics using Spearman rank correlation obtained ρ value is smaller than the 0.01α is 0.05 so that the research hypothesis is accepted.

Results: This means that there is a relationship between active play with social development in pre-school children in kindergarten Dharma Wanita Persatuan Boro area Tulungagung. In addition obtained rho 0.548, means that positive relationships and moderate where semakin both active role in the sons of edge is also good in the social development.

Conclusions: There is a relationship between playing with social development in preschool children aged 4-6 years in kindergarten Dharma Wanita Persatuan Boro area Kedungwaru Tulungagung sub-district in 2015.

Key Words: Playing actively, social growth

Pendahuluan

Fenomena yang terjadi saat ini, seiring dengan perkembangan zaman dan kemajuan teknologi kegiatan bermain anak beralih dari kegiatan yang menggunakan aktivitas fisik aktif secara individu atau kelompok ke bentuk permainan yang menggunakan alat elektronik yang cenderung dilakukan sendiri dan bersifat pasif seperti *play station* atau menonton *televisi*. Sehingga terhambatnya perkembangan sosial pada anak, yang biasanya melakukan aktivitas secara berkelompok hilang dan interaksi yang biasanya terjadi antar anak dengan anak yang lain kini tidak terjalin secara maksimal (Simatupang, 2005).

Dampak mikro Jika seorang anak tidak diijinkan bermain dengan teman sebayanya olah orang tuanya dan anak tersebut cenderung lebih banyak melakukan kegiatan pasif dampak yang akan terjadinya pada anak tersebut menyebabkan susah nya anak tersebut menyesuaikan atau berinteraksi dengan lingkungan sekitar sehingga anak tersebut cenderung pemalu dan terhambatnya perkembangan sosialnya. Komunikasi yang biasanya melakukan aktivitas secara berkelompok hilang dan interaksi yang biasanya terjadi antar anak dengan anak yang lain kini tidak terjalin secara maksimal (Simatupang, 2005). *Dampak makro* perkembangan sosial yang buruk pada masa dini mengakibatkan terhambatnya penyesuaian sosial pada anak pada saat dewasa dalam beradaptasi dengan lingkungan yang baru dimanapun dia berada (Hurlock,1997).

Bermain adalah sebuah aktivitas yang bertujuan mencari kesenangan dan kepuasan tanpa mencari menang-kalah, yang membantu anak mencapai perkembangan yang utuh, baik fisik, intelektual, sosial, moral dan emosional (Ismail,2006).

Bermain aktif merupakan kegiatan yang dilakukan oleh seorang dalam rangka memperoleh kesenangan dan kepuasan dari aktivitas yang dilakukannya sendiri. Atau dapat juga diartikan sebagai kegiatan yang melibatkan banyak aktivitas atau gerakan-gerakan tubuh (Ismail 2006). Kebanyakan anak melakukan berbagai bentuk bermain aktif dan merupakan aktivitas yang menonjol pada masa awal anak-anak (Hurlock,1997).

Sedangkan Perkembangan sosial berarti perolehan kemampuan berperilaku sesuai dengan tuntutan sosial. Menjadi orang mampu bermasyarakat memerlukan tiga proses. Masing-masing proses terpisah dan sangat berbeda satu sama lain, tetapi saling berkaitan sehingga kegagalan dalam suatu proses akan menurunkan kadar sosialisasi individu. Penyesuaian sosial diartikan sebagai keberhasilan seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap orang lain pada umumnya dan terhadap kelompoknya pada khususnya (Hurlock,1990).

Tujuan penelitian ini, untuk mengetahui hubungan antara bermain aktif dengan sial pada anak pre-sekolah di TK Darma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015 Selain itu, mengidentifikasi bermain aktif pada anak pra-sekolah usia 4-6 tahun di TK Darma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015, mengidentifikasi perkembangan sosial pada anak pra-sekolah usia 4-6 tahun di TK Darma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015, dan menganalisa hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada

anak pra-sekola usia 4-6 tahun di TK Darma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015.

Metode

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dijelaskan berdasarkan perspektif sebagai berikut :

- a) Berdasarkan lingkup peneliti termasuk jenis penelitian *analitik Inferensial*.
- b) Berdasarkan tempat penelitian termasuk jenis penelitian lapangan.
- c) Berdasarkan waktu pengumpulan data termasuk jenis penelitian *cross sectional*.
- d) Berdasarkan cara pengumpulan data termasuk jenis penelitian *observasional*
- e) Berdasarkan ada tidaknya perlakuan termasuk jenis tidak ada perlakuan.
- f) Berdasarkan tujuan penelitian termasuk *analitik korelasional*.
- g) Berdasarkan sumber data termasuk jenis data *primer*.

Lembar observasi aktivitas bermain aktif digunakan untuk mengetahui intensitas anak dalam bermain aktif, selama anak berada dilingkungan sekolah dan dirumah. Lembaran observasi di buat berdasarkan karakteristik dan definisi bermain aktif teori Elisabeth B Hurlock (1997) dan Ismail (2006).

Dari penelitian sebelumnya lembaran ini sudah dilakukan uji validasi terlebih dahulu terhadap 10 anak yang bersekolah di TK Satu Atap SDB 3 Tulusrejo Malang. Berdasarkan Uji validasi dengan menggunakan uji statistik Pearson Correlation di peroleh hasilnya semua pertanyaan variabel bermain aktif tergolong valid dan dapat digunakan untuk mengukur aktivitas bermain aktif dengan nilai validasi rata-rata 0,988. Lembar ini juga telah dilakukan uji reliabilitas dengan nilai 0,999 yang menunjukkan bahwa lembar ini realibel. Untuk hasil lengkap dapat dilihat pada lampiran.

Rapot siswa merupakan laporan perkembangan siswa TK (Taman Kanak) Darma Wanita Persatuan Boro yang di nilai oleh guru secara kualitatif berdasarkan observasi wawancara dan portofolio. Terdapat penilaian kompetensi sosial yang terdiri atas 16 indikator kemampuan yang disesuaikan dengan tahap perkembangan sosial pada anak pra-sekolah. Kategori perkembangan sosial dinyatakan Baik : 76-100, Cukup : 65-75%, Kurang : < 55%.

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara :

- 1) Mengajukan surat izin penelitian dari Program Studi Ilmu Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri untuk melakukan penelitian.
- 2) Menyerahkan surat izin penelitian dari Program Studi Ilmu Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri yang digunakan untuk penelitian ke Tk Dharma Wanita Persatuan Boro Tulungagung.
- 3) Mengambil surat balasan dari Tk Dharma Wanita Persatuan Boro Tulungagung kemudian menyerahkan surat izin penelitian dari Program Studi Ilmu Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri.

4) Peneliti datang ke Wilayah Tk Dharma Wanita Persatuan Boro Kecamatan Kadungwaru Kabupaten Tulungagung untuk penelitian..

5) Diteliti kelengkapannya, selanjutnya dilakukan pengolahan data.

Terdapat beberapa macam cara untuk menganalisisnya, diantaranya dengan:

a) Analisa data Univariat

Distribusi frekuensi bermian aktif (Variabel independent) dan distribusi frekuensi perkembangan sosial (Variabel dependent). Distribusi frekuensi bermian aktif dinyatakan dalam bentuk prosentasi untuk mengetahui distribusi frekuensi dari variebel independent yakni bermian aktif jawaban di tabulasi dalam bentuk angka. Sedangkan distribusi frekuensi perkembangan sosial pada anak pra-sekolah dalam bentuk prosentasi untuk mengetahui distribusi frekuensi dari tingkat perkembangan sosial pada anak dari buku rapot yakni terdapat kreteria dalam rapot yang akan ditabulasi dalam bentuk angka.

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab dengan rumusan :

$$N = \frac{Sp \times 100\%}{Sm}$$

Keterangan :

N : Nialai yang di dapat

Sp : Skor yang di dapat

Sm : Skor maksimum

Selanjutnya di interpretasikan datanya menggunakan teknik interpretasi data menurut Nursalam, yaitu:

Baik : 76%-100%

Cukup : 56%-75%

Kurang: < 55%

b) Analisa Data Bivariat.

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel yakni bermian aktif dengan perkembangan sosial digunakan metode analisa *Korelasi Spreman Rank rho (r)* denagn nilai kemaknaan $p < 0,05$ artinya apabila $p < 0,05$. Hipotesis penelitian ditolak yang berarti ada hubungan bermakana bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anak prasekolah. *Korelasi Sperman Rank* berkerja dengan data ordinal yang terlebih dahulu diubah menjadi bentuk rangking dengan rumus :

$$r_2 = \frac{1}{n(n^2-1)} \sum d^2$$

Keterangan :

r_2 : Nilai korelasi sperman rank

d^2 : Selisih setiap pasangan rank

n : Jumlah pasangan rank untuk sperman ($5 < n < 30$)

Tujuan analisa uji diatas untuk mengetahui signifikansi ada atau tidaknya hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pdana anak pra-sekolah di TK Dharama Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung.

Kesimpulan uji hipotesis yang dilakukan berdasarkan P hasil analisis software komputer adalah sebagai berikut :

1. Jika $p < 0,05$ maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternative (H_1) diterima yang berarti ada hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anaka pra sekolah usia 4-6 tahun di Tk Dharma Wanita Persatuan Boro Kecamatan Kedungwaru Kabupaten Tulungagung Tahun 2015.

2. Jika $p < 0,05$ maka hipotesis nol (H_0) diterima dan hipotesis alternative (H_1) ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anaka pra sekolah usia 4-6 tahun di Tk Dharma Wanita Persatuan Boro Kecamatan Kedungwaru Kabupaten Tulungagung Tahun 2015. Interpretasi koefisien korelasi

Menurut (Dahlan, 2010), interpretasi koefisien korelasi sebagai berikut:

0,00 – 0,1999 : Hubungan sangat rendah

0,20 – 0,3999 : Hubungan rendah

0,40 – 0,5999 : Hubungan sedang

0,60 – 0,7999 : Hubungan kuat

0,80 – 1,000 : Hubungan sangat kuat

3. Melihat arah korelasi

a) Jika koefisien korelasi positif, maka hubungan kedua variable searah, artinya jika variable X nilainya tinggi maka variable Y juga tinggi.

b) Jika koefisien korelasi negative, maka hubungan kedua variable tidak searah, artinya jika variable X nilainya tinggi, maka variable Y akan rendah.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Hasil Tabulasi silang hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anak pra-sekolah usia 4-6 tahun di TK Dharma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015.

| Bermain Aktif | Tingkat Perkembangan Sosial | | | | | | Total | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------|-----------|------------------------------|----------|-------------|-----------|-------------|--|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Baik | 17 | 47,2% | 7 | 19,4% | 0 | 0% | 24 | 66,7% | |
| Cukup | 2 | 5,6% | 9 | 25,0% | 0 | 0% | 11 | 30,6% | |
| Kurang | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2,8% | 1 | 2,8% | |
| Total | 19 | 52,8% | 16 | 44,4% | 1 | 2,8% | 36 | 100% | |
| $r = 0,548$ | | $\alpha = 0,05$ | | $\rho \text{ value} = 0,001$ | | | | | |

Sumber : Data primer Agustus 2015

Pada hasil tabel silang diatas terlihat bahwa anak yang aktif bermain perkembangan sosialnya baik 17 (47,2%) anak, perkembangan sosial yang cukup sebanyak 7 (19,4%) anak dan tidak memiliki perkembangan sosial yang kurang. Sedangkan bermain aktif cukup terdapat 2 (5,6%) anak perkembangan sosialnya baik, untuk anak yang bermain aktif cukup perkembangan sosialnya 9 (25,0%) anak. Dan Bermain aktif yang kurang terdapat 1(2,8%) anak yang memiliki perkembangan sosial yang kurang.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan korelasi sperman rank diperoleh nilai ρ sebesar 0,001 dimana lebih kecil dari α yaitu 0,05 sehingga hipotesis penelitian diterima. Hal ini berarti terdapat hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anak pra-sekolah di TK Dharma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung. Selain itu diperoleh rho 0,548, berarti hubungan tersebut sedang dan positif dimana semakin baik bermain aktif pada anak semakin baik pula pada perkembangan sosialnya.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian dan Pembahasan sebelumnya dari penelitian ini dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- a) Bermain aktif pada anak pra-sekolah usia 4-6 tahun di TK Darma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015 menunjukkan rata-rata sebagian besar bermain aktif adalah baik.
- b) Perkembangan sosial pada anak pra-sekolah usia 4-6 tahun di TK Darma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung tahun 2015 menunjukkan rata-rata sebagian besar perkembangan sosial adalah baik.
- c) Terdapat hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anak prasekolah TK Dharma Wanita Persatuan Boro Kabupaten Tulungagung.

Ucapan Terima Kasih

Assalamu'alikum wr. wb

Alhamdulillah Robbil alamin, Segala puji hanyalah bagi ALLAH S.W.T Rabb semesta alam, yang Maha Tunggal. Puji syukur Peneliti hanturkan ke hadirat ALLAH S.W.T atas kesempatan dan kekuatan yang diberikan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "Hubungan antara bermain aktif dengan perkembangan sosial pada anak pra-sekolah usia 4-6 tahun di TK Dahma Wanita Persatuan Boro Kecamatan Kedungwaru Kabupaten Tulungagung tahun 2015".

Pada penyusunan skripsi ini, peneliti mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ir. Djoko Rahardjo, MP., selaku Rektor Universitas Kadiri
2. Eva Dwi R. S.Kep.,Ns, M.Kep. Sp.KMB., selaku Dekan Fakultas ilmu kesehatan Universitas Kadiri.
3. Siswi Wulandari, S.ST., M.Keb., selaku Ketua program Studi Bidan Pendidik (D.IV)
4. Weni Tri P. SST., S.Pd., M.Kes., Selaku dosen pembimbing pertama

5. Anis Nikmatul N, SST., selaku dosen pembimbing kedua
6. Seluruh staf di TK Dharma Wanita Persatuan Boro atas bantuannya.
7. Segenap Anggota Tim Pengelolah skripsi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri.
8. Keluarga Peneliti, ayah dan mama tercinta atas doa, dukungan dan segala pengorbanannya.
9. Semua rekan mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri pada umumnya, Program Studi Bidan Pendidik (D.IV) pada khususnya.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini dan telah mendoakan suksesnya penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa Penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun. Akhirnyan Peneliti berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya.

Wassalamu'alikum wr.wb

Daftar Pustaka

- Astuti, Mila Sety, 2007. *Hubungan Antara Intensitas Permainan Kooperatif Dengan Kematangan Sosial Pada Anak Prasekolah Usia 4-5 Tahun*. <http://etd.library.ums.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&i=jtptums-gdl-s1-2007-milasetya-4358>. Diakses pada tanggal 29 April 2015 pada pukul 11.00 WIB
- Desmita, 2009. *Psikologi Perkembangan*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Fletcher, Adam, 2006 *Guide to cooperative Games for Social Change*. www.commonaction.org . Diakses pada 30 April 2015 pada pukul 13.23 WIB
- Soetjiningsih, 1995. *Tumbuh kembang anak*. Jakarta : EGC
- Hurlock, Elisabeth B, 1997. *Perkembangan Anak Jilid 1 Edisi Keenam*. Jakarta : Erlangga.
- Hurlock, Elisabeth B, 1990. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan Edisi Kelima*. Jakarta : Erlangga.
- Ismail, Andang, 2006. *Education game, Menjadi Cerdas dan Ceria dengan Permainan Edukatif*. Yogyakarta : Nuansa Aksara.
- Lena, 2009. *Bermain Sebagai Sumber Belajar Alami Bagi Anank*. <http://www.uny.ac.id/berita/uny/bermain-sebagai-seumber-belajar-alami-bagi-anak>. Diakses pada tanggal 2 Mei 2015 pada pukul 05:18 WIB.
- Moeslichatoen, 2004. *Metode Pengajaran Di Taman Kanak-kanak*. Jakarta : Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Dengan Rineka Cipta.
- Boeree, C. George, 2007. *Personality Theories : Melacak Kepribadian Anda Bersama Psikologi Dunia*. Jogjakarta : Prismsophie.
- Ira, 2011 *Saat Abak Paham Jenis Kelaminnya*. <http://health.detik.com/read/2011/02/20/120847/1574508/1075/saat-anak-paham-jenis-kelaminnya>. Diakses pada 5 Mei 2015 pada pukul 09.15 WIB

- Muchtaromah, Bayyinatul, 2009. *Pentingnya Perkembangan Kompetensi Sosial Anak (Bagian 1)*. <http://blog.uin-malang.ac.id/bayyinatul/2010/07/08pentingnya-perkembangan-kompetensi-sosial-anak-bagian-1/>. Diakses pada tanggal 3 Mei 2015 pada pukul 14.13 WIB.
- Nurfaizin, Luqman, 2008. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial Anak*. http://puskesmas-oke.blogspot.com/2008/11/faktor-faktor-yang-mempengaruhi_11.html. Diakses pada tanggal 4 Mei 2015 pada pukul 14.13 WIB
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* Jakarta : Salemba Medika.
- Patmonodewo, Soemiaryi, 2003. *Pendidikan Anak Presekolah*. Jakarta : Depertemen Pendidikan dan Kebudayaan Dengan Rineka Cipta.
- Simatupang, Nurhayati. (2005) *Bermain Sebagai Upaya Dini Menanamkan Aspek Sosial Bagi Siswa Sekolah Dasar*. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, Volume 3, no 1,2005. Universitas Negeri Medan.

SPORTS INJURY TREATMENT AND PREVENTION

Nancy Sylvia Bawiling¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Manado

Surel: nancybawiling@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Sports Injury atau cedera olahraga berpotensi dialami seorang atlit yang melakukan aktifitas olahraga, terjadi pada jaringan tubuh akibat ketidakmampuan menerima beban latihan saat berolahraga. Fakta ini membuat seorang atlit dan pelatih harus mempelajari lebih jauh mengenai jenis cedera, lokasi cedera dan pencegahan serta penanganannya. Cedera yang paling sering terjadi pada atlit adalah *sprain* atau robekan ligamen dan *strain* atau robekan pada musklotendineus, memunculkan trauma akut ataupun kronis disertai munculnya gejala awal tanda-tanda peradangan seperti pembengkakan, peningkatan suhu area cedera, perubahan warna, sensasi nyeri dan penurunan fungsi kekuatan dan keterbatasan jangkauan gerak.

Metode: Penanganan untuk cedera tersebut menggunakan prinsip PRICES (*Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation, Support*) yang bertujuan untuk mencegah cedera bertambah parah dengan mengurangi pergerakan bagian otot yang cedera, memberikan waktu jaringan untuk sembuh, mengurangi peradangan dan pembengkakan, serta mengurangi tekanan dan aliran darah ke daerah cedera.

Hasil: Upaya pencegahan cedera yang dapat dilakukan adalah memakai perlengkapan yang tepat pada waktu berolahraga, melakukan pemanasan, kondisi fisik yang fit untuk beraktifitas, pengaturan asupan gizi, memperhatikan sarana dan lingkungan tempat beraktifitas serta pemeriksaan awal untuk menentukan ada tidaknya kontraindikasi dalam berolahraga.

Simpulan: Hal ini bertujuan untuk memaksimalkan proses pemulihan dan meminimalisir terjadinya resiko berulang.

Kata Kunci: Cedera olahraga, sprain, strain

ABSTRACT

Background: Sports Injury can potentially experienced by any athletes who perform sports activities. It can happen due to inability of the body for receive training load when excersising. This fact makes an athlete and coach must learn more about the type of injury, site of injury and prevention and treatment. Injuries were most common in athletes is a sprain or tear a ligament and strain or tear in musklotendineus, this lead to acute trauma or chronic trauma accompanied by the appearance of early signs symptoms of inflammation such as swelling, increasing in temperature of the injury, discoloration, cause a sensation of pain and decreased function of the strength and limited range of motion.

Methods: Treatment for sports injuries using the PRICE methods (*Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation, Support*) which aims to prevent injuries from getting worse by reducing movements of muscle injury, give the body tissue time to heal, reduce inflammation and swelling, as well as reducing stress and blood flow to the injured area.

Results: Prevention for an athlete to prevent sports injuries before running the sports activity are use the right equipment at the time of exercise, warming up, prepare a fit physical condition, set a balanced nutritional intake, paying attention to the facilities and environment of the location that will be used for activities, and conduct initial medical examination on the body to determine wheter there is a contraindication of the body to do sports activities.

Conclusion: It aims to maximize recovery and minimize the risk of recurrence injuries.

Key Words: Sports injuries, sprains, strains

Pendahuluan

Dalam berolahraga setiap pelaku kegiatan olahraga berpotensi mengalami cedera. Cedera sering dialami oleh seorang atlet, terutama apabila aktivitas yang dilakukan melampaui kemampuan tubuh untuk mengatasinya. Hal ini membuat seorang atlet kehilangan waktu latihan dan pertandingan sehingga tidak memiliki kesempatan untuk menunjukkan prestasi terbaiknya terlebih bagi atlet profesional keadaan tersebut dapat menghilangkan sumber penghasilan. Kejadian seperti ini memerlukan penanganan atau pertolongan yang profesional dengan segera. Penanganan terhadap cedera olahraga pada zaman modern sekarang ini sudah banyak dilakukan, baik dilakukan secara medis ataupun fisioterapis. Cedera olahraga adalah cedera pada sistem integument, otot dan rangka ataupun segala bentuk ruda paksa/trauma yang disebabkan oleh kegiatan olahraga. Cedera olahraga terjadi karena ketidakmampuan jaringan (otot, persendian, tendon dan kulit) serta organ tubuh lainnya dalam menerima beban latihan pada saat berolahraga.

Fakta-fakta mengenai cedera olahraga yang sering terjadi memunculkan kesadaran untuk mempelajari lebih jauh mengenai pengertian dan jenis-jenis cedera olahraga serta penanganannya. Dengan menguasai jenis cedera olahraga kita dapat mengetahui bagian tubuh yang terluka sekaligus cara penanganan cedera tersebut sehingga dapat segera memberikan pertolongan pertama pada atlet yang mengalami cedera sesegera mungkin. Pertolongan pertama merupakan pertolongan yang sangat mudah dilakukan dimana saja dengan peralatan yang tidak sulit untuk didapat. Salah satunya dibuktikan dengan penanganan menggunakan bekuan es yang berdasarkan penelitian cukup efektif untuk mengurangi pembengkakan dan rasa nyeri (Kuo C, et al, 2011). Tujuan akhir dari penanganan cedera olahraga adalah untuk memaksimalkan proses pemulihan cedera serta meminimalisir terjadinya resiko cedera berulang.

Hasil dan Pembahasan

Cedera olahraga adalah suatu kondisi dimana terjadi kerusakan pada anggota tubuh yang terjadi pada waktu sebelum, saat dan sesudah bertanding ataupun ketika sedang berlatih ataupun cedera yang terjadi pada waktu seseorang melakukan aktivitas fitness, latihan, atau pertandingan olahraga dengan lokasi cedera pada sistem muskulosekeletal.

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan cedera, antara lain kesalahan metode latihan, kelainan struktural, kelemahan otot dan penopang sendi. Resiko terjadinya cedera dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor internal keahlian atlet sendiri (intrinsik) dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik terdiri dari komponen yang dimiliki oleh atlet seperti kekuatan, umur dan riwayat cedera dimana komponen tersebut mempengaruhi performa atlet ketika berlatih dan bertanding, tetapi faktor resiko ini dapat diminimalisir. Sedangkan faktor ekstrinsik merupakan faktor dari lingkungan luar tubuh atlet yang mempengaruhi terjadinya resiko cedera. Kedua faktor resiko tersebut memiliki potensi yang mempengaruhi kejadian cedera, yaitu potensi yang tidak dapat dimodifikasi dan potensi yang dapat dimodifikasi.

Ada dua tipe cedera olahraga, yaitu: cedera akut dan cedera kronis. Patah tulang, memar, robek ligamen, robek otot atau tendo, lecet, dan tergores adalah beberapa contoh cedera akut, sedangkan stress fraktur, tendinitis, dan epifistitis atau apofistitis merupakan sebagian contoh cedera kronis. Meskipun demikian, seorang atlit kadang mengabaikan keberadaan sebuah risiko dari kegiatan olahraga. Seorang atlit harus dapat mengetahui kemampuan fungsional tubuhnya agar dapat memberikan informasi yang dibutuhkan oleh fisioterapis, pelatih, dokter dan ahli olahraga yang menanganinya terkait dengan pencegahan cedera. Kemampuan fungsional yang harus diketahuinya merupakan kombinasi dari performa beberapa komponen biomotorik seperti kekuatan otot, daya tahan otot, fleksibilitas, koordinasi, stabilitas, dan keseimbangan.

Setiap aktivitas olahraga, baik olahraga rekreasi ataupun olahraga prestasi tentunya memiliki resiko cedera yang mungkin akan terjadi. Resiko tersebut tergantung dari tingkat kesulitan atau intensitas olahraga. Jika aktivitas olahraga itu ringan atau tidak banyak memiliki kontak tubuh ataupun dengan kecepatan tinggi, cedera yang terjadi beresiko lebih ringan dibandingkan dengan olahraga dengan kontak tubuh seperti *martial art*.

Ada tiga tingkatan intensitas aktifitas fisik yang berhubungan dengan tingkat resiko cedera, sebagai berikut :

1. Aktifitas fisik intensitas ringan/rendah (berjalan, latihan tanpa beban dan berenang)
2. Aktifitas fisik intensitas sedang (permainan, latihan beban dan jogging)
3. Aktifitas fisik intensitas berat/dilakukan secara terus-menerus (olahraga professional).

Ada dua macam cedera yang sering terjadi pada atlet yaitu *Sprain* dan *Strain*. *Sprain* adalah cedera pada sendi yang mengakibatkan robekan pada ligament (jaringan yang menghubungkan tulang dengan tulang) atau kapsul sendi yang memberikan stabilitas, ini terjadi karena adanya tekanan yang berlebihan dan mendadak pada sendi, atau karena penggunaan berlebihan yang berulang-ulang. Gejalanya dapat berupa nyeri, inflamasi atau peradangan dan pada beberapa kasus terjadi ketidakmampuan menggerakkan tungkai. *Strain* adalah bentuk cedera berupa penguluran atau kerobekan pada struktur muskulotendinous (otot dan tendon) secara mendadak. Gejalanya berupa nyeri, spasme otot, kehilangan kekuatan dan keterbatasan lingkup gerak sendi. Tipe cedera ini sering terlihat pada pelari jarak dekat atau menengah dimana cedera ini muncul ketika pelari dalam keadaan langkah penuh. *Strain* kronis terjadi secara berkala oleh karena penggunaan berlebihan atau tekanan berulang-ulang sehingga terjadi peradangan pada tendon (tendonitis). Cedera ini sering terjadi pada pemain tenis terutama pada bagian bahu akibat tekanan terus menerus dari servis yang berulang-ulang.

Sprain ringan biasanya disertai hematoma dengan sebagian serabut ligament putus, sedangkan pada *strain* sedang terjadi efusi yang menyebabkan bengkak. Sebelum ke rumah sakit, pertolongan pertama yang dapat dilakukan adalah evaluasi awal tentang keadaan umum penderita untuk menentukan apakah ada keadaan yang mengancam kelangsungan hidupnya.

Arief Setiawan (2011) dalam jurnal Media Ilmu Keolahragaan Indonesia menyebutkan cedera yang sering dialami oleh atlit terdiri dari dua macam yaitu trauma akut dan *overuse syndrome* (sindrom

pemakaian berlebih). Trauma akut adalah suatu cedera berat yang terjadi secara mendadak, seperti robekan ligament, otot, tendon atau terkilir, atau bahkan patah tulang dan biasanya memerlukan pertolongan profesional. Sindrom pemakaian berlebih sering dialami oleh atlet, bermula dari adanya suatu kekuatan yang sedikit berlebihan, namun berlangsung berulang-ulang dalam jangka waktu lama. Sindrom ini kadang memberi respon yang baik dengan pengobatan sendiri.

Tanda akut cedera olahraga yang umumnya terjadi adalah respon peradangan tubuh berupa tumor (pembengkakan), calor (peningkatan suhu), rubor (warna merah), dolor (nyeri) dan functio laesa (penurunan fungsi). Nyeri pertama kali muncul jika serat-serat otot atau tendon yang jumlahnya terbatas mulai mengalami robekan. Pada proses lanjut tanda-tanda peradangan tersebut akan berangsur angsur menghilang. Apabila tanda peradangan cukup hebat biasanya rasa nyeri masih dirasakan sampai beberapa hari setelah onset cedera. Hal ini dapat menyebabkan kelemahan fungsi berupa penurunan kekuatan dan keterbatasan jangkauan gerak.

Seseorang melakukan olahraga dengan tujuan untuk mendapatkan kebugaran jasmani, kesehatan maupun kesenangan atau hobi, sedangkan seorang atlet baik amatir dan profesional selalu berusaha mencapai prestasi sekurang-kurangnya untuk menjadi juara tidak menutup kemungkinan akan mengalami cedera. Namun adapun beberapa faktor yang mempunyai peran perlu diperhatikan agar dapat memperkecil cedera antara lain:

1. Usia kesehatan kebugaran

Proses degenerasi mulai berlangsung pada usia 30 tahun, dan fungsi tubuh akan berkurang 1% pertahun (*rule of one*), berarti bahwa kemampuan fungsi tubuh akan menurun, kekuatan dan kelentukan jaringan akan mulai berkurang akibat proses degenerasi, selain itu jaringan jadi rentan terhadap trauma sehingga lebih beresiko mengalami cedera. Untuk mempertahankan kondisi agar tidak terjadi pengurangan fungsi tubuh akibat degenerasi, maka latihan sangat diperlukan guna mencegah timbulnya atrofi.

2. Jenis kelamin

Sistem hormon dan bentuk tubuh pada pria berbeda dengan wanita sehingga adanya perbedaan dan perubahan fisik menyebabkan tidak semua jenis olahraga cocok untuk wanita. Hal ini apabila dipaksakan, maka akan timbul cedera yang sifatnya khas untuk jenis olahraga tertentu.

3. Jenis olahraga

Jenis olahraga sangat menentukan derajat ringan atau beratnya suatu cedera. Setiap cabang olahraga mempunyai peraturan permainan tertentu dengan tujuan agar tidak menimbulkan cedera, sehingga dengan adanya peraturan tersebut dapat mencegah kemungkinan munculnya cedera.

4. Pengalaman teknik olahraga

Untuk melaksanakan olahraga yang baik agar tujuan tertentu tercapai perlu persiapan dan latihan antara lain metode atau cara latihan serta teknik latihan yang tepat sehingga mengurangi *overuse* sistem muskuloskeletal.

5. Sarana dan fasilitas

Walaupun telah diusahakan dengan baik kemungkinan cedera masih mungkin timbul akibat sarana yang kurang memadai.

6. Gizi

Olahraga memerlukan tenaga dan untuk itu perlu gizi yang baik, selain itu gizi menentukan kesehatan dan kebugaran.

Metode latihan yang salah merupakan penyebab paling sering pada cedera otot dan sendi. Hal ini disebabkan oleh tidak dilaksanakannya pemanasan dan pendinginan yang memadai sehingga latihan fisik yang terjadi secara fisiologis tidak dapat diadaptasi oleh tubuh. Kemudian penggunaan intensitas, frekuensi latihan yang sangat tinggi, prinsip latihan *overload*, durasi dan jenis latihan yang tidak sesuai dengan keadaan fisik seseorang maupun kaidah kesehatan secara umum dan tidak memberi waktu pada tubuh untuk memperbaiki jaringan yang rusak pada waktu berolahraga merupakan faktor-faktor lain yang memperberat terjadinya cedera.

Faktor-faktor penting lain yang mempengaruhi terjadinya cedera berupa:

1. Kondisi individu/perorangan:

- a. Umur: Kemampuan fungsi tubuh akan menurun setelah usia 30 tahun sehingga lebih beresiko mengalami cedera.
- b. Jenis Kelamin: Perempuan lebih rentan terhadap cedera dibandingkan laki-laki karena perbedaan struktur anatomi dan kemampuan fisiologi.
- c. Karakter: Tipe kepribadian yang temperamental/emosional akan meningkatkan resiko terjadinya cedera.
- d. Pengalaman: Pemula cenderung lebih mudah mengalami cedera dibandingkan yang sudah berpengalaman.
- e. Pemanasan (*Warming Up*): Pemanasan yang kurang baik akan mempengaruhi kesiapan tubuh dalam menerima beban saat berolahraga.
- f. Kelainan postur atau struktural: Tubuh yang sehat, kelelahan, dan berat badan berlebih akan memudahkan terjadinya cedera olahraga
- g. Kelemahan otot, tendon dan ligamen: Ini berpengaruh pada ketidakmampuan tubuh mendapatkan tekanan yang lebih besar dari kekuatan alaminya.

2. Sarana olahraga : Peralatan yang bentuk dan ukurannya tidak sesuai dengan masing-masing individu akan memudahkan terjadinya cedera

3. Karakteristik olahraga : Jenis olahraga akan mempengaruhi bagian tubuh yang rentan cedera, olah karena itu bila diperlukan dapat menggunakan pelindung tubuh sesuai kebutuhan

4. Lingkungan fisik : Suhu, aklimatisasi pada ketinggian dan tekanan serta kelembaban udara yang ekstrem mempengaruhi tubuh saat berolahraga.

Macam-macam bentuk – bentuk cedera olahraga:

- a. *Strain*. Merupakan kerusakan yang terjadi pada saat otot dan atau tendon karena penggunaan atau peregangan yang berlebihan.
- b. *Sprain*. Merupakan kerusakan yang terjadi pada ligamen karena peregangan yang berlebihan.
- c. *Contusio* (benturan). Merupakan kerusakan yang terjadi pada jaringan lunak karena benturan langsung pada otot atau ligamen. Bila disertai dengan perdarahan disebut hematoma (memar).
- d. *Dislocation*. Merupakan pergeseran letak sendi dari tempat yang seharusnya disertai dengan kerusakan kapsul sendi dan ligamen yang mengelilinginya.
- e. *Fracture* / patah tulang. Merupakan terputusnya kontinuitas tulang dan atau tulang rawan baik komplis maupun tidak komplis.
- f. *Muscle Cramp* (kram otot). Merupakan kelainan pada otot akibat gangguan sirkulasi darah.
- g. *Heat Exhaustion* (sengatan panas). Merupakan kelelahan akibat sengatan panas. Bila tidak segera ditangani dapat menimbulkan gangguan pembuluh darah otak (*heat stroke*).
- h. Luka. Merupakan hilangnya / diskontinuitas jaringan yang menyebabkan terpaparnya jaringan dengan dunia luar, misalnya laserasi, maserasi, ekskoriasi (lecet).

Klasifikasi cedera olahraga terdiri dari :

1. Berdasarkan penyebab :
 - a. *External violence* adalah cedera yang timbul atau terjadi karena pengaruh atau sebab yang berasal dari luar.
 - b. *Internal violence* adalah cedera yang terjadi karena kesalahan koordinasi otot-otot dan sendi yang kurang sempurna sehingga menimbulkan gerakan-gerakan yang salah dan mengakibatkan cedera.
 - c. *Over-use* timbul karena pemakaian otot yang berlebihan, terus menerus sehingga dapat menyebabkan kelelahan.
2. Berdasarkan berat ringannya cedera :
 - a. Cedera ringan ialah cedera yang tidak diikuti kerusakan yang berarti pada jaringan tubuh kita, misalnya kekakuan dan kelelahan otot.
 - b. Cedera berat ialah cedera yang serius diperlihatkan dengan adanya kerusakan jaringan tubuh seperti robeknya otot pada patah tulang dan ligamentum dengan ditandai oleh kehilangan substansi atau kontinuitas, rusak atau robeknya pembuluh darah setempat dan munculnya tanda-tanda peradangan seperti merah, bengkak, nyeri dan kehilangan fungsi.

Tingkatan cedera olahraga dibagi atas tiga bagian yaitu Cedera tingkat I (ringan), tingkat II (sedang) dan tingkat III (berat). Pada cedera tingkat I penderita tidak mengalami keluhan yang serius, namun dapat mengganggu penampilan atlet, misalnya : lecet, memar, *sprain* yang ringan. Pada cedera tingkat II terlihat kerusakan jaringan lebih nyata sehingga berpengaruh pada penampilan atlet dengan keluhan bisa berupa nyeri, bengkak, gangguan fungsi dan munculnya

tanda-tanda inflamasi misalnya : lebar otot, panjang otot, tendon-tendon, robeknya ligamen (*sprain grade 2*). Sedangkan cedera tingkat III terjadi robekan lengkap ligamen dan patah tulang (*sprain grade 3 dan 4/sprain fracture*). Pada cedera tingkat ini atlet perlu penanganan yang intensif, istirahat total dan mungkin perlu tindakan bedah.

Lokasi cedera dapat terjadi pada alat gerak atas (bahu, lengan atas, sendi siku, lengan bawah, pergelangan tangan dan tangan), alat gerak bawah (sendi panggul, paha, sendi lutut, tungkai bawah, pergelangan kaki dan kaki), batang tubuh (leher dan thoracolumbal) kepala serta ada dan bagian perut.

Pencegahan

Pencegahan cedera adalah cara yang lebih baik dari pada mengobati cedera, di mana pencegahan cedera berbeda setiap jenis cederanya. Untuk menurunkan risiko terjadinya cedera perlu dilakukan tindakan preventif. Salah satu kuncinya adalah memakai perlengkapan yang tepat pada waktu berolahraga atau melakukan aktivitas lainnya. Tindakan preventif penting lain untuk mencegah terjadinya cedera olahraga adalah :

1. Mempunyai kondisi fisik yang baik pada waktu berolahraga.
2. Mengetahui dan melaksanakan aturan main.
3. Menggunakan alat pelindung yang sesuai dan baik dan mengetahui cara penggunaan peralatan olahraga
4. Melakukan olahraga sesuai dengan kaidah baik, benar, terukur dan teratur
5. Menggunakan sarana yang sesuai dengan olahraga yang dipilih serta memperhatikan kondisi prasarana olahraga.
6. Melakukan pemanasan sebelum berolahraga.
7. Tidak berolahraga pada waktu mengalami kelelahan atau sedang sakit.
8. Memperhatikan lingkungan fisik seperti suhu dan kelembaban udara sekelilingnya
9. Pemeriksaan awal sebelum melakukan olahraga untuk menentukan ada tidaknya kontraindikasi dalam berolahraga.

Upaya pencegahan cedera lainnya yang penting adalah unsur nutrisi. Pengaturan makanan sangat bermanfaat bagi atlet terutama pada periode persiapan di pemusatan latihan, periode pertandingan maupun periode pemulihan. Sumber energi makanan yang dibutuhkan harus mencakup karbohidrat, lemak, protein, vitamin, air dan mineral. Tujuan pengaturan makanan pada atlet untuk memperbaiki dan mempertahankan status gizi agar tidak terjadi kekurangan gizi atau kegemukan. Hal ini sangat diperlukan untuk membentuk otot dan mencapai tinggi badan optimal, membantu pemeliharaan kondisi tubuh serta menjaga kesegaran jasmani. Selain itu membiasakan atlet mengatur diri sendiri untuk makan makanan yang seimbang dapat melatih atlet menjadi mandiri dalam membentuk status gizinya. Pengaturan pola makan bagi olahragawan sangat penting untuk mencegah terjadinya kekurangan nutrisi sehingga saat persiapan, pertandingan dan saat pemulihan kondisi atlet tetap terjaga sehingga terhindar dari cedera olahraga.

Selain asupan nutrisi, penggunaan alat pelindung tubuh juga sangat diperlukan. Penggunaan kinesio tape dan straps juga merupakan tindakan pencegahan. Selain itu, pencegahan cedera olahraga dapat dilakukan dengan menghindari HARM dan kram otot. HARM adalah hal-hal yang harus dihindari pada cedera olahraga untuk mencegah cedera yang lebih parah. HARM merupakan singkatan dari *Heat* (panas), *Alcohol* (alkohol), *Running* (berlari) dan *Massage* (pijat). Seorang atlet yang baru saja mengalami cedera harus menghindari keempat faktor tersebut karena dapat memperberat cedera dan mengganggu penyembuhan. Kram otot adalah kontraksi dari otot secara tidak sadar dan mendadak sehingga otot kaku dan terasa nyeri. Penyebab dari kram otot diantaranya adalah kelelahan otot akibat penggunaan yang berlebihan dan kurangnya cairan tubuh (dehidrasi). Kram otot umumnya terjadi pada bagian betis. Cara mengatasi kram otot adalah dengan mengistirahatkan dan merelaksasikan otot yang kram dengan melakukan peregangan, pemijatan, menghangatkan daerah yang kram, serta rehidrasi atau pemberian nutrisi. Kram otot tidak boleh diatasi dengan metode PRICES (Shiel WC, 2015).

Penanganan

PRICES (*Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation, Support*) merupakan salah satu cara menangani cedera olahraga pada jaringan lunak. Metode ini biasanya dilakukan pada kasus *sprain* dan *strain* (Oxford Press, 2014). PRICES tidak boleh dilakukan pada kram otot, patah tulang terbuka, luka terbuka pada kulit dan korban yang alergi dingin. Berikut adalah rangkaian PRICES :

Protect (Proteksi)

Proteksi bertujuan untuk mencegah cedera bertambah parah dengan mengurangi pergerakan bagian otot yang cedera. Proteksi dapat menggunakan *air splint* dan *ankle brace* (Thompson, 2001).

Rest (Istirahat)

Istirahatkan bagian tubuh yang cedera selama 2-3 hari untuk mencegah cedera bertambah parah dan memberikan waktu jaringan untuk sembuh.

Ice (Pemberian Es)

Pemberian kompres es bertujuan untuk mengurangi peradangan. Kompres es akan menyebabkan menyempitnya pembuluh darah pada daerah yang dikompres sehingga mengurangi aliran darah ke tempat tersebut dan meredakan peradangan dengan cara : es ditempatkan dalam kantong dan dibungkus sebelum dipakai, hal ini untuk mencegah adanya kontak langsung dengan kulit. Kemudian kompres es pada daerah cedera dengan durasi 5-10 selama 2 jam dan kompres dihentikan jika peradangan berkurang. Ciri-ciri adanya peradangan yaitu ditandai dengan kemerahan, bengkak, panas, rasa nyeri dan tidak bisa digerakkan.

Compression (Kompresi)

Kompresi bertujuan untuk mencegah pergerakan otot dan juga dapat mengurangi pembengkakan. Kompresi dilakukan dengan menggunakan *elastic bandage* atau *ankle raping*. Dalam melakukan kompresi HARM diperhatikan jangan sampai kompresi terlalu ketat.

Elevation (Elevasi)

Elevasi dilakukan dengan menopang bagian yang cedera agar daerah yang cedera lebih tinggi dari permukaan jantung. Elevasi bertujuan untuk mengurangi tekanan dan aliran darah ke daerah cedera serta mengurangi pembengkakan (Millar, 2014).

Support (Penunjang)

Untuk memberikan support dapat digunakan *kinesio tape* dan *straps*. Support bertujuan untuk mencegah pergerakan otot yang berlebihan dan pencegahan cedera berulang .

Obat-obatan yang dapat diberikan untuk mengatasi cedera olahraga diantaranya adalah obat golongan penghilang rasa nyeri (analgesik) dan pereda peradangan (antiinflamasi) seperti NSAID (asam mefenamat, natrium diklofenak, meloxicam) atau asetaminofen (paracetamol, aspirin). Namun perlu diingat bahwa penggunaan obat-obatan ini tidak boleh dilakukan secara sembarangan (Young C, et al, 2007).

Penutup

Berbagai macam penyebab cedera olahraga dapat diminimalisir dan dicegah dengan mengetahui jenis atau tipe cedera, faktor resiko, jenis aktifitas, lokasi dan tingkatan cedera, gejala awal yang muncul (peradangan), tanda akut serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi terjadinya cedera. Upaya pencegahan cedera yang dapat dilakukan adalah memakai perlengkapan yang tepat pada waktu berolahraga, melakukan pemanasan, kondisi fisik yang fit untuk beraktifitas, pengaturan asupan gizi, memperhatikan sarana dan lingkungan tempat beraktifitas serta perlunya pemeriksaan awal untuk menentukan ada tidaknya kontraindikasi dalam berolahraga seperti HARM dan kram otot. Pada umumnya penanganan cedera olahraga menggunakan prinsip PRICES (*Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation, Support*) terutama pada bagian lunak tubuh. Hal ini bertujuan untuk mencegah cedera bertambah parah dengan mengurangi pergerakan bagian otot yang cedera, memberikan waktu jaringan untuk sembuh, mengurangi peradangan dan pembengkakan, serta mengurangi tekanan dan aliran darah ke daerah cedera.

Daftar Pustaka

- Arief Setiawan, 2011. Faktor Timbulnya Cedera Olahraga. Jurnal Media Ilmu Keolahragaan Indonesia. Vol 1. Ed. 1 Juli 2011.
- Bahr, R. Holme, I. 2003. *Risk factor for sport injuries-a methodological approach*. Norway. British Journal Sport Medicine 27:384-392. Available from: <http://bjsm.bmj.com/content/37/5 /384.full.pdf+html>.
- Bethesda. 2001 "*Childhood Sports Injuries and Their Prevention: A Guide for Parents with Ideas for Kid.*" Available at : http://www.niams.nih.gov/hi/topics/child_sports/child_sport.html.
- Congeni, J.A 2004. "*Dealing With Sports Injuries.*" Available at : http://kidshealth.org/teen/food_fitness/sports/sports_injuries.html
- Greene W. 2006. *Netter's Orthopaedic*. United States: Saunders.
- Habelt, S. Hasler, C.C. Steinbruck, K. Majewski, M. 2011. *Sport Injuries in Adolescents*. Jerman. Orthopedic Reviews vol.3 : e18.
- Kisner, C. Colby, L.A. 2007. *Therapeutic Exercise, Foundation and Technique 5th edition*. Amerika. F.A Davis Company. p.2.

- Kuo C. Lin C. Lee W. Huang W. *Comparing the antismelling and analgesic effects of three different ice pack therapy durations: a randomized controlled trial on cases with soft tissue injuries*. J Nuts Res. 2013 Sep 1:21(3):184-94.
- Meeuwisse, W.H. Tyreman, H. Hagel, B. Emery, C. 2007. *A dynamic model of etiology in sport injury: the recursive nature of risk and causation*. Kanada. Clinical Journal Sport Medicine 17:215-219.
- Meeuwisse, W.H. 1994. *Assesing Causation in Sport Injury : a multifactoral model*. Clinical Journal of Sport Medicine 4(3) : 166.
- Meirizal Ultra. 2012. *Cedera dalam olahraga beladiri dan teknik mengatasinya*. Jurnal Altius. Vol. 2 No. 1. ISSN 2078-927X. Prodi Pendidikan Jasmani Olahraga dan Kesehatan. Universitas Sriwijaya.
- Millar LA. *Sprains, Strains, and Tears*. American College of Sports Medicine Jurnal. Available from: <http://www.acsm.org/docs/brochures/sprains-strains-and-tears.pdf>
- Oxford University Press. *How are sports injuries classified and managed?* Available at: http://lib.oup.com.au/secondary/health/PDHPE/HSC/Student%20Book/PDHPE_HSC_e_chapter_Ch16.pdf
- Ritzei DO. 2003. *Assessing Definitions and Concepts Within the Safety Profession*. International Electronic Journal of Health Education. Available at : [/www.iejbe.org](http://www.iejbe.org).
- Ruli. 2011. Pencegahan Cedera Olahraga Bagi Atlet Melalui utrisi. Jurnal Ilara Volume II no. 1 Juni 2011.
- Shiel WC. 2015. *Muscle Cramps*. Available from: http://www.emedicinehealth.com/muscle_cramps
- Simunovic, Z. 2002. *Sport injuries can be successfully managed with low level laser therapy*. Available from: <http://www.healinglightseminars.com/laser-research-library/sports-injuries/>
- Soemardiawan, Abu Bakar. 2014. Modul Perawatan Dan Pencegahan Cedera Olahraga. FPOK IKIP Mataram.
- Stevenson, M. R., P. Hamer, et al 2000. *Sport, age, and sex specific incidence of sports injuries in Western Australia*. British journal of sports medicine.
- Thompson JC. *Netter's Concise Atlas Of Orthopaedic Anatomy*. 1st ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2001.
- Young C, Ho S. 2007. *Ankle Sprain*. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1907229-overview>

PENGARUH PAPARAN DEBU, KELUHAN SUBJEKTIF GANGGUAN SALURAN PERNAPASAN DAN ALERGI TERHADAP GAMBARAN FAAL PARU PADA PEKERJA PETERNAKAN AYAM DI 'X FARM'

Yuni Wijayanti¹

¹Program Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

ABSTRAK

Abstrak: Debu peternakan ayam dapat menyebabkan gangguan saluran pernapasan pekerja. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara paparan debu, keluhan subjektif gangguan paru dan alergi dengan gambaran faal paru pada pekerja peternakan ayam di 'X' farm.

Metode: Penelitian dilakukan dengan desain *cross sectional*, menggunakan teknik *total sampling* dengan sampel 40 orang.

Hasil: Analisis univariat menunjukkan keluhan subjektif batuk 50%, mengeluarkan dahak 15%, mengi 7,5%, sesak napas 5%, alergi 60%, kadar debu total maksimal 6,426 mg/m³ dan minimal 0,012 mg/m³, serta gambaran faal paru tidak normal 35%. Analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan antara keluhan batuk dengan gambaran faal paru (*p-value*: 0,047, CI: 0,983 – 15,271) dan keluhan alergi dengan gambaran faal paru (*p-value*: 0,02, CI: 2,009 – 156, 457) dan menunjukkan tidak adanya hubungan antara lama paparan debu, keluhan mengeluarkan dahak, mengi, dan sesak napas dengan gambaran faal paru. Analisis multivariat dengan uji regresi logistik ordinal menunjukkan batuk dan alergi bersama-sama mempengaruhi gambaran faal paru (*p-value*: 0,003) dengan parameter terestimasi untuk batuk sebesar 0,434 (*p-value*: 0,607; CI: -1,221 - 2,088) dan untuk alergi 2,664 (*p-value*: 0,024; CI: 0,357-4,970).

Simpulan: Kadar debu total di peternakan ayam 'X' Farm masih di bawah nilai ambang batas (NAB) namun terungkap adanya keluhan subjektif batuk dan alergi yang mempunyai pengaruh positif terhadap gambaran faal paru pekerja.

Kata kunci: debu, keluhan subjektif, gambaran faal paru

ABSTRACT

Abstract: Poultry dust might cause respiratory disorders in workers. This study determined the relationship between exposure to dust and subjective symptoms of pulmonary disorders and allergies to pulmonary function on 'X' farm workers.

Methods: The study was a cross-sectional design using a total sampling with 40 people.

Result: Univariate analysis showed subjective symptoms of 50% cough, 15% sputum, 7.5% wheezing, 5% shortness of breath, 60% allergies, maximum total dust content 6.426 mg/m³ and a minimum 0,012 mg/m³, and abnormal pulmonary function 35%. Bivariate analysis showed a correlation between pulmonary function and cough (*p-value*: 0.047, CI: 0.983 to 15.271) and allergic symptoms (*p-value*: 0.002, CI: 2.009 - 158, 457), and showed no relationship between pulmonary function and duration of exposure to dust, symptoms to sputum, wheezing, and shortness of breath. Multivariate analyzes using ordinal logistic regression test showed cough and allergies jointly affected pulmonary function (*p-value*: 0.003) with estimated parameters for cough was 0.434 (*p-value*: 0.607; CI: -1.221 - 2.088) and for allergy was 2.664 (*p-value*: 0.024; CI: 0.357 to 4.970).

Conclusion: The total dust content in 'X' farm was under the threshold but revealed the prevalence of cough and allergic subjective symptoms which affected the lung function of the workers. It might push more attention to the government about the harms of the poultry dust regardless of its threshold.

Keywords: dust, subjective symptoms, pulmonary function

Pendahuluan

Dampak negatif peternakan ayam dapat berupa pencemaran dan gangguan lingkungan. Keberadaan peternakan ayam juga berpotensi mengganggu kesehatan masyarakat di sekitarnya. SK Mentan No. 237/1991 dan SK Mentan No. 752/1994 menyatakan bahwa usaha peternakan dengan populasi tertentu perlu dilengkapi dengan upaya pengelolaan dan pemantauan lingkungan (Departemen Pertanian, 1991; Departemen Pertanian, 1994).

Penelitian Putri Rahayu (2013) pada peternak ayam menunjukkan adanya gambaran faal paru yang tidak normal lebih banyak terjadi pada responden laki-laki, merokok, lama paparan lebih dari 8 jam/hari, dan masa kerja 1-5 tahun atau lebih dari 5 tahun. Berdasarkan revidu hasil penelitian Just *et al.* (2009), pekerja-pekerja di kandang ayam berbentuk panggung yang dibandingkan dengan pekerja-pekerja di kandang ayam dengan lantai tanah menunjukkan prevalensi gejala gangguan saluran pernapasan yang lebih tinggi.

Chattopadhyay *et al.* (2007) menunjukkan bahwa ada perbedaan spora pada berbagai konsentrasi dalam lingkungan kerja menyebabkan penurunan *Pulmonary Function Test* (PFT), gejala alergi, peningkatan kadar IgE, dan gangguan pernapasan pekerja. Paparan debu dan *aeroallergen* beresiko mengganggu pernapasan (*upper and lower respiratory symptoms*) dan sensitisasi spesifik (IgE) (Cullinan *et al.*, 2001). Alencar *et al.* (2004) memperlihatkan bahwa para pekerja yang bekerja lebih dari 4 tahun dan lebih dari satu rumah peternakan ayam selama 5 jam per hari dalam bekerja menunjukkan adanya risiko gangguan kesehatan pada pernapasan berupa reaksi alergi respirasi.

Penelitian Pendahuluan yang telah dilakukan oleh Yuni (2013) pada pekerja peternakan ayam di 'X' farm dan menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sudah bekerja lebih dari 5 tahun. Keluhan gangguan saluran pernapasan yang sering dirasakan oleh pekerja adalah batuk, gatal-gatal, gangguan di mata, dan alergi.

Aktivitas pekerjaan di lingkungan kandang peternakan ayam menghasilkan partikel debu dan jenis partikel debu yang terbanyak yaitu debu organik. Partikel debu ini mengandung zat alergen, bakteri, kutu, jamur/spora jamur, endotoksin, sisa makanan, sisa vaksin, materi feses dan bulu/kulit ayam. Kontaminasi debu peternakan ayam berisi lebih banyak konsentrasi PM₅ dan PM₁₀. (Viegas *et al.*, 2013) yang berpotensi mempengaruhi kesehatan pernapasan.

Paparan material organik dapat mempengaruhi saluran pernapasan dan tergantung pada antigenisitas material dan kerentanan individu, dapat menyebabkan *asthma*, *asthma like syndrome*, atau penyakit paru obstruktif kronik. Gangguan pernapasan utama adalah *asthma* dan bentuk-bentuk lain dari kerusakan saluran pernapasan seperti COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*), *hypersensitivity pneumonitis*, ODTS (*Organic Dust Toxic Syndrome*). Eksplanasi melalui kajian penelitian perlu dilakukan untuk memperoleh hubungan faktor paparan debu peternakan ayam pada kesehatan pekerja.

Aktivitas pekerjaan di peternakan ayam menghasilkan debu mengandung *litter*, *populating poultry houses*, perawatan dan pengawasan ayam, vaksinasi ayam, pembersihan kandang,

pembersihan *litter* dan feses, pembersihan pada akhir produksi dan kegiatan lain atau yang serupa. (*Health & Safety Executive*, 2009). Bakteri dalam bioaerosol debu peternakan ayam mungkin berasal dari tanah, makanan, alas kandang dan dari ayamnya sendiri (feses dan kulit). Bioaerosol di peternakan ayam juga mengandung jamur: *Stachybotrys chartarum*, *Alternaria alternata*, *Aspergillus fumigatus*, *Cladosporium herbarum*, *Fusarium sp.*, *Penicillium sp.*, *Rhizopus sp.*, *Mucor sp.*, *Trichoderma sp.*, and *Trichothecium sp* (Lanc & Plewa, 2010).

Partikel yang kurang dari 5,0 μm , berbahaya terhadap kesehatan. Pertama, partikel-partikel ini dapat menempati di bagian saluran pernapasan dalam kuantitas banyak dan dalam jangka waktu lama. Kedua, partikel-partikel seperti itu tidak mudah untuk dibersihkan dari saluran pernapasan yang dalam. Ketiga, jika partikel itu dapat larut, partikel-partikel kecil seperti itu dapat masuk ke dalam cairan tubuh dan secara cepat berpindah ke darah. Terakhir, partikel-partikel dibawa dengan mudah oleh *macrofag* menuju ke darah dan organ-organ yang lain. Untuk menghindari masalah-masalah kesehatan yang serius, untuk itu sebaiknya menjaga *aerosol* dan terutama partikel-partikel yang lebih kecil dari 5 μm , dari daerah saluran pernapasan para pekerja (Li, 2008).

Pencemaran udara merupakan kondisi yang dapat membahayakan kehidupan dan kesehatan masyarakat. Partikel sering menumpuk di alveoli sebagai kantong terkecil paru-paru di ujung bronkioli. Partikel yang menumpuk akan mengganggu fungsi pernapasan (Achmadi, 2005). Meningkatnya polusi udara menyebabkan menurunnya fungsi paru. Dengan mengurangi derajat polutan udara, penyakit-penyakit infeksi pernapasan, penyakit jantung dan kanker paru dapat diturunkan frekuensinya (Sudarto, 2013).

Menurut penelitian Pendahuluan Yuni (2013), diperoleh hasil sebagai berikut: pekerja yang sudah bekerja 5 tahun atau lebih ada 67,7%, pekerja yang mengeluh batuk 74,19%, mengeluarkan dahak 54,84%, sesak napas 22,58%, mengi 19,35%, bersin-bersin 64,52%, ada riwayat alergi 35,48%, sakit mata 48,39%, gatal-gatal di kulit 41,94%, dan ada 54,84% pekerja yang tidak memakai masker ketika bekerja. Pekerja yang mempunyai kebiasaan merokok ada 45,16%.

Rerata waktu yang dihabiskan di tempat kerja adalah kurang lebih 8 jam/hari, dimana selama ini akan dihirup sekitar 3500 liter udara, termasuk partikel debu atau bahan pencemar lain. Paru seorang dewasa mengandung sekitar 300 juta alveoli dengan luas permukaan sekitar 70-100 meter persegi yang jauh lebih luas dari luas permukaan tubuh yang hanya 1,5 meter persegi (Winariani, 2010). Saluran pernapasan dengan mekanisme pertahanan yang terbatas dan paparan lingkungan yang tinggi, mudah terkena polutan kimia. Sebagai pintu awal masuk kontaminan dari udara, saluran bagian atas termasuk lubang hidung, faring, dan laring, merupakan baris pertahanan pertama dan juga target dari polutan ini (Shusterman, 2004).

Saluran pernapasan sering merupakan tempat yang merasakan sakit dari paparan pekerjaan.. Saluran pernapasan mempunyai sejumlah cara yang terbatas dalam merespon sakit. Respon-respon akut mencakup rhinosinusitis, laryngitis, gangguan saluran bagian atas, bronchitis,

bronchoconstriction, alveolitis, dan *pulmonary edema*. Respon-respon kronis mencakup asma, bronchitis, bronchiolitis, parenchymal fibrosis, dan kanker (Balmes, 2004).

Gangguan-gangguan hipersensitivitas imun dari pekerjaan yang sering mencakup asma karena alergi atau rhinoconjunctivitis, hipersensitivity pneumonitis, dan dermatitis kontak alergik. Reaksi-reaksinya tergantung pada host, durasi, derajat dan tipe sensitisasi, dan antigen. Dander dan ekskreta hewan, insekta, kerang-kerangan, dan enzim-enzim hewan menimbulkan antibodi IgE dan reaksi tipe I (Kishiyama, 2004).

Faktor risiko lingkungan, termasuk konsentrasi antigen, lamanya paparan, ukuran partikel, frekuensi (atau kekerapan) paparan, kelarutan partikel, pemakaian perlindungan pernafasan akan mempengaruhi prevalensi, beratnya, kelatengan dan perjalanan penyakit. Secara umum dipercaya bahwa HP (hipersensitivity pneumonitis) akut biasanya akibat dari paparan yang sangat intensif, paparan intermiten antigen dihirup, sedangkan HP subakut akibat dari paparan yang kurang intensif tetapi terus menerus, walaupun hubungan ini tidak sepenuhnya diakui. HP kronik mungkin akibat perjalanan dari HP akut atau subakut, tetapi juga bisa timbul dari paparan jangka lama dengan kadar antigen yang rendah (Darya & Rai, 2008).

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah tersebut di atas, masalah utama pada penelitian ini adalah: Bagaimana pengaruh paparan debu, keluhan subjektif gangguan saluran pernafasan dan alergi terhadap gambaran faal paru pekerja peternakan ayam di 'X' farm? Sedangkan tujuan penelitian ini adalah mengkaji pengaruh paparan debu, keluhan subjektif gangguan saluran pernafasan dan alergi terhadap gambaran faal paru pekerja peternakan ayam di 'X' farm.

Metode

Jenis penelitian adalah *explanatory research*. Metode penelitian yang digunakan adalah observasional dengan pendekatan *cross sectional* dan *retrospective* (Mukono, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pekerja di rumah peternakan ayam 'X Farm' yang berjumlah 40 orang. Sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 40 orang. Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*. Variabel terikat: gambaran faal paru. Variabel bebas: paparan debu, keluhan subjektif (batuk, mengeluarkan dahak, mengi, sesak napas, dan keluhan alergi). Penelitian ini telah lolos kaji etik dari *Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC) Faculty of Medicine Gadjah Mada University – dr. Sardjito General Hospital* dan semua responden telah menandatangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*).

Pengambilan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah: 1) Pengukuran faal paru pekerja yang menjadi sampel penelitian menggunakan alat *spirolab III-MIR-Medical International Research-Spirometry*. Pengukuran dilakukan oleh laboran laboratorium klinik CITO Semarang. 2) Pengujian kadar debu total di lingkungan kandang ayam dilakukan oleh Laboratorium Penguji dari Balai Pelatihan dan Pengujian Keselamatan Kerja dan Hiperkes (BPPKK dan HIPERKES) Provinsi Jawa Tengah. Alat yang digunakan adalah *The Haz-Dust Particulate Monitors (Environmental*

Particle Air Monitor Model EPAM – 5000). 3) Wawancara dilakukan untuk memperoleh data tentang keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi, Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner modifikasi dari ATS-DLD-78-A.

Analisis data penelitian ini dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat dilakukan untuk memberikan gambaran atau deskripsi setiap variabel penelitian dalam rangka *explanatory research*, yaitu gambaran tentang paparan debu, keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi (batuk, mengeluarkan dahak, mengi, sesak napas dan keluhan alergi) pada pekerja peternakan ayam di “X Farm”.

Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan dari variabel bebas (paparan debu, keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi) dengan variabel terikat (gambaran faal paru). Uji statistika yang digunakan adalah *chi square test (cross tab 2x2)*, dengan tingkat signifikansi 95% (kesalahan α 5%). Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh variabel-variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji regresi logistik ordinal.

Hasil dan Pembahasan

Hasil pemeriksaan faal paru dengan menggunakan spirometri digital pada responden sebanyak 40 orang pekerja peternakan ayam dari ‘X farm’ didapatkan gambaran faal paru obstruksi ($FEV_1 < 75\%$) dan tidak obstruksi ($FEV_1 > 75\%$). Prosentase dari gambaran faal paru responden seperti terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran faal paru pekerja peternakan ayam di ‘X Farm’

| No. | Faal Paru | Jumlah | % |
|-------|---------------------------|--------|-----|
| 1 | Tidak normal (obstruktif) | 14 | 35 |
| 2 | Normal (tidak obstruktif) | 26 | 65 |
| Total | | 40 | 100 |

Data lingkungan yang dihasilkan dari pengujian kadar debu total pada delapan titik di lingkungan kandang peternakan ayam ‘X farm’ adalah dalam batas normal. Kadar debu minimum sebesar $0,012 \text{ mg/m}^3$ dan kadar debu maksimum sebesar $6,426 \text{ mg/m}^3$ (nilai ambang batas: 10 mg/m^3). Hasil pengujian kadar debu total di lingkungan kandang secara rinci dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Kadar debu total di lingkungan kandang peternakan ayam ‘X Farm’

| No. | Lokasi | Satuan | Hasil | | |
|-----|--------------|-----------------|-------|-------|--------|
| | | | Min. | Max. | Rerata |
| 1 | Bagian Telur | mg/m^3 | 0,012 | 0,637 | 0,295 |
| 2 | Bagian Pakan | mg/m^3 | 0,634 | 6,426 | 1,435 |

| | | | | | |
|---|---------------------|-------------------|-------|-------|-------|
| 3 | Penggilingan Jagung | mg/m ³ | 0,590 | 4,502 | 1,992 |
| 4 | Kandang Ayam 2 | mg/m ³ | 0,140 | 0,727 | 0,374 |
| 5 | Kandang Ayam 7 | mg/m ³ | 0,022 | 0,612 | 0,155 |
| 6 | Kandang Ayam 8 | mg/m ³ | 0,029 | 0,446 | 0,106 |
| 7 | Kandang Ayam 10 | mg/m ³ | 0,018 | 0,595 | 0,148 |
| 8 | Kandang Ayam 11 | mg/m ³ | 0,050 | 0,318 | 0,117 |

Pada penelitian ini data tentang lama paparan debu pada responden diambil dari data lama kerja responden di peternakan ayam 'X farm'. Responden yang memiliki risiko terjadinya gangguan faal paru adalah responden yang bekerja ≥ 5 tahun. Responden yang tidak berisiko terjadinya gangguan faal paru adalah responden yang bekerja < 5 tahun Adapun data tersebut di atas dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Lama paparan debu pada pekerja peternakan ayam di 'X Farm'

| No. | Lama Paparan | Jumlah | % |
|-------|------------------------------|--------|------|
| 1 | ≥ 5 tahun (berisiko) | 15 | 37,5 |
| 2 | < 5 tahun (tidak berisiko) | 25 | 62,5 |
| Total | | 40 | 100 |

Data penelitian tentang keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi pada pekerja peternakan ayam di 'X farm' diambil dengan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan keluhan subjektif yang terbanyak adalah keluhan batuk dan keluhan alergi. Secara rinci data tentang keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi terlihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi pekerja peternakan ayam di 'X Farm'

| No. | Keluhan Subyektif | Ada | | Tidak Ada | | Total | |
|-----|-------------------|--------|------|-----------|------|--------|-----|
| | | Jumlah | % | Jumlah | % | Jumlah | % |
| 1 | Batuk | 20 | 50 | 20 | 50 | 40 | 100 |
| 2 | Dahak | 15 | 37,5 | 25 | 62,5 | 40 | 100 |
| 3 | Mengi | 3 | 7,5 | 37 | 92,5 | 40 | 100 |
| 4 | Sesak napas | 2 | 5 | 38 | 95 | 40 | 100 |
| 5 | Alergi | 24 | 60 | 16 | 40 | 40 | 100 |

Analisis bivariat menggunakan uji *chi square test (cross tab 2x2)* menunjukkan bahwa, dari 20 orang responden yang mempunyai keluhan batuk, ada 50% yang menunjukkan gambaran faal paru ada obstruksi ($FEV_1 < 75\%$). Responden sebanyak 24 orang yang mempunyai keluhan alergi, ada 54,6% responden yang memiliki gambaran faal paru ada obstruksi ($FEV_1 < 75\%$).

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara keluhan batuk dan alergi dengan gambaran faal paru. Sedangkan analisis bivariat antara lama paparan, keluhan mengeluarkan dahak, keluhan mengi dan keluhan sesak napas dengan gambaran faal paru tidak memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan. Pada tabel 5 terlihat hasil analisis bivariat hubungan antara lama paparan, keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi dengan gambaran faal paru.

Tabel 5. Hubungan antara lama paparan, keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi dengan gambaran faal paru

| Variabel | OR | 95% CI | <i>p-value</i> |
|--------------|--------|-----------------|----------------|
| Lama paparan | 1,417 | 0,374 – 5,365 | 0,608 |
| Batuk | 4,000 | 0,983 – 16,271 | 0,047 |
| Dahak | 3,619 | 0,921 – 14,214 | 0,060 |
| Mengi | 4,167 | 0,343 – 50,618 | 0,232 |
| Sesak napas | 1,923 | 0,111 – 33,302 | 0,648 |
| Alergi | 17,727 | 2,009 – 158,457 | 0,002 |

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh variabel-variabel independen yang telah teruji berhubungan dengan variabel dependen secara bivariat yaitu batuk dan alergi. Uji menggunakan regresi logistik disajikan pada Tabel 6 dan Tabel 7.

Tabel 6. Informasi kecocokan model pengaruh keluhan batuk dan alergi dengan gambaran faal paru

| Model | -2 Log Likelihood | Chi-Square | <i>p-value</i> |
|-------|-------------------|------------|----------------|
| Final | 8,331 | 11,473 | 0,003 |

Tabel 7. Estimasi parameter pengaruh keluhan batuk dan alergi dengan gambaran faal paru

| Parameter | Estimate | 95% CI | <i>p-value</i> |
|-----------|----------|----------------|----------------|
| Threshold | 3,392 | 0,451 – 6,333 | 0,024 |
| Batuk | 0,434 | -1,221 – 2,088 | 0,607 |
| Alergi | 2,664 | 0,357 – 4,970 | 0,024 |

Kadar debu total di lingkungan kandang peternakan ayam 'X Farm' terdeteksi minimum yaitu 0,012 mg/m³ yang ada di bagian telur dan maksimum yaitu 6,426 mg/m³ yang ada di bagian pakan. Pada bagian pakan (gudang penyimpanan makanan ayam) terlihat banyak debu, karena di tempat tersebut terisi penuh oleh karung berisi makanan ayam yang berbentuk serbuk. Hal tersebut dapat menimbulkan debu di ruangan gudang penyimpanan makanan ayam. Konsentrasi tersebut cenderung rendah jika dibandingkan dengan hasil review Bakutis B. et al (2004) yang menyatakan bahwa kadar debu berkisar antara 0.12 mg/m³ - 26 mg/m³. Hasil pengamatan kadar

debu memberikan pengukuran yang relatif rendah karena pada waktu pengukuran dilakukan terjadi tiupan angin yang cukup kencang. Kadar debu total pada pengujian lingkungan kandang dan sekitarnya di peternakan ayam 'X' farm menunjukkan angka yang masih dalam batas normal (di bawah nilai ambang batas/NAB: 10 mg/m³). Hal ini terjadi dimungkinkan karena keberadaan debu bisa dipengaruhi oleh kondisi lingkungan kandang dan sekitarnya. Ini sesuai dengan hasil penelitian Prasetyanto, 2011, yaitu debu di peternakan ayam broiler yang lebih rendah dari NAB dipengaruhi oleh kondisi lingkungan (suhu udara, kelembaban udara, arah dan kecepatan angin, dan ketinggian lokasi), kondisi kandang (bahan atap, sistem kandang) dan kondisi sekitar kandang (areal pertanian, keberadaan tanaman di sekitar kandang).

Faktor risiko lingkungan untuk pengembangan penyakit pernapasan di antara pekerja peternakan ayam tergantung pada tingkat paparan agen, paparan bersamaan dengan agen lain di tempat kerja, desain dan operasi dari fasilitas-fasilitas peternakan ayam (Ngajilo, 2014). Paparan alergen dalam industri peternakan ayam dapat terjadi dari kontak dengan tungau, debu peternakan ayam yang mengandung alergen pakan (alergen gandum), dan jamur yang alergik (sebagian besar dari *Aspergillus* spp). Sumber lainnya meliputi bulu burung, dander, serum, kotoran yang mungkin terpapar pada pekerja selama penanganan ternak ayam (HSE, 2009). Responden yang bekerja di peternakan ayam 'X' Farm ≥ 5 tahun ada sebanyak 37,5%. Mereka mungkin telah terpapar debu peternakan ayam yang mengandung mikroorganisme, alergen, jamur, dan kotoran ayam. Agen ini yang dimungkinkan dapat menyebabkan gangguan pada saluran pernapasan dan timbulnya alergi. Kondisi kesehatan pekerja akan terganggu yang ditandai dengan munculnya keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi. Keluhan subjektif terbanyak yang dirasakan oleh pekerja peternakan ayam di 'X' Farm adalah keluhan batuk dan alergi. Data penelitian tentang keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi pada pekerja peternakan ayam di 'X farm' diambil dengan menggunakan kuesioner. Sebagian besar pekerja masih relatif belum lama bekerja. Dari 40 pekerja, 62,5% pekerja adalah pekerja yang tidak berisiko yaitu telah bekerja kurang dari 5 tahun dan 37,5% pekerja adalah pekerja yang berisiko yaitu telah bekerja lebih dari 5 tahun. Hasil penelitian menunjukkan keluhan subjektif yang terbanyak adalah keluhan batuk dan keluhan alergi. Urutan keluhan subjektif gangguan saluran pernapasan dan alergi pekerja peternakan ayam di 'X Farm' yaitu alergi (60%), batuk (50%), dahak (15%), mengi (7,5%), dan sesak napas (5%).

Sebagian besar pekerja yang memiliki keluhan batuk dan alergi memperlihatkan adanya gambaran faal paru yang tidak normal pada pemeriksaan menggunakan spirometri. Hasil pemeriksaan faal paru dengan menggunakan spirometri digital pada responden sebanyak 40 orang pekerja peternakan ayam dari 'X farm' didapatkan gambaran faal paru obstruksi ($FEV_1 < 75\%$) dan tidak obstruksi ($FEV_1 > 75\%$). Dari 20 orang responden yang mempunyai keluhan batuk, ada 50% yang menunjukkan gambaran faal paru ada obstruksi ($FEV_1 < 75\%$). Responden sebanyak 24 orang yang mempunyai keluhan alergi, ada 54,6% responden yang memiliki gambaran faal paru ada obstruksi ($FEV_1 < 75\%$).

Analisis bivariat pada penelitian ini dihasilkan ada hubungan antara keluhan batuk dan alergi dengan gambaran faal paru dan tidak ada hubungan antara lama paparan, keluhan mengeluarkan dahak, mengi dan sesak napas dengan gambaran faal paru. Signifikansi hubungan untuk keluhan subyektif batuk yaitu (p -value: 0.002, CI: 2.009 - 158, 457) sedangkan untuk alergi yaitu (p -value: 0.047, CI: 0.983 to 16.271).

Riwayat terpajan polusi udara di lingkungan dan tempat kerja dan keluhan subyektif gangguan saluran pernapasan dan alergi merupakan faktor risiko terjadinya penyakit paru obstruksi kronik (PPOK). Analisis bivariat penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara keluhan subyektif batuk dan alergi dengan gambaran faal paru. Hal ini menunjukkan bahwa penilaian risiko berbasis tempat kerja seperti di peternakan ayam 'X' farm adalah penting dalam pengelolaan debu peternakan kaitannya dengan prevalensi PPOK. Hirarki kontrol harus digunakan dan pekerja diberitahu tentang bahaya dan risiko yang terkait pekerjaan mereka, dan juga diberi informasi tentang prosedur dan peralatan di tempat kerja untuk membantu mengurangi risiko kesehatan mereka (Badan untuk Keselamatan dan Kesehatan Kerja Eropa *E-Fact Sheets*, 2014).

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh variabel-variabel independen yang telah teruji berhubungan dengan variabel dependen secara bivariat yaitu batuk dan alergi. Uji menggunakan regresi logistik ordinal menunjukkan batuk dan alergi secara bersama-sama mempengaruhi gambaran faal paru secara signifikan dimana p -value untuk model akhir yaitu 0,003. Estimasi parameter untuk keluhan subyektif batuk yaitu sebesar 0,434 (p -value: 0,607; CI: - 1,221 – 2,088) sedangkan estimasi parameter untuk keluhan alergi yaitu sebesar 2,664 (p -value: 0,024; CI: 0,357 – 4,970).

Berdasarkan analisis terhadap data yang diperoleh dalam penelitian ini, signifikansi p -value model akhir menunjukkan hipotesis nol bahwa model tanpa prediktor sama akuratnya dengan model menggunakan prediktor adalah ditolak. Jadi keluhan subyektif batuk dan alergi secara bersama-sama merupakan prediktor yang dapat menunjukkan probabilitas prevalensi gambaran faal paru. Kemampuan prediksi hasil analisis regresi logistik ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan tahap-tahap perencanaan yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan menjelaskan kepada pekerja peternakan ayam khususnya di 'X' farm tentang kejadian gambaran faal paru kaitannya dengan faktor-faktor risiko khususnya keluhan subyektif batuk dan alergi.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil simpulan bahwa walaupun kadar debu total di lingkungan kandang peternakan ayam 'X' Farm masih di bawah nilai ambang batas (NAB), namun penelitian mengungkapkan prevalensi keluhan subyektif batuk dan alergi yang mempunyai pengaruh positif terhadap gambaran faal paru pekerja. Penjelasan secara rinci simpulan ini adalah 1) ada hubungan yang bermakna secara statistik antara keluhan batuk dengan gambaran faal paru (p -value: 0,047; CI: 0,983 – 15,271) dan antara keluhan alergi dengan

gambaran faal paru (*p-value*: 0,02; CI: 2,009 – 156, 457), 2) tidak didapatkan hubungan yang bermakna secara statistik antara lama paparan debu, keluhan mengeluarkan dahak, keluhan mengi, dan keluhan sesak napas dengan gambaran faal paru, dan 3) keluhan subjektif batuk dan alergi secara bersama-sama menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna secara statistik terhadap gambaran faal paru (*p-value*: 0,003).

Daftar Pustaka

- Achmadi U.F. 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta. Penerbit Kompas.
- Alencar, M. do CB de, Nääs I de A., & Gontijo L.A. 2004, *Respiratory Risks in Broiler Production Workers*. Brazilian Journal of Poultry Science ISSN 1516-635X Jan - Mar 2004 / v.6 / n.1 / 23 – 29.
- Bakutis B, Monstville E, G J., 2014. Analyses of Airborne Contamination with Bacteria, Endotoxins and Dust in Livestock Barns and Poultry Houses. *Acta Vet Brno* 2004;73:283-9.
- Balmes, J.R. 2004. *Occupational Lung Disease*. Dalam *Current Occupational and Environmental Medicine* 4th ed. New York. Mc Graw Hill.
- Buntarto. 2015. *Panduan Praktis Keselamatan & Kesehatan Kerja untuk Industri*. Yogyakarta. Pustaka Baru Press.
- Chattopadhyay, B.P., Das, S., Adhikari, A., & Alam, J. 2007. *Exposure to Varying Concentration of Fungal Spores in Grain Storage Godowns and its Effect on the Respiratory Function Status among the Workers*.
- Cullinan, P., Cook, A., & Nieuwenhuijsen, J.M. 2001. *Allergen and Dust Exposure as Determinants of Work-Related Symptoms and Sensitization in a Cohort of Flour-Exposed Workers; a Case-control Analysis*. *Ann. occup. Hyg.*, Vol. 45, No. 2, pp. 97–103. British Occupational Hygiene Society.
- Darya, I. W. dan Rai, I.B.N. 2008. Diagnosis dan Penatalaksanaan Pneumonitis Hipersensitivitas. *Jurnal Penyakit Dalam* vol. 9 No. 3 tahun 2008.
- Departemen Pertanian. 1991. *Surat Keputusan Menteri Pertanian*, SK Mentan No. 237/Kpts/RC.410/1991, Jakarta, Departemen Pertanian RI.
- . 1994. *Surat Keputusan Menteri Pertanian*, SK Mentan No. 52/Kpts/OT.210/10/94, 21 Oktober 1994. Jakarta.
- Health and Safety Executive. 2009. Statement of evidence: Respiratory hazards of poultry dust. Liverpool. Available from: www.hse.gov.uk/pubns/web40.pdf.
- Just, N., Duchaine, C. & Singh, B. 2009. Review: An aerobiological perspective of dust in cage-housed and floor-housed poultry operations. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2009, 4:13. doi:10.1186/1745-6673-4-13. <http://www.occup-med.com/content/4/1/13>.
- Kishiyama, J.L. 2004. *Clinical Immunology dalam Current Occupational and Environmental Medicine* 4th ed. New York. Mc Graw Hill.
- Kurniawidjaja, L M, 2010. *Teori dan Aplikasi Kesehatan Kerja*. Jakarta. U I Press: hal. 72-73.

- Lanc, E dan Plewa, K. 2010. Microbiological Air Contamination in Poultry Houses. *Polish J. Of Environ. Stud.* Vol. 19 No. 1/ (2010), 15-19.
- Le Bouquin S, Huonnic D, Balaine L, Michel V, Guillam MT, Ségala C, et al. Dust concentration in various laying hen housing systems. Animal hygiene and sustainable livestock production Proceedings of the XVth International Congress of the International Society for Animal Hygiene. Vienna, Austria; p. 739–41.
- Li, X. W. 2008. Effect of Dust and contaminants in Animal Buildings on Human Health and Control Strategies. *Journal of Environmental Science and Health. Part A: Environmental Science and Engineering and Toxicology*, 32: 9-10, 2449-2469.
- Mukono, H.J., 2002. *Epidemiologi Lingkungan Environmental Epidemiology*. Surabaya. Universitas Airlangga Press.
- Mukono, H.J. 2008. *Pencemaran Udara dan Pengaruhnya terhadap Gangguan Saluran Pernapasan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Ngajilo, D.2014. allergies in the workplace. Respiratory Health Effects in Poultry Workers. *Current Allergy & Clinical Immunology* 2014 June Vol 27 No.2.
- Prasetyanto, N. 2011. Kadar H₂S, NO₂, dan Debu pada Peternakan Ayam Broiler dengan Kondisi Lingkungan yang Berbeda di Kabupaten Bogor, Jawa Barat. *Skripsi: Departemen Ilmu Produksi dan Teknologi Peternakan, Fakultas Peternakan, IPB*.
- Prester L, Macan J, Matković K, Vucemilo M., 2010. Determination of Aspergillus fumigatus allergen 1 in poultry farms using the enzyme immuno-assay. *Arh Hig Rada Toksikol*;61(2):167-73.
- Putri Rahayu, H. U. 2013. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kapasitas paru Peternak Ayam. *Skripsi: Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Keolahragaan, Universitas Negeri Gorontalo*.
- Saltini, C., Amicosante M., & Franchi, A. 1998. Immunological Review: Immunogenetic basis of environmental lung disease: lessons from the berylliosis model. *European Respiratory Journal* ISSN 0903 – 1936.
- Shusterman, D. 2004. Upper Respiratory Tract Disorder dalam *Current Occupational and Environmental Medicine* 4th ed. New York. Mc Graw Hill.
- Subowo. 2009. *Imunobiologi* Edisi. 2. Jakarta. CV Sagung Seto.
- _____, 2010. *Imunologi Klinik* Edisi 2. Jakarta. CV Sagung Seto.
- Sudarto.2013. *Lingkungan dan Kesehatan. Environment & Health*. Jakarta. CV Sagung Seto.
- Suma'mur. 2009. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (HIPERKES)*. Jakarta. Sagung Seto. Hal: 73
- Viegas, S., Faisca, V. M., Dias, H., Clérigo, A., Carolino, E., & Viegas, C. 2013. Occupational Exposure to Poultry Dust and Effects on the Respiratory System in Workers. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A: Current Issues*, 76:4-5, 230-239.
- Winariani, K. 2010. Penyakit Paru Kerja dan Pencemaran Udara. Dalam *Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru 2010*. Surabaya, Departemen Ilmu Penyakit Paru FK UNAIR-RSUD Dr. Sutomo.

FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN CUCI TANGAN DI RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK

Wachid Dachirin¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat Stikes Hakli Semarang

Surel: Kyai_trawang@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Upaya lain pada Pengendalian dan Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit Islam NU Demak adalah penyediaan fasilitas beserta poster tentang langkah - langkah melakukan cuci tangan secara baik dan benar tersedia di setiap ruangan di RS. Berdasarkan hasil observasi di ruang rawat inap pada tanggal 16 - 19 bulan Maret 2015 dari total sampel perawat yang di observasi hanya 58,2 % perawat yang patuh melakukan cuci tangan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor - faktor apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Metode: jenis penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan menggunakan *cross sectional*. Penelitian ini akan menggunakan uji statistik *Chi Square* dan tabel 2 x 1 dan $df = 2$. Populasinya perawat yang bekerja di rawat inap RSI NU Demak sejumlah 55 orang. Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, pendidikan dan pengetahuan dan variabel dependennya adalah kepatuhan perawat dalam cuci tangan.

Hasil: Hasil penelitiannya jumlah responden yang patuh dalam cuci tangan sebanyak 32 responden (58,2 %) dan yang tidak patuh dalam cuci tangan sebanyak 23 responden (41,8 %). Secara statistik ada hubungan umur terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Kesimpulan: Ada hubungan pendidikan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak. Ada hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Kata Kunci: Umur, Pendidikan, Pengetahuan, Kepatuhan Cuci Tangan

ABSTRACT

Background: Another attempt on control and prevention of infections in Islamic Hospitals NU Demak is the provision of facilities along with posters on the steps to hands hygiene properly is available in every room in the hospital. Based on observations in the inpatient unit on 16 - 19 March 2015, from the total sample of nurses who observed only 55 % of nurses who dutifully perform hand hygiene. The purpose of this study was to identify factors that relate to compliance nurses in hand hygiene at the Islamic Hospital NU Demak.

Method: This type of research is observational using cross sectional analitik. This study will use a statistical test Chi Square and table 2 x 1 and $df = 2$. The population of nurses working in Islamic Hospital NU Demak some 55 respondent. The independent variables were age, education and knowledge and the dependent variable is nurses in hand hygiene compliance.

Result: Research results in the number of respondents who dutifully hand washing as many as 32 (58.2%) and non adherent to hands hygiene much 23 respondents (41.8%). Statistically there is a relationship of age to the nurses perform hand hygiene compliance in Islamic Hospital NU Demak.

Conclusion: There is a relationship of education to nurses perform hand hygiene compliance in Islamic Hospital NU Demak. There is a relationship of knowledge to nurses perform hand hygiene compliance in Islamic Hospital NU Demak.

Key Words: Age, Education, Knowledge, Hand Washing Compliance

Pendahuluan

Cuci tangan menjadi salah satu langkah yang efektif untuk memutuskan rantai transmisi infeksi, sehingga insidensi infeksi nosokomial dapat berkurang. Cara mencegah terjadinya infeksi nosokomial adalah dengan menjalankan *Universal Precaution yang terdiri dari sepuluh (10) kewaspadaan standar mencegah transmisi silang* yaitu 1.kebersihan tangan,2.alat pelindung diri,3.peralatan perawatan pasien,4.pengendalian lingkungan,5.pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen,6.kesehatan karyawan/perlindungan petugas kesehatan,7.penempatan pasien,8.hygiene respirasi/etika batuk,9.praktek menyuntik yang aman,10.praktek untuk lumbal punksi.Dari sepuluh cara kewaspadaan standar maka yang paling tepat untuk mengurangi transmisi silang terjadi HAIs adalah praktek cuci tangan,karena perawat mempunyai andil besar pada setiap tindakan perawatan langsung menyentuh antara pasien satu ke pasien yang lainnya dalam tindakan invasif,sehingga kemungkinan kontak cairan dan darah pasien lebih dominan bisa menginfeksi pasien,karena kewaspadaan standar dirancang untuk mengurangi risiko terinfeksi penyakit menular pada petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui¹.

Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa dengan mencuci tangan dapat menurunkan 20% - 40% kejadian infeksi nosokomial dan 50 % cara yang dilakukan untuk mengendalikan infeksi nosokomial adalah dengan sepuluh (10) kewaspadaan standar.Untuk pengendalian kejadian infeksi nosokomial, Rumah Sakit Islam NU Demak mempunyai komite PencegahanPengendalian Infeksi (PPI) rumah sakit. PPI mempunyai kegiatan-kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial yang terprogram, program tersebut dapat berupa pelatihan ataupun pengawasan langsung keruang ruang perawatan.Berdasarkan data dari PPI Rumah Sakit Islam NU Demak pada tahun 2014 sebanyak 1950 pasien rawat inap masih terdapat kejadian infeksi nosokomial sekitar 0,5% pada pemasangan *dower catheter*, 0,6%,kejadian *plebitis* skala satu,1 kasus *suspect* MRSA pada bulan Agustus2014, 1 kasus *suspect* MRSA pada bulanSeptember 2014 dan 1 kasus *suspect* MRSA pada bulan Oktober 2014. Dengan adanya kasus HAIs,maka standar mutu pelayanan kesehatan yang wajib di laksanakan oleh rumah sakit sesuai UU No 44 tahun 2009 pasal 29 ayat 1b dan 1g bisa menjadi tolok ukur ketidak berhasilan rumah sakit untuk melakukan pelayanan yang aman,efektif dan efisien yang berpihak pada kesehatan kerja dan keamanan pasien.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti ingin meneliti faktor - faktor apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Metode

Jenis penelitian ini adalah *observasional anilitik* dengan menggunakan *cross sectional*. Desain *obsevarisional* adalah desain penelitian dimana untuk mencapai tujuan penelitian, peneliti tidak perlu melakukan atau memberikan suatu perlakuan atau mengamati adanya perlakuan yang

diberikan pada objek penelitian. Penelitian analitik adalah penelitian *observasional* dimana peneliti menetapkan tujuan untuk mencari tahu atau menganalisis ada tidaknya hubungan atau beda antara dua atau lebih kelompok variabel⁹.

Scoring merupakan pemberian nilai pada data sesuai dengan skor yang telah ditentukan.

- a) Pengetahuan dihitung menggunakan kuesioner yang berjumlah 10 pernyataan. Jika jawaban benar nilainya "1" dan jika jawaban salah nilainya "0" selanjutnya dijumlahkan dalam bentuk total skor.
- b) Kepatuhan dalam cuci tangan dihitung menggunakan kuesioner yang berjumlah 22 pernyataan. Jika jawaban "Tidak Pernah" nilainya "1", jika jawaban "Kadang-Kadang" nilainya "2" dan jawaban "Selalu" nilainya "3" selanjutnya dijumlahkan dalam bentuk total skor.

Langkah ini dilakukan dengan memberi kode pada atribut dari variabel untuk memudahkan dalam analisa data, misalnya usia, pendidikan (kategori) dan variabel item penelitian (pengetahuan) benar kode 1 dan salah kode 0 serta kepatuhan perawat dalam cuci tangan (TP kode 1, KK kode 2 dan S kode 3).

Hipotesis merupakan jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan⁴.

(HA) atau hipotesis alternative adalah hipotesis yang memberikan jawaban adanya perbedaan atau adanya hubungan antara dua fenomena yang diteliti yaitu variabel bebas dengan variabel terikat¹⁰.

- a. Ada hubungan antara umur dengan kepatuhan cuci tangan perawat di RSI NU Demak.
- b. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan cuci tangan perawat di RSI NU Demak.
- c. Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku cuci tangan perawat di RSI NU Demak.

Hasil

Rumah Sakit Islam NU Demak berdiri sejak tahun 1991 yang memberikan pelayanan kesehatan di wilayah Kabupaten Demak dan sekitarnya. Alamatnya di Jalan Jogoloyo No. 09 Demak, yang mempunyai Dokter Spesialis 20 orang, Dokter Umum 15 orang, Dokter gigi 1 orang, Bidan 15 orang, tata boga 1 orang, Kesehatan Masyarakat 1 orang, Sanitasi 1 orang, Perawat 55 orang, Analis Kesehatan 8 orang, Apoteker 2 orang dengan 10 Asisten Apoteker, Radiografer 4 orang, Ahli gizi 1 orang, Ahli Elektro Medis, Ahli Rekam Medis 2 orang dan tenaga penunjang lainnya ± 84 orang.

Analisa Univariat

Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan umur

| No | Umur | Jumlah | Prosetase (%) |
|----|---------------|--------|---------------|
| 1 | < 26 Tahun | 11 | 20 |
| 2 | 26 - 35 Tahun | 27 | 49,1 |

| | | | |
|---|------------|----|------|
| 3 | > 35 Tahun | 17 | 30,9 |
| | Total | 55 | 100 |

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa berdasarkan analisa umur responden diketahui sebagian besar responden berumur 26 - 35 tahun berjumlah 27 responden (49,1 %) dan yang berumur < 26 tahun sebanyak 11 responden (20 %).

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan pendidikan

| No | Pendidikan | Jumlah | Prosetase (%) |
|----|-------------------|--------|---------------|
| 1 | D III | 21 | 38,1 |
| 2 | Sarjana Kep | 25 | 45,5 |
| 3 | Sarjana Kep. Ners | 9 | 16,4 |
| | Total | 55 | 100 |

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan Sarjana Keperawatanyaitu25 responden (45,5 %), berpendidikanD-III berjumlah21 responden (38,1 %)dan yang berpendidikan Sarjana Keperawatan Nerssebanyak 9 responden (16,4 %).

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan pengetahuan pada

| No | Pengetahuan | Jumlah | Prosetase (%) |
|----|-------------|--------|---------------|
| 1 | Baik | 20 | 36,4 |
| 2 | Sedang | 31 | 56,4 |
| 3 | Kurang | 4 | 7,2 |
| | Total | 55 | 100 |

Tabel 4.3menunjukkanbahwasebagian responden dengan pengetahuan tentang cuci tangan sedang sebanyak31 responden (526,4 %), responden yang pengetahuannya baik tentang cuci tangan sebanyak20 responden (36,4 %) dan yang berpengetahuan kurang jumlahnya4 responden (7,2 %).

Tabel 4. Distribusi responden berdasarkan kepetuhan cuci tangan

| No | Kepatuhan Cuci Tangan | Jumlah | Prosetase (%) |
|----|-----------------------|--------|---------------|
| 1 | Patuh | 32 | 58,2 |
| 2 | Tidak Patuh | 23 | 41,8 |
| | Total | 55 | 100 |

Tabel 4.4 diketahui bahwa responden yang patuh dalam cuci tangan sebanyak 32 responden (58,2 %) dan yang tidak patuh dalam cuci tangan sebanyak 23 responden (41,8 %).

Analisa Bivariat

Tabel 5. Distribusi Hubungan Umur Terhadap Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak ($n=55$)

| Umur | Cuci Tangan | | Total | χ^2 Hitung | p Value |
|--------------|------------------|------------------|-----------|--------------------|--------------|
| | Patuh | Tidak Patuh | | | |
| <26 Tahun | 9(81,8%) | 2(18,2%) | 11 | 6,440 | 5,991 |
| 26-35 Tahun | 17(63%) | 10(37%) | 27 | | |
| >35 tahun | 6(35,3%) | 11(64,7%) | 17 | | |
| Total | 32(58,2%) | 23(41,8%) | 55 | | |

Analisa uji Chi Square didapatkan nilai hitungnya 6,440 dan p value. 0,05 = 5,991 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan umur terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Tabel 6. Distribusi hubungan pendidikan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di rumah sakit islam nu demak ($n=55$)

| Pendidikan | Cuci Tangan | | Total | χ^2 Hitung | p Value |
|--------------|------------------|------------------|-----------|--------------------|--------------|
| | Patuh | Tidak Patuh | | | |
| D III | 12(57,1%) | 9(42,9%) | 21 | 8,545 | 5,991 |
| Sarjana | 11(44%) | 14(56%) | 25 | | |
| Sarjana Ners | 9(100%) | 0(0%) | 9 | | |
| Total | 32(58,2%) | 23(41,8%) | 55 | | |

Analisa uji Chi Square didapatkan nilai hitungnya 8,545 dan p value. 0,05 = 5,991 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan pendidikan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Tabel 7. Distribusi hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak ($n=55$)

| Pengetahuan | Cuci Tangan | | Total | χ^2 Hitung | p Value |
|--------------|------------------|------------------|-----------|-----------------|--------------|
| | Patuh | Tidak Patuh | | | |
| Baik | 14(70%) | 6(30%) | 20 | 6,713 | 5,991 |
| Sedang | 18(58,1%) | 13(41,9%) | 31 | | |
| Kurang | 0(0%) | 4(100%) | 4 | | |
| Total | 32(58,2%) | 23(41,8%) | 55 | | |

Analisa uji *Chi Square* didapatkan nilai hitungnya 6,713 dan *p value*. 0,05 = 5,991 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Pembahasan

Umur

Umur responden diketahui sebagian besar responden berumur 26 - 35 tahun berjumlah 27 responden (49,1 %) dan yang berumur < 26 tahun sebanyak 11 responden (20 %). Penggolongan umur dimaksudkan untuk mengetahui batasan usia responden dewasa dan lanjut usia¹². Usia bisa berpengaruh terhadap keinginan untuk hidup lebih sehat dan harapan hidupnya lebih panjang, sehingga kepatuhannya lebih tinggi dibandingkan dengan usia lebih tua. Semakin dewasa dan produktif seseorang maka akan lebih menganggap pencegahan penyakit lebih penting dan harapan hidupnya banyak¹¹.

Pendidikan

Responden berpendidikan Sarjana Keperawatannya yaitu 25 responden (45,5 %), berpendidikan D-III berjumlah 21 responden (38,1 %) dan yang berpendidikan Sarjana Keperawatan Ners sebanyak 9 responden (16,4 %). Sehingga dapat dikatakan pendidikan responden kategori sedang dan masih perlu dilakukan pendidikan selanjutnya. Pendidikan akan memberikan distribusi terhadap individu dalam menjaga kesehatannya dan harapan hidupnya lebih dipikirkan. Responden yang pendidikannya tinggi akan lebih memahami tentang pentingnya sehat dengan selalu menjaga kebersihan badan khususnya cuci tangan pada perawat selama bekerja.

Pengetahuan

Sebagian besar responden dengan pengetahuan tentang cuci tangan sedang sebanyak 31 responden (526,4 %) dan yang berpengetahuan kurang jumlahnya 4 responden (7,2 %). Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi⁶. Pengetahuan seseorang akan mempengaruhi perilakunya, menurut *Skinner*, merumuskan perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori *Skinner* ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus – Organisme – Respon*.

Kepatuhan Cuci Tangan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan⁶. Salah satu tahap kewaspadaan standar yang efektif dalam pencegahan dan pengendalian infeksi adalah hand hygiene (kebersihan tangan) karena kegagalan dalam menjaga kebersihan tangan adalah penyebab utama infeksi nosokomial dan mengakibatkan penyebaran mikroorganisme multi resisten di fasilitas pelayanan kesehatan⁸.

Hubungan Umur Terhadap Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak

Adanya hubungan umur terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak. Dibuktikan dengan *uji Chi Square* didapatkan nilai hitungnya 6,440 dan *p value*. 0,05 = 5,991. Cara mencuci tangan yang baik dan benar bukan hanya wajib dikuasai oleh anak-anak atau orang dewasa, tetapi sangat penting bagi tenaga kesehatan. Para profesional di bidang kesehatan seperti dokter dan perawat wajib mengetahui teknik bagaimana seharusnya mencuci tangan agar benar-benar menghilangkan kuman atau bakteri dari permukaan tangan¹². Menurut Teori *Kelman*, perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan. Mula - mula individu mematuhi anjuran atau instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman atau sanksi jika tidak patuh, atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut, tahap ini disebut tahap kesediaan. Biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itu pun ditinggalkan⁵.

Kepatuhan individu berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh (pimpinan) yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Biasanya kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas (pimpinan) tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau

diinstruksikan tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi.

Kepatuhan paling rendah berada pada umur > 35 tahun (35,3%) berbanding terbalik dengan Choiriyah yang menyatakan bahwa kualitas positif yang ada pada seseorang yang berumur lebih tua meliputi pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu¹³. (dalam hal ini komitmen untuk selalu melakukan cuci tangan sesuai dengan standart). Pada penelitian ini malah perawat-perawat yang lebih tua yang lebih tidak patuh.

Hubungan Pendidikan Terhadap Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak

Dari analisa *uji Chi Square* didapatkan nilai hitungnya 8,545 dan *p value*. 0,05 = 5,991 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan pendidikan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan perawat yang paling tinggi adalah pada perawat yang berpendidikan Diploma III (57,1 %). Berbanding terbalik dengan Wahyu , dimana pendidikan berpengaruh dengan pola pikir¹⁴ individu sedangkan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang, pada keadaan ini perawat yang berpendidikan diploma tiga malah lebih patuh dari perawat yang berpendidikan sarjana. Hal ini sangat disayangkan, dimana seseorang yang berpendidikan lebih tinggi tidak patuh melakukan prosedur cuci tangan. Mengapa hal ini bisa terjadi, apakah mungkin tidak ada kemauan atau kesadaran untuk melakukannya. Kemauan adalah dorongan dasar dari dalam diri yang lebih tinggi daripada insting, refleks, automatisme, nafsu keinginan, kebiasaan, kecenderungan dan hawa nafsu. Kemauan adalah dorongan dari alam sadar berdasarkan pertimbangan fikir dan perasaan serta seluruh pribadi seseorang yang menimbulkan kegiatan yang terarah pada tercapainya tujuan tertentu yang berhubungan dengan kebutuhan hidup pribadinya¹¹. Hal inilah yang mungkin yang kurang dimiliki oleh perawatperawat tersebut. Walaupun tingkat pengetahuannya baik oleh karena tingkat pendidikan yang tinggi, tetapi apabila tidak ada kemauan mereka tidak akan patuh melakukan prosedur cuci tangan tersebut.

Hubungan Pengetahuan Terhadap Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak

Hasil *uji Chi Square* pada penelitian ini didapatkan nilai hitungnya 6,713 dan *p value*. 0,05 = 5,991 sehingga ada hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak. Menurut Notoatmodjo (2008) berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan adalah dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter atau perawat dapat menanamkan ketaatan pada dirinya dalam pemahaman tentang cuci tangan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang cuci tangan mempunyai kepatuhan yang lebih tinggi untuk melakukan prosedur cuci tangan.

Sesuai dengan teori dimana perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan⁶. Sehingga pada keadaan ini, perawat-perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang cuci tangan menunjukkan kepatuhannya melakukan cuci tangan.

Penutup

Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai faktor - faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Jumlah responden yang patuh dalam cuci tangan sebanyak 32 (58,2 %) dan yang tidak patuh dalam cuci tangan sebanyak 23 responden (41,8 %).
2. Ada hubungan umur terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.
3. Ada hubungan pendidikan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.
4. Ada hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan di Rumah Sakit Islam NU Demak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang cuci tangan mempunyai kepatuhan yang lebih tinggi untuk melakukan prosedur cuci tangan. Sesuai dengan teori dimana perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan⁶. Sehingga pada keadaan ini, perawat-perawat yang mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang cuci tangan menunjukkan kepatuhannya melakukan cuci tangan.

Daftar Pustaka

- Depkes RI.2008.*Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Cetakan 2*: Jakarta.
- Pranoto. 2007. *Ilmu Kesehatan*. Yogyakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.Yogyakarta
- Slamet B. 2007. *Psikologi Umum* .Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Degresi Ilmu Perilaku Manusia*: PT. Rineka Cipta.Jakarta.2005.
- Niven. 2008. *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional*. EGC.Jakarta.
- Notoatmodjo. 2008. *Promosi Kesehatan Ilmu Dan Seni* : PT.Rineka Cipta.Jakarta.
- Perry & Potter. 2008. *Buku Ajar Madikal-Bedah*, Edisi 8 Vol 1, alih bahasa oleh Andry Hartono dkk.EGC :Jakarta.

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN KEJADIAN *SIBLING RIVALRY* PADA ANAK UMUR 3-6 TAHUN DI DESA PANDEYAN NGEMPLAK BOYOLALI

NURARIFAH WIJI LESTARI¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: nurarifahwijilestari@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Pada saat ini, anak-anak terkadang dipaksa untuk menyesuaikan diri dengan situasi dalam lingkungan keluarga pada usia yang lebih dini karena hadirnya saudara laki-laki dan perempuan. Sehingga sangat memungkinkan terjadi *sibling rivalry*. *Sibling Rivalry* bisa muncul dari faktor eksternal dan internal salah satunya pola asuh orang tua. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada anak umur 3-6 tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Metode: Desain penelitian ini adalah survey analitik pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai balita lebih dari 1 di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali dengan jumlah responden saat studi pendahuluan 42 responden, dengan teknik *purposive sampling* dan analisa data *chi square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan 29 responden (70,7%) Orang tua menerapkan pola asuh demokratis. Sebagian besar responden tidak mengalami *Sibling rivalry* yaitu 28 responden (68,3%). Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada anak umur 3-6 tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali. P.value 0.002. Hasil nilai probabilitas lebih kecil dari level of significant 5 % (0,002 < 0,05).

Kesimpulan: Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada anak umur 3-6 tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Kata Kunci : *sibling rivalry* , Pola Asuh

ABSTACT

Background: At this time , the children are sometimes forced to adjust to the situation in the family environment at an early age due to the presence of brothers and women . So it is possible *sibling rivalry* going on . *Sibling Rivalry* could arise from external factors and the internal one parenting parents. This study aims to determine the relationship of parenting parents *sibling rivalry* with the incidence in children aged 3-6 years in the village of Pandeyan Ngemplak Boyolali .

Method: The design of this study is a survey of analytic approach used in this study was cross - sectional . The population in this study were all mothers with children under five is more than 1 in Village Pandeyan Ngemplak Boyolali the number of respondents while 42 respondents preliminary study , with *purposive sampling* techniques and *chi square* analysis of the data .

Result: The results showed 29 respondents (70.7 %) parents applying democratic parenting . Most respondents did not experience *sibling rivalry* that 28 respondents (68.3 %) . The analysis showed that there are parenting parents relationship with the incidence of *sibling rivalry* in children aged 3-6 years in the village of Pandeyan Ngemplak Boyolali . P.value 0.002 . The results of the probability value is less than 5 % level of significant (0.002 < 0.05) .

Conclusion: From this study it can be concluded that there is a parenting parents relationship with the incidence of *sibling rivalry* in children aged 3-6 years in the village of Pandeyan Ngemplak Boyolali,

Keywords : *sibling rivalry* , Parenting

Pendahuluan

Perkembangan anak diusia 3-6 tahun ditandai dengan peningkatan kemandirian yang diperkuat dengan kemampuan mobilitas fisik dan kognitif yang lebih besar. Perkembangan ketrampilan motorik, kognitif dan sosial yang cepat membolehkan anak untuk berpartisipasi dalam tindakan perawatan diri sendiri seperti makan, berpakaian dan eliminasi. Seiring dengan peningkatan kemampuan, anak 1-3 memiliki ciri-ciri selalu ingin mencoba apa yang bisa dilakukan, menuntut dan menolak apa yang ia mau atau yang mereka tidak mau, dan tertanam perasaan otonomi yaitu mampu menguruh dirinya sendiri. Perubahan sikap tersebut menuntut orang tua untuk lebih memperhatikan aspek-aspek perkembangan, jika tidak kemungkinan terjadi masalah seperti *sibling rivalry* (kecemburuan antara saudara), *temper tantrum* (ledakan kemarahan yang secara tiba-tiba), *negativisme* (penolakan) dan kurangnya perilaku sosial anak (Suherman, 2010).

Pandangan anak biasanya terbatas pada hubungannya dengan orang tua saja. Pada saat ini, anak-anak terkadang dipaksa untuk menyesuaikan diri dengan situasi dalam lingkungan keluarga pada usia yang lebih dini karena hadirnya saudara laki-laki dan perempuan. Dalam interaksi dengan saudara kandung inilah anak mengenal situasi persaingan yang pertama. Situasi persaingan inilah yang lebih dikenal dengan *sibling rivalry* (Hurlock, 2010:78).

Persaingan antara saudara kandung biasanya muncul lebih parah ketika orang tua tidak dapat member pengertian kepada anaknya tentang keberadaan saudara kandung, sebagai seorang anak kehadiran adik dianggap terlalu banyak menyita waktu dan perhatian orang tua. *Sibling rivalry* dapat muncul saat jarak antara kakak dan adik 1-3 tahun.

Sibling rivalry muncul pada kakak antara usia 3-5 tahun, kemudian muncul kembali pada usia 8-12 tahun. Namun cenderung memuncak ketika anak bungsu berusia 3-4 tahun (Sawitri, 2005).

Dampak negatif *sibling rivalry* adalah anak menjadi minder, egois, merasa tidak dihargai dan pengunduran diri ke arah bentuk perilaku infantil/regresi dan lain sebagainya. Selain kenakalan anak di rumah pada adik barunya, hal ini dapat berpengaruh pada hubungan anak dengan teman-temannya di sekolah. Ketidakadilan di rumah yang membuat anak stress, menyebabkan anak menjadi lebih temperamen dan agresif dalam kelakuannya di sekolah (Sawitri, 2005).

Sibling rivalry sudah menjadi bagian dalam kehidupan keluarga. Menurut Rich Bayer (2001), 80% keluarga di negara barat mengeluhkan terjadinya *sibling rivalry*. Menurut hasil survai di Indonesia tahun 2008 lebih dari 76% keluarga disadari atau tidak telah mengalami *sibling rivalry*. Di Jawa Tengah lebih sekitar 43% mengalami masalah *sibling rivalry* (Widayanti, 2009).

Menurut Vanessa Rasmussen (2004), *Sibling Rivalry* bisa muncul dari faktor eksternal dan internal seperti pola asuh orang tua. Pola asuh dapat diartikan sebagai suatu cara perlakuan orang tua yang diterapkan pada anak. Pola asuh anak telah dikelompokkan dalam 3 tipe, yaitu: demokratis, otoriter, dan permisif. Hal ini akan sangat mempengaruhi perkembangan kepribadian anak, sikap dan perilaku dan perkembangan anak (Sawitri, 2005).

Pola asuh orang tua sangat menentukan dalam perkembangan anak dimasa selanjutnya. Sikap, kepribadian dan perilaku anak sangat dipengaruhi oleh pola asuh orang tua. Bagaimana orang tua menjadi seorang anak bersikap dalam tingkah laku akan sangat berpengaruh dan perilaku tersebut yang ditiru anak (Tracy, 2005:54)

Pengamatan di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali banyak keluarga yang memiliki anak balita lebih dari 1 dengan jarak umur anak 1-4 tahun. Dalam kehidupan sehari-hari antara anak yang besar dan yang kecil terlihat sering kali bertengkar, kakak berebut mainan dengan adiknya bahkan memukul adik. Anak yang lebih besar menjadi lebih cengeng.

Dari survei pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali pada tanggal 22 Januari 2014 terhadap 3 keluarga yang memiliki 2 anak balita umur 3-6 tahun. Hasil wawancara didapatkan hasil 1 keluarga cenderung lebih memperhatikan anak keduanya, serta memberikan kebebasan pada anaknya serta mengalami *sibling rivalry*, dimana ibu mengatakan bahwa anaknya sering bertengkar, kakaknya sering memukul adiknya dan sering iri bila ibu menyuapi adiknya. Dua keluarga lainnya selalu memberi pengertian pada anak-anaknya untuk saling menyayangi. dimana 1 keluarga anaknya tidak mengalami *sibling rivalry*. Ibu mengatakan bahwa anaknya rukun-rukun saja, kakak malah sering membantu menyuapi adiknya dan bermain dengan adiknya. Sisanya 1 keluarga lainnya mengalami *sibling rivalry*, dimana ibu mengatakan bahwa anaknya sering bertengkar, dan berebut mainan.

Dari gambaran di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang "Hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada anak umur 3-6 tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu "Apakah ada hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* anak umur 3-6 tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali?".

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada anak umur 3-6 tahun.

Tujuan Khusus

Mendiskripsikan pola asuh orang tua di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Mendiskripsikan kejadian *sibling rivalry* di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Menganalisa hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada anak umur 3-6 tahun di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Metode

A. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah survey analitik yaitu penelitian untuk mengetahui hubungan variabel bebas dan variabel terikat melalui observasi langsung terhadap subyek penelitian

(Sugiyono, 2010:83). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang menjelaskan suatu hubungan antara keadaan suatu daerah pada periode waktu tertentu dengan menilai variabel bebas dan variabel terikat pada titik waktu yang sama (Sugiyono, 2010:86). Penelitian ini untuk mengetahui hubungan variabel bebas yaitu pola asuh orang tua, dan variabel terikat *sibling rivalry*.

B. Alat dan Metode Pengumpulan Data

Alat Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, alat yang digunakan adalah kuisisioner. Kuisisioner tertutup adalah daftar pertanyaan yang sudah tersusun secara baik, sudah matang, dimana responden dan interviewer tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo, 2010:32).

Sebelum dilakukan pengumpulan data, maka alat pengumpulan data berupa kuisisioner akan diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu agar kuisisioner relevan dan layak digunakan. Uji validitas dilakukan di Desa Sawahan sejumlah 20 responden.

a. Uji Validitas

Suatu alat ukur disebut valid apabila alat ukur tersebut mampu mengukur apa yang hendak diukur (Arikunto, 2010). Suatu instrument dapat disebut valid bila dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Dalam penelitian ini, untuk mengetahui validitas instrument digunakan rumus *product moment* sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

(Arikunto, 2010:135)

Keterangan:

r_{xy} = Koefisien korelasi antara variabel X dan variabel Y

$\sum xy$ = Jumlah perkalian x dan y

X = Nilai hasil uji coba hasil per item

Y = Total skor angket per responden

X^2 = Kuadrat dari X (X x X)

N = Jumlah subjek

Dikatakan valid apabila nilai r hitung \geq dari r tabel, dan apabila r hitung $<$ dari r tabel maka pertanyaan tersebut tidak valid. Validitas telah dilakukan di Desa Sawahan pada 12 responden dengan r tabel= 0,576 dimana didapatkan hasil pada soal pola asuh dari 16 pertanyaan 13 pertanyaan yang valid, terdapat 3 pertanyaan yang tidak valid yaitu nomer 4, 6, 7, dan 9 serta untuk

b. Uji reliabilitas

Reliabilitas berhubungan dengan masalah kepercayaan. Suatu tes dikatakan mempunyai taraf kepercayaan yang tinggi jika tes tersebut dapat memberikan hasil yang tetap. Instrumen

yang baik tidak akan bersifat tendensius mengarahkan responden untuk memilih jawaban-jawaban tertentu. Instrument yang sudah dipercaya, yang reliabel akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga (Arikunto, 2010:136).

Berdasarkan pengertian tersebut, maka yang dimaksud reliabilitas dalam penelitian ini adalah suatu kemantapan, ketepatan dan homogenitas dari suatu instrument sehingga dapat menghasilkan data yang tepat.

Untuk itu diperlukan uji reliabilitas menggunakan teknik rumus Alpha. Rumus *Alfa Cronbach* sebagai berikut :

$$r_{11} = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

Dimana

K = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum S_i^2$ = jumlah varians butir

S_t^2 = varians total

Setelah dilakukan uji validitas, dan membuang pertanyaan yang tidak valid maka pertanyaan yang valid tadi diuji kembali dengan uji reliabilitas. Kriteria keputusan reliabel tidaknya angket dinyatakan apabila nilai r hitung lebih besar dibandingkan r tabel, dengan taraf signifikansi 5 %, maka butir-butir kuesioner tersebut adalah reliabel. Instrumen dikatakan reliabel apabila nilai α setiap nomor pertanyaan memiliki nilai lebih besar dari 0.6 (Sugiyono, 2010:165).

Metode Pengumpulan Data

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung dari responden (Notoatmodjo, 2010:131). Data primer adalah data tentang kejadian *sibling rivalry* dan pola asuh yang didapatkan dari kuesioner tertutup yang diberikan langsung pada responden.

Data sekunder adalah data yang didapat dari catatan atau rekam medis responden (Notoatmodjo, 2010:142). Data sekunder adalah data jumlah balita yang didapatkan dari catatan di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali.

Metode Pengumpulan Data

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung dari responden (Notoatmodjo, 2010:131). Data primer adalah data tentang kejadian *sibling rivalry* dan pola asuh yang didapatkan dari kuesioner tertutup yang diberikan langsung pada responden.

Data sekunder adalah data yang didapat dari catatan atau rekam medis responden (Notoatmodjo, 2010:142). Data sekunder adalah data jumlah balita yang didapatkan dari catatan di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali

Analisis data

a. Analisis *Univariat*

Menganalisis tiap-tiap variabel penelitian yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi. Variabel yang dianalisis secara univariat dalam penelitian ini adalah gambaran pola asuh dan gambaran kejadian *sibling rivalry*.

Rumus :

$$P = \frac{x}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

x = Jumlah sampel dalam kategori

n = Jumlah sampel

b. Analisis *Bivariat*

Yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Dalam analisis bivariat ini menggunakan rumus *chi square* (Arikunto, 2010). Oleh karena variable dependen skala datanya nominal dan variable independen skala datanya nominal maka dianalisis menggunakan rumus *chi square*:

$$X^2 = \sum \frac{(|A - D| - 1)^2}{A + |D|}$$

Keterangan :

X^2 = Korelasi *chi Square*

A = banyak kasus yang diobservasi dalam sel A

D = banyak kasus yang diobservasi dalam sel D

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan SPSS 17.0. Taraf signifikansi yang digunakan adalah 0,05. Penelitian ini menggunakan *vie value* 0,05.

HASIL

Penelitian dilakukan di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali. Batas wilayah Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali adalah Utara : Berbatasan dengan kelurahan Nogosari , Timur : Sebelah Karanganyar , Selatan : Sebelah Karanganyar , Barat : Sebelah Kecamatan Sambi .

Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali yang terdiri dari 7 posyandu. dimana setiap posyandu dikelola oleh 35 orang kader, serta dibawah pengawasan bidan Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali. Pelayanan di Posyandu ini meliputi penimbangan, peningkatan gizi dan penanggulangan diare. Posyandu dilakukan setiap sebulan sekali. Jumlah balita di Posyandu Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali I sampai VII adalah 210 balita. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu

yang mempunyai balita lebih dari 1 di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali dengan jumlah responden saat studi pendahuluan 41 responden

Berdasarkan data yang terkumpul dari penyebaran kuesioner tentang hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry* pada bulan April 2014 terhadap 41 responden, didapatkan hasil karakteristik responden sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ibu

Tabel 3. Distribusi frekuensi umur ibu balita di desa pandeyan ngemplak boyolali tahun 2014

| Umur | Frekuensi | Persen |
|-------------|-----------|--------|
| 20-35 tahun | 26 | 63.4 |
| > 35 | 15 | 36.6 |
| Total | 41 | 100.0 |

Dari tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari 41 responden ibu balita sebagian besar responden berumur 20 sampai 35 tahun sebanyak 26 responden (63.4%).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu Balita di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali Tahun 2014

| Pekerjaan Ibu | Frekuensi | Persen |
|---------------|-----------|--------|
| IRT | 18 | 43.9 |
| PNS | 1 | 2.4 |
| Swasta | 22 | 53.7 |
| Total | 41 | 100.0 |

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari 41 responden pekerjaan ibu yang paling banyak adalah swasta yaitu sebesar 22 responden (53.7%).

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu Balita di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali Tahun 2014

| Pendidikan Ibu | Frekuensi | Persen |
|----------------|-----------|--------|
| Dasar | 20 | 48.8 |
| Menengah | 21 | 51.2 |
| Total | 41 | 100.0 |

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari 41 responden pendidikan ibu yang paling banyak adalah pendidikan menengah yaitu sebesar 21 responden (51.2%).

1. Analisis Univariat

a. Pola Asuh Orang Tua

Tabel 6. Distribusi frekuensi pola asuh orang tua

| Pola Asuh Orang Tua | Frekuensi | Persen |
|---------------------|-----------|--------|
| Otoriter | 5 | 12.2 |
| Permisif | 7 | 17.1 |
| Demokratis | 29 | 70.7 |
| Total | 41 | 100.0 |

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa dari 41 responden, mayoritas responden menerapkan pola asuh demokratis yaitu sebanyak 29 responden (70,7%).

b. Kejadian Sibling Rivalry

Tabel 7. Distribusi frekuensi kejadian sibling rivalry

| Kejadian Sibling Rivalry | Frekuensi | Persen |
|--------------------------|-----------|--------|
| Tidak Terjadi | 28 | 68.3 |
| Terjadi | 13 | 31.7 |
| Total | 41 | 100.0 |

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa dari 41 responden, mayoritas responden tidak terjadi sibling rivalry yaitu sebanyak 28 responden (68,3%).

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel bebas (pola asuh) terhadap variabel terikat (kejadian sibling rivalry) yang dilakukan dengan uji *Chi Square*. Dengan hasil dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 8. Hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian *sibling rivalry*

| Pola Asuh | Kejadian <i>Sibling Rivalry</i> | | | | | | χ^2 | P value |
|------------|---------------------------------|------|---------|------|-------|--------|----------|------------|
| | Tidak Terjadi | | Terjadi | | Total | Persen | | |
| | F | % | F | % | f | % | | |
| Otoriter | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 5 | 100.0 | 12.390 | 0,002 |
| Permisif | 1 | 14.3 | 6 | 85.7 | 7 | 100.0 | | |
| Demokratis | 24 | 82.8 | 5 | 17.2 | 29 | 100.0 | | |
| Total | 28 | 68.3 | 13 | 31.7 | 41 | 100.0 | | |

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 5 responden yang pola asuhnya otoriter sebagian besar responden tidak terjadi sibling rivalry karena ibu selalu mengawasi anaknya di rumah sehingga anak harus menurut kepada orang tua yaitu 3 responden (60,0%) . Responden

dengan pola asuh permisif sejumlah 7 responden dimana sebagian besar mengalami sibling rivalry yaitu 6 responden (85,7%). Dan responden dengan pola asuh demokratis sebanyak 29 responden sebagian besar tidak mengalami sibling rivalry yaitu 24 responden (82.8%).

Hubungan analisis chi square dengan nilai χ^2 hitung 12.390 dan $p \text{ value} = 0,002$ ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan antara pola asuh orang tua dengan kejadian sibling rivalry.

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa peneliti, dari 41 responden, mayoritas responden menerapkan pola asuh demokratis yaitu sebanyak 29 responden (70,7%), pola asuh demokratis banyak diterapkan orang tua di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali yang memiliki pendidikan lebih tinggi. Hal ini dapat dilihat dari karakteristik responden, bahwa responden yang menerapkan pola asuh demokratis adalah ibu yang berpendidikan menengah dimana 13 responden berpendidikan menengah.

Sedangkan responden yang pola asuhnya permisif adalah 7 responden(17,1%). Tracy (2010) mengatakan pola asuh permisif adalah pola asuh yang membiarkan anaknya untuk untuk mengeksplorasi kemampuannya tanpa ada batasan dan pengawasan. Hal ini sering terjadi pada ibu yang bekerja diluar rumah,yaitu ibu yang bekerja di pabrik sehingga ibu kurang memberi perhatian yang lebih untuk anaknya

Sisanya terdapat 5 responden (12,2%) dengan pola asuh otoriter. Sesuai dengan pendapat Tracy (2010) bahwa pola asuh otoriter adalah pola asuh yang mengekang anak sehingga anak menjadi pendiam dan tidak dapat mengeksplorasi kemampuannya.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pola asuh orang tua dengan kejadian sibling rivalry, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Orang tua di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali menerapkan pola asuh demokratis yaitu sebanyak 29 responden
2. Balita di Desa Pandeyan Ngemplak Boyolali sebagian besar tidak mengalami sibling rivalry yaitu sebanyak 28 responden
3. Terdapat hubungan yang signifikan pola asuh orang tua dengan kejadian sibling rivalry

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengalami banyak kesulitan namun karena bimbingan, motivasi, dan bantuan dari berbagai pihak maka penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Sri Handayani SSiT, M.Kes, selaku Direktur Akademi Kebidanan Estu Utomo Boyolali.
2. Atik Setyaningsih, S.Si.T, M.Kes, selaku Koordinator Karya Tulis Ilmiah.

3. Dwi Anita A, SST, M.Kes, selaku pembimbing I yang telah memberikan pengarahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
 4. Anjar Kusumo Jati, SKM, M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
 5. Seluruh dosen dan staf karyawan Akademi kebidanan Estu Utomo yang banyak memberikan bantuan selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
 6. Bapak Sukasno selaku kepala desa pandeyan, Ngemplak, Boyolali, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
 7. Kedua orang tua yang telah memberikan kasih sayang, semangat, dukungan, nasihat dan do'a yang selalu mengiringi langkah ananda serta pengorbanan yang tak mungkin dapat ananda gantikan sehingga ananda mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
 8. Teman-teman mahasiswi Akademi Kebidanan Estu Utomo Boyolali satu perjuangan terimakasih atas motivasi, bantuan dan dukungannya.
- Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persat.

Daftar Pustaka

- Arikunto, Suharsimi, 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta Rineka Cipta.
- Hariyanto. 2008. *Saudara kandung tidak Rukun*. <http://www.infolbu.com> (14 Maret 2014)
- Handayani.2006. *Sibling Rivalry Pada Masa Perkembangan Anak*. <http://www.kompacsybermedia.com/2006/04/tentang-sibling-rivalry-masa-html> (13 Maret 2014)
- Hurlock, E. 2002. *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga
- Mulyani, S. 2013. *Spiritual Parenting*. Yogyakarta: Ramadhan Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Oeta Reni Setiawati. 2008. *Pertengkaran Antar Saudara, Sehatkah?*.
<http://www.kabarindonesia.com> (14 Maret 2014)
- Puspitasari, Melly. 2005. *Balita Cerdas*. <http://www.info.balitacerdas.com> (9 Maret 2014)
- Putrajaya.2003. *Perkembangan anak*. Diakses tanggal: 13 Maret 2014 from:
www.AyahBUnda.com.
- Rasmussen, V. 2004 <http://www.startingdaywithcarecenter.com> (04/03/2014)
- Riwikdikdo, Handoko. 2010. *Statistik Untuk Penelitian Kesehatan Dengan Aplikasi Program R dan SPSS*. Yogyakarta: Pustaka Riham.
- Rivancons. 2009. *Pertengkaran Saudara kandung*. <http://www.okezone.com> (14 Maret 2014)

- Sawitri. 2005. *Sibling Rivalry*. <http://www.lusa.web.id/sibling-rivalry/> (04/03/2014)
- Septiari, B. Bea. 2010. *Mencetak Balita Cerdas dan Pola Asuh Orang Tua*. Yogyakarta: NuhaMedika
- Sugiyono. 2010. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: alfabeta
- Suherman. 2007. *Perkembangan Anak Toddler*. Diakses tanggal: 3 Maret 2014 from: www.infolbu.com
- Supartini, Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Tracy Hogg. 2004. *Mendidik dan mengasuh anak balita anda*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Wong. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC
- Zulkaidah. 2009. *Saudara kandung musuhku*. <http://www.okezone.com> (14 Maret 2014)

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, PERAN TENAGA KESEHATAN, DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN POSBINDU LANSIA

Aswatun Hasanah¹, Sonda Nur Assyaidah², Astrid Novita²

¹Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta

Surel: aswatunhasanah53@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Posbindu merupakan pos binaan terpadu untuk masyarakat usia lanjut yang telah disepakati dan digerakkan masyarakat dimana bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan terjadi penurunan jumlah kunjungan pelayanan kesehatan di Posbindu Lumba-lumba selama 3 tahun terakhir, yaitu tahun 2012 adalah 64 %, tahun 2013 adalah 44 % dan tahun 2014 adalah 29%. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan, dan dukungan keluarga dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia di Posbindu Lumba-lumba wilayah kerja Puskesmas Beji Tahun 2015.

Metode: Menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan metode total sampling yang berjumlah 32 orang.

Hasil: Univariat responden skor rata-rata perilaku kepatuhan kunjungan antara 26,62-34,26 (95%), skor rata-rata pengetahuan lansia antara 5,22-6,72 (95%), skor rata-rata sikap lansia antara 27,49-34,82 (95%), skor rata-rata peran tenaga kesehatan antara 27,10 - 34,53 (95%), skor rata-rata dukunga keluarga antara 27,10 - 34,53 (95%) dan skor rata-rata dukungan keluarga antara 27,76-34,93(95%).

Simpulan: Ada hubungan antara pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga dengan kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia.

Kata kunci: Perilaku, Kepatuhan, Posbindu, Lansia

ABSTRACT

Background: Compliance behavior is obedience posbindu elderly against the elderly in making visits to follow the activities of posbindu regularly according to the schedule in achieving its intended purpose. Results of a preliminary study conducted by the researchers is known to occur decrease number of service visits the elderly in Posbindu dolphins during the last 3 years, the year 2012 is 64%, in 2013 was 44%, and 2014 is 29%. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge, attitudes, the role of health workers, and family support compliance behavior Posbindu visits by the elderly in Posbindu Dolphins Puskesmas Beji Year 2015.

Methods: This research used a descriptive analytic method using cross sectional approach.

Results: The results of univariate study respondents on average scores compliance behavior of visits between 26.62 to 34.26 (95%), the average score of elderly knowledge between 5.22 to 6.72 (95%), the average score among the elderly attitude 27.49 to 34.82 (95%), the average score of the role of health professionals between 27.10 to 34.53 (95%) and the average score of family support between 27.76 to 34.93 (95%)

Conclusion: It can be concluded there is a relationship between knowledge, attitudes, the role of medical personnel and family support compliance Posbindu visits by the elderly.

Key Words: Behaviour, Obedience, Posbindu, Elderly

Pendahuluan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Keberhasilan pembangunan adalah cita-cita suatu bangsa yang terlihat dari peningkatan taraf hidup dan Umur Harapan Hidup (UHH). Namun, peningkatan UHH ini dapat mengakibatkan transisi epidemiologi dalam bidang kesehatan yang diakibatkan oleh meningkatnya jumlah angka kesakitan karena penyakit degeneratif. Perubahan struktur demografi ini diakibatkan oleh peningkatan populasi lanjut usia (lansia), menurunnya angka kematian serta penurunan jumlah kelahiran. Berdasarkan laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 2000-2005 usia harapan hidup adalah 66,4 tahun (dengan persentase populasi lansia tahun 2000 adalah 7,74%), angka ini akan meningkat pada tahun 2045-2050 yang diperkirakan usia harapan hidup menjadi 77,6 tahun (dengan persentase populasi lansia tahun 2045 adalah 28,68%). Begitu pula dengan laporan Badan Pusat Statistik (BPS) terjadi peningkatan UHH di Indonesia. Pada tahun 2000 usia harapan hidup di Indonesia adalah 64,5 tahun (dengan persentase populasi lansia adalah 7,18%). Angka ini meningkat menjadi 69,43 tahun pada tahun 2010 (dengan persentase populasi lansia adalah 7,56%) dan pada tahun 2011 menjadi 69,65 tahun (dengan persentase populasi lansia adalah 7,58%). Indonesia menduduki ranking keempat dengan jumlah lansia terbanyak di dunia yaitu 24 juta jiwa. Provinsi yang mempunyai jumlah penduduk lanjut usianya terbanyak yaitu sebanyak 7% adalah Pulau Jawa dan Bali. Jumlah lansia yang ada di Kota Depok tahun 2012 adalah 4,75%, tahun 2013 mencapai 4,77%, dan pada tahun 2014 semakin bertambah menjadi 5,5% dari jumlah penduduk Depok yang mencapai 2.033.508 jiwa.

Diseluruh dunia penduduk lansia tumbuh dengan cepat dan setiap lansia mengalami penuaan. Penuaan adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari, berjalan secara terus menerus, dan berkesinambungan yang dapat menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh, sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan. Seiring dengan proses menua tersebut, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan atau yang biasa disebut sebagai penyakit degeneratif. Selain itu, akan meningkatkan kemungkinan terserang penyakit bahkan kematian.

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan merupakan masalah utama bagi para lanjut usia. Bentuk perwujudan atas kewajiban pemerintah untuk menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan ialah dengan adanya Puskesmas di setiap Kecamatan seluruh Indonesia. Puskesmas merupakan unit terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat yang diharapkan mampu melakukan upaya promotif, preventif, dan kuratif terhadap pelayanan kesehatan lanjut usia di pelayanan tingkat dasar. Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) merupakan wadah dalam pembinaan usia lanjut dan merupakan upaya kesehatan yang bersumber daya dari masyarakat. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di posbindu lansia meliputi pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari, penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, selain itu juga terdapat pemeriksaan laboratorium sederhana, pelayanan rujukan ke puskesmas serta penyuluhan

kesehatan lansia yang sering dilaksanakan 1 bulan sekali, adapun kegiatan bagi para lanjut usia yaitu Pemberian Makanan Tambahan. Tetapi, walaupun telah tersedia fasilitas posbindu namun masih terdapat ketidakpatuhan untuk menghadiri kegiatan posbindu.

Kepatuhan terhadap kunjungan lanjut usia ke posbindu merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan, dengan melakukan kunjungan secara rutin dan teratur, lanjut usia bisa mengetahui kesehatannya secara periodik terhadap ancaman masalah kesehatan yang di hadapi saat ini. Ketidakpatuhan kunjungan posbindu oleh lansia berdampak negatif bagi banyak pihak, yaitu lansia itu sendiri, masyarakat dan penyelenggara program atau pemerintah. Banyak dampak yang terjadi akibat ketidakpatuhan kunjungan posbindu. Dampak tersebut diantaranya adalah tidak adanya kesadaran dari lansia untuk membina kesehatannya sendiri. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku positif dari lansia, sehingga lansia tidak bisa mendeteksi dan mengatasi masalah kesehatan yang sering terjadi pada dirinya. Selanjutnya, hal ini mengakibatkan tidak meningkatnya 2 derajat kesehatan pada lansia yang dapat menghambat proses pembangunan negara. Berdasarkan hasil penelitian Kinanti menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan kunjungan Posbindu di Posbindu Cempaka Depok. Orang yang mengetahui tentang adanya pelayanan kesehatan dan manfaatnya akan mempunyai kecenderungan untuk patuh terhadap pelayanan kesehatan yang ada. Hasil penelitian Lestari menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan kunjungan Posbindu. Sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi. Penelitian mengenai peran tenaga kesehatan dengan kunjungan lansia terdapat di penelitian Susilowati menunjukkan bahwa ada hubungan antara peran tenaga kesehatan dengan kunjungan lanjut usia ke Posyandu lansia. Seperti yang telah diketahui bahwa tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam menimbulkan perilaku kesehatan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti diketahui terjadi penurunan jumlah kunjungan pelayanan lansia di Posbindu Lumba-lumba selama 3 tahun terakhir, yaitu tahun 2012 adalah 64 %, tahun 2013 adalah 44 %, dan tahun 2014 adalah 29%, angka tersebut masih jauh dari target SPM yaitu sebesar 70%. Sedangkan berdasarkan dari temuan serta wawancara di tempat penelitian terkait dengan 7 orang lanjut usia diperoleh 3 orang lanjut usia diantaranya rutin melakukan kunjungan posbindu, sedangkan 4 orang lansia sisanya tidak rutin dalam melakukan kunjungan posbindu, didapatkan hasil dari penyebab ketidakpatuhan kunjungan posbindu tersebut dikarenakan beberapa alasan diantaranya 1 orang lanjut usia kurang pengetahuan, 1 orang lanjut usia mempunyai sikap negatif terhadap posbindu, 1 orang lansia dikarenakan tidak mendapat informasi, saran maupun dukungan dari petugas kesehatan dan lansia yang terakhir karena tidak mendapat dukungan keluarga, keluarga tidak mengingatkan dan mengantar untuk datang ke Posbindu. Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, maka peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga

terhadap perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lanjut usia di Posbindu Lumba-lumba Wilayah Kerja Puskesmas Beji Tahun 2015.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga terhadap perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia di Posbindu Lumba-lumba Wilayah Kerja Puskesmas Beji Tahun 2015.

Metode

Desain atau jenis penelitian dalam ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan metode yang digunakan adalah desain studi *cross sectional*. Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga, sedangkan variabel dependen adalah perilaku kepatuhan kunjungan posbindu oleh lansia.

Pada penelitian instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Peneliti menggunakan kuesioner ini karena kuesioner representatif bisa mengukur dalam jumlah responden yang banyak, waktu singkat, hemat tenaga selain itu juga bisa menggali data yang berhubungan dengan topik pada penelitian. Responden dalam penelitian ini adalah lansia yang melakukan kunjungan di Posbindu Lumba-lumba.

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan tehnik *Total Sampling*, yaitu seluruh populasi adalah sampel. Jadi besar pengambilan sampel yang menjadi objek dalam penelitian adalah seluruh lanjut usia yang melakukan kunjungan di Posbindu Lumba-lumba Wilayah Kerja Puskesmas Beji yaitu sebanyak 32 orang.

Data diolah menggunakan menggunakan alat bantu program pengolahan komputerisasi yang hasilnya meliputi analisis univariat dan bivariat. Penggambaran mengenai hubungan dilakukan dengan mentabulasi data secara *cross sectional* dengan menggunakan uji *korelasi pearson*. Metode analisa data dilakukan dengan menggunakan program komputerisasi yang meliputi analisa univariat, normalitas data dan bivariat.

Setelah kuesioner disusun belum dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Kuesioner masih perlu melalui tahap uji validitas dan reliabilitas. Untuk itu, maka perlu dilakukan uji coba di lapangan. Responden yang digunakan untuk uji coba memiliki ciri responden yang sama dari tempat penelitian akan dilaksanakan. Uji kuesioner dalam penelitian ini dilakukan pada lansia yang melakukan kunjungan di Posbindu Ikan Mas Wilayah Kerja Puskesmas Beji sebanyak 20 orang dengan jumlah pertanyaan 50 butir soal. Uji coba instrumen ini dilakukan di Posbindu Ikan Mas dikarenakan samanya strata antara posbindu ikan mas dan posbindu Lumba-lumba, yaitu strata posbindu mandiri.

Hasil uji coba penelitian digunakan untuk mengetahui apakah kuesioner yang telah 4 dibuat telah valid atau tidak dan reliabel atau tidak. Dalam penelitian ini pengujian validitas instrumen menggunakan alat bantu program pengolahan komputerisasi. Setelah dinyatakan valid dan reliabel maka kuesioner disebar. Data dapat disajikan secara tabular dan tekstural agar informasi data lebih lengkap.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi Distribusi Frekuensi Perilaku Kepatuhan, Pengetahuan, Sikap, Peran Tenaga Kesehatan dan Dukungan Keluarga di Posbindu Lumba- lumba Tahun 2015

| Variabel | Mean | Std. Deviasi | Min-Max |
|------------------------|-------|--------------|-------------|
| Perilaku Kepatuhan | 30,44 | 10,595 | 11-50 |
| Pengetahuan | 5,97 | 2,087 | 1-10 |
| Sikap | 31,16 | 10,164 | 10-50 |
| Peran Tenaga Kesehatan | 30,81 | 10,306 | 10- 49 |
| Dukungan Keluarga | 31,34 | 9,934 | 27,76-34,93 |

Hasil analisis didapatkan nilai skor rata-rata perilaku kepatuhan lansia adalah 30,44 dengan 95% CI (26,62-34,26), nilai median 30 dan nilai standar deviasi 10,595. Skor nilai paling rendah yaitu 11 dan skor nilai paling tinggi yaitu 50. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor nilai perilaku kepatuhan lansia antara 26,62 sampai dengan 34,26 yang artinya perilaku kepatuhan lansia pada penelitian ini tergolong baik.

Hasil analisis didapatkan nilai skor rata-rata pengetahuan lansia adalah 5,97 dengan 95% CI (5,22-6,72), nilai median 6 dan nilai standar deviasi 2,087. Skor nilai paling rendah yaitu 1 dan skor nilai paling tinggi yaitu 10. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai skor nilai pengetahuan lansia antara 5,22 sampai dengan 6,72 yang artinya pengetahuan lansia pada penelitian ini tergolong baik.

Hasil analisis didapatkan nilai skor rata-rata sikap lansia adalah 31,16 dengan 95% CI (27,49-34,82), nilai pada median 30 dan nilai standar deviasi 10,164. Skor nilai paling rendah yaitu 10 dan skor nilai paling tinggi yaitu 50. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor nilai sikap lansia antara 27,49 sampai dengan 34,82 yang artinya sikap lansia pada penelitian ini tergolong baik.

Hasil analisis didapatkan nilai skor rata-rata peran tenaga kesehatan adalah 30,81 dengan 95% CI (27,10-34,53) , nilai median 20 dan nilai standar deviasi 10,306. Skor nilai paling rendah yaitu 10 dan skor nilai paling tinggi yaitu 50. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor nilai peran tenaga kesehatan antara 27,10 sampai dengan 34,53 yang artinya peran tenaga kesehatan pada penelitian ini tergolong baik.

Hasil analisis didapatkan nilai skor rata-rata dukungan keluarga adalah 31,34 dengan 95% CI (27,76-34,93), nilai median 29,5 dan nilai standar deviasi 9,934.

Skor nilai paling rendah yaitu 12 skor nilai paling tinggi yaitu 50. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor nilai dukungan keluarga antara 27,76 sampai dengan 34,49 yang artinya dukungan keluarga lansia pada penelitian ini tergolong baik.

Tabel 2. Uji normalitas data nilai skewness dan standar error

| Variabel | Skewness | Standar Error | Skewness dibagi Standar Error |
|------------------------|----------|---------------|-------------------------------|
| Perilaku Kepatuhan | 0,015 | 0,414 | 0,0362 |
| Pengetahuan | -0,365 | 0,414 | -0,8816 |
| Sikap | -0,003 | 0,414 | -0,0724 |
| Peran Tenaga Kesehatan | 0,059 | 0,414 | 0,1425 |
| Dukungan Keluarga | 0,107 | 0,414 | 0,2584 |

Berdasarkan tabel 2 di atas dari uji normalitas nilai skewness dan standar error dapat diketahui bahwa pada variabel perilaku kepatuhan didapatkan nilai skewness 0,015 dan standar errornya 0,414. Nilai skewness dibagi standar error hasilnya adalah $0,0362 < 2$. Jadi dapat disimpulkan bahwa data variabel perilaku kepatuhan kunjungan oleh lansia pada penelitian ini berdistribusi normal. Pada variabel pengetahuan lansia didapatkan nilai skewness -0,365 dan standar errornya 0,414. Nilai skewness dibagi standar error hasilnya adalah $-0,8816 < 2$. Jadi, dapat disimpulkan bahwa variabel pengetahuan dalam penelitian ini berdistribusi normal. Pada variabel sikap didapatkan nilai skewness -0,003 dan standar errornya 0,414. Nilai skewness dibagi standar error hasilnya adalah $-0,0724 < 2$. Jadi, dapat disimpulkan bahwa data variabel sikap dalam penelitian ini adalah berdistribusi normal. Pada variabel peran tenaga kesehatan didapatkan nilai skewness 0,059 dan standar errornya 0,414. Nilai skewness dibagi nilai standar error variabel ini adalah $0,1425 < 2$. Jadi, dapat disimpulkan variabel peran tenaga kesehatan dalam penelitian ini berdistribusi normal. Pada variabel dukungan keluarga didapatkan nilai skewness 0,107 dan standar errornya 0,414. Nilai skewness dibagi nilai standar error variabel ini hasilnya adalah $0,2584 < 2$. Jadi, dapat disimpulkan variabel dukungan keluarga berdistribusi normal.

Tabel 3. Hubungan pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga terhadap perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu Lansia di Posbindu Lumba-lumba Tahun 2015

| Variabel | Nilai r | P-value | Arah hubungan |
|------------------------|---------|---------|----------------|
| Pengetahuan | 0,927 | 0,000 | Linier positif |
| Sikap | 0,984 | 0,000 | Linier positif |
| Peran tenaga kesehatan | 0,977 | 0,000 | Linier positif |
| Dukungan keluarga | 0,988 | 0,000 | Linier positif |

Analisis bivariat ini dipergunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen yang terdiri dari pengetahuan lansia, sikap lansia, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga dan variabel dependen yaitu perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia.

Berdasarkan tabel 3, yaitu hasil analisis korelasi antara pengetahuan lansia dengan perilaku kepatuhan lansia, diperoleh bahwa nilai $r = 0,927$ dan nilai p value 0,000 sehingga dapat

disimpulkan bahwa hubungan antara pengetahuan lansia dan perilaku kepatuhankunjungan Posbindu oleh lansia menunjukkan hubungan sangat kuat/semipurna ($r = 0,927$), berpola positif. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,000. Maka dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan lansia dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia. Hasil analisis korelasi antara sikap lansia dengan perilaku kepatuhan lansia diperoleh bahwa nilai $r = 0,984$ dan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara sikap dan perilaku kepatuhan kunjungan oleh lansia menunjukkan hubungan sangat kuat/semipurna ($r = 0,984$) dan berpola positif. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap lansia dan perilaku kepatuhankunjungan Posbindu oleh lansia. Hasil analisis korelasi antara peran tenaga kesehatan dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu diperoleh bahwa nilai $r = 0,977$ dan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara peran tenaga kesehatan dan perilaku kepatuhan kunjungan menunjukkan hubungan sangat kuat ($r = 0,977$) dan berpola positif.

Hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara peran tenaga kesehatan dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia. Hasil analisis korelasi antara dukungan keluarga dengan perilaku kepatuhankunjungan Posbindu oleh lansia diperoleh bahwa nilai $r = 0,988$ dan nilai p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan dukungan keluarga dan perilaku kepatuhankunjungan menunjukkan hubungan sangat kuat/semipurna ($r = 0,988$) dan berpola positif. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000. Maka disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia.

Penelitian tentang analisa hubungan pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga terhadap perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia di Posbindu Lumba-lumba di wilayah kerja Puskesmas Beji kota Depok pada tahun 2015, adapun pembahasannya meliputi pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga. Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menyadari masih banyak keterbatasan antara lain yaitu : dalam pembuatan instrumen bersifat subjektif karena dilakukan dengan menyebarkan kuesioner tidak dengan wawancara, sehingga kesimpulan yang dikemukakan berdasarkan pada data yang terkumpul melalui kuesioner, penelitian yang dilakukan hanya terbatas pada satu Posbindu saja, sehingga tidak dapat mengetahui bagaimana perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu di seluruh Posbindu wilayah kerja Puskesmas Beji, teori yang disajikan dalam penelitian berdasarkan teori yang ada, tidak menemukan teori baru maupun metodologis yang baru, penelitian dilakukan pada saat tertentu (*Cross Sectional*) sehingga sulit melihat sebab akibat dari perilaku kepatuhan dalam rentang waktu yang lama, adanya keterbatasan referensi buku yang membahas mengenai program Posbindu, karena buku yang dibuat masih sangat jarang.

Berdasarkan hasil bivariat menunjukkan hubungan antara pengetahuan dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia. Hasil analisis uji korelasi antara pengetahuan lansia dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia, diperoleh bahwa nilai $r = 0,927$ dan

nilai p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan hubungan antara pengetahuan lansia dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat/semurna ($r = 0,927$) dan berpola positif, artinya semakin baik pengetahuan lansia maka semakin patuh dalam melaksanakan kunjungan Posbindu. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,000. Sejalan dengan teori yang disampaikan oleh Fishbein dalam Azwar bahwa kepatuhan dipengaruhi oleh pengetahuan.¹⁶ Menurut Notoatmodjo pengetahuan ini mempengaruhi tindakan atau perilaku seseorang. Diperkuat dengan hasil penelitian Kinanti yang berjudul hubungan pengetahuan dan motivasi lansia dengan kepatuhan kegiatan Posbindu yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan kunjungan Pos binaan terpadu di Posbindu Cempaka Depok.⁴ Sejalan dengan penelitian Fatchiyah yang berjudul hubungan antara pengetahuan lansia dengan kepatuhan kunjungan Posbindu pada lansia di Kelurahan Ngempon Kecamatan Bergas Kabupaten Semarang yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan kunjungan Posbindu. Serta sependapat dengan penelitian Purnawati yang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan kunjungan lanjut usia di posyandu lansia yang terletak di daerah Desa Plumbon Kecamatan Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah yang menyatakan bahwa pengetahuan lansia mempengaruhi kepatuhan kunjungan lansia di Posyandu lansia.

Pada penelitian ini diketahui bahwa pengetahuan lansia dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat/semurna dan berpola positif, artinya semakin baik pengetahuan lansia maka semakin patuh pula lansia dalam melakukan kunjungan Posbindu. Hal ini dikarenakan seseorang yang mengetahui tentang adanya pelayanan kesehatan dan manfaatnya mempunyai kecenderungan untuk dapat patuh terhadap pelayanan kesehatan yang ada, termasuk kepatuhan dalam kunjungan posbindu. Lansia yang memiliki pengetahuan baik akan mengetahui tentang tujuan Posbindu, manfaat Posbindu, serta dampak yang terjadi dari tidak mengikuti kegiatan posbindu. Sehingga hal ini mendorong lansia untuk patuh terhadap kunjungan Posbinaan terpadu. Oleh karena itu, pengetahuan posbindu menjadi salah satu faktor yang penting dalam mempengaruhi kepatuhan lansia dalam mengikuti kegiatan posbindu. Jadi, pada variabel pengetahuan dalam penelitian ini terdapat kesesuaian sebagaimana dinyatakan dari pendahuluan, sehingga akhirnya dapat diperoleh hasil dan pembahasan. Maka, dengan ini diharapkan para petugas kesehatan lebih meningkatkan promosi kesehatan mengenai Pos binaan terpadu kepada lansia khususnya dan keluarga serta masyarakat pada umumnya, sebagai upaya peningkatan pengetahuan lanjut usia terhadap perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu.

Berdasarkan dari hasil uji bivariat menunjukan hubungan antara sikap lansia dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia. Hasil analisis korelasi antara sikap lansia dengan perilaku kepatuhan kunjungan diperoleh bahwa nilai $r = 0,984$ dan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara sikap lansia dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat/semurna ($r = 0,984$) dan berpola positif, artinya semakin baik sikap lanjut usia maka semakin patuh dalam melaksanakan kunjungan Posbindu. Sejalan

dengan teori Saifuddin Azwar bahwa sikap mempengaruhi perilaku seseorang termasuk perilaku terhadap kesehatan.

Serta menurut teori Green dalam Notoatmodjo bahwa sikap merupakan predisposisi suatu perilaku. Sikap adalah pandangan-pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai sikap objek tadi. Teori tindakan beralasan mengatakan bahwa sikap seseorang mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti serta beralasan. Diperkuat dengan hasil penelitian Lestari dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan kunjungan posbindu pada pralansia dan lansia di wilayah binaan Puskesmas Kemiri Muka Kota Depok mengatakan adanya hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan Posbindu. Sejalan juga dengan penelitian Purnawatiyang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan kunjungan lansia di desa Plumbon Sukoharjo yang menyatakan bahwa sikap mempengaruhi kunjungan kepatuhan lansia di Posyandu lansia.¹⁸ Serta sependapat dengan penelitian Susanti di Posbindu Melati Jorong Pasar Maloro Nagari Kecamatan Kamang Baru Sijunjung yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan kunjungan kepatuhan oleh lansia. Pada penelitian ini diketahui bahwa sikap lansia dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat/semurna dan berpola positif, artinya semakin baik sikap lanjut usia maka semakin patuh pula lanjut usia dalam melaksanakan kunjungan Posbindu. Hal ini dikarenakan lansia yang mempunyai sikap baik terhadap Posbindu sudah dapat dipastikan juga memiliki pengetahuan yang baik akan program Posbindu sehingga dengan dasar pengetahuan tersebut menimbulkan sikap-sikap yang baik. Dengan demikian sikap lansia yang baik mendorong lanjut usia untuk patuh dalam melakukan kunjungan Posbindu. Jadi, pada variabel sikap dalam penelitian ini terdapat kesesuaian sebagaimana yang dinyatakan di pendahuluan penelitian hingga akhirnya diperoleh hasil dan pembahasan. Maka, dengan ini diharapkan lansia memiliki pengetahuan yang baik tentang Pos binaan terpadu dengan lebih menggiatkan promosi kesehatan yang telah dijelaskan sebelumnya dan dorongan positif dari keluarga serta masyarakat yang ada disekitarnya Sehingga, pengetahuan yang baik akan menciptakan sikap yang positif terhadap kegiatan posbindu, sehingga lansia melakukan kunjungan posbindu secara rutin.

Berdasarkan dari hasil uji bivariat menunjukkan hubungan antara peran tenaga kesehatan dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu. Hasil analisis korelasi antara peran tenaga kesehatan dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu diperoleh bahwa nilai $r = 0,977$ dan nilai p value $0,000$ sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara peran tenaga kesehatan dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat ($r = 0,977$) dan berpola positif, artinya jika peran tenaga kesehatan semakin aktif menjalankan perannya semakin patuh pula lansia dalam melakukan kunjungan Posbindu. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value $0,000$. Sejalan dengan teori Trismiyati bahwa peran petugas kesehatan mempunyai efek perilaku bagi pihak penerima, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan. Petugas kesehatan merupakan salah satu contoh bagi para lansia sebagai motivator untuk bisa memanfaatkan

posbindu dengan baik. Diperkuat dengan penelitian penelitian Henniwati yang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Naras, Aceh Timur yang menunjukkan adanya pengaruh petugas kesehatan terhadap kunjungan pelayanan Posbindu.

Sejalan juga dengan penelitian Susilowati yang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan lanjut usia ke Posyandu lansia Tegalgiri Nogosari Boyolali yang menyatakan bahwa ada hubungan antara peran tenaga kesehatan dengan kunjungan lanjut usia ke Posyandu Lansia.⁶ Serta sejalan dengan penelitian Sari yang berjudul Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia ke Posyandu lansia di Kecamatan Bayah Kabupaten Lebak Tahun 2012-2013 yang menyatakan ada pengaruh peran petugas kesehatan terhadap pelayanan kunjungan posyandu lanjut usia.²³

Pada penelitian ini diketahui peran tenaga kesehatan dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan kuat dan berpola positif, artinya jika peran tenaga kesehatan semakin baik, semakin patuh pula lanjut usia dalam menjalankan kunjungan Posbindu. Hal ini dikarenakan Petugas kesehatan merupakan salah satu contoh dan motivator bagi para lanjut usia untuk bisa memanfaatkan posbindu dengan baik dan peran petugas kesehatan sebagai pemberi informasi, saran dan dukungan agar lansia mengikuti kegiatan pos binaan terpadu Sesuai jadwal yang telah ditentukan. Jadi, semakin baik peran petugas kesehatan, semakin patuh pula lansia dalam melakukan kunjungan Posbindu. Pada variabel peran tenaga kesehatan dalam penelitian ini terdapat kesesuaian sebagaimana yang dinyatakan dari pendahuluan, sehingga dapat diperoleh hasil dan pembahasan. Maka, dengan ini diharapkan para petugas kesehatan lebih meningkatkan perannya, karena seseorang yang sudah mengetahui manfaat dari sebuah perilaku yang sehat dapat terhalang karena sikap dan tindakan tenaga kesehatan yang tidak mendukung dan memotivasi dalam melakukan sebuah perilaku kesehatan.

Berdasarkan hasil uji bivariat menunjukan hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu. Hasil analisis korelasi antara dukungan keluarga lansia dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu diperoleh bahwa nilai $r = 0,988$ dan p value $0,000$ sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara dukungan keluarga dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat/semipurna ($r = 0,988$) dan berpola positif, artinya semakin baik dukungan keluarga semakin patuh pula lansia dalam melakukan kunjungan Posbindu. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value $0,000$.

Penelitian sejalan dengan teori Gottlieb dalam Lilik bahwa dukungan sosial, terutama dukungan oleh keluarga berpengaruh pada tingkah laku penerima. Teori Lawrence Geen dalam Notoatmodjo juga menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh ada atau tidaknya faktor pendukung atau penguat dan dukungan keluarga termasuk ke dalam faktor ini. Penelitian ini diperkuat oleh penelitian Handayani yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam mengikuti Posyandu lansia di posyandu lansia Jetis Desa Krajan Kecamatan Weru Kabupaten Sukoharjo yang menyatakan bahwa bahwa dari 100 responden

lanjut usia yang mempunyai dukungan keluarga yang rendah, sebagian besar respondennya mempunyai kategori tidak patuh dalam mengikuti posyandu lansia, hal ini membuktikan bahwa dukungan oleh keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan posbindu oleh lanjut usia. Sejalan juga dengan penelitian Nurhayati yang berjudul hubungan antara dukungan keluarga dan peran kader dengan kepatuhan lansia untuk mengikuti posyandu lansia di Batu Tulis Bogor Selatan yang menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia untuk mengikuti Posyandu lansia. Juga sependapat dengan penelitian Lestari yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan

Kunjungan Posbinaan terpadu pralansia dan lansia di Wilayah Binaan Puskesmas Kemiri Muka Kota Depok yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kunjungan Posbindu.

Pada penelitian ini diketahui bahwa dukungan keluarga dan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu menunjukkan hubungan sangat kuat/sempurna dan berpola positif, artinya semakin baik dukungan keluarga semakin patuh pula lansia dalam melakukan kunjungan Posbindu. Hal ini dikarenakan keluarga merupakan referensi penting dalam membantu pembentukan perilaku pada diri seseorang. Dukungan oleh keluarga ini dapat memberikan keuntungan emosional serta berpengaruh pada tingkah laku penerima. Semakin baik dukungan keluarga maka akan semakin meningkat pula kepatuhan lansia terhadap kunjungan Posbindu. Jadi, pada variabel dukungan keluarga dalam penelitian ini terdapat kesesuaian sebagaimana yang dinyatakan di pendahuluan, sehingga akhirnya diperoleh hasil dan pembahasan. Maka, dengan ini diharapkan keluarga lebih meningkatkan dukungannya terhadap lansia dalam melakukan kunjungan Posbindu secara rutin yang dapat dilakukan dengan cara, mengingatkan lansia tentang jadwal posbindu, mengantar maupun menjemput lansia dalam melakukan kunjungan kegiatan posbindu serta meluangkan waktu lansia dalam mengikuti kegiatan posbindu.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian hubungan pengetahuan, sikap, peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga terhadap perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lansia di Posbindu Lumba-lumba Tahun 2015. Maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sesuai dengan tujuan penelitian yaitu : Distribusi frekuensi didapatkan bahwa skor rata-rata perilaku kepatuhan kunjungan antara 26,62-34,26 (95%), skor rata-rata pengetahuan lansia antara 5,22-6,72 (95%), skor rata-rata sikap lansia antara 27,49-34,82 (95%), skor rata-rata peran tenaga kesehatan antara 27,10 - 34,53 (95%) dan skor rata-rata dukungan keluarga antara 27,76-34,93 (95%). Kedua, ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan lansia dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu di Posbindu Lumba-lumba Wilayah kerja Puskesmas Beji Tahun 2015 dengan nilai $r = 0,927$ dan nilai $p \text{ value} = 0,000$. Ketiga, ada hubungan yang signifikan antara sikap lanjut usia dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lanjut usiadi Posbindu Lumba-

lumba Wilayah kerja Puskesmas Beji Tahun 2014 dengan nilai $r = 0,984$ dan $p \text{ value} = 0,000$ Keempat, ada hubungan yang signifikan antara peran tenaga kesehatan dengan perilaku kepatuhan kunjungan pos binaan terpadu oleh lanjut usia di Posbindu Lumba-lumba Wilayah kerja Puskesmas Beji Kota Depok pada tahun 2015 dengan nilai $r = 0,977$ dan $p \text{ value} = 0,000$. Kelima, ada hubungan yang signifikan antara dukungan yang diberikan oleh keluarga dengan perilaku kepatuhan kunjungan Posbindu oleh lanjut usia di Posbindu Lumba-lumba Wilayah kerja Puskesmas Beji Kota Depok pada tahun 2015 dengan nilai $r = 0,988$ dan $p \text{ value} = 0,000$.

Daftar Pustaka

- Buletin Lansia.(2013). Kemenkes RI. Gambaran Kesehatan Lanjut Usia Di Indonesia. Edisi Juli.
- Pemerintah Kota Depok. (2015). Jumlah Lansia Di Depok Tinggi. Edisi Februari.
- Jubaedi et all.(2011).Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta. Salemba Medika.
- Kinanti D. (2013). Hubungan Pengetahuan dan Motivasi Lansia dengan Kepatuhan Kunjungan Kegiatan Posbindu Cempaka. STIKIM. Skripsi.
- Komnas Lansia. (2010). Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia. Jakarta : Komnas Lansia.
- Lestari A. (2009). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Kunjungan Posbindu Pada Pralansia Dan Lansia Di Wilayah Binaan Puskesmas Kemiri Muka Kecamatan Beji Kota Depok. Universitas Indonesia. Skripsi.
- Susilowati. (2014). Faktor Yang Mempengaruhi kunjungan pada Lanjut Usia Ke Posyandu Lanjut. Tegalgi Nogosari Boyolali. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Skripsi.
- Handayani D. (2012). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Lansia dalam Mengikuti Posyandu Lansia Di Posyandu Lanjut usia Jetis Desa Krajan Kecamatan Weru Kabupaten Sukoharjo. Stikes Aisyiyah Surakarta. Skripsi.
- Alimul Hidayat A. (2007). Metodologi Penelitian Kebidanan Tehnik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo S. (2007). Buku Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. (2012). Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Riwidikdo H. (2009). Statistik Kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Depkes RI. (2009). Pusat Data Dan Informasi. Modul Analisis Data Menggunakan SPSS. Jakarta : Depkes.
- Sukardi. (2008). Metode Penelitian Pendidikan. Jakarta : Bumi Aksara.
- Kouter R. (2009). Metodologi Penelitian Untuk Menulis Skripsi Dan Tesis. Jakarta : CV Trauma Gravika.
- Azwar S. (2007). Sikap Manusia. Bandung : Pustaka Sinar Harapan.

- Fatchiyah S. (2013). Hubungan Antara Pengetahuan Lansia Dengan Kepatuhan Kunjungan Posbindu Pada Lansia Di Kelurahan Ngempon Kecamatan Bergas Kabupaten Semarang. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Purnawati N. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kunjungan Kepatuhan Lansia Dalam Kegiatan Posyandu Lansia Di Desa Plumbon Sukoharjo. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Skripsi.
- Azwar S. (2008). Penyusunan Skala Psikologi. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Wawan A. dan Dewi M. (2011). Teori Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Henniwati. (2008). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kunjungan Posyandu Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Naras, Aceh Timur. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Skripsi.
- Sari I. (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Ke Posyandu Lansia Di Kecamatan Bayah Kabupaten Lebak Tahun 2012-2013. Universitas Indonesia. Tesis.
- Azizah L. (2011). Keperawatan Usia Lanjut. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Nurhayati. (2014). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Peran Kader Dengan Kepatuhan Lansia Untuk Mengikuti Posyandu Lansia Di Kelurahan Batu Tulis Kecamatan Bogor Selatan Tahun 2014. STIKIM. Skripsi.

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG BUKU KIA DENGAN FREKUENSI KUNJUNGAN ANC DI BPM SY TRIHANA JOTON JOGONALAN KLATEN

Firly Dian Kurniawati¹, Istri Yuliani¹, Hartini¹

¹S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

ABSTRAK

Latar Belakang: Menurut WHO, Indonesia memiliki angka kematian yang cukup tinggi yakni dalam kategori 200-499 per 100.000 kelahiran hidup. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA dengan frekuensi kunjungan ANC di BPM SY Trihana Joton Jogonalan Klaten.

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi adalah seluruh ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan diatas 36 minggu yang melakukan pemeriksaan di BPM SY Trihana Joton Jogonalan Klaten pada tanggal 15 Juni – 15 Juli 2014. Teknik sampling adalah *purposive sampling*. Alat pengumpulan data adalah kuesioner berupa pertanyaan pengetahuan tentang isi buku KIA dan master tabel untuk frekuensi kunjungan ANC. Analisis data dengan uji statistik *chi square*.

Hasil: Hasil dari penelitian ini adalah tingkat pengetahuan ibu hamil tentang buku KIA yaitu ibu hamil dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 43,3%, cukup sebanyak 56,7% dan berpengetahuan kurang sebanyak 10%, dengan frekuensi kunjungan ANC berada pada kategori sama besar yaitu standar 50% dan tidak standar 50%. Hasil uji statistik adalah p value 0.925 ($p > 0,05$).

Simpulan: Tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu hamil tentang buku KIA dengan frekuensi kunjungan ANC di BPM SY Trihana Joton Jogonalan Klaten.

Kata Kunci: pengetahuan, frekuensi kunjungan ANC.

ABSTRACT

Background: According to WHO, Indonesia has a fairly high mortality rate that is in the category of 200-499 per 100,000 live births. Purpose of this study is to determine the correlation between the knowledge level of pregnant women about KIA book and the frequency of ANC visit at BPM SY Trihana, Joton Jogonalan, Klaten.

Methods: The study was descriptive analytic with cross sectional approach. The population was the all third trimester pregnant women with gestational age over 36 weeks who visit BPM SY Trihana Joton Jogonalan Klaten on 15 June to 15 July 2014. Sampling technique was purposive sampling. Data collection tool was questionnaires in the form of questions about the contents of KIA book and the master table for ANC visit frequency. Data was analysed by chi-square statistical test.

Results: The results of this study showed the knowledge level of pregnant women about KIA book, pregnant women with good knowledge was 43.3%, sufficient (46.7%), and low (10%). The frequency of ANC visits were in equal category, i.e. standard (50%) and below the standard (50%). The analysis results of the correlation between the knowledge level of pregnant women about KIA book and the frequency of ANC visit showed p-value of 0.925 ($p > 0.05$).

Conclusion: There was no correlation between the knowledge level of pregnant women about KIA book and the frequency of ANC visit at BPM SY Trihana Joton Jogonalan Klaten.

Key Words: Knowledge, the frequency of the ANC visit.

Pendahuluan

Berdasarkan klasifikasi Angka Kematian Ibu dari WHO pada tahun 2013 adalah sebagai berikut; <15-199 per 100.000 kelahiran hidup, 200-499 per 100.000 kelahiran hidup; 500-999 per 100.000 kelahiran hidup, dan ≥ 1000 per kelahiran hidup. Pada tahun 2011 di kawasan ASEAN hanya Singapura yang memiliki Angka Kematian Ibu rendah yakni mencapai Angka Kematian Ibu <15 yaitu 3 per 100.000 kelahiran hidup. Ada 5 negara yang memiliki angka Kematian Ibu 15-199 per 100.000 kelahiran, yakni Brunei Darussalam (24), Filipina(99), Malaysia (29), Vietnam (59), dan Thailand (48) serta 4 negara memiliki Angka Kematian Ibu 200-499 per 100.000 kelahiran hidup, termasuk Indonesia¹

Data dari Badan Pusat Statistik, angka kematian ibu di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2012 mengalami peningkatan yakni sebesar 116,34/100.000 kelahiran hidup dibanding tahun 2011 sebesar 116,01/100.000 kelahiran hidup. Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu pada tahun 2012 adalah sebesar 57,93% kematian maternal terjadi pada waktu nifas, pada waktu hamil sebesar 24,74% dan pada waktu persalinan sebesar 17,33%. Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia produktif (20-34 tahun) sebesar 66,96%, kemudian pada kelompok umur >35 tahun sebesar 26,67% dan pada kelompok umur <20 tahun sebesar 6,37%².

Di Kabupaten Klaten sampai bulan Desember 2011 jumlah kematian ibu mencapai 17 orang dan jumlah kematian bayi mencapai 391. Sedangkan tahun 2012 sampai bulan Desember jumlah kematian ibu sudah mencapai 19 orang dan jumlah kematian bayi mencapai 253 orang. Pada tahun 2011 ke tahun 2012, justru terjadi peningkatan jumlah kematian ibu. Dan hal ini wajib menjadi perhatian pemerintah, Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten juga bidan desa karena mengingat bahwa dengan tingginya angka kematian ibu dan bayi merupakan indikator masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan³

Salah satu upaya dalam menurunkan angka kematian ibu adalah meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan (ANC : *antenatal care*) oleh petugas kesehatan. Penggunaan buku KIA dalam pemeriksaan kehamilan juga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak serta gizi sehingga salah satu tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu penurunan AKI dan AKB dapat tercapai. Penyebarluasan penggunaan buku KIA dilakukan melalui Puskesmas, Rumah sakit, kegiatan posyandu dan lain-lain dengan tujuan agar terjadi peningkatan kualitas pelayanan. Selain itu, buku KIA dapat pula dipakai sebagai alat pemantau kesehatan Ibu dan Anak, serta pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya ibu-ibu⁴

Penyuluhan kesehatan Ibu dan Anak pada umumnya masih banyak dilakukan melalui konsultasi perorangan atau kasus per kasus yang diberikan pada waktu ibu memeriksakan kandungan atau pada waktu kegiatan posyandu. Kegiatan penyuluhan perorangan sangat bermanfaat untuk menangani kasus per kasus namun memiliki beberapa kelemahan seperti pengetahuan yang diperoleh terbatas, penyuluhan yang diberikan tidak terkoordinir dan penyuluhan tidak terjadwal. Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, direncanakan metode

pembelajaran kelas ibu hamil. Kegiatan yang direncanakan adalah pembahasan buku KIA dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang diikuti diskusi dan tukar pengalaman antara ibu-ibu hamil dengan petugas kesehatan⁴

Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 4 minggu sampai dengan 36 minggu dengan jumlah peserta sebanyak maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu hamil akan belajar bersama, diskusi atau tukar pengalaman, tentang KIA secara menyeluruh dan sistematis dengan jadwal yang berkesinambungan. Kelas ibu hamil di fasilitasi oleh tenaga kesehatan atau bidan dengan menggunakan paket kelas ibu hamil yaitu buku KIA, *flipchart*, pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil, pemegang fasilitator kelas ibu hamil dan buku senam hamil.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah *deskriptifanalitik* dengan pendekatan penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 15 Juni-15 Juli 2014 di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten. Populasinya adalah ibu hamil trimester III dengan umur kehamilan diatas 36 minggu yang melakukan pemeriksaan di BPM SY Trihana Klaten pada bulan Februari sampai dengan April 2014. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dan kriteria sampel menggunakan sampel minimal sebanyak 30 ibu hamil . Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu hamil tentang buku KIA dan data sekundernya adalah frekuensi kunjungan ANC yang diambil dari buku KIA milik ibu hamil. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat dan analisa bivariat.

Hasil dan Pembahasan

Jumlah subyek dalam penelitian ini adalah 30 ibu hamil yaitu ibu hamil Trimester III dengan umur kehamilan 36 minggu yang datang dan melakukan kunjungan *Antenatal Care* di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten. Karakteristik ibu hamil pada penelitian ini meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, dan keikutsertaan dalam kelas ibu hamil.

Tabel 1 Distribusi frekuensi ibu hamil berdasarkan karakteristik di BPM SY Trihana tahun 2014.

| No. | Karakteristik | F | % |
|-----|--------------------------------|----|------|
| 1. | Umur | | |
| | Umur Beresiko | 3 | 10 |
| | Umur Tidak Beresiko | 27 | 90 |
| | Total | 30 | 100 |
| 2. | Pendidikan | | |
| | Pendidikan Dasar | 13 | 43,3 |
| | Pendidikan Menengah dan Tinggi | 17 | 56,7 |
| | Total | 30 | 100 |

| | | | |
|---|-------------------------------|----|-----|
| 3 | Pekerjaan | | |
| | Bekerja | 12 | 40 |
| | Tidak Bekerja | 18 | 60 |
| | Total | 30 | 100 |
| 4 | Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil | | |
| | Ikut | 24 | 80 |
| | Tidak Ikut | 6 | 20 |
| | Total | 30 | 100 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Pada tabel 1 di atas, berdasarkan karakteristik umur ibu hamil, dapat diketahui bahwa mayoritas ibu hamil berada pada umur tidak beresiko, yaitu sebanyak 27 orang (90%). Sedangkan berdasarkan karakteristik pendidikan ibu hamil, mayoritas pendidikan ibu hamil adalah pendidikan menengah dan tinggi sebanyak 16 orang (53,3%).

Berdasarkan karakteristik pekerjaan ibu hamil mayoritas pekerjaan ibu hamil adalah tidak bekerja sebanyak 18 orang (60,%). Sedangkan berdasarkan karakteristik keikutsertaan dalam kelas ibu hamil mayoritas ibu trimester III mengikuti kelas hamil dengan jumlah ibu yang mengikuti kelas ibu hamil sebanyak 24 orang (80%).

Tabel 2. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA di BPM SY.Trihana Klaten

| Pengetahuan | F | % |
|-------------|----|------|
| Baik | 13 | 43.3 |
| Cukup | 14 | 46.7 |
| Kurang | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Data tabel 2 menunjukkan jika sebagian besar ibu hamil memiliki pengetahuan pada kategori cukup yaitu sebanyak 14 ibu hamil (46.7%) dan sebagian kecil ibu hamil memiliki pengetahuan pada kategori kurang yaitu sebanyak 3 ibu hamil.

Tabel 3. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA di BPM SY.Trihana Klaten berdasarkan umur

| Umur | Pengetahuan | | | | | | Total | |
|---------------------|-------------|------|-------|------|--------|------|-------|-------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Umur Beresiko | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 | 3 | 10.0 |
| Umur Tidak Beresiko | 12 | 40.0 | 12 | 40.0 | 3 | 10.0 | 27 | 90.0 |
| Total | 13 | 43.3 | 14 | 46.7 | 3 | 10.0 | 30 | 100.0 |

Data tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik adalah ibu hamil dengan umur tidak beresiko yaitu sebanyak 12 ibu hamil (40%)

Tabel 4. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA di BPM SY.Trihana Klaten berdasarkan pendidikan

| Pendidikan | Pengetahuan | | | | | | Total | |
|---------------------|-------------|------|-------|------|--------|------|-------|-------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Rendah | 4 | 13.3 | 7 | 23.3 | 2 | 6.7 | 13 | 43.3 |
| Menengah dan Tinggi | 9 | 40 | 7 | 23.3 | 1 | 3.3 | 17 | 56.6 |
| Total | 13 | 43.3 | 14 | 46.7 | 3 | 10.0 | 30 | 100.0 |

Data tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik adalah ibu hamil dengan pendidikan menengah dan tinggi yaitu sebanyak 9 ibu hamil (40%).

Tabel 5. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA di BPM SY.Trihana Klaten berdasarkan pekerjaan

| Pekerjaan | Pengetahuan | | | | | | Total | |
|---------------|-------------|------|-------|------|--------|-----|-------|----|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Bekerja | 4 | 13.2 | 10 | 33.3 | 2 | 6.6 | 12 | 40 |
| Tidak Bekerja | 10 | 33.3 | 7 | 23.3 | 1 | 3.3 | 18 | 60 |
| Total | 4 | 13.2 | 10 | 33.3 | 2 | 6.6 | 12 | 40 |

Data tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik adalah ibu hamil yang tidak bekerja yaitu sebanyak 10 ibu hamil (33.3%).

Tabel 6. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA di BPM SY.Trihana Klaten berdasarkan keikutsertaan kelas ibu hamil

| Keikutsertaan dalam kelas ibu hamil | Pengetahuan | | | | | | | |
|---|-------------|------|-------|------|--------|------|-------|-------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Ikut | 12 | 40.0 | 9 | 30.0 | 3 | 10.0 | 24 | 80.0 |
| Tidak Ikut | 1 | 3.3 | 5 | 16.7 | 0 | 0.0 | 6 | 20.0 |
| Total | 13 | 43.3 | 14 | 46.7 | 3 | 10.0 | 30 | 100.0 |

Data tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik adalah ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil yaitu sebanyak 12 ibu hamil (40%).

Tabel 7. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten

| Frekuensi Kunjungan ANC | F | % |
|-------------------------|----|-----|
| Standar | 15 | 50 |
| Tidak Standar | 15 | 50 |
| Total | 30 | 100 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Data tabel 7 menunjukkan jika frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana pada kategori standar sebanyak 15 ibu hamil (5) dan frekuensi kunjungan ANC pada kategori tidak standar sebanyak 15 ibu hamil (5).

Tabel 8. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten berdasarkan umur

| Umur | KunjunganANC | | | | Total | |
|---------------------------|--------------|------|---------------|------|-------|-------|
| | Standar | | Tidak Standar | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| Umur Tidak Beresiko | 13 | 43.3 | 14 | 46.7 | 27 | 90.0 |
| Umur Beresiko | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | 3 | 10.0 |
| Total | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | 30 | 100.0 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Data tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil memiliki frekuensi kunjungan ANC pada kategori tidak standar adalah ibu hamil yang berumur tidak beresiko yaitu sebanyak 14 ibu hamil (46.7%)

Tabel 9. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten berdasarkan pendidikan

| Pendidikan | Kunjungan ANC | | | | Total | |
|---------------------|---------------|------|---------------|------|-------|-------|
| | Standar | | Tidak Standar | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| Rendah | 4 | 13.3 | 9 | 30.0 | 13 | 43.3 |
| Menengah dan Tinggi | 11 | 36.6 | 6 | 20.0 | 17 | 56.6 |
| Total | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | 30 | 100.0 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Data tabel 9 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil memiliki frekuensi kunjungan ANC pada kategori standar adalah ibu hamil yang berpendidikan menengah dan tinggi yaitu sebanyak 17 ibu hamil (56.6%).

Tabel 10. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten berdasarkan pekerjaan

| Pekerjaan | Kunjungan ANC | | | | Total | |
|---------------|---------------|------|---------------|------|-------|-------|
| | Standar | | Tidak Standar | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| Bekerja | 6 | 20.0 | 6 | 20.0 | 12 | 40.0 |
| Tidak Bekerja | 9 | 30.0 | 9 | 30.0 | 18 | 60.0 |
| Total | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | 30 | 100.0 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Data tabel 10 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil memiliki frekuensi kunjungan ANC pada kategori standar adalah ibu hamil yang tidak bekerja yaitu masing-masing sebanyak 9 ibu hamil (30%).

Tabel 11. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten berdasarkan keikutsertaan kelas ibu hamil

| Keikutsertaan dalam kelas ibu hamil | Kunjungan ANC | | | | Total | |
|-------------------------------------|---------------|------|---------------|------|-------|-------|
| | Standar | | Tidak Standar | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| Ikut | 13 | 43.3 | 11 | 36.7 | 24 | 80.0 |
| Tidak Ikut | 2 | 6.7 | 4 | 13.3 | 6 | 20.0 |
| Total | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | 30 | 100.0 |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Data tabel 11 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil memiliki frekuensi kunjungan ANC pada kategori standar adalah ibu hamil yang ikut serta dalam kelas ibu hamil yaitu sebanyak 13 ibu hamil (43.3%).

Tabel 12. Hubungan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang buku KIA dengan frekuensi kunjungan ANC di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten

| Kunjungan ANC | Pengetahuan | | | | | | Total | | ρ value |
|---------------|-------------|------|-------|------|--------|------|-------|------|--------------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | N | % | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Standar | 8 | 26.7 | 7 | 23.3 | 0 | 0.0 | 15 | 50.0 | 0.925 |
| Tidak Standar | 5 | 16.7 | 7 | 23.3 | 3 | 10.0 | 15 | 50.0 | |
| Total | 13 | 43.3 | 14 | 46.7 | 3 | 10.0 | 30 | 100 | |

Sumber: Data Primer Diolah, 2014

Hasil tabel 12 menunjukkan jika sebagian besar ibu yang memiliki frekuensi kunjungan ANC standar adalah ibu dengan pengetahuan baik yaitu sebanyak 8 ibu hamil (26.7%) dan ibu yang memiliki frekuensi kunjungan ANC tidak standar sebagian besar adalah ibu dengan pengetahuan cukup sebanyak 7 ibu hamil (23.3%).

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *chi square* tidak layak dipergunakan karena memiliki nilai *expected* kurang dari 5 ada sebanyak 33.3% sehingga dilakukan uji alternatif untuk tabel 2 X K menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Hasil uji alternatif didapatkan nilai ρ value sebesar 0.925 sehingga dapat diketahui jika tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu hamil tentang Buku KIA dengan frekuensi kunjungan ANC di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten karena nilai $0.925 > 0.05$.

Pembahasan

1. Karakteristik Ibu Hamil yang memeriksakan kehamilan di BPM SY Trihana Klaten meliputi umur, pendidikan, pekerjaan dan keikutsertaan dalam kelas ibu hamil

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil berusia antara 20-35 tahun yaitu sebanyak 27 ibu hamil (90%) dan sebagian kecil ibu hamil adalah usia >35 tahun yaitu sebanyak 3 ibu hamil (10%). Umur reproduksi yang optimal bagi ibu hamil adalah antara umur 20-35 tahun. Apabila dibawah 20 tahun dianggap masih berbahaya untuk hamil dan melahirkan karena organ-organ reproduksinya masih muda dan belum kuat sekali. Secara fisik, mental dan psikologis dianggap masih belum cukup dan dewasa untuk menghadapi kehamilan dan persalinan. Dalam pengambilan keputusan masih tergantung karena pada umur tersebut merupakan usia remaja, suatu usia yang kurang tepat dalam pengambilan keputusan karena kurang dalam pengalaman termasuk pengalaman hamil. Selanjutnya umur >35 tahun merupakan umur beresiko untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan ⁵.

Pada penelitian ini juga tampak usia ibu hamil yang tergolong lebih dari 35 tahun masih sangat kurang untuk melakukan *antenatal care* secara lengkap seharusnya ibu hamil yang usia tergolong muda atau kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun harus lebih efektif lagi untuk melakukan kunjungan antenatal care karena di usia yang tergolong kurang baik ini lebih banyak mengalami kesulitan dalam proses kehamilan dimana dalam usia kurang dari 20 tahun kematangan rahim dan psikologis seorang wanita belum begitu baik dan di usia lebih dari 35 tahun sudah tergolong kehamilan beresiko karena bisa mengalami preeklamsi dan eklamsi saat menjalani proses kehamilan dikarenakan bukanlah usia yang baik untuk menjalani kehamilan⁶.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil berpendidikan menengah yaitu sebanyak 16 ibu hamil (53,3%) ibu hamil yang berpendidikan dasar sebanyak 13 ibu hamil (43,3%) dan sebagian kecil ibu hamil berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 3 ibu hamil (7,5%).

Pendidikan formal akan membekali seseorang dengan dasar-dasar pengetahuan, teori dan logika, pengetahuan umum, kemampuan analisis serta pengembangan kepribadian. Berdasarkan hasil penelitian diatas peneliti berpendapat bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang khususnya ibu hamil semakin baik pula melakukan kunjungan *antenatal care* karena pendidikan merupakan hal yang penting dengan pendidikan ibu hamil yang tinggi dapat mendukung pengetahuan dan informasi-informasi yang dimilikinya sehingga dapat memacu ibu hamil dalam melakukan *antenatal care* demi keselamatan dirinya dan lebih khusus pada janin yang sedang dikandungnya⁷.

Hal ini sesuai dengan⁸ yang mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga semakin menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pada penelitian ini masih terdapat sebagian kecil ibu hamil yang berpendidikan rendah menyebabkan kurangnya pengetahuan seorang ibu terhadap pentingnya *antenatal care* secara teratur karena mereka masih kurang menemukan informasi-informasi yang baru tentang masalah kesehatan khususnya pemeriksaan kehamilan (ANC) selain itu masih juga di pengaruhi oleh lingkungan sekitarnya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 18 ibu hamil (60%) dan sebagian kecil ibu hamil bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 2 ibu hamil (6,7%). Ibu yang berstatus sebagai ibu rumah tangga (tidak bekerja) mempunyai keuntungan mempersiapkan kehamilannya dengan baik. Hal ini dapat diartikan bahwa wanita hamil yang bekerja kurang memiliki waktu untuk memeriksakan kehamilannya (ANC) secara rutin, sehingga biasanya kurang mendapat informasi mengenai perkembangan janin⁹.

Dari hasil penelitian sebanyak 24 ibu hamil (80%) mengikuti kelas ibu hamil dan 6 ibu hamil (20%) tidak mengikuti kelas ibu hamil. Ibu yang mengikuti kelas ibu hamil akan mempunyai pengetahuan lebih baik daripada ibu yang tidak mengikuti kelas ibu hamil karena dalam kelas ibu hamil terdapat beberapa keuntungan diantaranya interaksi antar peserta (ibu hamil dan ibu hamil), dan ibu hamil dengan petugas kesehatan⁴.

2. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang isi buku KIA di BPM SY.Trihana Klaten

Data tabel 4.2 menunjukkan jika sebagian besar ibu hamil memiliki pengetahuan pada kategori cukup yaitu sebanyak 14 ibu hamil (46.7%) dan sebagian kecil ibu hamil memiliki pengetahuan pada kategori kurang yaitu sebanyak 3 ibu hamil. Banyaknya ibu hamil yang memiliki tingkat pengetahuan ibu hamil pada kategori cukup tentang isi buku KIA kemungkinan dikarenakan beberapa faktor yaitu umur, pendidikan dan pekerjaan. Umur ibu hamil yang sebagian besar adalah ibu dengan usia 20-35 tahun kemungkinan mempengaruhi pengetahuan ibu karena pada masa ini ibu disebut juga sebagai masa kedewasaan.

Menurut⁸ menyatakan bahwa semakin bertambah umur, akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik.

Faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan ibu tentang isi buku KIA adalah pendidikan ibu yang sebagian besar ibu hamil memiliki pendidikan menengah. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh ⁸ yang menyatakan bahwa pendidikan seseorang berpengaruh pada pengetahuannya, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya, pendidikan yang rendah/ kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai baru yang diperkenalkan sehingga pengetahuan juga kurang.

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi pengetahuan ibu adalah pekerjaan ibu, pada penelitian ini dapat diketahui jika sebagian besar ibu hamil adalah ibu yang berperan sebagai ibu rumah tangga. Ibu yang tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga mempunyai waktu yang lebih luas untuk mencari berbagai macam informasi karena tidak terganggu oleh jam kerja ibu yang padat sehingga informasi yang didapatpun lebih banyak, sedangkan bagi ibu yang bekerja apabila informasi dari lingkungan tempat kerjanya kurang maka pengetahuannya pun kurang, apalagi bila ibu tersebut tidak aktif dalam mengikuti berbagai kegiatan kesehatan maka informasi yang diterimanya akan lebih sedikit karena waktu yang sangat terbatas untuk mencari informasi ⁷.

Informasi atau media massa juga dapat mempengaruhi pengetahuan ibu tentang buku KIA. Informasi yang diperoleh dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi dengan tersedianya bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru ⁸.

Keikutsertaan ibu hamil dalam kelas ibu hamil juga mempengaruhi pengetahuan ibu tentang buku KIA karena pada kelas ibu hamil terdapat beberapa keuntungan diantaranya interaksi antar peserta (ibu hamil dan ibu hamil), dan ibu hamil dengan petugas kesehatan. Di dalam kelas ibu hamil juga akan didapatkan materi seputar kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, nifas, KB, mitos, penyakit menular, dan akte kelahiran ⁴.

3. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten.

Data tabel 4.3 menunjukkan jika frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana pada kategori standar sebanyak 15 ibu hamil (50%) dan frekuensi kunjungan ANC pada kategori

tidak standar sebanyak 15 ibu hamil (50%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa riwayat ANC ibu hamil pada penelitian ini masuk dalam kategori baik. Kunjungan antenatal yang ideal atau standar yaitu minimal dilakukan satu kali selama masa kehamilan 28 minggu, satu kali selama masa kehamilan 28-36 minggu dan dua kali selama masa kehamilan diatas 36 minggu. Jadi pemeriksaan antenatal minimal dilakukan empat kali kunjungan selama masa kehamilan¹⁰.

Antenatal care merupakan program terencana yang didalamnya berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. Antenatal care sangat penting dilakukan oleh setiap ibu hamil, rutin memeriksakan kondisi kandungan selama masa kehamilan akan mengurangi risiko yang tidak diinginkan pada saat proses persalinan. Pemeriksaan yang dilakukan dalam ANC yaitu pemeriksaan fisik antara lain pemeriksaan umum dan pemeriksaan panggul. Dengan mengetahui kondisi fisik saat kehamilan akan sangat membantu dalam menghadapi proses persalinan, hal ini diperkuat oleh¹¹ dalam jurnal penelitiannya yang berjudul *Antenatal care in pregnancy following a stillbirth* menjelaskan bahwa perawatan selama masa kehamilan sangat penting untuk dilakukan karena dapat menentukan perawatan yang sesuai dengan ibu hamil serta dapat mendeteksi penyimpangan- penyimpangan yang terjadi sehingga penanganan yang tepat dapat dilaksanakan dengan segera.

Dengan pemeriksaan *antenatal care* yang teratur ibu dan penolong persalinan dapat mengetahui posisi janin, kondisi kesehatan bayi, letak kepala janin masuk PAP dan tinggi fundus uterus. Jika diketahui kondisi janin tidak baik atau terdapat penyimpangan-penyimpangan lain seperti posisi bayi sungsang, TFU > 33 cm maka dapat segera dilakukan tindakan yang sesuai, karena keadaan tersebut dapat mempengaruhi lama kala II. Selain itu ibu yang selama kehamilannya melakukan senam hamil akan lebih mudah menghadapi persalinan khususnya kala II. Hal ini disebabkan oleh power ibu serta pengaturan nafas yang sudah terlatih saat melakukan senam hamil¹².

Frekuensi kunjungan ANC pada penelitian ini dipengaruhi oleh beberapa karakteristik yaitu umur, pendidikan, pekerjaan dan keikutsertaan dalam kelas ibu hamil. Semakin bertambah umur, akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang yang kemungkinan akan mempengaruhi keinginan seseorang untuk memeriksakan kehamilannya. Pendidikan ibu hamil yang tinggi akan mempengaruhi keinginan ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC¹³.

Pekerjaan ibu hamil pada penelitian ini sebagian besar adalah ibu rumah tangga yang mempengaruhi keinginan ibu untuk melakukan kunjungan ANC. Ibu yang berstatus sebagai ibu rumah tangga (tidak bekerja) mempunyai keuntungan mempersiapkan kehamilannya dengan baik dan mempunyai waktu lebih luang untuk memeriksakan kehamilannya⁷.

Keikutsertaan ibu hamil dalam kelas ibu hamil juga akan mempengaruhi frekuensi kunjungan ANC karena pada kelas ibu hamil didapatkan materi seputar kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, nifas, KB, mitos, penyakit menular, dan akte kelahiran⁴.

4. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Buku KIA dengan Frekuensi Kunjungan ANC di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten

Hasil penelitian menunjukkan jika sebagian besar ibu yang memiliki frekuensi kunjungan ANC standar adalah ibu dengan pengetahuan baik yaitu sebanyak 8 ibu hamil (26.7%) dan ibu yang memiliki frekuensi kunjungan ANC tidak standar sebagian besar adalah ibu dengan pengetahuan cukup sebanyak 7 ibu hamil (23.3%). Hal ini kemungkinan dikarenakan pada ibu yang berpengetahuan baik tentang buku KIA dan memiliki frekuensi kunjungan ANC standar adalah ibu dengan pendidikan menengah keatas, sedangkan pada ibu yang memiliki pengetahuan cukup adalah ibu dengan pendidikan menengah kbawah sehingga pendidikan ibu mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki ibu.

Menurut ⁸ yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang semakin baik pula pengetahuannya.

Selain itu kemungkinan usia ibu dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu tentang buku KIA. Teori yang dikemukakan oleh ¹⁴, usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut ¹⁷ semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagaimana dari pengalaman dan kematangan jiwa.

Hasil uji alternatif didapatkan nilai p value sebesar 0.925 sehingga dapat diketahui jika tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu hamil tentang Buku KIA dengan frekuensi kunjungan ANC di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten karena nilai p value >0.05

Menurut ⁸ mengemukakan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni kesadaran (*awareness*), yaitu dimana seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*), tertarik (*interest*) dimana seseorang mulai tertarik terhadap stimulus, menilai (*evaluation*) terhadap baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya mencoba (*tirai*) dimana seseorang telah mulai mencoba perilaku baru (*adaption*) dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran sikapnya terhadap stimulus. Peningkatan pengetahuan tidak selalu meyebabkan perubahan perilaku namun hubungan positif antara kedua variabel tersebut didalam sejumlah penelitian. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan mungkin penting sebelum suatu tindakan kesehatan terjadi tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya, bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya. Pengetahuan merupakan faktor penting dalam menghasilkan perubahan namun tidak memadai dalam perubahan perilaku kesehatan.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh ¹⁵ yang mendapatkan hasil jika mayoritas tingkat pengetahuan ibu hamil yang melakukan ANC di puskesmas Alue Bilie pada kategori cukup hal ini dikarenakan pemahaman mereka masih belum cukup baik dan tidak pernah

membaca buku KIA yang dianjurkan petugas kesehatan, ibu hamil memeriksakan kehamilan karena anjuran bidan dan petugas kesehatan yang menyarankan agar melakukan kunjungan ulang.

Penutup

Karakteristik ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di BPM SY Trihana mayoritas berumur 20-35 tahun dengan pendidikan terbanyak pendidikan menengah. Pekerjaan ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di BPM SY Trihanan mayoritas adalah ibu rumah tangga dan hampir seluruh ibu hamil mengikuti kelas ibu hamil. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang buku KIA di BPM SY Trihanan Klaten berada pada kategori cukup. Frekuensi kunjungan ANC pada ibu hamil di BPM SY Trihana Klaten berada pada kategori sama besar antara standar dan tidak standar. Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang buku KIA dengan frekuensi kunjungan ANC di BPM SY Trihana, Joton, Jogonalan, Klaten.

Daftar Pustaka

- Dinas Kesehatan DIY. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi DIY*. Yogyakarta : Dinkes
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*. Jawa Tengah : Dinkes
- Dinkes Kabupaten Klaten. 2008. *Profil Kesehatan Kabupaten Klaten*. Klaten : Dinkes
- Kementerian Kesehatan Indonesia. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*. Jakarta : KemenKes
- Winkjosastro, H. 2007. *Ilmu Kandungan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka : Sarwono Prawiroharjo
- Pratiwi, Cahyani. 2012. *Senam Ibu Hamil*. Jakarta : Published
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Kartini. 2012. *Hubungan Kelas Ibu Hamil Terhadap Pemilihan Penolong Persalinan di Puskesmas Ambal I Kebumen*. Skripsi SI Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Universitas Indonesia
- Mufdlilah. 2009. "*Antenatal Fokus (ANC FOKUS)*". Yogyakarta : Nuha Medika
- Hughes, Katherine Hannah. 2013. Antenatal care in pregnancy following a stillbirth. *British Journal of Midwifery*; Feb 2013, Vol. 21 Issue 2, p 92. (<http://connection.ebscohost.com/c/articles/85379560/antenatal-care-pregnancy-following-stillbirth>): diunduh pada tanggal 28 Juli 2104
- Saifuddin. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sulistiyawati, Ari. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2005. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Vionita. 2013. "*Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Trimester III dengan Frekuensi Kunjungan Antenatal Care di BPM Sri Martuti Piyungan Bantul Yogyakarta*". Skripsi D-IV Bidan Pendidik. Yogyakarta : UNRIYO

HUBUNGAN ANTARA PERAN ORANG TUA DENGAN KESIAPAN ANAK USIA 10-12 TAHUN DALAM MENGHADAPI *MENARCHE* PADA SISWI SD NEGERI SIDOMULYO 04 UNGARAN TIMUR

Ida Nilawati¹

¹Program Studi Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran

Surel: idanilawati806@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: *Menarche* merupakan peristiwa ketika seorang anak perempuan mengalami haid atau datang bulan yang pertama kali. Remaja putri yang akan mengalami *menarche* membutuhkan kesiapan mental yang baik. Narasumber yang dapat mempersiapkan seorang remaja putri dalam menghadapi *menarche*, salah satunya orang tua. Anak pertama kali melakukan interaksi komunikasi dalam lingkungan keluarga terutama dengan orang yang paling dekat dengannya yaitu orang tua termasuk ibu. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional dengan rancangan *crosssectional*. Populasi penelitian siswi kelas 4,5 dan 6 berumur 10-12 tahun sebanyak 64. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi siswi yang belum mengalami *menarche* yaitu sebanyak 52 siswi. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data yang didapatkan dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi dan uji *chi square*.

Hasil: Penelitian peran orang tua kepada anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* dalam kategori kurang baik (63,5%). Sebagian besar kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* dalam kategori siap (67,3%).

Simpulan: ada hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur (*p value*= 0,044).

Kata kunci : peran orang tua, kesiapan, *menarche*

ABSTRACT

Background: *Menarche* is a phase when a girl has a period or menstruation for the first time. A teenager who will experience *menarche* requires good mental readiness. The sources who can prepare a young woman to face *menarche* one the parents. A child has the first communication interaction within the family, especially with the closest pearson, namely the parents including mother. The researcher's goal was to determine the relationship between the role of parents with the readiness of teenagers aged 10-12 years old in facing *menarche* in female students at Sidomulyo 04 Elementary School East Ungaran.

Methods: This study was a descriptive correlational with cross-sectional design. The study population was the female students of 4th, 5th and 6th grade aged 10-12 years old as many as 64. The sampling technique is *purposive sampling* with inclusion criteria *menarche* girls who have not experienced as many as 52 students. Data collecting used questionnaires. The data obtained were analyzed using frequency distribution and *chi square* test.

Results: of research showed that the role of parents to teenagers aged 10-12 years in facing *menarche* was in less good category (63,5%). Most of the readiness of children aged 10-12 years old in facing *menarche* was in ready category (67,3%).

Conclusion: there was a relationship between the role of parents with the readiness of teenagers aged 10-12 years old in facing *menarche* in female students at Sidomulyo 04 Elementary School East Ungaran (*p value* =0,044).

Key Words: The role of parents, readiness, *menarche*

Pendahuluan

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak menuju dewasa. Masa remaja dibedakan dalam masa remaja awal (10-13 tahun), masa remaja tengah (14-16 tahun) dan masa remaja akhir (17-19 tahun). Perubahan fisik dan psikis terjadi pada masa ini yang terkadang menyebabkan masalah psikologis pada remaja, sehingga sering juga disebut sebagai masa pancaroba. Kondisi ini menyebabkan remaja dalam kondisi rawan menjalani proses pertumbuhan dan perkembangannya (Depkes RI, 2006).

Usia remaja mengalami perubahan penting terhadap organ reproduksi yang menandakan mulai berfungsinya organ reproduksi tersebut. *Menarche* menjadi saat-saat yang mendebarkan bagi remaja putri karena baru pertama mengalaminya. *Menarche* merupakan peristiwa ketika seorang anak perempuan mengalami haid atau datang bulan yang pertama kali. *Menarche* adalah perdarahan pertama dari uterus yang terjadi pada seorang wanita (Wiknjosastro, 2005).

Usia remaja putri pada waktu pertama kalinya mendapatkan *menarche* yaitu antara umur 10-16 tahun (Hanafiah, 2004). Ada pula remaja putri yang lebih cepat mengalami menstruasi yaitu sekitar usia 9 tahun (Mikrajuddi, Saktiyono dan Lutfi, 2007). Usia menstruasi di usia tersebut menunjukkan bahwa remaja putri telah memproduksi estrogen lebih lama dibanding remaja putri lainnya pada umumnya (Rosenthal, 2009).

Remaja putri sekalipun sebelumnya sudah mengerti, namun menstruasi seringkali merupakan pengalaman yang traumatis, terutama bila disertai dengan muntah-muntah dan organ-organ tubuh kejang. Untuk itu dibutuhkan pengetahuan tentang menstruasi yang benar dan baik. Informasi ini dapat diperoleh di media, tetapi belum tahu benar yang mereka peroleh itu benar dan baik untuk di konsumsi. Tetapi jika mereka tidak mendapatkan di media, mereka akan saling bertanya ke teman sebayanya yang sama belum paham mengenai menstruasi (Hurlock, 2004).

Menurut Nagar dan Aimol (2010), pengetahuan yang diperoleh remaja tentang menstruasi akan mempengaruhi persepsi remaja putri tentang *menarche*. Jika persepsi yang dibentuk remaja putri tentang *menarche* positif, maka hal ini akan berpengaruh pada kesiapan remaja putri dalam menghadapi *menarche*. Kesiapan menghadapi *menarche* adalah keadaan yang menunjukkan bahwa seseorang siap untuk mencapai kematangan fisik yaitu datangnya *menarche* pada saat menginjak usia sepuluh sampai enam belas tahun yang terjadi secara periodik (pada waktu tertentu) dan siklik (berulang-ulang). Hal ini ditandai dengan adanya pemahaman yang mendalam tentang proses menstruasi sehingga siap menerima dan mengalami *menarche* sebagai proses yang normal.

Remaja putri yang akan mengalami *menarche* membutuhkan kesiapan mental yang baik (Nagar & Aimol, 2010). Perubahan yang terjadi pada saat *menarche* menyebabkan remaja putri menjadi canggung. Oleh karena itu remaja putri perlu mengadakan penyesuaian tingkah laku. Penyesuaian tersebut tidak dapat dilakukan dengan mulus, terutama jika tidak ada dukungan dari orang tua (Sarwono, 2008).

Anak pertama kali melakukan interaksi komunikasi dalam lingkungan keluarga terutama dengan orang yang paling dekat dengannya yaitu ibu. Hubungan kelekatan (*attachment*) anak ke ibunya akan berlangsung sampai anak mencapai usia remaja putri. Peran ibu untuk membentuk kelekatan (*attachment*) merupakan awal pembentukan rasa percaya diri (*trust*) pada diri anak (Hendriati, 2006). Menurut BKKBN (2008), macam-macam peran orang tua bagi anak antara lain peran sebagai pendidik, pendorong, panutan, pengawas, teman, konselor dan komunikator.

Hasil wawancara dengan seorang guru kelas VI dimana sudah pernah terjadi seorang siswi yang tidak siap dalam menghadapi *menarche*, yaitu ketika terjadi menstruasi yang pertama ia tidak membawa pembalut sehingga darah sampai menembus ke pakaian. Akhirnya siswi tersebut harus pulang untuk berganti pakaian akan tetapi tidak kembali melanjutkan pelajaran karena merasa malu. Hal tersebut merugikan siswi itu sendiri karena tertinggal materi pelajaran yang sedang diberikan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur pada tanggal 22 September 2014, diperoleh data sekolah tersebut dibagi menjadi kelas A dan kelas B dimana jumlah siswa kelas 4, 5 dan 6 sebanyak 170 siswa, sedangkan jumlah siswa putri yang belum mengalami *menarche* sebanyak 75 siswa dengan rincian kelas 4 sebanyak 32 orang, kelas 5 sebanyak 26 orang dan kelas 6 sebanyak 17 orang. Hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner sederhana untuk mengukur peran ibu dan kesiapan menghadapi *menarche* yang dilakukan terhadap 10 siswi putri yang belum mengalami *menarche* diperoleh 6 siswi (60,0%) menyatakan tidak siap menghadapi nyeri, belum menyiapkan pembalut dan takut membersihkan alat kelamin ketika mengalami menstruasi di mana 4 siswi mendapat informasi dari ibu menstruasi adalah wajar bagi seorang wanita, menstruasi adalah tanda wanita menuju dewasa, nyeri yang dialami tidak lama dan 2 orang tidak mendapat informasi dari ibu menstruasi adalah wajar bagi seorang wanita, menstruasi adalah tanda wanita menuju dewasa, nyeri yang dialami tidak lama.

Siswi yang menyatakan siap menghadapi nyeri, sudah menyiapkan pembalut dan tidak takut membersihkan alat kelamin ketika mengalami menstruasi yaitu sebanyak 4 siswi (40,0%) di mana seorang siswi mendapat informasi dari ibu menstruasi adalah wajar bagi seorang wanita, menstruasi adalah tanda wanita menuju dewasa, nyeri yang dialami tidak lama dan 3 siswi tidak mendapat informasi dari ibu menstruasi adalah wajar bagi seorang wanita, menstruasi adalah tanda wanita menuju dewasa, nyeri yang dialami tidak lama. Hasil studi pendahuluan tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum siap menghadapi *menarche* meskipun orang tua sudah memberikan perannya dengan baik kepada anak. Upaya yang selama ini sudah diberikan orang tua adalah memberikan informasi melalui cerita pengalaman mereka dalam menghadapi *menarche*.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan mengambil judul, "Hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur"

Metode

Desain penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional, yaitu penelitian yang menggambarkan atau mencari tingkat hubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lainnya (Notoatmodjo, 2010). Penelitian yang dilakukan diarahkan untuk mencari hubungan peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur.

Penelitian ini menggunakan pendekatan secara *cross sectional* yaitu tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran variabel tidak terbatas harus tepat pada satu waktu bersamaan, namun mempunyai makna bahwa setiap subyek hanya dikenai satu kali pengukuran, tanpa dilakukan tindak lanjut atau pengulangan (Setiawan dan Saryono, 2010). Waktu Penelitian, penelitian ini dilakukan pada tanggal 30-31 Januari 2015. Tempat Penelitian, penelitian ini dilakukan di SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur kelas 4, 5 dan 6 berumur 10-12 tahun sebanyak 64 siswi. Sampel adalah sebagian populasi yang diteliti (Sugiyono, 2009). Sampel dalam penelitian ini adalah siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur kelas 4, 5 dan 6. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Menurut Nursalam (2008), *purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/ masalah dalam penelitian). Kriteria yang digunakan dalam penelitian ini adalah siswi usia 10-12 tahun. Berdasarkan teknik sampling yang digunakan diperoleh jumlah sampel sebanyak 52 siswi.

Sampel dalam penelitian ini adalah subyek yang memenuhi kriteria inklusi, antara lain bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini antara lain :

- a. Siswi yang tidak masuk sekolah saat penelitian
- b. Siswi yang sudah mengalami *menarche*

Hasil dan Pembahasan

Gambaran Karakteristik Orangtua

1. Gambaran Umur Orang Tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur

Tabel 1. Distribusi frekuensi umur orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur

| Umur orang tua | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-----------|------------|
| | (f) | (%) |
| 26-35 tahun | 34 | 65,4 |
| 36-45 tahun | 18 | 34,6 |
| Jumlah | 52 | 100,0 |

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur sebagian besar berumur 26-35 tahun yaitu sebanyak 34 orang (65,4%).

2. Gambaran Pendidikan Orang Tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur

Tabel 2. Distribusi frekuensi pendidikan orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur

| Pendidikan orang tua | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|----------------------|---------------|----------------|
| SMA | 31 | 59,6 |
| Perguruan tinggi | 21 | 40,4 |
| Jumlah | 52 | 100,0 |

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur sebagian besar berpendidikan SMA yaitu sebanyak 31 orang (59,6%).

Analisis Univariat

1. Gambaran Peran Orang Tua kepada Anak Usia 10-12 Tahun dalam Menghadapi *Menarche*

Tabel 3 Distribusi frekuensi peran orang tua kepada anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche*

| Peran orang tua | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|-----------------|---------------|----------------|
| Kurang baik | 33 | 63,5 |
| Baik | 19 | 36,5 |
| Jumlah | 52 | 100,0 |

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa peran orang tua kepada anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* sebagian besar kategori kurang baik yaitu sebanyak 33 orang (63,5%).

2. Gambaran Kesiapan Anak Usia 10-12 Tahun dalam Menghadapi *Menarche*

Tabel 4. Distribusi frekuensi kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche*

| Kesiapan Menghadapi <i>Menarche</i> | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|-------------------------------------|---------------|----------------|
| Tidak siap | 17 | 32,7 |
| Siap | 35 | 67,3 |
| Total | 52 | 100,0 |

Tabel 4 di atas menunjukkan bahwa kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* sebagian besar kategori siap yaitu sebanyak 35 anak (67,3%).

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur.

Tabel 5 Hubungan peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur

| Peran orang tua | Kesiapan menghadapi <i>menarche</i> | | | | | | χ^2 | p-value |
|-----------------|-------------------------------------|-----|------|-----|-------|-----|----------|---------|
| | Tidak siap | | Siap | | Total | | | |
| | | % | | % | | % | | |
| Kurang baik | 2 | 6 | 7 | 8,8 | 3 | 0,0 | 4,076 | 0,044 |
| Baik | 0 | 2,6 | 5 | 7,4 | 9 | 0,0 | | |
| Jumlah | 7 | 2,7 | 5 | 7,3 | 2 | 0,0 | | |

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur, diperoleh hasil peran orang tua kategori kurang baik sebanyak 33 orang dimana sebagian besar siswi siap menghadapi *menarche* yaitu sebanyak 26 anak (78,8%) lebih banyak dari pada yang tidak siap yaitu sebanyak 7 anak (21,2%). Diperoleh hasil peran orang tua kategori baik sebanyak 19 orang dimana sebagian besar siswi tidak siap menghadapi *menarche* yaitu sebanyak 10 anak (52,6%) lebih banyak dari pada yang siap yaitu sebanyak 9 orang (47,4%).

Hasil uji statistik didapatkan *pvalue* sebesar 0,044 ($\alpha < 0,05$) menunjukkan ada hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur.

Gambaran Peran Orang Tua kepada Anak Usia 10-12 Tahun dalam Menghadapi *Menarche*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran orang tua kepada anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kategori kurang baik yaitu sebanyak 33 orang (63,5%). Hal ini disebabkan oleh orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur dengan peran dalam menghadapi *menarche* kategori kurang baik sebanyak 33 orang dimana dengan umur 36-45 tahun sebanyak 3 orang (9,1%) dan yang berumur 25-35 tahun sebanyak 30 orang (90,9%). Hal tersebut menunjukkan sebagian besar orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur dengan peran dalam menghadapi *menarche* kategori kurang baik berumur 26-35 tahun.

Umur orang tua akan mempengaruhi perannya karena apabila terlalu muda atau terlalu tua, mungkin tidak dapat menjalankan peran sebagai orang tua secara optimal karena diperlukan kekuatan fisik dan psikososial. Orang tua yang masih muda biasanya masih produktif yang masih disibukkan dengan aktivitas dalam mencari nafkah sehingga mereka kurang memperhatikan perkembangan anaknya termasuk dalam menghadapi *menarche*. Orang tua yang sudah tua

cenderung lebih berkonsentrasi dengan kesehatan mereka sendiri sehingga kurang memperhatikan *menarche* yang akan dialami oleh anaknya (Supartini, 2004).

Peran orang tua kepada anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kurang baik (63,5%) ditunjukkan dengan responden yang menjawab tidak pada pernyataan orang tua memberikan informasi tentang cara memilih pembalut yang baik (50,0%) dan orang tua mengajarkan cara mengatasi sakit ketika menstruasi misalnya dengan kompres air hangat (57,5%). Orang tua, khususnya ibu adalah orang terdekat dengan remaja putri, sehingga mereka cenderung lebih terbuka sebagai tempat untuk berbagi termasuk tentang persiapan menghadapi *menarche*. Fenomena sekarang ini cenderung banyak orang tua (ibu) yang kurang peduli dengan remaja putri mereka termasuk yang berkaitan dengan persiapan menghadapi *menarche*. Orang tua tidak memberikan informasi tentang cara memilih pembalut yang baik, misalnya memilih pembalut yang aman bagi kesehatan organ reproduksi yaitu daya serap yang tinggi, tidak lembab pada permukaannya ketika dipakai, harus nyaman dipakai agar tidak mengganggu aktivitas, tidak mempunyai aroma tertentu, dari bahan sangat lembut dan lentur dan bukan terbuat dari kertas daur ulang (pulp).

Orang tua responden tidak mengajarkan cara mengatasi sakit ketika menstruasi misalnya dengan kompres air hangat. Wanita biasanya mengalami rasa nyeri luar biasa yang tak tertahankan pada perut bagian bawah menjelang dan atau saat berlangsungnya haid. Hal ini adalah hal yang lazim karena bertambahnya prostaglandin dan faktor hormon. Untuk mengatasi dan menghilangkan nyeri haid, diantaranya dengan melakukan kompres air hangat. Otot sekitar perut yang tegang bisa dibuat lebih santai dengan kompres air hangat. Mereka juga tidak mengajarkan untuk menyediakan air hangat-hangat kuku yang dimasukkan ke dalam bantalan atau botol. Kemudian letakkan pada bagian perut yang terasa nyeri selama 20-30 menit sembari berbaring dan dilakukan secara teratur selama masih merasakan nyeri haid. Peranan orang tua menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga di dasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga kelompok dan masyarakat (Effendy, 2010). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi peran orang tua kurang baik dalam menghadapi *menarche* yaitu tidak memberikan informasi tentang cara memilih pembalut yang baik dan tidak mengajarkan mengajarkan cara mengatasi sakit ketika menstruasi dengan kompres air hangat diantaranya faktor umur orang tua.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran orang tua kepada anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kategori baik yaitu sebanyak 19 orang (36,5%). Hal ini ditunjukkan orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi (89,5%) menentukan kualitas pendidikan mereka kepada anak termasuk dalam perawatan anak dalam mempersiapkan masa kedewasaan khususnya kesiapan dalam menghadapi *menarche*. Orang tua yang memiliki jenjang pendidikan formal yang baik cenderung mempunyai pola pikir yang terbuka untuk menerima informasi baru termasuk yang berhubungan

dengan tumbuh kembang anak khususnya yang berkaitan dengan menstruasi. Pendidikan orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang lebih baik dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak termasuk dalam menghadapi *menarche*, sehingga mereka akan menjalankan peran sebagai orang tua dengan baik seperti memberikan informasi yang berkaitan dengan *menarche*, menyiapkan biaya untuk menghadapi *menarche* hingga mengajarkan cara menggunakan pembalut yang benar.

Peran orang tua kepada anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kategori baik (36,5%) ditunjukkan dengan responden yang menjawab ya pada pernyataan orang tua meyakinkan bahwa menstruasi akan dialami oleh setiap wanita (86,5%), menyatakan siap membantu ketika mengalami sakit saat menstruasi (75,0%) dan selalu menjawab pertanyaan tentang menstruasi (69,2%).

Siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur menyatakan orang tua mereka meyakinkan bahwa menstruasi akan dialami oleh setiap wanita. Orang tua responden memberikan pendidikan mengenai menstruasi sejak dini dengan harapan ketika mengalami menstruasi untuk pertama kalinya tidak merasa minder atau malu dan bisa diterima sebagai proses awal menjadi seorang gadis remaja. Orang tua mengetahui apabila mereka tidak memberikan pengertian sejak awal tentang menstruasi maka dikhawatirkan responden mengartikan menstruasi sebagai suatu penyakit atau hukuman atas segala perbuatan yang tidak baik.

Responden juga mengatakan bahwa orang tua mereka siap membantu ketika mengalami sakit saat menstruasi. Orang tua mengetahui bahwa menstruasi pertama bagi seorang remaja putri merupakan sebuah kejadian yang membuatnya butuh perhatian, bantuan dan bimbingan orang-orang yang lebih tua usianya. Bentuk bantuan yang diberikan terutama informasi yang berkaitan dengan *menarche*. Mereka juga memberi bantuan berupa bantuan instrumental seperti menyediakan pembalut untuk mengantisipasi kejadian *menarche*. Orang tua juga selalu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh responden, seperti pertanyaan tentang menstruasi dan apa yang dibutuhkan saat menstruasi. Peran orang tua kepada anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kategori baik di dukung oleh faktor pendidikan orang tua.

Gambaran Kesiapan Anak Usia 10-12 Tahun dalam Menghadapi *Menarche*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kategori siap yaitu sebanyak 35 orang (67,3%). Pada kategori siap ini dipengaruhi oleh sumber informasi. Sumber informasi merupakan sumber-sumber yang dapat memberikan informasi tentang *menarche* kepada siswi. Sumber informasi yang diterima siswi dapat diperoleh dari kelompok teman sebaya. Kelompok teman sebaya sebagai lingkungan sosial bagi remaja (siswi) mempunyai peranan yang cukup penting bagi perkembangan kepribadiannya. Peranan itu semakin penting, terutama pada saat terjadinya perubahan dalam struktur masyarakat pada beberapa dekade terakhir ini. Pengaruh kelompok teman sebaya terhadap remaja itu ternyata berkaitan dengan iklim keluarga remaja itu sendiri. Remaja yang memiliki

hubungan yang baik dengan orang tuanya (iklim keluarga sehat) cenderung dapat menghindarkan diri dari pengaruh negatif teman sebayanya, dibandingkan dengan remaja yang hubungan dengan orang tuanya kurang baik. Hubungan orang tua dan remaja yang sehat dapat melindungi remaja tersebut dari pengaruh teman sebaya yang tidak sehat. Hubungan kelompok teman sebaya dengan kesiapan menghadapi *menarche* yaitu, informasi tentang *menarche* dapat diperoleh dari kelompok teman sebaya, apabila informasi-informasi tentang *menarche* tidak benar, maka persepsi siswi tentang *menarche* akan negatif, sehingga siswi tersebut merasa malu saat mengalami *menarche* dan dapat timbul beberapa gangguan-gangguan antara lain berupa pusing, mual, haid tidak teratur (Yusuf, 2010).

Responden siap dalam menghadapi *menarche* yaitu pada aspek pemahaman (34,6%) yang ditunjukkan dengan menjawab ya mengetahui tentang menstruasi dari pengalaman orang-orang terdekat saya (75,0%). Sebagian responden mengetahui tentang menstruasi dari teman sebayanya, kakak perempuan dan ibu.

Responden siap dalam menghadapi *menarche* yaitu pada aspek penghayatan (90,4%) yang ditunjukkan dengan menjawab ya bahwa menstruasi merupakan tanda seorang anak perempuan sudah dewasa (92,3%) dan memahami bahwa menstruasi akan terjadi pada semua wanita (86,5%). Siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur mengetahui bahwa menstruasi merupakan salah satu ciri, bahwa ia memasuki masa kedewasaannya. Responden mengetahui bahwa pada awal masa pubertas ini akan disusul dengan tanda-tanda lain, pada daerah dada dan pubisnya. Responden memahami bahwa menstruasi pasti akan terjadi pada semua wanita. Menstruasi ini menunjukkan bahwa mereka adalah wanita yang subur, yaitu salah satu kebanggaan dari seorang wanita.

Responden siap dalam menghadapi *menarche* yaitu pada aspek kesiediaan (51,9%) yang ditunjukkan dengan mereka yang menjawab ya pada pernyataan akan tetap makan makanan yang bergizi selama menstruasi (90,4%). **Saat menstruasi**, tubuh terasa lelah dan sangat tidak nyaman. Saat sedang PMS, rasa nyeri pada perut dan pinggul terasa menyiksa. Berikut merupakan beberapa makanan dan minuman yang perlu dihindari saat menstruasi diantaranya makanan yang manis, coklat, kopi dan soft drink dan makanan cepat saji atau *junk food*. Sebenarnya tidak ada salah dalam mengkonsumsi makanan dan minuman yang sudah dijelaskan di atas. Namun yang perlu diingat adalah jumlah makanan yang anda konsumsi. Bahayanya bisa berdampak pada kesuburan dan menghambat kehamilan. *Saat menstruasi*, sarapan merupakan kewajiban yang perlu anda lakukan. Jangan mengesampingkan sarapan karena dianggap perut sudah terasa kembung. Sarapan sangat penting untuk energi saat PMS atau menstruasi. Selain sarapan, wanita haid kehilangan darah dalam tubuh cukup banyak, hal ini mengakibatkan wanita haid merasa mudah lelah. Untuk mengatasinya, wanita harus menambah asupan makanan tinggi zat besi. Zat besi banyak ditemukan pada sereal, kacang kedelai, tahu, bayam, dan kacang-kacangan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi

menarche kategori tidak siap yaitu sebanyak 17 anak (32,7%). Faktor yang mempengaruhi siswi tidak siap adalah pengetahuan tentang *menarche*. Remaja belum mendapatkan pengetahuan dan informasi yang benar tentang menstruasi sehingga memiliki informasi yang salah tentang menstruasi, bahkan cenderung mengkaitkan menstruasi dengan sesuatu yang negatif. Ketidaktahuan anak tentang menstruasi dapat mengakibatkan anak sulit untuk menerima *menarche* (Budiati & Apriastuti, 2012).

Pengetahuan yang baik tentang *menarche* akan mempengaruhi kesiapan remaja putri dalam menghadapi *menarche*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indriyani (2008) Hubungan pengetahuan dan sikap murid SD kelas VI dengan kesiapan menghadapi *menarche* di Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo, didapatkan hasil $p\text{ value} = 0,000$ ($\alpha = 0,05$).

Kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* kategori tidak siap pada aspek pemahaman (65,4%) yang ditunjukkan dengan mereka yang menjawab tidak pada pernyataan tanda-tanda datangnya menstruasi (65,4%), hal-hal yang tidak boleh dilakukan saat menstruasi (80,8%) dan menstruasi dialami setiap 1 bulan sekali (57,7%). Sebagian dari responden tidak mengetahui tanda-tanda baik itu fisik atau mental yang bisa menunjukkan kalau haid akan datang. Mengetahui tanda-tanda haid akan datang bisa membantu mereka siap dan waspada meskipun tak semua wanita akan mengalami semua tanda-tanda haid akan datang. Sebagian responden tidak mengetahui hal apa saja yang tidak boleh dilakukan saat menstruasi misalnya olahraga berat dan berenang. Sebagian responden tidak mengetahui bahwa menstruasi merupakan peluruhan dinding rahim yang terdiri dari darah dan jaringan tubuh, yang dimana kejadian ini pasti dialami setiap 1 bulan sekali oleh wanita subur.

Kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* aspek penghayatan sebagian besar kategori tidak siap (9,6%) yang ditunjukkan dengan mereka yang menjawab tidak pada pernyataan tahu cara untuk mengatasi sakit saat menstruasi dengan minum obat pereda rasa sakit (82,7%). Siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur mengetahui bahwa salah satu masalah yang paling sering menjadi keluhan adalah nyeri saat Haid. Sebenarnya mereka mengetahui bahwa nyeri saat haid merupakan hal yang wajar dialami oleh setiap wanita, akan tetapi yang membedakannya adalah apabila hal tersebut mengganggu aktivitas dan kehidupan sehari-harinya. Salah satu cara yang digunakan untuk mengatasi nyeri haid adalah penggunaan obat anti nyeri terutama yang mengandung antara lain asam mefenamat, ibu profen, asal dosisnya tidak lebih dari 3 kali sehari.

Kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* aspek kesiediaan sebagian besar kategori tidak siap (48,1%) yang ditunjukkan dengan mereka yang menjawab tidak pada pernyataan sudah mempersiapkan pembalut jika menstruasi datang (76,9%), bisa memakai pembalut sendiri (75,0%), takut membersihkan alat kelamin ketika menstruasi datang (53,8%) dan sudah menyediakan pakaian baru setiap keluar rumah jika menstruasi (63,5%). Responden yang menyatakan tidak siap dalam menghadapi *menarche* adalah mereka menyatakan tidak

menyiapkan pembalut untuk mengantisipasi jika menstruasi terjadi sewaktu-waktu. Mereka berpikir jika karena waktu di sekolah hanya beberapa jam saja sehingga mereka merasa tidak perlu mempersiapkan pembalut. Mereka juga tidak dapat menggunakan pembalut sendiri meskipun sebenarnya pemakaiannya jika dipelajari akan terasa mudah sehingga tidak perlu membeli pakaian baru jika sewaktu-waktu mengalami menstruasi di tempat yang jauh dari rumah.

Hubungan Peran Orang Tua dan Kesiapan Anak Usia 10-12 Tahun dalam Menghadapi *Menarche* Berdasarkan hasil analisis hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur, diperoleh hasil peran orang tua kategori kurang dengan siswi siap menghadapi *menarche* yaitu sebanyak 26 anak (78,8%). Responden menyatakan bahwa orang tua tidak memberikan informasi tentang cara memilih pembalut yang baik dan tidak mengajarkan cara mengatasi sakit ketika menstruasi misalnya dengan kompres air hangat, namun mereka mengetahui tentang menstruasi dari pengalaman orang-orang terdekat, memahami bahwa menstruasi merupakan tanda seorang anak perempuan sudah dewasa dan akan tetap makan makanan yang bergizi selama menstruasi. Peran orang tua kategori kurang dengan siswi siap menghadapi *menarche* didukung oleh pengetahuan mereka yang baik tentang *menarche*.

Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan psikis dalam menumbuhkan diri maupun dorongan sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap tindakan seseorang. Semakin banyak informasi yang didapat seseorang maka akan semakin baik pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan yang diperoleh remaja tentang menstruasi akan mempengaruhi persepsi remaja tentang *menarche*. Jika persepsi yang dibentuk remaja tentang *menarche* positif, maka hal ini akan berpengaruh pada kesiapan remaja dalam menghadapi *menarche* (Fajri & Khairani, 2010).

Remaja belum mendapatkan pengetahuan dan informasi yang benar tentang menstruasi sehingga memiliki informasi yang salah tentang menstruasi, bahkan cenderung mengkaitkan menstruasi dengan sesuatu yang negatif. Ketidaktahuan anak tentang menstruasi dapat mengakibatkan anak sulit untuk menerima *menarche* (Budiaty & Apriastuti, 2012). Pengetahuan yang baik tentang *menarche* akan mempengaruhi kesiapan remaja putri dalam menghadapi *menarche*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indriyani (2008) Hubungan pengetahuan dan sikap murid SD kelas VI dengan kesiapan menghadapi *menarche* di Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo, didapatkan hasil $p = 0,000$ ($\alpha = 0,05$).

Hasil analisis data menunjukkan pula bahwa peran orang tua dengan kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur, diperoleh hasil peran orang tua kategori kurang sehingga siswi tidak siap menghadapi *menarche* yaitu sebanyak 7 anak (21,2%). Siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur menyatakan bahwa orang tua tidak memberikan informasi tentang cara memilih pembalut yang baik dan tidak mengajarkan cara mengatasi sakit ketika menstruasi misalnya dengan kompres air hangat,

sehingga mereka tidak mengetahui tanda-tanda datangnya menstruasi, hal-hal yang tidak boleh dilakukan saat menstruasi, mempersiapkan pembalut jika menstruasi datang, sudah bisa memakai pembalut sendiri dan tidak takut membersihkan alat kelamin ketika menstruasi datang.

Hasil analisis data menunjukkan pula bahwa peran orang tua dengan kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur diperoleh hasil peran orang tua kategori baik dimana sebagian siswi tidak siap menghadapi *menarche* sebanyak 10 anak (52,6%). Orang tua meyakinkan bahwa menstruasi akan dialami oleh setiap wanita, siap membantu ketika mengalami sakit saat menstruasi dan selalu menjawab pertanyaan tentang menstruasi, namun responden tidak mengetahui tanda-tanda datangnya menstruasi sampai hal-hal yang tidak boleh dilakukan saat menstruasi. Mereka juga belum mempersiapkan pembalut jika menstruasi datang dan belum bisa memakai pembalut sendiri bahkan takut membersihkan alat kelamin ketika menstruasi datang. Peran orang tua kategori kurang sehingga siswi tidak siap dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur diantaranya disebabkan oleh faktor kurangnya informasi dari keluarga terutama ibu.

Sumber informasi merupakan sumber-sumber yang dapat memberikan informasi tentang *menarche* kepada siswi. Sumber informasi yang diterima siswi dapat diperoleh dari keluarga. Dalam arti luas, keluarga meliputi semua pihak yang ada hubungan darah atau keturunan yang dapat dibandingkan dengan marga. Dalam arti sempit, keluarga meliputi orang tua dan anak. Orang tua secara lebih dini harus memberikan penjelasan tentang *menarche* pada anak perempuannya, agar anak lebih mengerti dan siap dalam menghadapi *menarche*. Jika peristiwa *menarche* tersebut tidak disertai dengan informasi-informasi yang benar maka akan timbul beberapa gangguan-gangguan antara lain berupa pusing, mual, haid tidak teratur (Yusuf, 2010).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dari Syatriani dan Sewang (2012) tentang hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga dengan kesiapan remaja putri usia pubertas dalam menghadapi *menarche* di SMPN 2 Tellu Siattinge Kabupaten Bone. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga (informasi) dengan kesiapan remaja putri usia pubertas dalam menghadapi *menarche* di SMPN 2 Tellu Siattinge Kabupaten Bone dengan p value 0,002 ($\alpha = 0,05$).

Hasil analisis data menunjukkan pula bahwa peran orang tua dengan kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur diperoleh hasil peran orang tua kategori baik dan siswi siap menghadapi *menarche* yaitu sebanyak 9 orang (47,4%). Orang tua siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur meyakinkan bahwa menstruasi akan dialami oleh setiap wanita, menyatakan siap membantu ketika mengalami sakit saat menstruasi, selalu menjawab pertanyaan tentang menstruasi sehingga responden merasa menstruasi merupakan suatu peristiwa yang menyenangkan dan tetap makan makanan yang bergizi selama menstruasi. Peran orang tua kategori baik dan siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur siap menghadapi *menarche* di dukung oleh informasi yang baik dari

keluarga (ibu).

Dukungan keluarga merupakan bantuan yang dapat diberikan kepada keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasehat yang mana membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai dan tentram. Efek dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stres (dalam Setiadi, 2008).

Perubahan yang terjadi pada saat menstruasi pertama (*menarche*) menyebabkan remaja menjadi canggung. Oleh karena itu remaja perlu mengadakan penyesuaian tingkah laku. Penyesuaian tersebut tidak dapat dilakukan dengan mulus, terutama jika tidak ada dukungan dari orang tua. Komunikasi yang efektif antara ibu dan anak akan membantu anak dalam menyesuaikan diri saat mengalami menstruasi pertama (*menarche*) (Sarwono, 2008).

Hasil uji statistik didapatkan *p value* sebesar 0,044 lebih kecil dari α (0,05), maka dapat disimpulkan ada hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak umur 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur.

Remaja putri yang akan mengalami *menarche* membutuhkan kesiapan mental yang baik (Nagar & Aimol, 2010). Perubahan yang terjadi pada saat *menarche* menyebabkan remaja putri menjadi canggung. Oleh karena itu remaja putri perlu mengadakan penyesuaian tingkah laku. Penyesuaian tersebut tidak dapat dilakukan dengan mulus, terutama jika tidak ada dukungan dari orang tua (Sarwono, 2008).

Kesiapan menghadapi *menarche* merupakan keadaan yang menunjukkan seseorang siap untuk mencapai salah satu kematangan fisik yaitu datangnya menstruasi pertama, yang keluar dari tempat khusus wanita pada saat menginjak usia sepuluh sampai enam belas tahun, yang terjadi secara periodik (pada waktu tertentu) dan siklik (berulang-ulang). Hal ini ditandai dengan adanya pemahaman yang mendalam tentang proses menstruasi sehingga siap menerima dan mengalami *menarche* sebagai proses yang normal (Yusuf, 2004).

Narasumber yang dapat mempersiapkan seorang remaja putri dalam menghadapi *menarche*, termasuk diantaranya ibu, teman sebaya, informasi komersial, penyedia layanan kesehatan dan guru di sekolah. Kadang-kadang sumber informasi yang di dapat anak-anak tentang pubertas bersifat negatif atau menyesatkan dan hal ini dapat mempengaruhi perasaan remaja putri seterusnya. Dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga berupa dukungan sosial yang meliputi bantuan emosional seperti memberikan dorongan dan informasi, instrumental dan finansial (keuangan) (Smet, 2004).

Anak pertama kali melakukan interaksi komunikasi dalam lingkungan keluarga terutama dengan orang yang paling dekat dengannya yaitu ibu. Hubungan kelekatan (*attachment*) anak ke ibunya akan berlangsung sampai anak mencapai usia remaja putri. Peran ibu untuk membentuk

kelekatan (*attachment*) merupakan awal pembentukan rasa percaya diri (*trust*) pada diri anak (Hendriati, 2006). Menurut BKKBN (2008), macam-macam peran orang tua bagi anak antara lain peran sebagai pendidik, pendorong, panutan, pengawas, teman, konselor dan komunikator.

Penutup

1. Peran orang tua kepada anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* sebagian besar kategori kurang baik yaitu sebanyak 33 orang (63,5%).
2. Kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* sebagian besar kategori siap yaitu sebanyak 35 orang (67,3%).
3. Ada hubungan antara peran orang tua dengan kesiapan anak usia 10-12 tahun dalam menghadapi *menarche* pada siswi SD Negeri Sidomulyo 04 Ungaran Timur, dengan *pvalue* sebesar 0,044 ($\alpha = 0,05$).

Daftar Pustaka

- BKKBN, 2008. Program KB di Indonesia. <http://www..bkkbn..go.id>. diakses tanggal 12. Juli 201
- Depkes RI, 2006. *Profil Kesehatan Indonesia 2005*. Jakarta.
- Hanafiah, 2004. *Haid dan Siklusnya*. Dalam: Wiknjosastro, H., Saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T., eds. Ilmu Kandungan Ed 2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Llewellyn-Jones, 2005. *Setiap Wanita*. Jakarta. Dela Pratasa.
- Nagar dan Aimol, 2010. Knowledge of Adolescent Girls Regarding Menstruation in Tribal Areas of Meghalaya. *Journal. Vol. 8. No. 1. India : Department of Human Development. College of Home Science.*
- Notoatmodjo, 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Sarwono, 2008. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Supartini, 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Retrived Desember 5, 2014, from <http://books.google.co.id/books?id=-IEqphIP8E8C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Wiknjosastro, 2005. *Ilmu Kebidanan*, Yogyakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Yusuf, 2004. *Psikologi Perkembangan anak dan Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya,

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU TENTANG GIZI BALITA DENGAN STATUS GIZI BALITA DI POSYANDU DUSUN POKOH WEDOMARTANI NGEMPLAK SLEMAN YOGYAKARTA

Nurhayani¹, Sri Wulandari¹ Listyana Natalia¹

¹S2 Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

ABSTRAK

Latar Belakang: Tingkat pengetahuan orang tua tentang gizi sangat penting karena orang tua khususnya ibu memiliki peran strategi dalam pendidikan formal bagi balita baik karena posisi biologisnya maupun peran dalam pengasuhan anak. Tujuannya untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita di posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta

Metode: Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian deskriptif analitik dengan rancangan penelitian menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Sampel dari penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita 1-5 tahun. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling*, pengumpulan data menggunakan kuesioner dan KMS. Analisis data menggunakan uji *Spearman Rank*.

Hasil: Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dalam kategori baik sebanyak 25 responden (65,8%), balita yang mempunyai status gizi baik sebanyak 23 responden (60,5%). Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita dengan nilai $P = 0,017$ pada tingkat signifikan 5% atau 0,05 ternyata nilai p value ($\alpha < 0,005$). Keeratatan hubungan pada tingkat rendah (0,344).

Kesimpulan: Ada Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi Balita dengan Status Gizi Balita di Dusun Pokoh, Wedomartani, Ngemplak, Sleman Yogyakarta.

Kata Kunci : Tingkat pengetahuan, Gizi Balita, Status Gizi Balita.

ABSTRACT

Background: Parents' level of knowledge about nutrition is very important because parents, especially mothers, plays a strategic role in formal education for children either because of their biological position or role in child-rearing. The objective is to To determine the relationship of the level of knowledge of mothers about infant nutrition with nutritional status of children in the hamlet posyandu Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta

Objective: This research is aimed at identifying the correlation between mothers' level of knowledge about nutrition for under-five children and nutritional status of under-five children at Posyandu Pokoh Hamlet, Wedomartani, Ngemplak, Sleman, Yogyakarta.

Methods: This research is a descriptive analytical research with cross sectional approach. The samples were mothers who had children aged 1-5 years old. The sampling used total sampling. Data were collected using questionnaires and KMS. Data were analyzed using Spearman's rank test.

Results: Mothers' level of knowledge about nutrition for under-five children was in the category of good, numbering 25 respondents (65.8%). The under-five children who had good nutritional status were 23 respondents (60.5%). Mothers' level of knowledge about nutrition for under-five children and nutritional status of under-five children was indicated with $p = 0.017$ at a significant level of 5% or 0.05, meaning that p value ($\alpha < 0.005$). The cohesion was low (0.344).

Conclusion: There is a correlation between mothers' level of knowledge about nutrition for under-five children and nutritional status of under-five children at Posyandu Pokoh Hamlet, Wedomartani, Ngemplak, Sleman, Yogyakarta.

Key words: level of knowledge, about nutrition for under-five children, nutritional status of under-five children.

Pendahuluan

Masa balita adalah periode perkembangan fisik dan mental yang pesat. Pada masa ini otak balita telah siap menghadapi berbagai stimulasi seperti belajar berjalan dan berbicara lebih lancar. Perlunya perhatian lebih dalam tumbuh kembang di usia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi yang terjadi pada masa emas ini, bersifat irreversible (tidak dapat pulih). Makanan seimbang pada usia ini perlu diterapkan karena akan mempengaruhi kualitas pada usia dewasa sampai lanjut.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013 status gizi balita di Indonesia dengan indikator BB/U menunjukkan gizi kurang 19,6 % dimana terjadi peningkatan 1,7 % dari tahun 2010 yang sebesar 17,9 %, dan berdasarkan laporan program gizi tahun 2013 masih dijumpai permasalahan gizi di Kota Yogyakarta antara lain adanya balita gizi kurang dan gizi buruk dengan prevalensi balita kurang gizi sebesar 7,33%, balita dengan status gizi buruk 0,59%, status gizi kurang 6,75%, balita baik 16,43%, kegemukan 9,42%.

Status gizi pada balita dapat diketahui dengan mencocokkan umur anak (dalam bulan) dengan berat badan standar tabel WHO-NCHS, bila berat badannya kurang, maka status gizinya kurang. Di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), telah disediakan KMS (Kartu Menuju Sehat) yang juga bisa digunakan untuk memprediksi status gizi anak berdasarkan kurva KMS. Parameter yang umum digunakan untuk menentukan status gizi pada balita adalah berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala. Lingkar kepala sering digunakan ukuran status gizi untuk menggambarkan perkembangan otak. Sementara parameter status gizi balita umum digunakan secara menyeluruh di Posyandu.

Dari hasil PSG (Pemantauan Status Gizi) yang dilaksanakan pada bulan Februari 2012, menurut penilaian status gizi balita BB/U terdapat balita gizi buruk sebanyak 276 (0,45%); gizi kurang mencapai sebanyak 5.127 balita (8,27%), gizi baik mencapai 54.889 (88,52%), dan gizi lebih sebanyak 1.685 balita (2,72%). Seluruh balita gizi buruk, dilakukan pelacakan epidemiologi dan hasilnya ditemukan 87 balita sangat kurus atau kasus gizi buruk (0,14 %) dari seluruh balita yang ada, dan sebagai penyebab kasus gizi buruk tersebut adalah adanya penyakit penyerta, kelainan bawaan sejak lahir dan karena pola asuh yang salah. Salah satu indikator status gizi balita yang mudah diketahui masyarakat yaitu adanya garis merah di KMS (Kartu Menuju Sehat) Balita. Hasil penimbangan menunjukkan persentase balita memiliki berat badan di Bawah Garis Merah (BGM)..

Tingkat pengetahuan orang tua tentang gizi sangat penting karena orang tua khususnya ibu memiliki peran strategi dalam pendidikan formal bagi balita baik karena posisi biologisnya maupun peran dalam pengasuhan anak. Tujuan pengetahuan ibu tentang gizi balita adalah agar ibu yang memiliki balita dapat memahami kebutuhan gizi balita agar mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal..

Dari studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Posyandu Dusun Pokoh pada tanggal 15 Januari 2015 dengan mewawancarai 7 (3,43%) orang ibu dari 49 orang ibu yang memiliki balita didapatkan 3 (1,47%) orang ibu yang memiliki balita dengan status gizi balita baik dimana ke tiga

orang ibu itu mengetahui bahwa jika memperhatikan gizi dari balitanya, maka akan mempengaruhi status gizi dari balita tersebut. Dan didapatkan pula 4 (1,96%) orang ibu yang tidak mengetahui bahwa bila dengan memperhatikan gizi balita maka akan mempengaruhi status gizi balita itu sendiri, dimana dari 2 (0,98%) orang ibu tersebut balitanya mempunyai status gizi yang kurang, dan 2 (0,98%) balita lainnya mempunyai status gizilebih. Dimana ibu hanya memberikan makanan pada balitanya yang sesuai dengan keinginan anak, dan tidak melihat gizi dari makanan tersebut sehingga status gizi anaknya terabaikan. Jadi, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "Hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita di posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta.

Metode

Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman DIY pada bulan Mei 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki balita usia 1-5 tahun di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman DIY sebanyak 38 orang. Sampel dalam penelitian adalah semua ibu yang memiliki balita usia 1-5 tahun di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman DIY sebanyak 38 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Total Sampling*. Uji validitas dan Reliabilitas diadopsi dari penelitian sebelumnya. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita, dan variabel terikat adalah status gizi balita dan dianalisa secara statistik menggunakan uji *Spearman Rank*, dan mengukur seberapa besar keeratan hubungan dari kedua variabel.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi karakteristik ibu di posyandu dusun pokoh wedomartani ngemplak sleman yogyakarta

| No | Karakteristik | n | % |
|----|---------------|----|------|
| 1 | Usia | | |
| | <20 | 2 | 5,2 |
| | 20-35 | 27 | 71,1 |
| | >35 | 9 | 23,7 |
| | Total | 38 | 100% |
| 2 | Pendidikan | | |
| | Dasar | 17 | 44,7 |
| | Menengah | 13 | 34,2 |
| | Tinggi | 8 | 21,1 |
| | Total | 38 | 100% |

| | | | |
|---|----------------|----|------|
| 3 | Pekerjaan | | |
| | IRT | 28 | 73,7 |
| | Pegawai Swasta | 2 | 5,2 |
| | Wiraswasta | 8 | 21,1 |
| | Total | 38 | 100% |

Sumber: Diolah Bulan Mei 2015

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa mayoritas responden Posyandu Dusun Pokoh Desa Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta, berusia 20-35 tahun sebanyak 27 responden (71,1%), pendidikan terakhir yaitu Dasar sebanyak 17 responden (44,7%), mayoritas pekerjaan responden yaitu ibu rumah tangga sebanyak 28 responden (73,7%).

Tabel 2. Distribusi karakteristik balita di posyandudusun pokok wedomartani ngemplak sleman yogyakarta

| No | Karakteristik | n | % |
|----|---------------|----|------|
| 1 | Umur (Bulan) | | |
| | 12-23 | 19 | 50 |
| | 24-59 | 19 | 50 |
| | Total | 38 | 100% |
| 2 | Jenis Kelamin | | |
| | Laki-laki | 21 | 55,3 |
| | Perempuan | 17 | 44,7 |
| | Total | 38 | 100% |

Diolah Bulan Mei 2015

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa karakteristik balita berdasarkan umur menunjukkan bahwa jumlah balita usia 12-23 bulan sama dengan usia 24-59 bulan yaitu 19 responden (50%). Berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa 21 responden (55,3%) berjenis kelamin laki-laki, dan 17 responden (44,7%) berjenis kelamin perempuan.

1. Analisis Univariat

Tabel 3 Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi Balita di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta

| Pengetahuan | n | % |
|-------------|----|------|
| Baik | 25 | 65,8 |
| Cukup | 13 | 34,2 |
| Kurang | 0 | 0 |
| Jumlah | 38 | 100% |

Sumber : Diolah bulan Mei 2015

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa mayoritas tingkat pengetahuan responden tentang gizi balita dalam kategori baik sebanyak 29 responden (65,8%)

Tabel 4 Status Gizi Balita di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta

| Status Gizi | n | % |
|-------------|----|------|
| Lebih | 0 | 0 |
| Baik | 23 | 60,5 |
| Kurang | 14 | 36,8 |
| Buruk | 1 | 2,7 |
| Jumlah | 38 | 100% |

Sumber : Diolah bulan Mei 2015

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat mayoritas responden yang memiliki status gizi baik sebanyak 23 responden (60,5%). Dan ada pula 1 responden (2,4%) memiliki status gizi buruk.

2. Analisis Bivariat

Tabel 5. Hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita di posyandu dusun pokoh wedomartani ngemplak sleman yogyakarta

| Tingkat pengetahuan | Status Gizi | | | | | | | | | | P value | ρ |
|---------------------|-------------|---|-----------|------|-------------|------|------------|-----|-------|-----|---------|-------|
| | Gizi Lebih | | Gizi Baik | | Gizi Kurang | | Gizi Buruk | | Total | | | |
| | n | % | N | % | n | % | n | % | N | % | | |
| Baik | 0 | 0 | 18 | 47,4 | 7 | 18,4 | 0 | 0 | 25 | 100 | 0,017 | 0,344 |
| Cukup | 0 | 0 | 5 | 13,2 | 7 | 18,4 | 1 | 2,6 | 13 | 100 | | |
| Kurang | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Total | 0 | 0 | 23 | 60,5 | 14 | 36,8 | 1 | 2,6 | 38 | 100 | | |

Sumber : Diolah bulan Mei 2015

Berdasarkan tabel 4 diatas dapat diketahui bahwa persentase responden dengan tingkat pengetahuan baik memiliki status gizi balita baik sebanyak 18 responden (47,4%), dibanding dengan gizi lebih, gizi kurang dan gizi buruk. Dan tingkat pengetahuan cukup memiliki status gizi balita kurang sebanyak 7 responden (18,4%), dibanding dengan status gizi lebih, gizi baik, dan gizi buruk.

Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita dengan nilai p-value 0,017 ($\alpha < 0,05$). Dengan tingkat keeratan hubungan tingkat rendah (0,344).

Berdasarkan Tabel 3 diperoleh hasil bahwa mayoritas responden mempunyai tingkat pengetahuan baik sebanyak 23 responden (60,5%), hal ini menginformasikan bahwa ibu memiliki pengetahuan yang baik tentang gizi balitanya. Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan diantaranya faktor lingkungan, sosial budaya, pendidikan dan informasi⁶.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pekerjaan responden adalah IRT, yaitu 28 responden (73,7%). Hal ini menginformasikan bahwa ibu balita memiliki banyak waktu untuk datang keposyandu sehingga ibu memiliki banyak kesempatan untuk mengetahui atau mendapatkan informasi. Informasi ini bisa diperoleh dari teman, tetangga, lingkungan, maupun media sosial (internet). Dengan demikian akan mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu itu sendiri.

Ketersediaan informasi tentang gizi balita didukung dengan tingkat pendidikan, yang mana akan semakin meningkatkan tingkat pengetahuan ibu balita itu sendiri. Pendidikan tidak lepas dari proses belajar dan pengajaran. Pendidikan diperlukan untuk memperoleh keterampilan yang dibutuhkan manusia dalam hidup bermasyarakat⁷.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendidikan dasar yaitu 17 responden (44,7%). Ini dikarenakan bahwa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan tidak hanya dilihat dari tingkat pendidikan, tetapi dari segi yang lain contohnya dari segi pekerjaan maupun usia seseorang.

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa mayoritas status gizi balita di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta termasuk dalam kategori gizi baik sebanyak 23 responden (60,5%). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat fungsi makanan dan penggunaan zat yang dibedakan antara lain: gizi buruk, kurang, baik, dan lebih, yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan, dan penggunaan makanan. Sehingga sebagai gambaran bahwa kondisi fisik seseorang sebagai refleksi dan keseimbangan energi yang masuk dan yang keluar oleh tubuh.

Status gizi seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: pengetahuan, pendapatan, pendidikan, pekerjaan, budaya, usia, kondisi fisik, dan infeksi⁸.

Hasil distribusi frekuensi dalam penelitian ini ditemukan bahwa mayoritas ibu memiliki pendidikan dasar sebanyak 17 orang (44,7%). Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain agar dapat memahami suatu hal. Pendidikan gizi merupakan suatu proses merubah pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua atau masyarakat tentang status gizi yang baik.

Selain dari pada pendidikan dan pekerjaan, faktor lain yang mempengaruhi adalah tingkat pengetahuan ibu tentang status gizi. Status gizi dalam penelitian ini termasuk dalam kategori gizi

baik sebanyak 23 responden (60,5%). Pengetahuan ibu berhubungan dengan pemberian makanan kepada anaknya terutama anak balita, kurangnya pengetahuan ibu Status gizi dalam penelitian ini termasuk dalam kategori gizi baik sebanyak 23 responden (60,5%). Pengetahuan ibu berhubungan dengan pemberian makanan kepada anaknya terutama anak balita, kurangnya pengetahuan ibu sehingga ibu tidak dapat memberi makanan bergizi seimbang untuk anak balitanya.

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa hasil uji statistik yang menggunakan uji *spearman rank* diketahui nilai *correlation coefficient* sebesar 0,344 dengan signifikasi atau *p-value* sebesar 0,017. Nilai *p-value* dalam penelitian ini adalah 0,017 ($\alpha < 0,05$) yang berarti ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita di Posyandu Dusun Pokoh Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Nainggolan tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Rajabasa Indah Kelurahan Rajabasa Raya Bandar Lampung yang menyatakan ada hubungan bermakna anatar pengetahuan dan sikap ibu dengan status gizi balita dimana nila *p value* (0,000)⁹.

Tingkat keeratan dalam penelitian ini yaitu rendah (0,344), ini dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhi status gizi dari balita itu sendiri diantaranya pengetahuan, pendapatan, pendidikan, pekerjaan budaya, usia, kondisi fisik, dan juga infeksi.

Sesuai dengan penelitian Dyah dalam jurnal Universitas Muhammadiyah Surakarta yang juga memiliki keeratan hubungan tingkat rendah dengan nilai ρ 0,331 yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan ibu tentang makanan bergizi berhubungan rendah dengan status gizi balita¹⁰.

Status gizi balita salah satunya dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu tentang gizi. Hasil tabulasi silang antara tingkat pengetahuan ibu dengan status gizi balita dapat diketahui bahwa sebanyak 18 responden (47,4%) balita dengan gizi baik merupakan ibu balita dengan tingkat pengetahuan baik, dan sebanyak 7 reponden (18,4%) balita dengan gizi kurang merupakan ibu balita dengan tingkat pengetahuan cukup. Hasil tabulasi silang tersebut menunjukkan bahwa semakin rendah (cukup) tingkat pengetahuan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi maka status gizi balita semakin buruk atau gizi kurang, sebaliknya apa bila tingkat pengetahuan ibu tinggi (baik) maka status gizi balita akan semakin baik atau gizi baik. Dalam penelitian ini terdapat 1 responden memiliki status gizi buruk, dalam hal ini para kader dan khususnya petugas kesehatan lebih memantau status gizi balita. Bisa dengan melakukan pengecekan tiap bulan serta dilakukannya penyuluhan yang sekarang ini sudah tidak berjalan lagi.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, diperoleh beberapa kesimpulan yaitu

1. Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita yaitu mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 25 responden (65,8%)

2. Status gizi balita yaitu mayoritas responden memiliki status gizi baik sebanyak 23 responden (60,5%)
3. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita di Posyandu Dusun Pokoh Desa Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta dengan nilai p-value 0,017 ($\alpha < 0,05$)
4. Keeratan hubungan Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita yaitu keeratan pada tingkat rendah (0,344)

Daftar Pustaka

- Adriani, Merryana, dkk. 2014. *Gizi dan Kesehatan Balita*. Jakarta: Prenamedia Group
- Dinas Kesehatan, 2013. *Survei Demokrasi Kesehatan Indonesia*, Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan. 2013. *Laporan Program Gizi*. Yogyakarta
- Dyah, Septanti. 2008. *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Makanan Bergizi dengan Status Gizi Balita Usia 1-3 tahun Desa Lencoh Wilayah Kerja Puskesmas Selo Boyolali*, Skripsi Thesis.Universitas Muhammadiyah Surakarta.Eprints.ums.ac.id/1884/1/J210040033.pdf.
- Marimbi, Hanum, 2010. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marmi, 2013. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nainggolan, Julita 2012. *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita di wilayah kerja Puskesmas Rajabasa Indah Kelurahan Rajabasa Raya Bandar Lampung*.
- Notoadmodjo, 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sulistyoningsih, Hariyani, 2012. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Wawan, A. 2011. *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: PT Nuha Medi

PERSEPSI REMAJA TENTANG PERILAKU SEKSUAL PRA NIKAH DI SMA SETIA BUDHI KOTA SEMARANG

Risa Rahmatin Syamsuddin¹, Siti Nur Umariyah Febriyanti¹, Rose Nurhudhariani¹

¹Program Studi D-IV Bidan Pendidik, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kerya Husada Semarang

Surel: Rhyza.azza@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Remaja adalah masa peralihan masa kanak-kanak ke masa dewasa. Menurut WHO Badan Kesehatan dunia usia 14 th – 20 th. Menurut BKKBN 2007 : 70 adalah usia 10 – 19 th. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengetahuan siswi tentang perilaku seksual pra nikah, penyebab terjadinya perilaku seksual pra nikah dan akibat dari perilaku seksual pra nikah serta perilaku seksual pra nikah remaja siswi SMA Setia Budhi Kota Semarang.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan etnografi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* sampai data mengalami saturasi. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam.

Hasil: Hasil wawancara mendalam pada partisipan didapatkan hasil bahwa Persepsi remaja tentang perilaku seksual pra nikah yaitu ciuman dan berhubungan intim, penyebab terjadinya yaitu karena adanya kebebasan dan izin dari orang tua untuk berpacaran tanpa adanya pengarahan dan pemantauan dari orang tua dan keluarga, sehingga menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan dan putus sekolah, kurangnya pengetahuan dan informasi yang didapatkan remaja tentang perilaku seksual pra nikah sehingga pacaran sudah dianggap hal biasa dan melakukan hal-hal seperti ciuman, pelukan dan meraba daerah payudara sudah dianggap biasa.

Kata Kunci : Pengetahuan, perilaku seksual, remaja, pranikah

ABSTRACT

Background: Juvenile is the transition period from child to adult. According to WHO, this period is between 14 to 20 years old. Indonesian Population and family Information Network. or BKKBN 2007 : 70 stated that this period is between 10 to 19 years old. The aim of the research is to explore the female students knowledge about premarital sexual behavior like the cause of premarital sexual behavior and also the result of it for female students at Setia Budhi High School Semarang.

Methods: This research used qualitative method with ethnographic approach. The sampling of this research used purposive sampling until data experiencing saturation. The data collection technique was interview.

Results: The interview result of the participants showed that the juvenile perception for premarital sexual behavior are kissing and having sex. The cause of the result was because the parents gave permission freely to the juvenile to make a date without any briefing and monitoring. This situation can make unwanted pregnancies and the female students can be dropout from school. Because of the lack of the students knowledge and information about premarital sexual behavior, they usually make a date by doing kissing, cuddling and touching breast freely and ordinary.

Keywords: Knowledge, sexual behavior, adolescents, premarital

Pendahuluan

Masa remaja merupakan salah satu periode dari perkembangan manusia. Masa ini merupakan masa perubahan atau peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologi, perubahan psikologik, dan perubahan sosial. Disebagian besar masyarakat dan budaya masa remaja pada umumnya dimulai pada usia 10-13 tahun dan berakhir pada usia 18-22 tahun. Sedangkan menurut World Health Organization (WHO) remaja merupakan individu yang sedang mengalami masa peralihan yang secara berangsur-angsur mencapai kematangan seksual, Berdasarkan laporan hasil study yang dilakukan oleh Pusat Informasi dan Remaja (PILAR) Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Jawa Tengah tahun 2014 melakukan penelitian perilaku seksual remaja dengan mengambil responden 99 orang, diketahui bahwa seluruhnya melakukan aktifitas pacaran dengan mengobrol (89,9%), berpegangan tangan (82,8%), berpelukan (68,7%), mencium bibir (62,6%), mencium pipi (64,6%) meraba badan dan alat kelamin (32,3%), petting (20,2%), sex anal (5,1%), oral seks (8,1%), dan melakukan hubungan seksual (14,1%). Data yang diperoleh dari PILAR PKBI Jawa Tengah dari bulan Januari 2002- Juni 2010 telah tercatat sebanyak 863 orang telah melakukan hubungan seksual pra nikah, 452 remaja putri mengalami kehamilan pra nikah, 244 remaja putri melakukan aborsi. Sedangkan pada tahun 2011, tercatat 2.967 remaja yang berkonsultasi ke PILAR PKBI JATENG dimana sebanyak 821 remaja berkonsultasi tentang permasalahan Kesehatan Reproduksi dan terdapat kasus tentang kehamilan tidak diinginkan. pada tahun 2012, terdapat 62 kasus kehamilan tidak diinginkan dengan usia termuda 12 tahun. Pada tahun 2013, terdapat 64 kasus kehamilan tidak diinginkan, sedangkan pada tahun 2014, terdapat 67 kasus kehamilan tidak diinginkan dengan usia termuda 11 tahun. Berdasarkan hasil survey di SMA Setia Budhi Semarang didapatkan informasi dari salah seorang guru menyebutkan bahwa pada tahun 2012 ada seorang muridnya mengidap penyakit menular seksual dan belum ada dari pihak tenaga kesehatan yang melakukan penyuluhan maupun memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi terhadap remaja, selain itu pernah terjadi kasus perbuatan yang kurang sopan yaitu berciuman dilakukan oleh siswa di lingkungan sekolah.

Berdasarkan pada uraian latar belakang tersebut, maka penulis merumuskan permasalahan yaitu “Bagaimana persepsi remaja tentang perilaku seksual pra nikah di SMA Setia Budhi Kota Semarang”.

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah yang dikemukakan, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian adalah “Untuk Mengeksplorasi Persepsi Remaja tentang Perilaku Seksual Pra Nikah di SMA Setia Budhi Kota Semarang”.

Metode

A. Jenis penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi.

B. Waktu dan tempat penelitian

Waktu penelitian adalah bulan Juni – Desember 2015. Tempat Penelitian adalah SMA Setia Budhi Kota Semarang.

C. Partisipan

Partisipan pada penelitian ini adalah remaja putri di SMA Setia Budhi Kota Semarang.

D. Karakteristik partisipan yaitu remaja putri kelas XI di SMA Setia Budhi Kota Semarang, remaja yang dapat berkomunikasi dengan baik, remaja yang bersedia dan setuju untuk menjadi partisipan dalam penelitian dengan, menandatangani lembar persetujuan *inform concent* untuk menjadi responden, remaja yang berada pada usia 15 – 18 tahun, remaja yang pada saat penelitian sedang berpacaran.

E. Teknik pengumpulan data

1. Memberikan surat izin penelitian dari Stikes Karya Husada
2. Melakukan *inform concent* kepada partisipan
3. Melakukan wawancara mendalam

Metode uji keabsahan data yaitu dalam penelitian ini peneliti menggunakan triangulasi sumber, yaitu mewawancarai temann dekat partisipan yaitu siswi SMA Setia Budhi Kota Semarang.

F. Cara pengolahan data dengan cara data dikumpulkan terlebih dahulu, kemudian dilakukan pemindahan data dari rekaman menjadi narasi agar memudahkan untuk mengelompokkan, kemudian disajikan secara sistematis.

G. Analisa data



H. Kreadibilitas data

Meningkatkan kreadibilitas, *Dependability* (reabilitas), *Confirmability* (objektifitas)

I. Etika penelitian

Surat permohonan partisipan, Lembar persetujuan (*inform consent*), Tanpa nama (*anonymity*), Kerahasiaan (*confidentiality*)

Hasil dan Pembahasan

Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari 4 orang siswi sebagai partisipan utama dan 2 triangulasi yaitu 1 teman dekat partisipan dan 1 Guru BK. Dari hasil penelitian terhadap informan didapatkan hasil yaitu :

Pengetahuan Remaja tentang perilaku seksual pra nikah

Pengetahuan informan tentang perilaku seksual pra nikah masih sangat kurang yaitu berdasarkan hasil penelitian informan mengatakan bahwa perilaku seksual pra nikah yaitu melakukan ciuman, pelukan dan melakukan hubungan suami istri. Serta kurangnya informasi yang didapatkan dari sekolah maupun pihak orang tua tentang perilaku seksual pra nikah. Dalam hal ini partisipan hanya mendapatkan informasi tentang perilaku seksual pra nikah yaitu dari omongan teman ke teman, dari tetangga serta media massa seperti internet dan televisi, selain itu informan mendapatkan informasi oleh Guru BK di sekolah tetapi hanya memberikan penjelasan mengenai perilaku seksual secara umum tanpa memberikan pengarahan dan pengetahuan secara spesifik.

Kurangnya informasi yang didapatkan tentang perilaku seksual pra nikah pada remaja sangat mempengaruhi terjadinya penyimpangan seksual dan melakukan hal-hal yang diluar batas (Syafuruddin, 2008). Menurut Rohmahwati (2008), paparan media massa, baik cetak (koran, majalah, buku-buku porno) maupun elektronik (TV, VCD, Internet), mempunyai pengaruh terhadap remaja untuk melakukan hubungan seksual pranikah.

Pengetahuan Remaja tentang Penyebab Perilaku Seksual Pra Nikah

Dari hasil penelitian pengetahuan informan mengenai penyebab terjadinya perilaku seksual yaitu karena adanya kebebasan yang dirasakan oleh remaja, selain itu kurangnya perhatian orang tua terhadap anaknya sehingga sang anak menganggap bahwa perhatian diluar sangat penting baginya karena tidak mendapatkan perhatian dari rumah, serta adanya media massa seperti televisi dan internet yang dipergunakan remaja dalam menonton video porno melalui youtube sehingga menyebabkan remaja ketagihan selalu menonton sehingga timbul rasa ingin mencobanya dan sampai melakukan perilaku seksual pra nikah.

Dalam hal ini pengetahuan informan mengenai akibat perilaku seksual pra nikah masih sangat kurang, informan tidak mengetahui bahwa masih banyak hal-hal yang merugikan apabila melakukan hubungan seksual sebelum adanya ikatan diantaranya terjadi penyakit menular seksual, HIV/AIDS dan kanker leher rahim. Orang tua dan sekolah mempunyai peranan penting dalam menjaga dan mengarahkan remaja agar tidak melakukan perilaku seksual selain itu memberikan pendidikan tentang kesehatan reproduksi dan perilaku seksual terhadap remaja agar

remaja. Peran orang tua sangat besar pengaruhnya terhadap remaja. Remaja dalam keluarga yang bercerai lebih menunjukkan penyesuaian dibandingkan dengan keluarga remaja yang utuh dengan kehadiran orang tuanya. Orang tua yang sibuk, kualitas pengasuhan yang buruk, dan perceraian orang tua, remaja dapat mengalami depresi, kebingungan, dan ketidakmantapan emosi yang menghambat mereka untuk tanggap terhadap kebutuhan remaja sehingga remaja dapat dengan mudah terjerumus pada perilaku yang menyimpang seperti seks pranikah (Sarwono, 2008)

Pengetahuan Remaja tentang Akibat Perilaku Seksual Pra Nikah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan siswi akibat perilaku seksual pra nikah masih sangat terbatas, hal ini dapat dilihat dari pernyataan partisipan yang mengatakan bahwa akibat dari perilaku seksual pra nikah yaitu akan terjadi kehamilan yang tidak diinginkan dan putus sekolah. Selain itu saat remaja ditanya apa yang akan dilakukan jika terjadi kehamilan diluar nikah sebagian informan mengatakan bahwa jika terjadi kehamilan yang akan dilakukan yaitu mempertanggungjawabkan kehamilannya tetapi ada salah satu informan yang mengatakan bahwa akan pergi dari rumah dan tidak akan mempertanggungjawabkan kehamilannya.

Banyak remaja memilih untuk mengakhiri kehamilan (aborsi). Di beberapa negara maju melegalkan aborsi, dilakukan secara aman oleh dokter atau bidan berpengalaman. Di Negara kita aborsi dilarang kecuali ada indikasi tertentu contohnya untuk keselamatan ibu dan dilakukan oleh dokter yang berkompeten. Tapi lebih sering dilakukan dengan cara tidak aman bahkan tidak lazim dan oleh dukun. Aborsi bisa mengakibatkan dampak negatif secara fisik, psikis dan sosial terutama bila dilakukan secara tidak aman (Widyastuti, 2009).

Perilaku Seksual Pra Nikah Remaja di SMA Setia Budhi Kota Semarang

Informan dalam penelitian ini mengatakan bahwa jika sedang berpacaran mereka biasanya bertemu di sekolah yaitu karena mereka satu sekolah selain bertemu disekolah mereka juga bertemu dirumah dan bahkan keluar jalan berdua. Informan mengatakan bahwa selama berpacaran mereka sudah melakukan ciuman, pelukan dan bahkan ada salah satu informan yang mengatakan bahwa sudah menyentuh are payudara yaitu dengan meraba payudara saat sedang melakukan ciuman basah tetapi semua informan belum pernah melakukan hubungan seksual atau yang biasa dikenal hubungan intim yang dilakukan suami istri selama berpacaran. Dalam hal ini informan mengatakan bahwa adanya rasa senang dan bahagia setelah bertemu kekasih atau pacar dan adanya rasa ingin kembali bertemu dengan pacar tanpa memikirkan dampak yang akan terjadi dari seringnya bertemu dengan pacar.

Dengan banyaknya waktu luang yang dimiliki remaja maka tindakan iseng sering dilakukan untuk mengisi waktu luang hal ini dimaksudkan juga untuk menarik perhatian lawan jenis dan lingkungannya. Perhatian yang diharapkan berasal dari orang tuanya, lawan jenis maupun kawan sepermainannya. (Kartini Kartono, 2008).

Penutup

Pemahaman partisipan terhadap perilaku seksual pra nikah masih sangat kurang. Penyebab terjadinya perilaku seksual pra nikah yaitu adanya kebebasan dan kurangnya perhatian dan kasih sayang dari orang tua dan keluarga. Dampak perilaku seksual pra nikah yaitu terjadi kehamilan yang tidak diinginkan, malu sama orang tua, merasa tidak berguna dan putus sekolah. Perilaku seksual pra nikah remaja yaitu semua partisipan melakukan ciuman basah dan ciuman kering, pelukan dengan pacar, dan hanya ada satu partisipan yang sudah di raba oleh pacar yaitu meraba area payudara saat sedang ciuman tetapi semua partisipan belum pernah melakukan hubungan intim atau hubungan suami istri.

Daftar Pustaka

- Ahira, A. (2010). *Pengaruh Pacaran Terhadap Prestasi Belajar Siswa*. Bandung : Alfa Beta
- Azwar, S. 2009. *Perilaku Keorganisasiannya*. Yogyakarta : Grahamedika.
- 2010. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- BKKBN KB-KR, *Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja Masih Kurang* (Artikel), 22 Agustus 2007, (<http://kbi.gemari.or.id>) diakses tanggal 4 Juli 2015.
- 2010, *Membantu Remaja Memahami Dirinya*. Jakarta.
- Chyntia,A.2008.*PendidikanSeks*(<http://www.Scribd.com/doc/14823326/PendidikanSeks>). Diakses 2 Oktober 2014
- Creswell, John W. 2003. *Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Miced*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Drajat, Z. 2005. *Remaja Harapan dan Tantangan*. Yogyakarta : Gajah Mada Universitas Press.
- Herdiansiska, 2005. *Pertumbuhan & Perkembangan Seksualitas Remaja*. PKBI Pusat Jakarta.
- Komariah, A. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfa Beta.
- Manilawi, 2006. *Rahasia Gadis Remaja*. Jakarta : Embun Publishing
- Mochtar, R. 2002. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Moleong, L. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : CV Remadja Karya.
- Notoatmodjo, 2007, *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- 2009. *Pendidikan dan perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, 2006. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Rudi, S. 2006. *Pacaran Sehat Tips & Trik Buat Remaja*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Santrock, W. 2007. *Psikologi remaja*. Jakarta :Erlangga

- Sarwono, A.V. 2011, *Psikologi Remaja*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Saryono, 2011. *Psikologi Komunikasi*. Edisi Revisi. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Siswanto, Aries Viktorianus, 2012, *Strategi dan Langkah-Langkah Penelitian*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Sudarsono, 2003. *Kenakalan Remaja*. Yogyakarta. Rineka Cipta
- Sugiyono, 2009. *Metode Penelitian Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta; 2008
- Suryoputro, Antono. 2006. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah : Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi. *Makara Kesehatan*, 10 (1), 29-40
- Soetjiningsih, 2006. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta : EGC
- Walgito, Bimo. *Pengantar Psikologi Umum*, Andi Offset: Yogyakarta.
- Wawan, A. Dan Dewi. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuhamedika
- Yanti. 2011. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Pustaka Rihama

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBERHASILAN AIR SUSU IBU EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGMALANG KECAMATAN MIJEN KOTA SEMARANG

Aronida Mutia Yuslikhah¹

¹S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: aronida_009@ymail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: cakupan pemberian ASI eksklusif di kota Semarang tahun 2014 yaitu 14,37% angka tersebut jauh dari target pemerintah yang menargetkan pemberian ASI eksklusif mencapai 80%. Keberhasilan ASI eksklusif juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan, status pekerjaan dan dukungan tenaga kesehatan dengan keberhasilan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel *proportional random sampling* dan analisa menggunakan uji univariat dan bivariat. Jumlah sampel adalah 52 ibu yang mempunyai bayi usia 7-11 bulan.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori kurang 27 responden (51.9%), sebagian besar responden yang bekerja 28 responden (53.8%) dan dukungan tenaga kesehatan pada ibu yang mendukung 32 reponden (61.5%). Dari uji *chi square* didapatkan nilai p pada tingkat pengetahuan (*p-value* 0.027), status pekerjaan (*p-value* 0.878), dukunagn tenaga kesehatan (*p-value* 0.014).

Simpulan: cakupan keberhasilan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang yaitu (38.5%) dan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan dukungan tenaga kesehatan dengan keberhasilan ASI eksklusif.

Kata Kunci: Pengetahuan, status pekerjaan, dukungan tenaga kesehatan, ASI eksklusif

ABSTRACT

Background: coverage of exclusive breastfeeding in the city of Semarang in 2014 was namely 14.37 % that number is far from the government's target of exclusive breastfeeding reached 80 %. The success of exclusive breastfeeding may also be influenced by some of the factors. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge level, employment status and support of health workers with the success of exclusive breastfeeding in sub-district Health Center Karangmalang Mijen Semarang 2016.

Methods: This study used a descriptive design with cross sectional correlation with proportional random sampling technique and used univariate and bivariate analysis. The number of samples were 52 mothers of infants aged 7-11 months.

Results: The results showed that the majority of respondents have a level of knowledge in the less category were 27 respondents (51.9 %), the majority of respondents who work were 28 respondents (53.8 %) and support from health workers who support giving breastfeeding were 32 respondents (61.5 %). From the chi square test p value at the knowledge level was (*p-value* 0.027), employment status was (*p-value* 0.878), any support health workers was (*p-value* 0.014).

Conclusion: successful coverage of exclusive breastfeeding in sub-district Health Center Karangmalang Mijen Semarang namely (38.5 %) and a significant relationship between the level of knowledge and support of health workers with the success of exclusive breastfeeding.

Key Words : Knowledge, employment status, support health workers, exclusive breastfeeding

Pendahuluan

Air Susu Ibu Eksklusif atau yang sering disingkat ASI eksklusif adalah pemberian ASI sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan bayi baru dikenalkan dengan makanan lain dan tetap diberikan ASI sampai bayi berumur 2 tahun (Purwanti, 2004).

Pertumbuhan dan perkembangan bayi sebagian besar ditentukan oleh pemberian ASI eksklusif. Air Susu Ibu mengandung zat gizi yang tidak terdapat dalam susu formula. Komposisi zat dalam ASI antara lain 88,1% air, 3,8% lemak, 0,9% protein, 7% laktosa, serta 0,2% zat lain yaitu: DHA (*Decosahexanoic Acid*), AA (*Aracidonic Acid*), *shpynogelin*, dan zat gizi lainnya (Prasetyono, 2012).

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemberian ASI eksklusif di antara lain adalah: produksi ASI yang kurang (32%), ibu harus kembali bekerja (28%), terpengaruh iklan susu formula (16%), faktor nilai sosial budaya (24%), kurangnya dukungan dari petugas kesehatan (24%) dan faktor dukungan keluarga (24%) (Budiyanto, 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yuniastuti (2013) tentang pengetahuan ibu bayi tentang ASI eksklusif didapatkan bahwa 13,3% ibu dengan pengetahuan cukup memberikan ASI eksklusif dan 56,7% tidak memberikan ASI eksklusif serta ibu yang berpengetahuan kurang sebanyak 16,7% dan semuanya tidak memberikan ASI eksklusif. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu bayi tentang ASI eksklusif dengan pemberian ASI eksklusif.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Budianto (2015) tentang ibu bekerja didapatkan bahwa 90,6% ibu bekerja memberikan susu formula sebelum bayi berusia 6 bulan dan hanya 9,4% ibu bekerja yang tidak memberikan susu formula. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang bekerja lebih cenderung menggunakan susu formula untuk menggantikan ASI daripada memberikan ASI eksklusif.

Menyusui secara eksklusif selama enam bulan sangat bermanfaat namun, pemberian ASI secara eksklusif belum mencapai target. Sesuai dengan gambaran data laporan nutrisi pada cakupan ASI eksklusif tahun 2013 di dunia berada pada *cut of point* 43%. Bahkan negara yang berada di regional Asia Timur dan pasifik, di dapatkan data cakupan ASI eksklusifnya hanya 29% (Dewi, 2014).

Di Indonesia cakupan pemberian ASI eksklusif berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menyebutkan, hanya 30,2 % bayi umur kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif, angka ini turun dari tahun 2010 yang mencapai 31,0 % (Riskesdas, 2013). Sedangkan menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI 2013, mencantumkan bahwa cakupan pemberian ASI eksklusif di Jawa Tengah pada tahun 2013 yaitu 58,4% angka ini naik dibandingkan tahun 2012 yang mencapai 25,6% (Infodatin, 2013).

Berdasarkan survei pendahuluan yang sudah dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang didapatkan hasil data laporan cakupan pemberian ASI eksklusif

di kota Semarang pada bulan Januari sampai Desember 2014 didapatkan persentase ibu yang memberikan ASI eksklusif yaitu 14,37%. Sedangkan untuk pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas kecamatan Mijen pada bulan Januari sampai Desember 2014 didapatkan hasil cakupan pemberian ASI eksklusif sebanyak 46,25%.

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang pada bulan Januari–Desember 2014 didapatkan data dari jumlah bayi usia 0–12 bulan sebanyak 121 orang, yang diberikan ASI eksklusif hanya sekitar 19 orang (15,7%) dan selainnya diberikan ASI dengan makanan tambahan atau susu formula. Hal ini masih jauh dari program pemerintah yaitu dengan target nasional pemberian ASI eksklusif 80%. Data tersebut menunjukkan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang ibu-ibu yang memberikan ASI eksklusif masih sangat rendah.

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan, Status Pekerjaan Ibu Menyusui dan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

Mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan, status pekerjaan ibu menyusui dan dukungan petugas kesehatan dengan keberhasilan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen.

Metode

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian diskriptif korelasi yaitu dimana penelitian atau penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau juga sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2010). Menghubungkan antara variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif, status pekerjaan dan dukungan petugas kesehatan dengan variabel terikat yaitu keberhasilan ASI eksklusif. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel Independen dan Dependen pada waktu yang bersamaan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi umur 7-11 bulan pada bulan Desember 2015–Januari 2016 di Wilayah kerja Puskesmas Karangmalang, Kecamatan Mijen, Kota Semarang dengan jumlah sebanyak 60 orang. Uji statistic menggunakan *uji chi square*.

Hasil dan Pembahasan

Hasil

1. Karakteristik responden

a. Umur

Tabel 1. Distribusi Frekuensi umur ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Umur | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------------|--------|----------------|
| <20 th | 5 | 9.6 |
| 20-30 th | 30 | 57.7 |
| 30-35 th | 13 | 25.0 |
| >35 th | 4 | 7.7 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi umur ibu sebagian besar pada kategori 20-30 tahun dengan jumlah 30 responden (57.7%).

b. Pendidikan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi tingkat pendidikan ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Pendidikan | Jumlah | Persentase (%) |
|------------|--------|----------------|
| SD | 10 | 19.2 |
| SMP | 10 | 19.2 |
| SMA | 25 | 48.1 |
| PT | 7 | 13.5 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi tingkat pendidikan ibu sebagian besar pada kategori SMA dengan jumlah 25 responden (48.1%).

c. Paritas

Tabel 3. Distribusi Frekuensi paritas ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Parietas | Jumlah | Persentase (%) |
|-----------|--------|----------------|
| Primipara | 21 | 40.4 |
| Multipara | 31 | 59.6 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi paritas ibu sebagian besar pada kategori multipara dengan jumlah 31 responden (59.6%).

Analisis Univariat

a. Tingkat pengetahuan ibu

Tabel 4. Distribusi Frekuensi tingkat pengetahuan ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Tingkat pengetahuan | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------------|--------|----------------|
| Kurang | 27 | 51.9 |
| Baik | 25 | 48.1 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi tingkat pengetahuan ibu tentang pemberian ASI secara eksklusif sebagian besar pada kategori kurang dengan jumlah 27 responden (51.9%).

b. Pekerjaan Ibu

Tabel 5. Distribusi Frekuensi pekerjaan ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Pekerjaan Ibu | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------|--------|----------------|
| Tidak bekerja | 24 | 46.2 |
| Bekerja | 28 | 53.8 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pekerjaan ibu sebagian besar pada kategori bekerja dengan jumlah 28 responden (53.8%).

c. Dukungan tenaga kesehatan

Tabel 6. Distribusi Frekuensi dukungan tenaga kesehatan ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Dukungan tenaga kesehatan | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------------------|--------|----------------|
| Tidak mendukung | 20 | 38.5 |
| Mendukung | 32 | 61.5 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi dukungan tenaga kesehatan pada ibu sebagian besar pada kategori mendukung dengan jumlah 32 responden (61.5%).

d. Pemberian ASI eksklusif

Tabel 7. Distribusi Frekuensi pemberian ASI eksklusif oleh ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Pemberian ASI eksklusif | Jumlah | Persentase (%) |
|-------------------------|--------|----------------|
| Tidak eksklusif | 32 | 61.5 |
| Eksklusif | 20 | 38.5 |
| Total | 52 | 100.0 |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pemberian ASI eksklusif ibu pada bayi sebagian besar pada kategori tidak eksklusif dengan jumlah 32 responden (61.5%).

Analisis Bivariat

a. Hubungan tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif

Tabel 8. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Variabel | | ASI | | | | Total | | P-value |
|-------------|--------|-----------------|------|-----------|------|-------|-----|---------|
| | | Tidak eksklusif | | Eksklusif | | n | % | |
| | | N | % | N | % | | | |
| Pengetahuan | Kurang | 21 | 77.8 | 6 | 22.2 | 27 | 100 | 0.027 |
| | Baik | 11 | 44.0 | 14 | 56.0 | 25 | 100 | |
| Total | | 32 | 61.5 | 20 | 38.5 | 52 | 100 | |

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan tabel silang didapatkan data bahwa dari 52 responden terdapat 21 ibu (77.8%) yang memiliki pengetahuan kurang dan tidak memberikan ASI secara eksklusif dan 6 ibu (22.2%) dengan pengetahuan kurang tetapi memberikan ASI secara eksklusif. Selanjutnya terdapat 11 ibu (44%) dengan kategori pengetahuan baik tetapi tidak memberikan ASI secara eksklusif dan terdapat 14 ibu (56%) dengan kategori pengetahuan baik yang memberikan ASI secara eksklusif.

Berdasarkan hasil uji *Chi square* tabel 2x2 tidak terdapat kolom yang memiliki nilai $E < 5$ sehingga menggunakan uji *continuity correction* yang pada taraf signifikansi 5% dengan didapatkan $p\text{-value } 0.027 < 0,05$, yang artinya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

b. Hubungan pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif

Tabel 9. Distribusi frekuensi pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Variabel | | ASI | | | | Total | | P-value |
|-----------|---------------|-----------------|------|-----------|------|-------|-----|---------|
| | | Tidak eksklusif | | Eksklusif | | N | % | |
| | | N | % | n | % | | | |
| Pekerjaan | Tidak bekerja | 14 | 58.3 | 10 | 41.7 | 24 | 100 | 0.878 |
| | Bekerja | 18 | 64.3 | 10 | 35.7 | 28 | 100 | |
| Total | | 32 | 61.5 | 20 | 38.5 | 52 | 100 | |

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan tabel silang didapatkan data bahwa dari 52 responden terdapat 14 ibu (58,3%) yang tidak bekerja dan tidak memberikan ASI secara eksklusif dan 10 ibu (41.7%) yang tidak bekerja tetapi memberikan ASI secara eksklusif. Selanjutnya terdapat 18 (64.3%) ibu yang bekerja tetapi tidak memberikan ASI secara eksklusif dan terdapat 10 (35.7%) ibu yang bekerja dan memberikan ASI secara eksklusif.

Berdasarkan hasil uji *Chi square* tabel 2x2 tidak terdapat kolom yang memiliki nilai $E < 5$ sehingga menggunakan uji *continuity correction* yang pada taraf signifikansi 5% dengan didapatkan *p-value* $0.878 > 0,05$, yang artinya tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

c. Hubungan dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif

Tabel 10. Distribusi frekuensi dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang

| Variabel | ASI | | | | Total | | <i>P-value</i> | |
|---------------------------|-----------------|----|-----------|----|-------|----|----------------|-------|
| | Tidak eksklusif | | Eksklusif | | N | % | | |
| | N | % | N | % | | | | |
| Dukungan tenaga kesehatan | Tidak mendukung | 17 | 85 | 3 | 15 | 20 | 100 | 0.014 |
| | Mendukung | 15 | 46.9 | 17 | 53.4 | 32 | 100 | |
| Total | | 32 | 61.5 | 20 | 38.5 | 52 | 100 | |

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan tabel silang didapatkan data bahwa dari 52 responden terdapat 17 (85%) ibu yang tidak mendapat dukungan tenaga kesehatan dan tidak memberikan ASI secara eksklusif dan 3 (15%) ibu yang tidak mendapat dukungan tenaga kesehatan tetapi memberikan ASI secara eksklusif. Selanjutnya terdapat 15 (46.9%) ibu yang mendapat dukungan tenaga kesehatan tetapi tidak memberikan ASI secara eksklusif dan terdapat 17 (53.4%) ibu yang mendapat dukungan tenaga kesehatan dan memberikan ASI secara eksklusif.

Berdasarkan hasil uji *Chi square* tabel 2x2 tidak terdapat kolom yang memiliki nilai $E < 5$ sehingga menggunakan uji *continuity correction* yang pada taraf signifikansi 5% dengan didapatkan *p-value* $0.014 < 0,05$, yang artinya terdapat hubungan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

Pembahasan

1. Analisis Univariat

a. Tingkat pengetahuan ibu

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi tingkat pengetahuan ibu tentang pemberian ASI secara eksklusif sebagian besar pada kategori kurang dengan jumlah 27

responden (51.9%). Hasil diatas sesuai dengan pendapat Roesli (2009), kurangnya pemberian ASI eksklusif disebabkan oleh faktor pengetahuan ibu yang kurang memadai tentang ASI eksklusif.

Hasil pengetahuan ibu di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang pada kategori kurang tentang ASI eksklusif karena ditunjang dari faktor internal ibu yaitu pendidikan ibu yang cukup banyak pada kategori pendidikan dasar yaitu SD-SMP dengan jumlah 20 responden sehingga edukasi tentang manfaat ASI tidak dapat diketahui secara maksimal dan hanya didapat dari informasi lingkungan sekitar.

Meskipun secara mayoritas pengetahuan dari responden adalah kurang tetapi terdapat pula responden yang memiliki pengetahuan yang baik. Pengetahuan yang baik ini diketahui dari observasi lebih dikarenakan mereka memiliki tingkat pendidikan yang tinggi sehingga mampu keluar dari budaya yang ada dan mau menerima informasi dari luar yaitu lingkungan maupun media masa ataupun elektronik dan membiarkan perkembangan pengetahuan mereka.

b. Pekerjaan Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa frekuensi pekerjaan ibu sebagian besar pada kategori bekerja dengan jumlah 28 responden (53.8%)

Hasil data frekuensi yang didapat tersebut, diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada kategori bekerja, yang artinya sebagian besar responden memiliki pekerjaan yang terdistribusi ke berbagai jenis pekerjaan.

Sebagian besar responden yang bekerja sebagai buruh didukung dengan usia responden yang masih produktif yaitu 20-30 tahun dimana usia tersebut responden lebih memilih untuk bekerja sebagai buruh dan hal tersebut juga didukung dengan tingkat pendidikan responden yang hanya SMA, dimana di tingkat pendidikan tersebut responden sulit untuk mencari pekerjaan atau bekerja di instansi pemerintahan.

Mayoritas responden yang bekerja tanpa adanya ikatan kontrak ataupun kedinasan seperti petani atau pedagang menyebabkan mereka memiliki waktu yang lebih banyak dalam upaya pemberian perhatian pada bayi. Tidak adanya pemberian cuti pada pekerjaan petani dan pedagang sejalan dengan pendapat Roesli, (2000) dan PERINASIA, (2004) yang menyatakan bahwa cuti hamil dan melahirkan hanya diberikan pada ibu yang bekerja di kantor atau perusahaan dan setelah cuti tersebut habis ibu harus kembali bekerja.

c. Dukungan tenaga kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa frekuensi dukungan tenaga kesehatan pada ibu sebagian besar pada kategori mendukung dengan jumlah 32 responden (61.5%). Dukungan yang baik dari tenaga kesehatan kepada ibu untuk menyusui dapat menjadikan faktor pendorong bagi ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif karena adanya peningkatan pengetahuan tentang pentingnya ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi.

Dalam meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif diperlukan kesadaran tenaga kesehatan dalam mempromosikan, melindungi dan juga mensosialisasikan menyusui. Kesadaran tersebut juga harus diikuti dengan pemahaman yang cukup mengenai dukungan bagi ibu menyusui dan

pemahaman terhadap kebijakan nasional terkait dengan menyusui. Dalam hal ini perlu dilakukan sosialisasi secara menyeluruh untuk meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan mengenai dukungan bagi ibu menyusui (Siregar, 2004).

d. Pemberian ASI eksklusif

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa frekuensi pemberian ASI eksklusif ibu pada bayi sebagian besar pada kategori tidak eksklusif dengan jumlah 32 responden (61.5%).

Hasil data yang menunjukkan 61.5% persen responden tidak memberikan ASI eksklusif mungkin sangat ironis sekali, hal ini dikarenakan responden lebih menyukai memberikan susu formula dan makanan tambahan yang lain daripada memberikan ASI eksklusif.

Pemberian ASI secara eksklusif penting karena ASI sebagai nutrisi yaitu merupakan sumber gizi yang sangat ideal komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. ASI adalah makanan yang sempurna baik kualitas maupun kuantitasnya. ASI juga berfungsi meningkatkan daya tahan tubuh bayi yaitu merupakan cairan hidup yang mengandung zat kekebalan yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, virus, parasit dan jamur. Zat kekebalan yang terdapat pada ASI akan melindungi bayi dari penyakit diare, juga akan menurunkan kemungkinan bayi terkena infeksi telinga, batuk, pilek dan penyakit alergi lainnya (Roesli, 2009).

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif

Hasil penelitian pada taraf signifikansi 5% dengan analisis *Fisher exact* didapatkan *p-value* $0.027 < 0,05$ maka H_a diterima, yang artinya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

Hasil penelitian yang menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan ibu dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang didukung penelitian sejenis yang dilakukan oleh Zainal (2013) tentang hubungan antara pengetahuan ibu, sikap ibu, IMD dan peran bidan dengan pelaksanaan ASI eksklusif serta faktor-faktor yang memengaruhi peran bidan pada IMD dan ASI eksklusif yang menunjukkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif dengan *p-value* 0.009.

Hasil diatas sesuai dengan pendapat Roesli (2009), kurangnya pemberian ASI eksklusif disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya: pengetahuan ibu yang kurang memadai tentang ASI eksklusif, beredarnya mitos yang kurang baik tentang pemberian ASI eksklusif, serta kesibukan ibu dalam melakukan pekerjaannya dan singkatnya pemberian cuti melahirkan yang diberikan oleh pemerintah terhadap ibu yang bekerja, merupakan alasan-alasan yang sering diungkapkan oleh ibu yang tidak berhasil menyusui secara eksklusif.

Dilihat secara akumulatif terlihat bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang tidak memberikan ASI secara eksklusif hal ini dikareakan dengan pengetahuan yang kurang dari

individu akan berdampak secara kurang baik pula pada perilaku dari individu tersebut. Hal ini sangat sesuai dengan teori yang dijelaskan oleh Notoatmodjo (2003) yang menjelaskan bahwa factor-faktor pembentuk perilaku yaitu Faktor predisposisi yang memuat faktor pengetahuan, sikap, tradisi dan norma sosial, *enabling* atau pendukung misalnya pelayanan khusus, fasilitas dan kemampuan, serta *reinforcing* atau faktor pendorong seperti halnya petugas kesehatan, keluarga, tokoh masyarakat dan juga guru yang mengajar tentang pendidikan.

Kurangnya pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif didukung dengan tingkat pendidikan ibu, meskipun sebagian besar tingkat pendidikan ibu SMA, informasi yang didapat masih sangat sedikit dengan tingkat pendidikan SMA ibu hanya bisa menerima informasi yang datang, dan tidak mencari informasi yang lebih sehingga tingkat pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif kurang dan tidak bisa mengaplikasikan untuk memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi.

b. Hubungan dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif

Hasil penelitian pada taraf signifikansi 5% dengan analisis *Fisher exact* didapatkan *p-value* $0.014 < 0,05$ maka H_0 diterima, yang artinya terdapat hubungan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

Hasil penelitian yang menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang didukung penelitian sejenis yang dilakukan oleh Ariwati (2014) tentang hubungan dukungan bidan tentang pemberian ASI eksklusif dengan perilaku pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Ambarawa Kabupaten Semarang yang menunjukkan hasil terdapat hubungan yang bermakna dengan *p-value* 0.001.

Terdapatnya hubungan yang signifikan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif dikarenakan terdapatnya keselarasan antara frekuensi responden yang mendapat dukungan secara baik dengan kategori tidak memberikan ASI eksklusif. Hal ini berarti bahwa responden yang kurang mendapat dukungan tenaga kesehatan pada penelitian ini tidak melaksanakan pemberian ASI eksklusif kepada bayinya. Hasil ini sesuai dengan teori bahwa adanya faktor pendorong dalam hal ini adalah tenaga kesehatan sangat berkaitan dengan perilaku individu, dimana menurut Green faktor tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor pendorong yang mempermudah seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan seperti memberikan ASI Eksklusif (Notoatmodjo,2003).

Karakteristik ibu yang mayoritas 20 tahun keatas berserta pendidikan pada kategori menengah memudahkan tenaga kesehatan untuk dapat memberikan informasi kesehatan berkaitan dengan pendidikan kesehatan tentang ASI eksklusif. Hal ini berdampak pada perilaku ibu untuk mau memberikan ASI eksklusif kepada anak.

Dampak tidak dapatnya dukungan secara maksimal menyebabkan pengetahuan ibu-ibu menjadi rendah dan selanjutnya menyebabkan ibu tidak mengetahui secara pasti manfaat ASI, yang secara faktual kandungan nutrisi dalam ASI sangatlah besar. Dari permasalahan ini seharusnya

dari penyedia layanan kesehatan pada lingkup terkecil dalam hal ini Posyandu mampu memberikan informasi pendidikan kesehatan yang baik tentang pentingnya pemberian ASI secara eksklusif kepada bayi yang dilakukan bersamaan dengan kegiatan posyandu yang dilakukan setiap awal bulan, sehingga meskipun pendidikan ibu rendah pemberian ASI secara eksklusif tetap bisa berjalan.

c. Hubungan pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif

Hasil penelitian pada taraf signifikansi 5% dengan analisis *Fisher exact* didapatkan *p-value* 0.878 > 0,05 maka H_a ditolak, yang artinya tidak terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang.

Penelitian yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif didukung penelitian sejenis yang dilakukan oleh Rahmawati (2013) tentang hubungan antara karakteristik ibu, peran petugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone dengan hasil $p = 0,313$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone.

Tidak terdapatnya hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif disebabkan responden yang mempunyai pekerjaan ataupun tidak memiliki pekerjaan setiap harinya tidak melaksanakan pemberian ASI eksklusif. Faktor ini sangat didukung hasil penelitian karena secara keseluruhan responden yang tidak bekerja ataupun bekerja dengan profesi sebagai petani dan pedagang tidak memiliki pemahaman yang baik tentang manfaat ASI dan cenderung mengikuti budaya yang ada. Dari permasalahan tersebut menyebabkan keinginan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif sangat kurang, sehingga berakibat untuk pemenuhan gizi bayi diambil keputusan pemberian makanan tambahan baik susu formula ataupun nasi.

Menurut Roesli (2009) alasan ibu untuk tidak menyusui terutama secara eksklusif dikaitkan dengan pekerjaan adalah ketika bekerja ASI tidak cukup memenuhi ketika bayi di tinggal. Alasan ini tampaknya merupakan alasan utama para ibu untuk tidak memberikan ASI eksklusif. Walaupun banyak ibu-ibu yang merasa ASInya kurang, tetapi hanya sedikit sekali (2-5%) yang secara biologis memang kurang produksi ASInya. Selebihnya 95-98 % ibu dapat menghasilkan ASI yang cukup untuk bayinya, dan dalam pelaksanaannya ibu dapat memeras susu terlebih dahulu sebelum berangkat bekerja.

Bagi ibu yang bekerja tidak adanya fasilitas tempat penyimpanan ASI di tempat bekerja, membuat ibu menyusui kesulitan untuk menyimpan ASI yang sudah diperah sebagai cadangan ASI. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang sudah dilakukan peneliti sebagian besar ibu yang bekerja sebagai buruh pabrik tidak mendapatkan fasilitas tempat menyimpan ASI di tempatnya bekerja sehingga tidak dapat memberikan ASI eksklusif.

Tidak disediakan tempat penyimpanan ASI di tempat bekerja bukan berarti ibu tidak bisa memberikan ASI eksklusif kepada bayi. Ibu yang bekerja dapat membawa tremos es dari rumah

untuk menyimpan ASI yang diperah di tempat kerja. Selama ditempat kerja ibu dapat memerah ASI minimal 2 kali selama 15 menit, ibu dapat menggunakan jari tangan untuk memerah ASI. ASI yang sudah diperah dapat disimpan dalam tremos berisi es batu yang sudah dibawa dari rumah, dengan itu walaupun ibu bekerja ibu tetap bisa memberikan ASI secara eksklusif (Priyono, 2010)

Penutup

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan ibu tentang pemberian ASI Secara eksklusif sebagian besar pada kategori kurang dengan jumlah 27 responden (51.9%).
2. Distribusi frekuensi pekerjaan ibu sebagian besar pada kategori bekerja dengan jumlah 28 responden (53.8%).
3. Distribusi frekuensi dukungan tenaga kesehatan pada ibu sebagian besar pada kategori mendukung dengan jumlah 32 responden (61.5%).
4. Distribusi frekuensi pemberian ASI eksklusif ibu pada bayi sebagian besar pada kategori tidak eksklusif dengan jumlah 32 responden (61.5%).
5. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang dengan p -value 0.027.
6. Tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang dengan p -value 0.878.
7. Terdapat hubungan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang Kecamatan Mijen Kota Semarang dengan p -value 0.014.

Daftar Pustaka

- Ariwati. 2014. Hubungan Dukungan Bidan Tentang Pemberian ASI Eksklusif dengan Prilaku Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Ambarawa Kabupaten Semarang. *Jurnal Kesehatan*.
- Bidiyanto, dkk. 2015. Hubungan Ketersediaan Fasilitas Penunjang Terhadap Keberhasilan ASI Eksklusif pada Ibu yang Bekerja Sebagai Tenaga Kesehatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan Volume II*. hlm: 6-8.
- Dewi, B.P. 2014. Determinan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Kebunsari Kecamatan Wonomulyo. *Jurnal Kesehatan*. hlm: 1-11.
- Infodatin. 2013. *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Notoatmodjo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Nursalam. 2008. *Konsep dan Pemaparan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2 Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* . Jakarta: Salemba Medika.
- PERINASIA. 2004. *Manajemen Laktasi*. Jakarta: PERINASIA
- Prasetyono, D.S. 2012. *Buku Pintar ASI Eksklusif*. Yogyakarta: Diva Press.
- Priyono, Y. 2010. *Merawat Bayi Tanpa Baby Sitter*. Yogyakarta: Media Presindo
- Purwanti. 2004. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*. Jakarta:EGC.
- Rahmawati, M.D. 2010. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui di Kelurahan Pedalangan Kecamatan Banyumanik Kota Semarang. *Jurnal KesMaDaSka Volume I*. hlm: 8-17.
- Rahmawati. 2013. Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Peran Petugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone. *Jurnal KesMaDaSka*. hlm: 16-23.
- Ramaiah, S. 2006. *ASI dan Menyusui*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer Kelompok Gramedia.
- Roesli, U. 2005. *Panduan Praktik Menyusui*. Jakarta: Puspa Swara.
- _____. 2009. *ASI Panduan Praktis Ibu Menyusui*. Yogyakarta: Banyu Medika.
- Sarwono, J. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Saryono, A.S. 2010. *Metodologi penelitian Kebidanan DIII, DIV, S1 dan S2*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Siregar, M. 2004. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI oleh Ibu Melahirkan. *Jurnal Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat*.
- Soetjningsih. 1997. *ASI: Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Suryoprajogo. 2009. *Keajaiban Menyusui*. Yogyakarta: Keyword.
- Utami, R. 2005. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Yuliarti, N. 2010. *Keajaiban ASI: Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan dan Kelincahan Si Kecil*. Yogyakarta: Andi.
- Yuniastuti, E. dkk. Hubungan Pengetahuan Ibu Bayi Tentang ASI Eksklusif dengan Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Girimarto Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan*. hlm: 106-116.
- Zainal. 2013. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu, Sikap Ibu, IMD dan Peran Bidan dengan Pelaksanaan ASI Eksklusif Serta Faktor-Faktor yang Memengaruhi Peran Bidan pada IMD dan ASI Eksklusif. *Jurnal Kesehatan*.

PERILAKU KONSUMSI BUAH DAN SAYUR PADA ANAK SEKOLAH DASAR DI SDN SEKARAN 1 TAHUN 2016

Mardiana¹, Windi Kharisma Putra¹, Aurel Trifonia Christy¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel: windikharismaputra17@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Menurut Riskesdas tahun 2013, di Indonesia pada kelompok usia 10 tahun keatas kurang konsumsi sayur dan buah sangat tinggi yaitu 93,6 % dari kebutuhannya sehari dan di Jawa Tengah pada kelompok usia 10 tahun keatas kurang konsumsi sayur dan buah mencapai 91 % dari kebutuhannya sehari.

Metode: penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Jumlah sampel sebanyak 33 orang. Analisis data univariat dan bivariat menggunakan *uji chi square* ($\alpha=0,05$)

Hasil: ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu ($p=0,46$) dan pendidikan ibu ($p=0,003$) dengan konsumsi buah dan sayur anak, tidak ada hubungan antara pengetahuan gizi anak ($p=0,605$), pekerjaan ibu ($p=0,056$), pendapatan perkapita ($p=0,052$), jumlah anggota keluarga ($p=0,538$), ketersediaan buah dan sayur ($p=0,818$) dan pengaruh teman sebaya ($p=0,839$) dengan konsumsi buah dan sayur anak.

Simpulan: variabel yang berhubungan di SDN Sekaran 1 adalah pengetahuan gizi ibu, pendidikan ibu dan yang tidak berhubungan adalah tidak ada hubungan antara pengetahuan gizi anak, pekerjaan ibu, pendapatan perkapita, jumlah anggota keluarga, ketersediaan buah dan sayur dan pengaruh teman sebaya.

Kata Kunci : Anak, Konsumsi, Buah dan Sayur

ABSTRACT

Background: According Riskesdas 2013, in Indonesia in the age group 10 years and older less fruit and vegetable consumption is as high as 93.6% of daily needs and in Central Java in the age group 10 years and older less fruit and vegetable consumption reached 91% of daily needs.

Methods: This study used cross sectional design. The total sample of 33 people. Univariate and bivariate data analysis using chi square test ($\alpha = 0.05$).

Results: No association between maternal nutritional knowledge ($p = 0.46$) and maternal education ($p = 0.003$) with the consumption of fruit and vegetables a child, there was no association between nutritional knowledge of children ($p = 0.605$), mother's occupation ($p = 0.056$), income per capita ($p = 0.052$), number of family members ($p = 0.538$), the availability of fruits and vegetables ($p = 0.818$) and the peer influence ($p = 0.839$) with the consumption of fruits and vegetables children.

Conclusion: The variables associated in SDN sekaran 1 is the knowledge of maternal nutrition, maternal education and the most dominant factor is the mother's education and unrelated is no correlation between knowledge of child nutrition, maternal employment, per capita income, number of family members, the availability of fruits and vegetables and peer influence.

Keyword : Children, Consumption, Fruits and Vegetables

Pendahuluan

Sayur dan buah merupakan sumber zat gizi mikro yang sangat bermanfaat bagi tubuh, karena kedua komponen gizi tersebut sangat penting dalam proses metabolisme tubuh sebagai zat pengatur dan antibodi juga bermanfaat menurunkan insiden terkena penyakit kronis. Sayur dan buah merupakan makanan penting yang harus selalu dikonsumsi setiap kali makan. Tidak hanya bagi orang dewasa, mengonsumsi sayur dan buah sangat penting untuk dikonsumsi sejak usia anak-anak, karena pada usia tersebut merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan bagi anak-anak (Santoso and Ranti, 2009).

Konsumsi sayur dan buah pada anak masih sangat minim dan masih banyak yang belum sesuai dengan rekomendasi. Menurut Pedoman Gizi Seimbang (2014), bagi anak balita dan anak usia sekolah dianjurkan untuk mengonsumsi sayuran dan buah-buahan sebanyak 300-400 gram yang terdiri dari 250 gram sayur (setara dengan 3-5 porsi atau 2,5 gelas sayur setelah dimasak dan ditiriskan) dan 150 gram buah (setara dengan 2-3 porsi atau 3 buah pisang ambon ukuran sedang atau 1,5 potong pepaya ukuran sedang atau 3 buah jeruk ukuran sedang). Sedangkan organisasi pangan dan pertanian dunia Food and Agriculture Organization (FAO), merekomendasikan warga dunia untuk makan sayur dan buah secara teratur sebanyak 75 kg/kapita/tahun begitupun dengan WHO merekomendasikan agar konsumsi sayur dan buah sebanyak 400 gram setiap hari.

Tingkat konsumsi buah dan sayur yang rendah di negara-negara maju seperti Inggris dan Amerika, dari survey data kesehatan nasional Inggris diketahui bahwa konsumsi sayur dan buah pada anak dan remaja masih sangat sedikit, yakni kurang dari 5 porsi per hari. Anak-anak usia sekolah di Amerika mengonsumsi buah sebanyak 80% dari kebutuhan mereka sehari, tapi mengonsumsi sayuran hanya 25% dari kebutuhan sehari. Kebanyakan dari anak-anak lebih menyukai untuk mengonsumsi makanan dengan kandungan lemak jenuh dan energi tinggi lebih dari yang direkomendasikan serta tinggi dalam mengonsumsi makanan minuman dengan pemanis buatan, namun rendah dalam mengonsumsi sayur dan buah (Brug, 2008).

Sedangkan di Asia Tenggara konsumsi sayur dan buah usia 5-14 tahun hanya sebanyak 182 gram per hari, dan menurut hasil survei organisasi pangan dan pertanian dunia Food and Agriculture Organization (FAO), konsumsi sayuran di Indonesia hanya 173 gram per hari dan konsumsi buah hanya 101 gram per hari (Dewi, 2013).

Menurut Riskesdas tahun 2013, di Indonesia pada kelompok usia 10 tahun keatas kurang konsumsi sayur dan buah sangat tinggi yaitu 93,6 % dari kebutuhannya sehari dan di Jawa Tengah pada kelompok usia 10 tahun keatas kurang konsumsi sayur dan buah mencapai 91 % dari kebutuhannya sehari.

Berbagai penelitian dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan konsumsi buah dan sayur pada anak. Perilaku konsumsi sayur dan buah pada anak setidaknya dipengaruhi oleh empat faktor besar. Mulai dari lingkungan, budaya yang terdiri dari negara, etnis, dan status sosial ekonomi hingga faktor individu, dimana pengetahuan dan sikap termasuk

didalamnya (Rasmussen et al., 2006). Selain itu dalam mengakses dan memilih makanan pada anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor lingkungan, baik itu lingkungan rumah maupun di luar rumah. Faktor yang paling berperan di dalam rumah antara lain faktor orangtua terutama ibu karena perilaku anak pertama kali diadopsi dari dalam rumah. Sedangkan faktor lingkungan di luar rumah seperti guru yang mengajar di sekolah, teman bermain serta iklan-iklan di media massa. Kedua faktor tersebut sangat berpengaruh karena pada umumnya anak selalu mengadopsi perilaku-perilaku dari lingkungan sekitarnya, termasuk dalam hal perilaku konsumsi sayur dan buah (Dewi, 2013).

Menurut Pearson, (2009) faktor orangtua merupakan faktor yang sangat penting dalam konsumsi sayur dan buah pada anak usia prasekolah, karena anak-anak pada usia tersebut lebih sering berada di rumah sehingga ketika makan pun tergantung dengan apa yang disediakan di rumah. Pendapat serupa oleh Ali roidi yaitu pada tahap usia prasekolah, anak harus mengikuti pola makan orang dewasa. karena pada usia prasekolah seorang anak masih merupakan golongan konsumen pasif yaitu belum dapat mengambil dan memilih makanan sendiri. Disamping kemampuan menerima berbagai jenis makanan yang juga masih terbatas mereka juga masih sulit diberikan pengertian tentang makanan (Rosidi, 2012).

Kebiasaan makan buah dan sayur yang baik pada anak tak lepas dari pemahaman dan perilaku ibu. perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor sesuai dengan teori Lawrance Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010), menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu : 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor mempermudah atau mempredesposisi terjadi perilaku meliputi pendidikan anak, pengetahuan anak, 2) Faktor pemungkin (*enabling factor*), faktor-faktor pemungkin atau memfasilitasi perilaku yang mencakup ketersediaan buah dan sayur, 3) Faktor penguat (*reinforcement factor*), faktor-faktor penguat yang mendorong terjadinya perilaku meliputi pekerjaan orangtua, pengetahuan gizi ibu, penghasilan perkapita, jumlah anggota keluarga, pengaruh teman sebaya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada anak-anak kelas 4 dan 5 di SDN Sekaran 01 dengan jumlah sampel sebanyak 10 anak yang dipilih secara acak diketahui siswa kurang mengonsumsi buah dan sayur sebanyak 70%. Kategori kurang jika konsumsi buah < 2 kali/hari dan sayur < 3 kali/hari. Maka dari itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 01 Gunungpati.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain studi *cross sectional* yaitu pengumpulan data dan informasi serta pengukuran antara variabel independen dan dependen dilakukan pada waktu yang sama. Populasi pada penelitian ini adalah anak sekolah dasar dan ibu

dari anak tersebut . Penelitian ini melibatkan sampel sebanyak 33 responden. Sampel penelitian adalah ibu dan anak sekolah dasar kelas IV dan V.

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara *simple random sampling* (pengambilan sampel secara acak sederhana). Penentuan jumlah sampel minimal dalam penelitian ini menggunakan rumus Stanley Lemezhow. Sampel yang diambil sebanyak 33 sampel.

Sumber data penelitian yaitu data primer dan sekunder. Sumber data primer diperoleh dari hasil wawancara dan observasi kepada responden terkait variabel yang akan diteliti sedangkan, data sekunder diambil dari SDN Sekaran 1. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner. Sedangkan untuk teknik pengambilan data dilakukan dengan wawancara kepada responden dan observasi langsung. Teknik analisis data dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat. Analisis data bivariate menggunakan *uji chi square*. karena untuk mengetahui hubungan variabel kategorik dengan kategorik, dengan jenis hipotesis asosiasi, dan skala pengukuran variabel kategorik tidak berpasangan serta terdapat 2 kelompok. Aturan pengambilan keputusan : jika $p \text{ value} > \alpha$ (0.05) maka H_0 diterima dan H_a ditolak, jika $p \text{ value} \leq \alpha$ (0.05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini dilakukan di dua sekolah dasar, yaitu SDN Sekaran 1 yang berada di Kecamatan Gunungpati. Responden yang diambil pada penelitian ini adalah anak sekolah dasar usia 10 tahun keatas yang duduk di kelas IV dan kelas V dengan berjumlah 33 responden.

Tabel 1. Analisis univariat

| Variabel Bebas | SDN Sekaran 1 | |
|--------------------------------|---------------|------|
| | Σ | % |
| Konsumsi Buah dan Sayur | | |
| Cukup | 16 | 48,5 |
| Kurang | 17 | 51,5 |
| Pengetahuan Gizi Anak | | |
| Baik | 16 | 48,5 |
| Kurang | 17 | 51,5 |
| Pengetahuan Gizi Ibu | | |
| Baik | 20 | 60,6 |
| Kurang | 13 | 39,4 |
| Pendidikan Ibu | | |
| Rendah | 16 | 48,5 |
| Tinggi | 17 | 51,5 |
| Pekerjaan Ibu | | |
| Bekerja | 16 | 48,5 |
| Tidak Bekerja | 17 | 51,5 |
| Pendapatan Perkapita | | |
| Rendah | 15 | 45,5 |
| Tinggi | 18 | 54,5 |
| Jumlah Anggota Keluarga | | |
| Besar | 11 | 33,3 |
| Kecil | 22 | 66,7 |

| Ketersediaan Buah dan Sayur | | |
|-----------------------------|----|------|
| Positif | 21 | 63,6 |
| Negatif | 12 | 36,4 |
| Pengaruh Teman Sebaya | | |
| Baik | 19 | 57,6 |
| Kurang | 14 | 42,4 |

Berdasarkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dapat diketahui di SDN Sekaran 1 sebanyak 51,5% atau 17 responden anak mempunyai tingkat konsumsi buah dan sayur yang kurang, 51,5% atau 17 responden memiliki pengetahuan gizi yang kurang, 60,6% atau 20 responden ibu memiliki pengetahuan gizi yang baik, 51,5% atau 17 responden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, 51,5% atau 17 responden tidak bekerja, 54,5% atau 18 responden memiliki pendapatan yang tinggi, 66,7% atau 22 responden memiliki jumlah anggota keluarga yang kecil, 63,6% atau 21 responden ketersediaan buah dan sayurnya baik atau positif, 57,6% atau 19 responden memiliki pengaruh teman sebaya yang baik.

Berdasarkan data primer penelitian yang diperoleh maka dilakukan analisis bivariate, sebagai berikut:

Tabel 2. Analisis Bivariat

| Variabel Bebas | Konsumsi Buah dan Sayur | | | | RP | P |
|------------------------------------|-------------------------|-------|----------|------|-------|-------|
| | SDN Sekaran 1 | | | | | |
| | Kurang | Cukup | | | | |
| | Σ | % | Σ | % | | |
| Pengetahuan Gizi Anak | | | | | | |
| Kurang | 10 | 58,8 | 7 | 41,2 | 1,345 | 0,605 |
| Baik | 7 | 43,7 | 9 | 56,3 | | |
| Pengetahuan Gizi Ibu | | | | | | |
| Kurang | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | 2,198 | 0,046 |
| Baik | 7 | 35 | 13 | 65 | | |
| Pendidikan Ibu | | | | | | |
| Rendah | 13 | 81,3 | 3 | 18,7 | 3,456 | 0,003 |
| Tinggi | 4 | 23,5 | 13 | 76,5 | | |
| Pekerjaan Ibu | | | | | | |
| Tidak Bekerja | 12 | 70,6 | 5 | 29,4 | 2,259 | 0,056 |
| Bekerja | 5 | 31,3 | 11 | 68,7 | | |
| Pendapatan Perkapita | | | | | | |
| Rendah | 11 | 73,3 | 4 | 26,7 | 2,200 | 0,052 |
| Tinggi | 6 | 33,3 | 12 | 66,7 | | |
| Jumlah Anggota Keluarga | | | | | | |
| Besar | 7 | 63,6 | 4 | 36,4 | 1,400 | 0,538 |
| Kecil | 10 | 45,5 | 12 | 54,5 | | |
| Ketersediaan Buah dan Sayur | | | | | | |
| Negatif | 7 | 58,3 | 5 | 41,7 | 1,225 | 0,818 |
| Positif | 10 | 47,6 | 11 | 52,4 | | |
| Pengaruh Teman Sebaya | | | | | | |
| Kurang | 9 | 47,4 | 10 | 52,6 | 0,929 | 0,839 |

Dari hasil uji statistik chi square antara pengetahuan gizi anak dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\ value = 0,605$ ($p\ value > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan gizi responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Hasil penelitian di SDN Sekaran 1 tidak sesuai dengan penelitian Bordheauduij, et al (2008) dalam Hafsah (2012) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan anak usia sekolah khususnya mengenai anjuran konsumsi buah dan sayur dengan konsumsi buah dan sayur. Penelitiannya melibatkan 13305 anak usia 11 tahun di sembilan negara bagian Eropa diketahui bahwa negara Portugal memiliki pengetahuan tentang buah dan sayur terutama mengenai anjuran mengonsumsi buah dan sayur paling tinggi dibandingkan negara lain. Ternyata tingkat konsumsi buah dan sayur di negara tersebut juga menunjukkan hasil yang paling tinggi dan analisis statistik menunjukkan hubungan yang bermakna.

Dari hasil uji statistik chi square antara pengetahuan gizi ibu dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\ value = 0,046$ ($p\ value < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan gizi responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Hasil penelitian di SDN Sekaran 1 sesuai dengan Penelitian Kristjansdottir, et al (2006) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang buah dan sayur dengan konsumsi buah dan sayur. Responden yang memiliki pengetahuan yang baik memiliki peluang 5 kali lebih besar untuk mengonsumsi buah dan sayur dibandingkan responden yang kurang pengetahuan tentang buah dan sayur.

Dari hasil uji statistik chi square antara pendidikan ibu dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\ value = 0,003$ ($p\ value < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Hasil penelitian di SDN Sekaran 1 terkait pendidikan ibu sesuai dengan penelitian Zulaeha (2006) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka akan semakin positif sikap seseorang terhadap gizi makanan sehingga semakin baik pula konsumsi bahan makanan sayur dan buah dalam keluarga. Selain itu, dengan pendidikan yang lebih tinggi, tingkat pengetahuan dan informasi yang dimiliki juga akan lebih banyak sehingga turut berperan dalam memilih mengonsumsi makanan yang sehat.

Dari hasil uji statistik chi square antara pendidikan ibu dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\ value = 0,056$ ($p\ value > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Hasil penelitian di SDN Sekaran 1 sesuai dengan penelitian Wulansari (2009), yaitu ditemukan bahwa pekerjaan tidak berhubungan secara signifikan dengan perilaku konsumsi buah dan sayur individu. Hal ini berarti konsumsi buah dan sayur tidak terlalu dipengaruhi oleh status pekerjaan dan diduga terdapat faktor lain yang berhubungan dengan perilaku konsumsi buah dan sayur.

Dari hasil uji statistik chi square antara pendapatan perkapita dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,052$ ($p\text{ value} > 0,05$) dan di SDN Pekunden diperoleh nilai $p\text{ value} = 1,000$ ($p\text{ value} > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan perkapita responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Hasil penelitian di SDN Sekaran 1 tidak sesuai dengan penelitian MacFarlane (2007) dalam Bahria (2009) menyatakan bahwa masyarakat yang status ekonominya tinggi selalu tersedia sayuran saat makan malam dan buah di rumah sehingga tingkat konsumsi buah dan sayur lebih tinggi dibanding dengan keluarga yang ekonominya rendah.

Dalam penelitian ini, sebagian besar responden dari masing-masing sekolah memiliki jumlah anggota keluarga yang kecil yaitu di SDN Sekaran 1 sebanyak 66,7% memiliki jumlah anggota keluarga yang kecil.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Pratiwi (2006) dan Wulansari (2009), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara keluarga kecil maupun besar terhadap perilaku konsumsi buah dan sayur. Namun, penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Srimaryani (2010), yang menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga dengan perilaku konsumsi buah dan sayur individu menunjukkan hubungan yang signifikan.

Dari hasil uji statistik chi square antara ketersediaan buah dan sayur dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,818$ ($p\text{ value} > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan buah dan sayur responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Hasil penelitian di SDN Sekaran 1 tidak sesuai dengan penelitian Bordheauduij, *et al* (2008) dalam Hafsah (2012) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara ketersediaan buah dan sayur di rumah dengan tingkat konsumsi buah dan sayur pada anak. Semakin tinggi tingkat ketersediaan buah dan sayur maka semakin tinggi pula konsumsi sayur pada anak.

Dari hasil uji statistik chi square antara pengaruh teman sebaya dengan konsumsi buah dan sayur di SDN Sekaran 1 diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,839$ ($p\text{ value} > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengaruh teman sebaya responden dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa/siswi di SDN Sekaran 1.

Penutup

Variabel yang berhubungan dengan konsumsi buah dan sayur pada anak sekolah dasar SDN Sekaran 1 adalah pengetahuan gizi ibu dan pendidikan ibu, variabel yang tidak berhubungan adalah pengetahuan gizi anak, pekerjaan ibu, pendapatan perkapita, jumlah anggota keluarga, ketersediaan buah dan sayur dan pengaruh teman sebaya

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami tunjukkan kepada KesbangPolinmas Kota Semarang, Dinas Pendidikan Kota Semarang, SDN Sekaran 1 dan responden penelitian yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Bahria. 2009. *Hubungan antara Pengetahuan Gizi, Kesukaan dan Faktor Lain dengan Konsumsi Buah dan Sayur pada Remaja di 4 SMA di Jakarta tahun 2009*. Skripsi. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Brug, et al, 2008. Taste Preferences, Liking And Other Factors Related To Fruit And Vegetable Intakes Among Schoolchildren. Result From Observational Studies. *British Journal of Nutrition* 99, S7-S14.
- Dewi, Y. 2013. Studi Deskriptif: Persepsi dan Perilaku Makan Buah dan Sayur pada Anak Obesitas dan Orang Tua. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*, Volume 2 Nomor 1 Tahun 2013.
- Hafsah, Fibrihirzani. 2012. *hubungan antara karakteristik individu, orang tua dan lingkungan dengan konsumsi buah dan sayur pada siswa sdn beji 5 dan 7 depok tahun 2012*. Skripsi FKM UI.
- Kristjansdottir, et al. 2006. *Determinants of Fruit and Vegetable Intake among 11-Year-Old Schoolchildren in a Country of Traditionally Low Fruit and Vegetable Consumption*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 3 : 41.
- Mac Farlane, Abbie, et al. 2007. *Adolescent Home Food Environment and Socioeconomic Position*. *Asia Pac J Clin Nutr*, 16 (4): 748-756.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta, PT Rineka Cipta.
- Pearson, Natalie, et al. 2009. *Parenting Style, Family Structure and Adolescent Dietary Behavior*. *Public Health Nutrition*, 13(8), 1245-1253.
- Pratiwi, Wulan. 2006. Analisis Hubungan Pengetahuan Gizi, Sikap dan Preferensi dengan Kebiasaan Makan Sayuran Ibu Rumah Tangga di perkotaan dan Pedesaan Bogor. Skripsi. Bogor: IPB.
- Rosidi, A. 2012. *Peran Pendidikan dan Pekerjaan Ibu Dalam Konsumsi Sayur Anak Prasekolah*. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang* Volume 1, Nomor 1.
- Santoso, S. & Ranti, A. L. 2009. *Kesehatan Dan Gizi*, Jakarta, Rineka Cipta. Sediaoetama, Achmad Djaeni. 2004. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid 1*. Jakarta: Dian Rakyat.

- Srimaryani, Diah Imas. 2010. *Pola Konsumsi Pangan dan Status Gizi pada RumahTangga Peserta Program Pemberdayaan Masyarakat di Kota danKabupaten Bogor*. Skripsi. Bogor: IPB.
- Wulansari, Natalia Dessy. 2009. *Konsumsi serta Preferensi Buah dan Sayur padaRemaja SMA dengan Status Sosial Ekonomi yang Berbeda di Bogor*. Bogor: IPB.
- Zulaeha, Ratna. 2006. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah pada Siswa SMA Negeri 103 Jakarta tahun 2006*. Karyallmiah. Jakarta: Politeknik Kesehatan Jakarta II Departemen Kesehatan RI

ANALISIS SPASIAL TIME SERIES UNTUK KEJADIAN CHIKUNGUNYA KOTA SEMARANG TAHUN 2012-2014

Fahmi Manarul Alam¹, Rudatin Windraswara¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Surel: rudatin@mail.unnes.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Chikungunya adalah penyakit yang disebabkan oleh Chikungunya Virus dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes sp.* Beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian chikungunya adalah curah hujan, angka bebas jentik, kepadatan penduduk, dan ketinggian tempat. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan secara spasial antara faktor-faktor tersebut dengan kejadian chikungunya pada setiap kecamatan di Kota Semarang.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan studi ekologis dengan perangkat lunak SIG ArcGIS 10.3. Sampel dalam penelitian ini adalah semua penderita chikungunya dari tahun 2012-2014 yang berjumlah 418 orang. Adapun variabel yang diukur pada penelitian ini adalah curah hujan, ketinggian tempat, kepadatan penduduk, dan angka bebas jentik dan kejadian Chikungunya di Kota Semarang.

Hasil: Dalam analisis hubungan dengan grafik terdapat hubungan yang searah antara curah hujan dengan kejadian Chikungunya. Sedangkan analisis spasial menunjukkan pola yang cenderung tidak searah antara curah hujan dengan kejadian Chikungunya di Kota Semarang. Analisis hubungan grafik antara ketinggian tempat dengan kejadian Chikungunya tidak terlihat menunjukkan pola yang searah. Namun secara spasial ketinggian tempat terlihat memiliki pola yang searah dengan kejadian Chikungunya di Kota Semarang.

Simpulan: Hasil analisis tingkat kerawanan terhadap masing-masing kecamatan yang memiliki resiko tinggi terhadap kejadian chikungunya adalah Kecamatan Semarang Utara, Semarang Tengah, Semarang Timur, Gayamsari, Semarang Selatan, dan Candisari.

Kata Kunci: Spasial, Chikungunya

ABSTRACT

Background: Chikungunya is a disease caused by the Chikungunya virus and transmitted by *Aedes sp.* Several factors affect the incidence of chikungunya are rainfall, mosquito-free numbers, population density, and altitude. The purpose of this research was to determine the spatial relationship between these factors with the incidence of chikungunya in every district in the city of Semarang.

Methods: Quantitative descriptive ecological study was conducted and used GIS software ArcGIS 10.3. The sample in this study was 418 Chikungunya patients in Semarang during 2012-2014. The variables measured in this study are rainfall, elevation, population density, and Free Larvae Number (ABJ) and Chikungunya cases in Semarang.

Results: In the analysis of the relationship with the chart there is a direct relationship between precipitation with Chikungunya. While the spatial analysis showed a pattern that tends off between precipitations with Chikungunya in Semarang. Analysis of the relationship between altitude graph with no visible Chikungunya showed unidirectional pattern. However spatially altitude seem to have a pattern of trends in the incidence of Chikungunya in the city of Semarang.

Conclusion: The results of the analysis of the level of high risk vulnerability were District of Semarang Utara, Semarang Central, East Semarang, Gayamsari, South Semarang, and Candisari.

Key Words: Spatial analysis, Chikungunya

Pendahuluan

Di Indonesia, virus Chikungunya telah ditemukan sejak abad ke-18. Saat itu infeksi dari virus tersebut disebut dengan demam 5 hari atau demam sendi. Kejadian Luar Biasa (KLB) untuk penyakit ini pertama kali dilaporkan di Samarinda Provinsi Kalimantan Timur dan Jakarta pada tahun 1973. Sejak tahun 1985 virus Chikungunya bahkan hampir tiap provinsi di Indonesia pernah melaporkan KLB. Diawali pada tahun 1999 KLB terjadi di Muara Enim, tahun 2000 di Aceh, tahun 2001 di Jawa Barat (Bogor, Bekasi, Depok), tahun 2002 di Palembang, Semarang, Indramayu, Manado, DKI, Banten, Tahun 2003 terjadi di beberapa wilayah pulau Jawa, NTB, Kalimantan Tengah. Secara epidemiologis, saat ini hampir seluruh wilayah di Indonesia berpotensi untuk timbulnya KLB Chikungunya (Kemenkes RI, 2012)

Pada tahun 2009, terdapat 17 kota/kabupaten meliputi Kota Semarang, Kabupaten Semarang, Kendal, Grobogan, Kudus, Pekalongan, Kota Pekalongan, Banyumas, Banjarnegara, Purbalingga, Purworejo, Kebumen, Sukoharjo, Boyolali, Karanganyar, Sragen dan Wonogiri yang mengalami KLB Chikungunya dengan total penderita 5.095 orang. Sejak tahun 2009 wabah Chikungunya di Kota Semarang selalu muncul tiap tahun (Dinkes Jateng, 2010).

Kota Semarang berada di wilayah Provinsi Jawa Tengah dan dikenal sebagai daerah endemik Chikungunya karena selalu muncul tiap tahunnya. Selama tahun 2012-2014 kejadian Chikungunya di Kota Semarang selalu mengalami kenaikan, yakni 62 kasus (IR=3,52) pada tahun 2012, tahun 2013 119 kasus (IR=6,7) per 100.000 penduduk, dan tahun 2014 IR kembali mengalami kenaikan yaitu menjadi 12,6 (237 kasus) per 100.000 penduduk (Dinkes Semarang, 2014).

Menurut Ditjen PP & PL Kemenkes RI Tahun 2012 terdapat 3 faktor yang memegang peranan dalam penularan penyakit Chikungunya yaitu sebagai berikut: perpindahan penduduk dari daerah terinfeksi; sanitasi lingkungan yang buruk; dan berkembangnya penyebaran dan kepadatan nyamuk.

Faktor lingkungan fisik seperti ketinggian tempat, suhu dan curah hujan juga berpengaruh terhadap penyebaran Chikungunya karena ketiga faktor tersebut berhubungan dengan perkembangbiakan nyamuk pembawa virus Chikungunya. Dalam penelitian Wilson *et al* (2014) di India, pada Bulan Oktober dan November, wilayah studi yang mengalami angin musim timur laut dengan curah hujan 307 mm diketahui memiliki jumlah spesies nyamuk yang lebih banyak, termasuk *A. aegypti* dan *A. albopictus*. Kota Semarang memiliki variasi dalam hal rata-rata curah hujan, berdasarkan data dari Badan Klimatologi Kota Semarang yang menunjukkan kondisi berbeda-beda misalnya pada Bulan Januari 2014: Tembalang (428 mm), Semarang Barat (734 mm), dan Pedurungan (880 mm). Begitupun halnya dengan ketinggian tempat di tiap kecamatan contohnya: Kecamatan Semarang Utara 0,75 mdpl, Kecamatan Candisari 90,56 mdpl, dan Kecamatan Gunungpati 348 mdpl (BPS Kota Semarang, 2009). Selain lingkungan fisik, kejadian Chikungunya juga dapat disebabkan oleh faktor Angka Bebas Jentik (ABJ), dan peningkatan kepadatan penduduk.

Meskipun sangat jarang ditemukan bahwa penderita Chikungunya ditemukan meninggal, namun angka kesakitan yang ditimbulkan dalam waktu singkat cukup tinggi serta menimbulkan dampak kerugian ekonomis akibat hilangnya hari produktif karena ketidakmampuan yang dialami oleh penderita (Swaroop *et al*, 2007).

Chikungunya termasuk penyakit berbasis *vector borne diseases* dengan vektor nyamuk *A. Aegypti* dan *A. Albopictus*. Pada prosesnya yang berawal dari agen penyebab sampai akhirnya terdapat kejadian Chikungunya di masyarakat. Proses tersebut melalui interaksi yang kompleks antara faktor lingkungan, agen penyebab, vektor (nyamuk), beberapa hewan penjamu, dan reservoir agen yang dapat dirangkai ke dalam sebuah sistem yang menghasilkan suatu informasi. Pada dasarnya, proses perangkaian interaksi tersebut bisa dilakukan dengan berbagai metode pendekatan, namun pemilihan metode yang digunakan akan sangat berpengaruh terhadap kualitas informasi/gambaran kejadian Chikungunya yang dihasilkan (Kistemann & Queste 2004).

Berdasarkan vektor dan dinamika transmisinya memang bisa dikatakan bahwa Chikungunya dan DBD memiliki kesamaan/kemiripan. Namun, dilihat dari sudut pandang dan pola penyebarannya belum tentu penyebaran yang terjadi pada kasus DBD memiliki pola yang sama dengan pola penyebaran Chikungunya (Kemenkes RI, 2012).

Beberapa pendekatan seperti kasus kontrol, kohort, dan *cross sectional* seringkali digunakan pada penelitian kejadian Chikungunya terdahulu. Namun, kurang representatif jika digunakan dalam penelitian ini karena pendekatan tersebut lebih tepat digunakan pada penelitian tingkat individu bukan populasi.

Salah satu pendekatan yang representatif digunakan untuk menjelaskan pola penyebaran kejadian Chikungunya di Kota Semarang tahun 2012-2014 adalah studi deskriptif ekologi dengan analisis spasial, karena dapat mengetahui hubungan antara paparan faktor risiko suatu penyakit dengan kejadian penyakit tersebut dalam suatu populasi pada periode waktu tertentu. Di dalam penelitian ini akan dilihat jumlah kasus Chikungunya sebagai variabel dependen dan variabel independen berupa faktor lingkungan (ketinggian tempat dan curah hujan), kepadatan penduduk, angka bebas jentik, serta mengetahui keberadaan hubungan antara kedua variabel tersebut sepanjang tahun 2012-2014. Oleh karena itu, desain studi ekologi adalah desain studi yang paling tepat digunakan dalam penelitian ini.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan studi ekologis. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk di Kota Semarang tahun 2012-2014. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah seluruh penderita Chikungunya dari tahun 2012-2014 sebanyak 418 orang. Penelitian ini dilakukan di 16 kecamatan yang ada di Kota Semarang yaitu, Genuk, Pedurungan, Gayamsari, Tembalang, Banyumanik, Gunungpati, Mijen, Ngaliyan, Tugu, Semarang Barat, Semarang Utara, Semarang Tengah, Semarang Selatan, Semarang Timur, Candisari, dan Gajahmungkur.

Beberapa data spasial akan dianalisis dengan cara ditumpang-susunkan (*overlay*), di-interpolasi (*interpolation "inverse distance weighted"*) yakni metode yang ada pada perangkat lunak SIG untuk mengestimasi nilai yang belum diketahui dan *kernel density*. Semua metode tersebut untuk menghasilkan unit pemetaan yang baru yang diinginkan dan akan digunakan untuk mengidentifikasi pola hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Proses analisis spasial tersebut dilakukan dengan bantuan perangkat lunak pengolah data spasial.

Secara keseluruhan peta yang dihasilkan terdiri dari 4 komponen utama yang akan membantu dalam proses penafsiran dan analisis hasil. Komponen pertama yaitu titik (*dot*) yang ada di dalam peta merupakan titik semi-absolut dengan koordinat yang diperoleh berdasarkan bantuan perangkat lunak penampil peta *online* dan mewakili lokasi/alamat pasien yang terkena Chikungunya. Komponen kedua merupakan *polygon-polygon* yang menggambarkan batas administratif antar kecamatan di Kota Semarang, *polygon* tersebut juga akan memiliki gradasi warna sesuai dengan data (variabel bebas) yang dimunculkan oleh perangkat lunak spasial. Komponen ketiga adalah pola kerapatan kasus yang ditunjukkan dengan warna merah, orange, dan kuning dengan metode *Kernel Density* yang ada pada perangkat lunak SIG. Metode ini berfungsi untuk mengestimasi nilai kerapatan kasus berdasarkan satuan (per unit area). Pola ini membantu peneliti untuk menafsirkan seberapa rapat/renggang satu titik kasus dengan beberapa kasus lain di sekitarnya. Komponen terakhir yaitu lingkaran hitam kecil yang di atasnya diberikan identitas berupa singkatan dari nama kecamatan untuk memudahkan identifikasi terhadap kecamatan terkait. Berikut merupakan informasi singkat untuk memudahkan pembacaan singkatan tersebut:

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. GNK = Genuk | 9. SBRT = Semarang Barat |
| 2. PDRG = Pedurungan | 10. STENG = Semarang Tengah |
| 3. TBLG = Tembalang | 11. SUTR = Semarang Utara |
| 4. BNYK = Banyumanik | 12. STIM = Semarang Timur |
| 5. GPTI = Gunungpati | 13. SSEL = Semarang Selatan |
| 6. MJN = Mijen | 14. GYM = Gayamsari |
| 7. NGYN = Ngaliyan | 15. GJMG = Gajahmungkur |
| 8. TUGU = Tugu | 16. CNDS = Candisari |

Analisis spasial dilakukan per 6 bulan selama 3 tahun (2012-2014). Enam bulan pertama yaitu Januari-Juni dan enam bulan selanjutnya yaitu Juli-Desember. Pemilihan analisis dengan periode tersebut diatas berdasarkan pada hasil penelitian Huang *et al* (2013) terhadap nyamuk *Aedes sp* yang menjadi penyebab kejadian DBD dan Chikungunya di Australia. Penelitian tersebut menyatakan bahwa ada jeda waktu antara 3 minggu sampai dengan 2 bulan hingga curah hujan (*rainfall*) mempengaruhi perkembangan dan transmisi nyamuk *Aedes sp* dan kemudian ditemukan kejadian DBD ataupun Chikungunya. Hasil perhitungan nilai ambang dari *regression tree* didapatkan interval waktu yang tepat adalah Januari-Juni ($\sin \geq 0,3$) dan Juli-Desember ($\sin < 0,3$).

Selain itu, hasil pengamatan dari badan imigrasi, urbanisasi, dan kependudukan di berbagai negara menyatakan peningkatan jumlah penduduk cenderung terjadi pada bagian awal tahun (*first half*), yaitu Bulan Januari-Juni. Statistik populasi di Sundyberg Swedia pada Januari-Juni 2013 bertambah sebanyak 40.543 orang dibandingkan akhir 2012 (SCB, 2013). Pertumbuhan penduduk di Kazakhstan bertambah 0,8% pada Januari-Juni 2015 dibandingkan pada periode yang sama di tahun 2014 (Kazinform, 2015).

Pada akhirnya akan dibuat peta wilayah risiko kejadian Chikungunya sebagai model sederhana untuk penentuan tingkat kerawanan kejadian Chikungunya di setiap kecamatan di Kota Semarang. Pengklasifikasian tingkat kerawanan kejadian Chikungunya merupakan hasil penjumlahan bobot antara variabel jumlah kasus Chikungunya, curah hujan, kepadatan penduduk dan angka bebas jentik. Semua variabel tersebut sebelumnya telah melalui proses pengkategorian terlebih dahulu, variabel kejadian chikungunya dikategorikan dengan mencari nilai tengah dari jumlah total kasus selama 3 tahun yang akan di analisis (berdasarkan informasi dari Dinas Kesehatan Kota Semarang), variabel curah hujan kategori telah ditentukan oleh BMKG, variabel kepadatan penduduk dan ketinggian tempat dikategorikan menggunakan metode *Natural Breaks* (dalam perangkat SIG), variabel ABJ kategori sudah ditentukan oleh Kemenkes RI.

Pengklasifikasian tingkat kerawanan dibagi menjadi 3 tingkat berdasarkan hasil penjumlahan bobot masing-masing variabel, yaitu tingkat kerawanan rendah dengan bobot (30-36), tingkat kerawanan sedang dengan bobot (37-41), dan tingkat kerawanan tinggi dengan bobot (42-46)

Hasil dan Pembahasan

Hasil analisis univariat bertujuan untuk melihat distribusi masing-masing variabel. Hasil analisis univariat dari variabel curah hujan, kepadatan penduduk, angka bebas jentik dan ketinggian tempat adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Data Rata-rata Curah Hujan 16 Kecamatan Hasil Interpolasi

| Kecamatan | 2012 (mm) | | 2013 (mm) | | 2014 (mm) | |
|----------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Januari- Juni | Juli- Desember | Januari- Juni | Juli- Desember | Januari- Juni | Juli- Desember |
| Gunung Pati | 112 | 57 | 92 | 57 | 310 | 122 |
| Candisari | 63 | 24 | 63 | 50 | 205 | 175 |
| Ngaliyan | 68 | 45 | 104 | 70 | 333 | 92 |
| Semarang Barat | 54 | 32 | 110 | 35 | 275 | 109 |
| Semarang Utara | 65 | 30 | 104 | 20 | 309 | 135 |
| Tugu | 68 | 38 | 112 | 44 | 290 | 112 |
| Mijen | 120 | 62 | 94 | 59 | 312 | 135 |
| Banyumanik | 75 | 34 | 86 | 49 | 269 | 140 |
| Tembalang | 67 | 29 | 76 | 50 | 227 | 159 |
| Pedurungan | 64 | 29 | 84 | 39 | 248 | 161 |
| Genuk | 68 | 31 | 94 | 25 | 288 | 135 |

| | | | | | | |
|------------------|----|----|-----|----|-----|-----|
| Gayamsari | 65 | 30 | 81 | 27 | 275 | 146 |
| Semarang Timur | 66 | 30 | 81 | 28 | 301 | 137 |
| Semarang Tengah | 63 | 32 | 101 | 28 | 287 | 132 |
| Semarang Selatan | 63 | 31 | 85 | 40 | 270 | 145 |
| Gajahmungkur | 65 | 34 | 87 | 45 | 250 | 133 |

Dari tabel 1. dapat dilihat bahwa curah hujan di masing-masing kecamatan di Kota Semarang lebih tinggi terjadi pada awal tahun atau periode Januari-Juni di setiap tahunnya. Pada periode Januari-Juni 1 yaitu tahun 2012, curah hujan tertinggi terjadi di 2 kecamatan yakni Gunungpati dan Mijen dengan 112 mm dan 120 mm. Pada periode Januari-Juni 2 tahun 2013, curah hujan tinggi cenderung terjadi di daerah kota bawah yaitu Ngaliyan, Semarang Barat, Semarang Utara, Tugu, dan Semarang Tengah dengan masing-masing 104 mm, 110 mm, 104 mm, 112 mm, dan 101 mm. Periode Januari-Juni 3 tahun 2014 merupakan curah hujan yang tertinggi di setiap kecamatan dari semua periode, rata-rata curah hujan >200 mm. Pada periode akhir tahun yakni Juli-Desember, curah hujan lebih sedikit dibanding awal tahun dari rentang tahun 2012-2014, secara keseluruhan hanya setengah dari curah hujan yang terjadi di awal tahun.

Tabel 2. Data Kepadatan Penduduk 16 Kecamatan di Kota Semarang

| Kecamatan | 2012 (jiwa/km ²) | | 2013 (jiwa/km ²) | | 2014 (jiwa/km ²) | |
|------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|---------------|------------------------------|---------------|
| | Januari-Juni | Juli-Desember | Januari-Juni | Juli-Desember | Januari-Juni | Juli-Desember |
| Banyumanik | 4996,4 | 4945,4 | 5015,6 | 5071,8 | 5086,8 | 5107,0 |
| Candisari | 12229,6 | 12171,5 | 12225,1 | 12199,1 | 12172,9 | 12170,5 |
| Gajahmungkur | 6968,9 | 6984,8 | 6999,2 | 7009,8 | 7018,0 | 7030,1 |
| Gayamsari | 11850,7 | 11894,0 | 11793,4 | 11869,5 | 11943,5 | 11950,7 |
| Genuk | 3285,6 | 3319,5 | 3364,9 | 3398,2 | 3431,9 | 3461,5 |
| Gunungpati | 1362,3 | 1374,5 | 1387,4 | 1396,4 | 1406,9 | 1417,3 |
| Mijen | 962,9 | 978,2 | 989,8 | 1009,2 | 1014,1 | 1027,7 |
| Ngaliyan | 3130,2 | 3166,3 | 3195,0 | 3215,5 | 3236,9 | 3256,6 |
| Pedurungan | 8437,8 | 8476,8 | 8506,0 | 8538,9 | 8561,8 | 8596,5 |
| Semarang Selatan | 14013,8 | 13988,9 | 13915,1 | 13874,6 | 13484,9 | 13474,8 |
| Semarang Tengah | 12356,7 | 12028,9 | 11807,0 | 11778,8 | 11672,8 | 11632,0 |
| Semarang Timur | 10325,9 | 10258,0 | 10230,3 | 10205,2 | 10189,4 | 10153,6 |
| Tembalang | 3154,1 | 3217,0 | 3251,2 | 3298,5 | 3393,7 | 3469,2 |
| Tugu | 943,3 | 935,7 | 965,5 | 967,5 | 988,1 | 991,1 |
| Semarang Barat | 7346,4 | 7311,0 | 7305,0 | 7302,0 | 7295,4 | 7290,7 |
| Semarang Utara | 11617,0 | 11649,3 | 11572,5 | 11593,3 | 11676,2 | 11696,8 |

Sumber: BPS Kota Semarang 2015

Dilihat secara keseluruhan Kota Semarang sendiri mengalami kenaikan kepadatan penduduk dari tahun 2012-2014 yaitu 4138,8 jiwa/km² tahun 2012, 4205,3 jiwa/km² pada tahun 2013, dan 4239,1 jiwa/km² pada tahun 2014.

Tabel 3. Data Angka Bebas Jentik (ABJ) 16 Kecamatan di Kota Semarang

| Kecamatan | 2012 (%) | | 2013 (%) | | 2014 (%) | |
|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Januari- Juni | Juli- Desember | Januari- Juni | Juli- Desember | Januari- Juni | Juli- Desember |
| Genuk | 91,7 | 92,4 | 82,5 | 83,0 | 95,2 | 84,3 |
| Pedurungan | 92,5 | 93,5 | 84,8 | 90,7 | 88,3 | 91,2 |
| Gayamsari | 89,5 | 91,7 | 94,7 | 93,0 | 86,0 | 87,0 |
| Semarang Timur | 90,4 | 91,7 | 85,3 | 87,7 | 85,8 | 79,2 |
| Semarang Tengah | 88,8 | 91,7 | 88,3 | 88,0 | 89,2 | 90,0 |
| Semarang Selatan | 87,7 | 90,9 | 86,0 | 91,0 | 92,0 | 82,3 |
| Candisari | 88,8 | 91,3 | 77,6 | 77,3 | 83,5 | 78,7 |
| Gajahmungkur | 90,5 | 92,4 | 82,5 | 85,5 | 77,0 | 83,3 |
| Semarang Utara | 95,8 | 96,2 | 84,5 | 91,2 | 90,0 | 84,0 |
| Semarang Barat | 87,0 | 87,2 | 82,1 | 84,3 | 84,8 | 91,8 |
| Tugu | 90,8 | 94,5 | 89,0 | 91,0 | 88,0 | 87,8 |
| Ngaliyan | 88,0 | 94,0 | 86,2 | 90,2 | 85,0 | 86,3 |
| Mijen | 85,9 | 91,5 | 88,9 | 92,1 | 82,3 | 88,3 |
| Gunungpati | 91,2 | 93,6 | 81,2 | 86,5 | 84,5 | 82,5 |
| Banyumanik | 89,0 | 90,6 | 78,9 | 81,6 | 83,2 | 98,2 |
| Tembalang | 89,2 | 90,6 | 80,2 | 83,6 | 79,7 | 88,5 |

Sumber: Dinas Kota Semarang 2015

Berdasarkan Tabel 3. Kota Semarang mengalami penurunan rata-rata Angka Bebas Jentik dari tahun 2012-2014. Pada tahun 2012 Kota Semarang memiliki ABJ sebesar 90,9%, selanjutnya pada tahun 2013 ABJ menurun drastis menjadi 85,9% saja. Kemudian di tahun 2014 ABJ kembali mengalami penurunan sebesar 0,3% menjadi 85,6%.

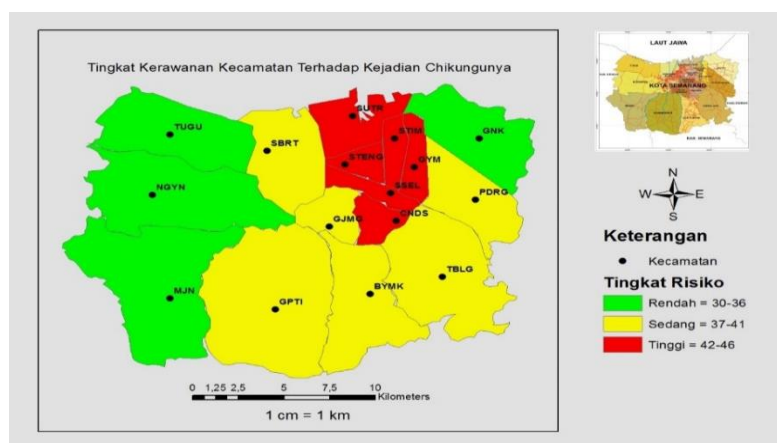
Dilihat berdasarkan analisis spasial antara curah hujan dengan kejadian Chikungunya cenderung memiliki hubungan yang tidak searah karena 3 dari 5 periode yaitu Januari-Juni 2012, Januari-Juni 2013, dan Juli-Desember 2013 menunjukkan bahwa kejadian Chikungunya justru terjadi di kecamatan yang mengalami curah hujan rendah. Kecamatan tersebut diantaranya Semarang Timur, Gayamsari, Pedurungan, Gajahmungkur, Candisari, Gunungpati, Banyumanik, dan Tembalang. Namun, bukan berarti curah hujan sama sekali tidak mempengaruhi kejadian Chikungunya secara spasial karena pada periode Januari-Juni dan Juli-Desember 2014 justru semua kejadian Chikungunya yang muncul terjadi di kecamatan dengan curah hujan sedang-tinggi. Disamping itu, jika diamati pada *layer* teratas yakni kerapatan kasus, semua kerapatan tertinggi pada tiap pusatnya di masing-masing periode tidak ada yang keluar dari zona kategori curah hujan, (misal satu pusat kerapatan terlihat *overlap* antara curah hujan sedang ke curah hujan rendah), meskipun beberapa pusat kerapatan menyebar dalam jarak yang cukup jauh. Hal tersebut menjadi pertimbangan bahwa curah hujan ikut mempengaruhi pola persebaran kasus Chikungunya.

Analisis hubungan secara spasial antara ketinggian tempat dengan kejadian Chikungunya cenderung searah karena 3 dari 5 periode yakni Juli-Desember 2013, Januari-Juni 2014, dan Juli-Desember 2014 sebagian besar kejadian Chikungunya terjadi pada ketinggian sedang-tinggi.

Sedangkan pada 2 periode awal yakni Januari-Juni 2012 dan Januari-Juni 2013 kejadian Chikungunya cenderung berada di kecamatan dengan ketinggian sedang-rendah. Selain itu, ketika diamati berkaitan dengan pola kerapatan kasusnya, pada 2 periode yakni Januari-Juni 2013 terlihat pola penyebaran yang *overlap* dari ketinggian rendah di Gayamsari menyebar ke Candisari dengan ketinggian sedang dan Januari-Juni 2014 terlihat pola penyebaran yang *overlap* antara ketinggian rendah di Pedurungan menyebar ke Tembalang dengan kategori ketinggian sedang.

Analisis spasial kepadatan penduduk terhadap kejadian Chikungunya menunjukkan pola yang tidak searah karena kecamatan dengan kepadatan tinggi justru cenderung tidak ditemukan kejadian Chikungunya, sedangkan pada kepadatan sedang-rendah kejadian Chikungunya banyak terjadi sampai menjadikan kecamatan tersebut menjadi wilayah KLB. Analisis berkaitan dengan kerapatan kasus juga memiliki hasil yang sama yaitu kepadatan penduduk tidak berpengaruh besar terhadap pola penyebaran Chikungunya, karena terlihat ada 3 pusat kerapatan di 3 kecamatan yang *overlap* antara lain Pedurungan kategori sedang menyebar ke Gayamsari dan Semarang Timur dengan kategori kepadatan tinggi pada periode Januari-Juni 2012. Kedua adalah *overlap* dari periode Januari-Juni 2014 lebih tepatnya adalah pusat penyebaran kasus Semarang Utara dengan kategori kepadatan tinggi menyebar ke Semarang Barat dengan kategori sedang serta Pedurungan dengan kepadatan penduduk sedang menyebar ke Tembalang (kategori kepadatan rendah) dan Semarang Selatan (kategori kepadatan tinggi).

Analisis hubungan spasial antara ABJ dengan kejadian Chikungunya menunjukkan pola yang searah. Hal tersebut ditunjukkan oleh Semarang Utara (Januari-Juni 2012), Genuk (Januari-Juni 2014), Banyumanik (Juli-Desember 2014). Ketiga kecamatan tersebut memiliki ABJ diatas 95% dan ditunjukkan dengan tidak adanya kejadian Chikungunya di wilayah tersebut. Sedangkan kecamatan dengan kejadian Chikungunya seluruhnya merupakan kecamatan dengan ABJ dibawah 95%. Selain itu, berdasarkan pola kerapatan kasus dari semua periode tidak ditemukan pusat penyebaran yang *overlap* terhadap kategori ABJ.



Gambar 1. Tingkat Kerawanan Kecamatan di Kota Semarang Terhadap Chikungunya

Hasil dari perhitungan dan analisis spasial tingkat kerawanan masing-masing kecamatan di Kota Semarang menunjukkan bahwa Semarang Utara, Semarang Tengah, Semarang Timur, Semarang Selatan, Candisari dan Gayamsari termasuk dalam kategori kerawanan tinggi. Berdasarkan SK Walikota Semarang No.050/801/201 tentang Kawasan Kumuh Kota Semarang, semua kecamatan yang tersebut diatas memiliki kawasan kumuh di tingkat kelurahannya. Kawasan yang kumuh dan sanitasi yang buruk sangat berpotensi untuk meningkatkan penyebaran penyakit menular berbasis vektor seperti Chikungunya.

Kontribusi terbesar yang menjadikan semua kecamatan tersebut menjadi rawan adalah variabel kepadatan penduduk, sehingga pencegahan yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan sosialisasi berkaitan dengan penanganan dini bagi *suspect* yang memiliki gejala awal Chikungunya dengan tujuan untuk meminimalisir penularan antar penduduk sekitar. Tingkat kerawanan sedang terdiri dari Pedurungan, Tembalang, Semarang Barat, Gunungpati, Gajahmungkur dan Banyumanik. Kontribusi terbesar yang menjadikan semua kecamatan tersebut kerawanan tingkat sedang adalah daerah tersebut cenderung menjadi daerah endemis Chikungunya selama 5 periode dalam 3 tahun, sehingga pencegahan yang bisa dilakukan untuk tahun-tahun berikutnya adalah dengan melakukan kegiatan PSN, pembentukan kader, atau penguatan kembali kader-kader Jumantik yang telah ada. Selain itu bagi puskesmas yang telah mengetahui lokasi pasti berkaitan dengan Desa/Kelurahan yang menjadi endemis bisa menjadi prioritas program terutama program pencegahan terhadap Chikungunya. Sedangkan, kecamatan lain seperti Tugu, Genuk, Ngaliyan dan Mijen merupakan kecamatan dengan kategori tingkat kerawanan rendah.

Penutup

Dalam analisis hubungan dengan grafik terdapat hubungan yang searah antara curah hujan dengan kejadian Chikungunya. Sedangkan analisis spasial menunjukkan pola yang cenderung tidak searah antara curah hujan dengan kejadian Chikungunya di Kota Semarang. Analisis hubungan grafik antara ketinggian tempat dengan kejadian Chikungunya tidak terlihat menunjukkan pola yang searah. Namun secara spasial ketinggian tempat terlihat memiliki pola yang searah dengan kejadian Chikungunya di Kota Semarang.

Hubungan secara grafik antara kepadatan penduduk dengan kejadian Chikungunya menunjukkan pola yang tidak searah. Analisis secara spasial juga menunjukkan hasil yang tidak searah antara kepadatan penduduk dengan kejadian Chikungunya di Kota Semarang. Analisis hubungan grafik antara ABJ dengan kejadian Chikungunya menunjukkan pola yang searah. Analisis secara spasial juga menunjukkan pola yang searah antara ABJ dengan kejadian Chikungunya di Kota Semarang. Kecamatan yang memiliki tingkat kerawanan tinggi terhadap kejadian Chikungunya diantaranya, Semarang Utara, Semarang Tengah, Semarang Timur, Gayamsari, Semarang Selatan, dan Candisari.

Daftar Pustaka

- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2015, *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2013*, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- Fauzia, S, *Analisis Spasial Kejadian Chikungunya di Kota Depok Tahun 2008-2011*, Skripsi, UI, Depok.
- Fischer *et al*, 2013, *Climate Change Effects on Chikungunya Transmission in Europe: Geospatial Analysis of Vector Climatic Suitability and Virus Temperature Requirements*, International Journal of Health Geographics.
- Huang *et al*, 2013, *A Threshold Analysis of Dengue Transmission in Terms of Weather Variables and Imported Dengue Cases in Australia*, Emerging Microbes and Infections, Australia.
- Indriani, dkk, 2011, *Pola Spasial-Temporal Epidemi Demam Chikungunya dan Demam Berdarah Dengue di Kota Yogyakarta Tahun 2008*, Berita Kedokteran Masyarakat, UGM, Yogyakarta.
- Kafeel, B, 2011, *Life Cycle of Chikungunya Virus*, Only My Health, Diakses 29 Mei 2015, (<http://www.onlymyheath.com/life-cycle-Chikungunya-virus-1300447685>).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013, *Riset Kesehatan Dasar 2013*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kistemann, T., & Queste, A, 2004, *GIS and Communicable Diseases Control*, In R, Maheswaran, & M. Craglia, *GIS in Public Health Practice* (pp. 71-90), CRC Press, Washington DC.
- Kunthi D, dkk, 2011, *Analisis Faktor Lingkungan dan Sosiodemografi dengan Terjadinya Demam Chikungunya di Desa Sukasari Kecamatan Pameungpeuk Kabupaten Bandung Tahun 2011*, Jurnal Kesehatan Kartika.
- Pemerintah Kota Semarang, 2014, *Kawasan Kumuh Kota Semarang*, SK Walikota Semarang No.050/801/201, Semarang.
- Pialoux, G, 2007, *Chikungunya: An Epidemic Arbovirus*, The Lancet Infectious Diseases,
- Rahmawati, 2012, *Difusi dan Pola Persebaran Kasus Chikungunya di Rukun Warga 08, Kelurahan Grogol Kecamatan Limo Kota Depok November 2011 – Januari 2012*, Skripsi, UI, Depok.
- Soedarmo, S, 1988, *Demam Berdarah (Dengue) pada Anak*, Univeristas Indonesia, Jakarta.
- Swaroop *et al*, 2007, *Chikungunya Fever*, Indian Academy of Clinical Medicine, (pp. 164-168).
- Wahyuningsih, F, *Analisis Spasial Kejadian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Pengasinan Kota Bekasi Tahun 2011-2013*, Skripsi, UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- World Health Organization, 2009a, *Guidelines for Prevention and Control of Chikungunya Fever*, WHO-SEARO, New Delhi.

Persepsi tentang Kualitas Pelayanan Dan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas Mijen Semarang

Wynda Widyastika¹, Fitri Indrawati¹

¹Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Surel : Email: wyndaw127@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang:Minat konsumen untuk memakai suatu jasa pelayanan sangat dipengaruhi oleh pengalaman kepuasan terhadap pelayanan sebelumnya. Jika pelayanan tersebut mampu memenuhi atau melebihi harapan, maka kualitas dipersepsikan baik dan memuaskan sehingga mereka akan berminat untuk menggunakan kembali pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Metode:Jenis penelitian ini adalah *survey eksplanatory* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel di ambil dengan teknik *purposive sampling* dan jumlah sampelnya adalah 57.

Hasil: penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara persepsi kehandalan (0,007<0,05), persepsi daya tanggap (0,031<0,05), persepsi jaminan (0,020<0,05), persepsi empati (0,016<0,05), persepsi bukti fisik (0,005<0,05) dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap.

Simpulan: dari penelitian ini adanya hubungan kualitas pelayanan (kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik) dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Kata Kunci :Kualitas Pelayanan, Pemanfaatan Ulang, Persepsi

ABSTRACT

Background: Consumer intentions to use the service was strongly influenced by the experience of previous service satisfaction. If the service that is given met or exceed expaectations, the perceived service quality will be good and satisfying that they intend to use again the hospitalized service at Mijen clinic Semarang City.

Metodes: The type of this research was an explanatory survey with cross sectional approach. The sampel used a purposive sampling and the number of sampel was 57.

Results: The results of this researc was showed that there was relation between the service quality including reliability (0,007<0,05), responsiveness (0,031<0,05), assurance (0,020<0,05), empathy (0,016<0,05) and tangible (0,005<0,05) with decision of revisit hospitalization service.

Conclusion: The conclusion of this study there was relationship between service quality (including reliability, responseveness, assurance, empathy and tangible) with decision revisit of hospitalization service of Mijen Clinic Semarang City.

Key Words : Service quality, Decision revisit, Perception

Pendahuluan

Berdasarkan UU RI nomor 36 tahun 2009, kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia dan menjadi salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan oleh pelayanan kesehatan. Hal ini membutuhkan campur tangan pelayanan kesehatan agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, serta mewujudkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan pemerintah telah menyediakan beberapa sarana atau fasilitas kesehatan beserta tenaga kesehatannya. Banyaknya sarana kesehatan yang di sediakan oleh pemerintah mengharuskan untuk selalu berkembang dan mendapatkan keunggulan kompetitif serta dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan pelayanan yang baik kepada para pelanggan dari pesaingnya (Tjiptono, 2004 dalam Endiyani, 2010). Menurut Parasuraman dkk dalam Tjiptono (2008 :173), dalam mengukur kinerja layanan atau jasa dapat menggunakan lima dimensi kualitas pelayanan atau SERVQUAL Model (*Service Quality Model*), yaitu kehandalan (*Reliability*), daya tanggap (*Responsiveness*), jaminan (*Assurance*), empati (*Emphati*), dan bukti fisik (*Tangible*).

Persepsi atau konsep masyarakat tentang sehat-sakit merupakan salah satu faktor penyebab rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan, dikarenakan terdapat perbedaan konsep sehat-sakit yang ada di dalam masyarakat dengan yang diberikan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2010 : 93). Untuk meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan perlu dilakukan koreksi terhadap persepsi masyarakat agar mampu memenuhi harapan dari konsumen yang akan menimbulkan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Jika pelanggan merasa puas dengan pelayanan yang baik, maka konsumen akan menunjukkan peluang yang besar untuk melakukan pembelian ulang. Tjiptono (2002) mengungkapkan bahwa terciptanya kepuasan konsumen akan memberikan beberapa manfaat, diantaranya terciptanya hubungan harmonis antara pelanggan dan organisasi pemberi layanan, memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang yang berdampak pada loyalitas pelanggan, serta membentuk suatu rekomendasi baik dari mulut ke mulut (*word of mouth*) yang tentunya menguntungkan bagi penyedia layanan.

Salah satu fasilitas kesehatan yang banyak dimanfaatkan masyarakat adalah puskesmas yang merupakan unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan dengan misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang tugasnya melaksanakan pembinaan, pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di suatu wilayah tertentu (Kepmenkes No 279 Tahun 2006). Idealnya pelayanan puskesmas berfokus pada promotif dan preventif, namun sekarang telah dikembangkan juga ke pelayanan kuratif dan rehabilitative dengan adanya pelayanan rawat inap tingkat pertama.

Indonesia mengalami peningkatan jumlah pemanfaatan pelayanan rawat inap dari tahun 2012 sebanyak 3,14 juta dan di tahun 2013 sebanyak 3,48 juta kunjungan (Departemen Kesehatan Indonesia, 2013). Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki 37 puskesmas induk yang tersebar di kota Semarang guna melayani 1.575.068 jiwa penduduk. Pembagian puskesmas di

Kota Semarang yaitu 12 puskesmas perawatan dan 25 puskesmas non perawatan. Data untuk kunjungan pasien rawat inap di Kota Semarang pada tahun 2013 sebesar 406.950 kunjungan, meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 388.858 kunjungan (Dinkes Kota Semarang, 2013).

Salah satu puskesmas dengan tipe puskesmas perawatan yang ada di Kota Semarang adalah Puskesmas Mijen. Data untuk jumlah kunjungan pasien yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen dari tahun 2010 sebanyak 1006 pasien, tahun 2011 sebanyak 659 pasien, 2012 sebanyak 864 pasien, tahun 2013 sebanyak 761 pasien, dan pada tahun 2014 kunjungan sebesar 759 pasien (Puskesmas Mijen, 2014). Dari data tersebut dapat dilihat bahwa terjadi kecenderungan penurunan jumlah kunjungan setiap tahunnya. Rendahnya jumlah kunjungan masyarakat yang memanfaatkan pelayanan rawat inap menunjukkan indikasi rendahnya kualitas pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen.

Keberhasilan fungsi pelayanan rawat inap suatu fasilitas kesehatan dapat dilihat dari beberapa indikator, yang meliputi BOR, LOS, BTO, TOI, dll. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur pada unit rawat inap dilihat dari angka *Bed Occupation Rate* (BOR). Angka BOR di Puskesmas Mijen pada tahun 2010 sebesar 73%, tahun 2011 menunjukkan nilai sebesar 49%, tahun 2012 sebesar 60,7 %, tahun 2013 sebesar 54%, dan tahun 2014 menunjukkan nilai sebesar 54 %. Dilihat dari nilai indikator BOR di Puskesmas Mijen menunjukkan bahwa setiap tahunnya nilainya cenderung menurun, terlihat dari tahun 2012 sampai tahun 2014. Hal tersebut menunjukkan pemanfaatan tempat tidur pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen yang masih rendah karena berada di bawah standart ideal Kota Semarang yaitu antara 70 – 80%.

Sebagai pelayanan kesehatan yang berkedudukan pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan pertama (*primary health service*) dan lebih bersifat pokok, seharusnya sebagai tujuan pertama dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Budioro, 2001:132). Namun kenyataannya minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan di Puskesmas Mijen masih rendah. Hal tersebut ditunjukkan dengan menurunnya jumlah kunjungan pasien dan angka BOR yang digunakan sebagai salah satu indikator pelayanan kesehatan meskipun sudah dilakukan pengurangan jumlah tempat tidur. Serta masih kurang diperhatikanya kepuasan pasien yang dapat dilihat dari tidak dilakukan pengukuran kapuasan pasien dan tidak dilakukan pengecekan secara berkala oleh petugas pada kotak kritik dan saran yang sudah disediakan, itu menunjukkan bahwa masih rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Mijen. Berdasarkan dari beberapa masalah yang ditemukan di Puskesmas Mijen, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan persepsi pasien tentang kualitas pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Metode

Jenis Penelitian adalah survey *eksplanatory* dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang menggali, menganalisis dan menjelaskan bagaimana hubunganantara persepsi

pasien tentang kualitas pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kualitas pelayanan yang meliputi: kehandalan pelayanan, daya tanggap pelayanan, jaminan pelayanan, empati pelayanan dan bukti fisik pelayanan. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Populasi penelitian adalah semua pasien yang menjalani atau mendapatkan perawatan minimal selama 2 hari atau lebih di instalasi rawat inap dengan tidak menjalani perawatan khusus dan bukan merupakan karyawan atau keluarga karyawan Puskesmas Mijen Kota Semarang. Besar sampel penelitian adalah 57 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*.

Proses dari penelitian adalah dengan membagikan kuesioner kepada pasien rawat inap Puskesmas Mijen Kota Semarang dengan mendatangi satu persatu pasien yang mendapat perawatan di instalasi rawat inap di Puskesmas Mijen untuk ketersediaannya mengisi lembar kuesioner, kemudian pengambilan sampel ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Teknik pengambilan data melalui data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan berdasarkan dari identitas responden, jawaban responden mengenai kualitas pelayanan rawat inap serta kesediaannya untuk memanfaatkan kembali pelayanan dengan menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang sudah terdapat pilihan atau alternatif jawaban. Sedangkan data sekunder meliputi data kunjungan pasien di instalansi rawat inap dan profil tentang Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 57 responden, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebesar 74 % dan laki-laki sebesar 26 %. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dari 57 responden, yang paling banyak adalah responden dengan tingkat pendidikan rendah yaitu tidak sekolah, SD dan SLTP sebesar 63 % responden, dan responden dengan tingkat pendidikan tinggi SLTA, Diploma dan Sarjana sebesar 37 %, dengan pekerjaan responden yang paling banyak adalah ibu rumah tangga sebesar 26 % dan paling sedikit adalah pegawai negeri sebesar 2 %. Berdasarkan umur responden, yang paling banyak memanfaatkan pelayanan rawat inap adalah responden dengan umur 44 – 60 tahun sebesar 40 % dan yang paling sedikit adalah kelompok dengan umur 15 – 29 tahun sebesar 25 %. Adapun lama hari perawatan yang paling banyak adalah responden yang mendapat perawatan selama 2 hari sebesar 49 % responden dan yang paling sedikit adalah responden yang mendapat perawatan selama 5 hari sebesar 4 %.

Berdasarkan hasil penelitian, distribusi persepsi responden pada Kualitas Pelayanan dan hubungannya dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang, selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

| Kualitas Pelayanan | Minat Pemanfaatan Ulang | | | | <i>p-value</i> |
|---------------------|-------------------------|------|-------------|------|----------------|
| | Minat | | Tidak Minat | | |
| | n | % | N | % | |
| Kehandalan | | | | | |
| Baik | 29 | 50,9 | 2 | 3,5 | 0,007 |
| Sedang/Cukup | 17 | 29,8 | 9 | 15,8 | |
| Total | 46 | 80,7 | 11 | 19,3 | |
| Daya Tanggap | | | | | |
| Baik | 34 | 59,6 | 4 | 7,0 | 0,031 |
| Sedang/Cukup | 12 | 21,1 | 7 | 12,3 | |
| Total | 46 | 80,7 | 11 | 19,3 | |
| Jaminan | | | | | |
| Baik | 31 | 54,4 | 3 | 5,3 | 0,020 |
| Sedang/Cukup | 15 | 26,3 | 8 | 14,0 | |
| Total | 46 | 80,7 | 11 | 19,3 | |
| Empati | | | | | |
| Baik | 27 | 47,4 | 2 | 3,5 | 0,016 |
| Sedang/Cukup | 19 | 33,3 | 9 | 15,8 | |
| Total | 46 | 80,7 | 11 | 19,3 | |
| Bukti Fisik | | | | | |
| Baik | 26 | 45,6 | 1 | 1,8 | 0,005 |
| Sedang/Cukup | 20 | 53,1 | 10 | 17,5 | |
| Total | 46 | 80,7 | 11 | 19,3 | |

Sumber : Data Primer Penelitian tahun 2015

Dihubungkan dengan karakteristik, responden yang menyatakan kesediaannya untuk memanfaatkan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang jika suatu saat membutuhkan menggunakan fasilitas rawat inap sebanyak 80,7 % (46 responden). Besarnya angka kesediaan responden yang mau memanfaatkan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang bila dikaitkan dengan penurunan kunjungan dan penurunan BOR selama 3 tahun terakhir menjadi suatu pertanyaan yang penting bagi manajemen puskesmas untuk dicari akar permasalahannya.

Keadaan ini disebabkan karena latar belakang responden yang sebagian besar adalah berpendidikan rendah yaitu tidak sekolah, SD dan SLTP sebesar 63 % responden, selain itu juga responden dikategorikan tidak berpenghasilan karena responden paling banyak adalah ibu rumah tangga (26 %) yang tidak mempunyai penghasilan karena tidak bekerja, meskipun 22,8 % responden bekerja sebagai pegawai swasta. Hal tersebut terkait dengan mayoritas responden yang berpendidikan rendah serta tingkat pekerjaan dan pendapatan yang sebagian besar rendah. Kelompok dengan golongan social ekonomi rendah diketahui mempunyai posisi tawar yang sangat lemah dalam menentukan pilihan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Apabila mereka menganggap pelayanan yang diberikan tidak berkualitas maka mereka tidak mempunyai

pilihan lain untuk berpindah ke tempat lain yang lebih berkualitas dan kondisi ini mampu meningkatkan loyalitas pelanggan meskipun ada faktor keterpaksaan. Selain itu dilihat dari segi usia, responden dengan usia lansia 44 - 60 tahun (40,4 %) menunjukkan minat yang paling besar dalam menyatakan kesediaannya untuk memanfaatkan kembali pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen. Sejalan dengan yang diungkapkan Trisnantoro dalam Berlian dkk (2013), bahwa faktor umur sangat mempengaruhi permintaan konsumen terhadap suatu pelayanan kesehatan preventif dan kuratif. Dimana semakin banyak usia seseorang menandakan semakin tua orang tersebut dan semakin rentan kondisi kesehatannya, sehingga lebih banyak memerlukan pelayanan kesehatan baik itu berupa perawatan atau dalam upaya pencegahan.

Hal lain yang mendorong minat responden untuk mau memanfaatkan ulang pelayanan Rawat Inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang adalah dari penilaian responden terhadap pelayanan yang diberikan. Penilaian yang baik pada suatu pelayanan akan mendorong minat masyarakat untuk mau menggunakan lagi pelayanan tersebut. Selain itu juga terdapat alasan lain yang membuat responden mau memanfaatkan ulang pelayanan karena lokasi Puskesmas Mijen yang strategis dilalui alat transportasi pribadi maupun umum, sehingga mempermudah untuk mendapatkan pelayanan dan menjadikan responden mau untuk memanfaatkan kembali pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Untuk menumbuhkan pelanggan yang loyal, Jill Griffin dalam Munaryo (2008) mengungkapkan bahwa dibutuhkan suatu proses yang dilakukan secara bertahap. Proses tersebut dilalui dalam jangka waktu tertentu, dengan perhatian yang diberikan pada tiap tahap pertumbuhan, seperti tahap pembeli sebagai pelanggan pertama kali, pelanggan berulang, klien, penganjur sampai pada pelanggan yang hilang dan pergi. Setiap tahapan tersebut pada dasarnya memiliki kebutuhan khusus yang diperlukan untuk menguatkan loyalitas mereka terhadap suatu pelayanan. Dengan mengenali dan memahami kebutuhan khusus tersebut, perusahaan mempunyai peluang besar untuk mempunyai pelanggan yang loyal pada pelayanan yang diberikan.

Sedangkan responden yang menyatakan tidak minat untuk menggunakan kembali pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang sebanyak 19,3 %. Ketidak sediaannya untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen dikarenakan mereka merasakan ketidak sesuaian antara harapan mereka terhadap pelayanan yang mereka inginkan dengan yang diterima selama perawatan. Ekspresi tersebut terwujud dalam bentuk keluhan dan penilaian yang kurang baik dan memuaskan pada pelayanan yang menjadi alasan responden untuk tidak menggunakan lagi pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang. Sejalan dengan yang diungkapkan oleh Junadi dalam Ester (2009:84) bahwa mutu pelayanan kesehatan bagi seorang pasien tidak lepas dari kepuasan terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, dimana suatu pelayanan dikatakan bermutu atau berkualitas baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan atau kesegaran, lingkungan perawatan yang menyenangkan dan keramahan petugas. Pengalaman baik dalam memanfaatkan pelayanan

diharapkan menjadi dasar pertimbangan untuk mengambil keputusan tindakan untuk memanfaatkan ulang pelayanan. Apabila suatu fasilitas pelayanan kesehatan baik itu rumah sakit ataupun puskesmas mampu membangun kepercayaan dengan memberikan pelayanan yang berkualitas dalam memecahkan masalah pelanggan, maka pelanggan pasti akan terus menjadi pelanggan yang loyal terhadap pelayanan yang diberikan (Kunto, 2004:120).

Di dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan pada kehandalan pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap. Kehandalan pelayanan unit rawat inap yang dipersepsikan baik dan sudah sesuai dengan yang diharapkan responden yaitu pada proses penerimaan pasien yang cepat dan tidak berbelit-belit, pemberian obat minum dan suntik yang sudah sesuai jadwal, serta kecakapan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan. Persepsi baik tersebut menggambarkan kualitas kehandalan pelayanan yang ada di instalasi rawat inap di Puskesmas Mijen yang sudah sesuai dengan apa yang diharapkan oleh responden terhadap pelayanan yang mereka terima dan menjadi salah satu alasan untuk responden mau memanfaatkan kembali pelayanan rawat inap. Namun masih terdapat 10 % responden yang mengeluhkan pada ketelitian perawat dan ketepatan dokter dalam menentukan penyakit pasien. Responden yang mengeluh tersebut dikarenakan responden masih merasa belum puas pada pelayanan yang diberikan. Hal tersebut perlu diperhatikan oleh pihak manajemen puskesmas untuk menjaga pasien tetap loyal dalam memanfaatkan pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen dan tidak berpindah ke fasilitas kesehatan lain.

Kehandalan merupakan salah satu dari kelima dimensi kualitas jasa yang digunakan pelanggan dalam mengevaluasi kualitas suatu pelayanan jasa. Dimana menurut Parasuraman dan Zeithmal dalam Kunto (2004:131) suatu pelayanan dapat dikatakan handal apabila perusahaan mampu memberikan pelayanan yang sesuai dengan yang telah dijanjikan dan ditawarkan.

Menurut Pohan (2013:13) bahwa persepsi masyarakat melihat layanan kesehatan yang berkualitas sebagai suatu layanan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diberikan oleh penyedia layanan kesehatan dengan cara yang sopan, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan penyakit pasien serta mencegah berkembangnya penyakit. Hal ini dinilai sangat penting karena mampu menimbulkan rasa puas bagi pasien dan pasien akan mematuhi setiap pengobatan yang diberikan serta mampu membuat pasien mau untuk kembali datang untuk menggunakan pelayanan.

Ada hubungan antara kualitas pelayanan pada daya tanggap pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap. Daya tanggap pelayanan yang dipersepsikan baik dan sesuai dengan harapan responden yaitu pada kecepatan dokter dalam memerikan pengobatan, kecepatan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kejelasan informasi yang diberikan petugas kepada pasien. Namun masih ada responden yang mengeluhkan pada kemudahan menghubungi petugas dan kesediaan dokter untuk memberikan kesempatan bertanya kepada pasien. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Aditama (2002) bahwa keluhan pasien

yang timbul atas pelayanan seorang dokter adalah tidak diberi cukup waktu oleh dokter, waktu tunggu datangnya dokter yang lama dan tidak adanya kerja sama antar dokter yang merawat.

Menurut Parasuraman dan Zeithmal et.al dalam (Trimurthy, 2008:93) bahwa pelayanan dikatakan memiliki daya tanggap baik apabila karyawan atau petugas sigap dalam membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap yang meliputi kesigapan petugas dalam melayani pelanggan, kecepatan petugas dalam menangani transaksi dan penanganan keluhan pelanggan.

Jill Grill dalam Munaryo (2008:110) yang menyampaikan bahwa kepuasan merupakan suatu pondasi pelanggan untuk bersikap loyal dalam memanfaatkan lagi suatu produk barang atau jasa. Dimana dalam rangka meningkatkan loyalitas diperlukan sesuatu untuk meningkatkan kepuasan setiap pelanggan dan memertahankan rasa kepuasan tersebut melalui upaya memberikan nilai tambah pada barang atau jasa yang di tawarkan dengan meningkatkan kenyamanan dan kecepatan pelayanan, dengan kata lain peningkatan kualitas suatu produk atau jasa yang ditawarkan.

Ada hubungan antara kualitas pelayanan pada jaminan pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap. Jaminan pelayanan di unit rawat inap yang dipersepsikan baik dan sesuai dengan apa yang diharapkan oleh responden yaitu pada kemanjuran pengobatan yang diberikan dokter serta biaya yang terjangkau oleh responden. Mengingat pekerjaan responden yang paling banyak adalah sebagai ibu rumah tangga (26,3 %) yang tidak mempunyai penghasilan tetap. Sementara itu sebanyak 10 % responden masih mengeluhkan pada perawat yang kurang memperhatikan kondisi umum pasien, ketepatan penanganan ketika terjadi masalah, komunikasi yang kurang meyakinkan serta keamanan pasien selama menjalani perawatan., tidak ada petugas jaga pada malam hari, dan hal tersebut dibenarkan oleh pihak puskesmas.

Masih ditemukanya keluhan tersebut patut menjadi perhatian bagi pihak manajemen puskesmas, karena dari keluhan yang timbul akan mempengaruhi persepsi pasien pada kualitas pelayanan yang diberikan. Jika kondisi tersebut tidak segera ditindak lanjuti, bukan tidak mungkin pasien akan kapok dan enggan untuk menggunakan pelayanan rawat inap di puskesmas Mijen lagi. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Bowers dalam Ester (2009:80) bahwa kualitas pelayanan berkaitan erat dengan kepuasan, dimana suatu pelayanan yang baik akan memberikan pengalaman baik bagi pelanggan yang selanjutnya akan membuat mereka datang kembali untuk kunjungan berikutnya dan menjadi pelanggan yang loyal.

Ada hubungan antara kualitas pelayanan pada empati pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap. Empati pelayanan unit rawat inap yang dipersepsikan baik dan sesuai dengan harapan responden yaitu pada interaksi petugas yang tidak membedakan pasien, perhatian dari perawat dan dokter serta keramahan petugas dalam menanggapi keluhan pasien. Sedangkan pada kesediaan petugas meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan pasien masih dikeluhkan oleh responden, dimana responden menginginkan agar lebih

diperhatikan oleh petugas karena bentuk perhatian walaupun hanya sedikit saja akan membantu penyembuhan pasien dan pasien akan merasa lebih nyaman.

Menurut Lupiyoadi dan Hamdani (2009:182) bahwa empati merupakan ketersediaan pemberi jasa untuk mendengarkan dan adanya perhatian akan keluhan, kebutuhan, keinginan dan harapan pasien. Wijono dalam Munaryo (2008:109) menyampaikan bahwa keterampilan dan ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pelanggan, adanya kepedulian, empati dan keramahmatan dalam melayani pelanggan atau pasien merupakan faktor yang akan mempengaruhi mutu atau kualitas suatu pelayanan kesehatan. Pengalaman masa lalu responden akan pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap keputusan pasien dalam memilih atau minat beli suatu pelayanan, sebagian besar hal tersebut karena pengaruh yang timbul dari apa yang didengar dari pasien lain atau keluarga. *Word of mouth* (rekomendasi dari orang lain) biasanya lebih cepat diterima sebagai referensi untuk memilih pelayanan kesehatan yang berkualitas (Trimurthy, 2008:98).

Ada hubungan antara kualitas pelayanan pada bukti fisik pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap. Bukti fisik pelayanan rawat inap yang dipersepsikan baik dan sesuai dengan harapan responden yaitu pada kebersihan dan kerapihan dokter, perawat dan petugas, serta alat-alat kesehatan yang digunakan bersih dan berfungsi dengan baik. Namun masih terdapat keluhan pada kenyamanan ruang perawatan, kerapihan tempat tidur, kebersihan dinding dan lantai ruang perawatan. Responden merasa kurang nyaman dengan ruang perawatan dikarenakan tidak adanya sekat yang memisahkan tempat tidur pasien satu dengan lainnya, penataan tempat tidur yang tidak rapi karena masih ada tempat tidur yang sudah tidak terpakai namun belum disingkirkan, serta kursi ruang tunggu yang kondisinya sudah rusak dan belum diganti. Sebanyak 30 % responden mengeluhkan kondisi tersebut, dan hal itu perlu untuk segera dicari solusinya agar pasien merasa nyaman melakukan perawatan di Puskesmas Mijen dan mampu meningkatkan minat pasien untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen.

Sesuai dengan apa yang disampaikan Zeithmal dalam Munaryo (2008:88) bahwa banyak alasan yang mendasari pasien mau kembali lagi ke suatu pelayanan kesehatan seperti rumah sakit atau puskesmas untuk memanfaatkan ulang sebuah pelayanan antara lain karena melihat kerapihan penampilan dokter, perawat dan petugas lain, kelengkapan dan kebersihan alat-alat medis dan non medis, kenyamanan ruang unit pelayanan kesehatan, dan lain-lain. Zeithmal dan Bitner dalam Tjiptono (2008:176) juga mengatakan bahwa industri kesehatan secara umum identik dengan kebersihan dan kerapihan, kelengkapan alat kesehatan, tersedia fasilitas yang lengkap dan nyaman bagi pelanggan merupakan faktor yang penting bagi pasien untuk kembali lagi. Rasa kepuasan yang dirasakan oleh pasien inilah yang akan menjadikan seseorang pelanggan akan kembali untuk memanfaatkan pelayanan atau tidak.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Trimurthy (2008) dan Azizatul (2013) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara persepsi pasien tentang empati pelayanan dengan minat kunjungan ulang.

Penutup

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara persepsi pasien tentang kualitas pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang, meliputi kehandalan pelayanan (p value = 0,007), daya tanggap pelayanan (p value= 0,031), jaminan pelayanan (p value=0,020), empati pelayanan (p value = 0,016), dan bukti fisik pelayanan (p value= 0,005). Saran yang diberikan untuk Puskesmas Mijen adalah meningkatkan kebersihan ruang perawatan, kenyamanan dan keamanan pelayanan dengan merekrut petugas jaga malam, serta memberikan kesempatan untuk berkomunikasi disela-sela kesibukannya agar pasien meranya lebih diperhatikan dan mampu meningkatkan minat untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap di Puskesmas Mijen dengan ditunjukkanya pelayanan yang berkualitas.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dosen pembimbing skripsi, Kepala Puskesmas Mijen Kota Semarang, serta seluruh responden pasien rawat inap di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Daftar Pustaka

- Aditama, TY, 2004, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta : Universitas Indonesia Press
- Berlian dkk.2013.*Analisis Loyalitas Pasien Berdasarkan Kualitas Pelayanan di Instalasi Rawat Inpa RS. Bhayangkara Mappa Oudang Kota Makassar Tahun 2013*.Universitas Hasanudin
- Budioro, 2002, *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Depkes RI, 2013, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Jakarta : Depker RI 2013.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2013, *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun2013*, Semarang : Dinkes Kota Semarang 2013
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013*, Semarang : Dinkes Prov. 2013
- Endriyani, Rina, 2011, *Analisis Kualitas Pelayanan Inti Dan Kualitas Pelayanan Periferal Terhadap Kesan Positif Dan Implementasi Pada Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Sunan KalijagaDemak*, Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang

- Hamidiyah, Azzizatul, 2013, *Hubungan Persepsi Pasien tentang Kualitas Pelayanan dengan Minat Kunjungan Ulang di Klinik Umum Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Kota Tangerang Selatan Tahun 2013*, Skripsi, Unuversitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta
- Lupiyoadi Rambat A, Hamdani, 2009, *Manajemen Pemasaran Jasa*, Jakarta : Salemba Empat
- Kunto, Widyo, 2004, *Analisis Hubungan Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Unit Rawat Inap Umum di Rumah Sakit Kusta Kelet Jepara*, Skripsi, Universitas Diponegoro
- Munaryo, 2008, *Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Rawat Inap Terhadap Minat Pemanfaatan Ulang di RSUD Brebes*, Tesis, Universitas Diponegoro
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Pohan, Imbalo .S, 2013, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*, Jakarta : ECG
- Puskesmas Mijen, 2014, *Profil Puskesmas Mijen Kota Semarang Tahun2014*, Semarang : Puskesmas Mijen 2014
- Tjiptono, Fandy, 2002, *Prinsip-prinsip Total Quality Service (TQS)*, Yogyakarta : Andi Offset
- _____, 2008, *Service Manajement : Mewujudkan Layanan Prima*, Yogyakarta : Penerbit Andi Offset
- Trimurthy, Iga, 2008, *Analisis Hubungan Persepsi Pasien tentang Mutu Pelayanan dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang*, Skripsi, Universitas Diponegoro

UJI BEDA BERBAGAI FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU ALTERNATIF PENCARIAN KESEHATAN DI KECAMATAN BOAWAE KABUPATEN NAGEKEO PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Fransiskus Xaverius Paga Tue¹, Jati Untari¹, Surahma A. Mulasari²

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Yogyakarta

²Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

Surel: xiscotue@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Faktor-faktor yang mempengaruhi di antaranya jarak tempat tinggal, ketersediaan transportasi, dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan serta biaya yang dikeluarkan. Tujuannya untuk mengetahui perbedaan faktor-faktor yang mempengaruhi alternative pemilihan tempat pelayanan kesehatan dan non pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Boawae.

Metode: Jenis penelitian observasional analitik dengan rancangan *cross sectional* dengan sampel 96 orang yang berobat baik ke pelayanan kesehatan (48 orang) maupun bukan pelayanan kesehatan (48 orang). Analisis data secara bivariat menggunakan uji *Independent Sample T-Test* dan uji *Chi-Square* pada taraf uji 5% ($\alpha = 0,05$) dengan bantuan komputer.

Hasil: Lebih dari sebagian (62,50%) penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae yang memilih pelayanan kesehatan berjenis kelamin perempuan sedangkan yang memilih pelayanan non kesehatan (58,33%) laki-laki, terbanyak berpendidikan SMP 39,58% dan 37,50%, dan bekerja sebagai petani 47,92% dan 50,00, rata-rata biaya yang dikeluarkan Rp. 31.250,- dan Rp. 110.708,-, dan tidak memiliki ketersediaan transportasi 66,67% dan 68,75%.

Simpanan : Terdapat perbedaan signifikan rata-rata jarak tempat tinggal ($p=0,011<0,05$) namun tidak terdapat perbedaan signifikan rata-rata waktu tempuh ($p=0,416>0,05$), dan biaya pengobatan ($p=0,068>0,05$)

Kata Kunci: Jarak, transportasi, pelayanan kesehatan, pelayanan non kesehatan

Abstrac

Background: *Factors that influence of which the distance of residence, availability of transportation, and travel time to health care facilities as well as the costs incurred. The goal is to know the different factors that influence the selection of the alternative health care and non-health services in Puskesmas Boawae.*

Methods: *observational analytic study with cross sectional design with a sample of 96 people who went to good health services (48) and non-health care (48). Bivariate analysis using test data Independent Sample T-Test and Chi-Square test at the test level of 5% ($\alpha = 0.05$) with the help of computers.*

Results: *More than most (62.50%) patients in Puskesmas Boawae choosing female health care while choosing non-health services (58.33%) were male, the highest 39.58% junior high school education and 37, 50%, and worked as a farmer 47.92% and 50.00, average - average costs Rp. 31,250, - and Rp. 110 708, -, and does not have the availability of transport 66.67% and 68.75%.*

Conclusion : *There are significant differences in the average distance of a place to stay ($p = 0.011 < 0.05$) but there is no significant difference in the average travel time ($p = 0.416 > 0.05$), and the cost of treatment ($p = 0.068 > 0.05$)*

Key Words: *distance, transportation, health care, non-health care*

Pendahuluan

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan telah dipelajari di berbagai negara di seluruh dunia. Berbagai karakteristik pasien menentukan apakah pasien bersedia dan mampu membuat pilihan pengobatan. Beberapa pilihan ini juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial dan budaya^{1,2,3,4}. Salah satu kerangka kerja yang sering digunakan untuk faktor-faktor yang terkait dengan pilihan perawatan adalah dari kerangka teori Andersen-Newman yang didasarkan pada tiga aspek (factor predisposisi, enabling dan need)⁵.

Faktor predisposisi mencakup karakteristik sosio-demografis (umur, jenis kelamin, pendidikan); Faktor-faktor yang memungkinkan termasuk individu, keluarga dan masyarakat, yang dapat mencakup pendapatan, biaya perawatan, asuransi kesehatan, dan lokasi rumah tangga ke fasilitas medis sementara untuk faktor kebutuhan mengacu pada kondisi kesehatan seperti jenis dan tingkat keparahan penyakit⁵. Ada sejumlah besar literatur yang menunjukkan bahwa kekayaan dan pendapatan mempengaruhi perilaku pencarian terutama dalam mengakses fasilitas kesehatan formal^{6,7,1}.

Umumnya pasien-pasien yang sakit mencari tempat pertolongan kesehatan ke fasilitas kesehatan yang berlokasi dekat dengan tempat tinggal para pasien tersebut. Bila karena alasan tertentu para pasien tersebut mendatangi tempat pelayanan yang jauh maka petugas klinik pelayanan tersebut harus mampu membantu dan menjelaskan fasilitas kesehatan terdekat yang dapat memberikan perawatan dan pelayanan kesehatan lanjutan. Fasilitas kesehatan tersebut harus memiliki kemampuan yang dapat diandalkan untuk melayani berbagai keperluan pemulihan kondisi kesehatan, pertolongan gawat darurat yang memadai atau pelayanan kontrasepsi yang komprehensif bagi pasien-pasien yang membutuhkan⁸. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat yakni faktor predisposisi (*predisposing factor*), pemungkin (*enabling factor*), dan tingkat kesakitan (*illness level factor*)⁹.

Indonesia dan sistem kesehatannya hingga saat ini belum menunjukkan perkembangan ke arah yang lebih baik. Arah pengendalian masalah kesehatan masih kurang bagus yang terlihat dari turun dan naiknya jumlah kasus baru, kasus lama dan jumlah kematian yang selalu bergantian menduduki peringkat teratas dalam masalah- masalah kesehatan nasional. Tidak bisa dipungkiri bahwa sosialisasi dan pendekatan terhadap masyarakat kurang begitu terjalin sehingga pemerintah tidak mampu melihat secara jeli kendala-kendala yang ada didalam masyarakat yang seharusnya menjadi dasar pelaksanaan dalam membantu meringankan beban masyarakat terutama yang berada di daerah pedesaan terpencil yang selalu bermasalah dengan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu¹⁰.

Angka kematian ibu dan bayi di Nusa Tenggara Timur tergolong besar dan menduduki puncak tertinggi di seluruh Indonesia untuk tahun 2007 yakni 300 per 10.000 jumlah kelahiran, yang disebabkan oleh faktor kesulitan dalam mengakses sarana pelayanan kesehatan, biaya, dan

lain sebagainya. Hal tersebut menjadi salah satu contoh bahwa akses ke tempat pelayanan kesehatan masih sulit sehingga banyak anggota masyarakat yang kemudian memanfaatkan sarana pelayanan non formal di sekitar lingkungan tempat tinggal seperti pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, dukun, dan lain sebagainya, yang belum tentu terjamin proses persalinannya¹¹.

Perbandingan antara sistem pelayanan kesehatan di daerah perkotaan dan di daerah pedesaan memang sangat berbeda bahkan pada hal-hal mendasar yang tampak dari jenis fasilitas kesehatan yang tersedia hingga petugas-petugas kesehatan yang melayani pasien, dan segala sesuatu yang berkaitan dengan kelengkapan internal tempat pelayanan kesehatan dan sumber daya pekerjaanya. Efek dari masalah ini dapat berakibat pada kinerja pelayanan kesehatan yang rendah, menurunnya kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, serta terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi instrumen-instrumen kesehatan. Hal-hal tersebut berdampak pada pilihan masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Meskipun sebagian besar anggota masyarakat masih menggunakan jasa pelayanan kesehatan pemerintah seperti puskesmas namun tidak sedikit pula yang lebih memilih jasa pihak swasta dan pengobatan mandiri.

Dalam ruang lingkup Kecamatan Boawae, terdapat beberapa fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan pengobatan, antara lain, 7 unit pustu, 19 unit polindes, 2 unit balai pengobatan swasta yakni Balai Pengobatan Raja dan Balai Pengobatan Wudu, 2 unit poskesdes dan 44 unit posyandu. Dalam Laporan Tahunan Puskesmas Boawae tahun 2013 disebutkan, jarak Puskesmas Boawae dengan rumah sakit terdekat yakni RSUD Bajawa yang termasuk dalam kawasan Kabupaten Ngada adalah 40 km dan bisa ditempuh dalam waktu 1 jam¹³.

Masyarakat yang tinggal di dalam wilayah kerja Puskesmas Boawae juga sering menggunakan jasa pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, sebagai akibat berbagai latar belakang yang mempengaruhi, di antaranya adalah tingkat pengetahuan yang kurang tentang kesehatan dan pemanfaatan jenis pelayanan kesehatan, kendala jarak, biaya kesehatan, dan kepercayaan yang berlebihan misalnya jika suatu penyakit yang aneh muncul ataupun penyakit menahun yang sulit disembuhkan secara medis diyakini sebagai akibat kesalahan menjalani adat atau pun terkena santet. Masyarakat kurang memperhatikan efek jangka panjang dari penggunaan jasa pelayanan kesehatan yang bersifat non formal. Usaha swamedikasi terhadap penyakit-penyakit ringan pun sering dilakukan secara spekulatif tanpa ada konsultasi terlebih dahulu dengan pihak petugas kesehatan tentang efek jangka panjangnya¹⁴.

Hal-hal tersebut menjadikan penulis tertarik untuk meneliti tentang "Perbedaan faktor-faktor yang mempengaruhi alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan dan non pelayanan

kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Boawae Kecamatan Boawae Kabupaten Nagekeo Nusa Tenggara Timur Tahun 2014”.

Metode

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik komparasi menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Boawae Kecamatan Boawae Kabupaten Nagekeo Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tanggal 3 Februari – 23 Maret tahun 2014.

Sampel dalam penelitian ini adalah anggota masyarakat di dalam wilayah kerja Puskesmas Boawae yang berobat baik ke pelayanan kesehatan (puskesmas) sebanyak 48 orang dan bukan pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) sebanyak 48 orang yang diambil menggunakan teknik *accidental sampling*. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*independent variable*) yakni jarak, ketersediaan transportasi, waktu tempuh dan biaya berobat, dan variabel terikat (*dependent variable*) yakni alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan dan non pelayanan kesehatan.

Analisis data dilakukan secara univariat (analisis deskriptif) terhadap seluruh variabel penelitian dengan cara tabulasi distribusi frekuensi dan prosentase dan bivariat menggunakan uji *Independent Sample T-Test* terhadap perbedaan faktor-faktor jarak, waktu tempuh dan biaya yang dikeluarkan yang mempengaruhi pemilihan pelayanan kesehatan dan non kesehatan dan uji *Chi-Square* (Kai Kuadrat) untuk mengetahui hubungan antara ketersediaan transportasi dan alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan dan non pelayanan kesehatan pada taraf uji 5% ($\alpha = 0,05$).

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan data hasil kuesioner diperoleh gambaran perbandingan karakteristik responden yang memilih pelayanan kesehatan dan non kesehatan dimana lebih dari sebagian (62,50%) responden yang memilih pelayanan kesehatan berjenis kelamin perempuan sedangkan yang memilih pelayanan non kesehatan (58,33%) laki-laki, terbanyak memiliki tingkat pendidikan SMP 39,58% dan 37,50%, dan memiliki pekerjaan sebagai petani 47,92% dan 50,00% seperti disajikan dalam Tabel 4 berikut.

Tabel 4. Perbandingan Karakteristik antara Responden yang Memilih Pelayanan Kesehatan dan Non Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Boawae Tahun 2014 (n=96)

| Karakteristik | Responden | | | |
|------------------|---------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Pelayanan Kesehatan | | Non Pelayanan Kesehatan | |
| | n (= 48) | % | n (= 48) | % |
| 1. Jenis Kelamin | | | | |
| a) Laki-laki | 18 | 37,50 | 28 | 58,33 |
| b) Perempuan | 30 | 62,50 | 20 | 41,67 |

| | | | | |
|-----------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| Total | 48 | 100,00 | 48 | 100,00 |
| 2. Pendidikan | | | | |
| a) SD | 8 | 16,67 | 13 | 27,08 |
| b) SMP | 19 | 39,58 | 18 | 37,50 |
| c) SMA/SMU | 10 | 20,83 | 10 | 20,83 |
| d) Diploma (D1-D4) | 7 | 14,58 | 4 | 8,33 |
| e) Sarjana (S1/S2/S3) | - | - | - | - |
| f) Lainnya | 4 | 8,33 | 3 | 6,25 |
| Total | 48 | 100 | 48 | 100,00 |
| 3. Pekerjaan | | | | |
| a) Pelajar/Mahasiswa | 6 | 12,50 | 1 | 2,08 |
| b) PNS/TNI/POLRI | 7 | 14,58 | 5 | 10,42 |
| c) Swasta | 2 | 4,17 | 2 | 4,17 |
| d) Wiraswasta | 7 | 14,58 | 12 | 25,00 |
| e) Petani | 23 | 47,92 | 24 | 50,00 |
| f) Lainnya | | 6,25 | 4 | 8,33 |
| Total | 48 | 100 | 48 | 100,00 |

Rata-rata jarak tempat tinggal responden yang memilih pelayanan kesehatan adalah 5,56 km sedangkan yang memilih pelayanan non kesehatan adalah 4,03 km, dengan rata-rata waktu tempuh adalah 27,49 menit dan 25,13 menit, rata-rata biaya yang dikeluarkan Rp. 31.250,000, dan Rp. 110.708,000, dan tidak memiliki ketersediaan transportasi 66,67% dan 68,75%, seperti disajikan dalam Tabel 5 berikut.

Tabel 5. Perbandingan Rata-rata Jarak, Waktu Tempuh, Biaya Pengobatan, dan Ketersediaan Transportasi antara Responden yang Memilih Pelayanan Kesehatan dan Non Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Boawae Tahun 2014 (n=96)

| Karakteristik | Responden | | | |
|---------------------------------|---------------------|--------------|-------------------------|--------------|
| | Pelayanan Kesehatan | | Non Pelayanan Kesehatan | |
| | n (= 48) | | n (= 48) | |
| 1) Jarak (km) | 5,56 | | 4,03 | |
| 2) Waktu tempuh (menit) | 27,49 | | 25,13 | |
| 3) <u>Biaya kesehatan (Rp.)</u> | <u>31.250</u> | | <u>110.708,33</u> | |
| | n (= 48) | % | n (= 48) | % |
| 4) Ketersediaan Transportasi | | | | |
| a) Ada | 16 | 33,33 | 15 | 31,25 |
| b) tidak ada | 32 | <u>66,67</u> | <u>33</u> | <u>68,75</u> |

Hasil uji *Independent sample t-test* dan uji *Chi-Square* (χ^2) disajikan dalam tabel- tabel berikut.

Tabel 6. Pengaruh Jarak terhadap Alternatif Pemilihan Pelayanan Kesehatan dan Non Kesehatan Responden (n=96)

| Responden | Rata-rata (\bar{x}) | Mean Difference | p-value | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|---------|---|--------|
| | | | | Lower | Upper |
| 1. Pelayanan Kesehatan | 5,5646 | | | | |
| 2. Non Pelayanan Kesehatan | 4,0292 | 1,5354 | 0,011 | 0,3545 | 2,7162 |

Tabel 6 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan rata-rata jarak pada responden yang memilih pelayanan kesehatan dan non kesehatan ($p < 0,05$), dan rata-rata jarak pada responden yang memilih pelayanan kesehatan lebih tinggi dibanding yang memilih non pelayanan kesehatan dengan perbedaan jarak berkisar antara 0,3545 hingga 2,7162 dan rata-rata perbedaan sebesar 1,5354.

Tabel 7. Hubungan antara Ketersediaan Transportasi dengan Alternatif Pemilihan Pelayanan Kesehatan dan Non Kesehatan Responden (n=96)

| Ketersediaan Transportasi | Pelayanan Kesehatan (n=48) | Non Pelayanan Kesehatan (n=48) | | Jumlah | p-Value | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|----|--------|---------|---|---|
| | | F | % | | | f | % |
| | | | | | | | |
| 1. Ada | 16 | 16,7 | 15 | 15,6 | 0,827 | | |
| 2. Tidak ada | 32 | 33,3 | 33 | 34,4 | | | |
| Total | 48 | 50,0 | 48 | 50,0 | | | |

Tabel 7 menunjukkan bahwa p-Value yang diperoleh sebesar 0,827 ($p > 0,05$) maka H_0 diterima, atau tidak terdapat hubungan signifikan antara ketersediaan transportasi dengan alternatif pemilihan pelayanan kesehatan dan non pelayanan kesehatan responden, serta dari 48 orang, responden terbanyak yang memilih pelayanan kesehatan (33,3%) dan yang memilih non pelayanan kesehatan (34,4%) tidak memiliki ketersediaan transportasi.

Tabel 8. Pengaruh Waktu Tempuh terhadap Alternatif Pemilihan Pelayanan Kesehatan dan Non Kesehatan Responden (n=96)

| Responden | Rata-rata (\bar{x}) | Mean Difference | p-value | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|---------|---|--------|
| | | | | Lower | Upper |
| 1. Pelayanan Kesehatan | 27,4896 | 2,3646 | 0,416 | | |
| 2. Non Pelayanan Kesehatan | 25,1250 | | | -3,3868 | 8,1159 |

Tabel 8 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan rata-rata waktu tempuh pada responden yang memilih pelayanan kesehatan dan non kesehatan ($p > 0,05$) dan rata-rata waktu tempuh pada responden yang memilih pelayanan kesehatan lebih tinggi dibanding yang memilih non pelayanan kesehatan dengan perbedaan waktu tempuh berkisar antara -3,3868 hingga 8,1159 dan rata-rata perbedaan sebesar 2,3646.

Tabel 9. Pengaruh Biaya Pengobatan terhadap Alternatif Pemilihan Pelayanan

| Responden | Rata-rata (\bar{x}) | Mean Difference | p-value | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|---------|---|---------|
| | | | | Lower | Upper |
| 1. Pelayanan Kesehatan | 31.250,00 | - | 0,068 | | |
| 2. Non Pelayanan Kesehatan | 110.708,33 | 79458,33 | | -164930,41 | 6013,75 |

Tabel 9 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan biaya pengobatan pada responden yang memilih pelayanan kesehatan dan non kesehatan ($p > 0,05$), dan rata-rata biaya pengobatan pada responden yang memilih pelayanan kesehatan lebih rendah dibanding yang memilih pelayanan non kesehatan dengan perbedaan biaya pengobatan berkisar antara -164930,4195 hingga 6013,7528 dan rata-rata perbedaan sebesar -79458,33.

Sebagai upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat¹⁵, pelayanan kesehatan yang dipilih anggota masyarakat yang menderita sakit (penderita) di wilayah kerja Puskesmas Boawae terdiri dari pelayanan kesehatan yakni puskesmas dan non pelayanan kesehatan yakni pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, dan tukang urut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari sebagian (62,50%) penderita yang memilih pelayanan kesehatan

puskesmas berjenis kelamin perempuan sedangkan yang memilih pelayanan non kesehatan (58,33%) adalah laki-laki. Hal ini menggambarkan bahwa penderita yang berjenis kelamin perempuan lebih memilih memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas sedangkan laki-laki lebih memilih memperoleh pelayanan kesehatan di pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, maupun tukang urut.

Kondisi tersebut dapat dipahami sebagai akibat dari kesiapan secara finansial. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa biaya yang dikeluarkan bagi pengobatan di puskesmas lebih murah dibanding di pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, maupun tukang urut. Para penderita yang berjenis kelamin perempuan tersebut secara ekonomi tergantung pada suami atau orang tua sehingga belum memiliki kemandirian dan kesiapan finansial termasuk dalam hal biaya pengobatan, dan oleh karenanya mencari alternatif tempat pelayanan yang berbiaya lebih murah.

Keadaan ini berbeda dalam dua hal dengan pernyataan bahwa perempuan yang secara finansial belum memiliki kesiapan, lebih memilih dukun sebagai penolong persalinan dengan alasan lebih murah¹⁶. Pertama, meskipun sama-sama belum siap secara finansial namun para penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae yang berjenis kelamin perempuan lebih memilih puskesmas sebagai tempat memperoleh pelayanan kesehatan daripada tempat non pelayanan kesehatan. Kedua, biaya yang dikeluarkan bagi pelayanan kesehatan yang diperoleh di Puskesmas Boawae lebih murah dibanding di tempat non pelayanan kesehatan.

Terdapat banyak faktor yang berkontribusi dalam proses pengambilan keputusan, di antaranya adalah akses terhadap informasi kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan penderita maka akan semakin memudahkan dalam mengakses informasi tentang kesehatan, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan penderita maka semakin rendah pula kemudahan mengakses informasi kesehatan¹⁶.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita terbanyak yang memilih pelayanan kesehatan (39,58%) dan yang memilih pelayanan non kesehatan (37,50%) memiliki tingkat pendidikan SMP. Hal ini menggambarkan bahwa meskipun sama-sama memiliki tingkat pendidikan SMP, para penderita tersebut mengambil keputusan yang berbeda yakni memilih tempat pelayanan kesehatan yang berbeda.

Kondisi ini dapat dipahami dalam dua sisi. Pertama, dari sisi penderita yang memilih tempat non pelayanan kesehatan, dapat dipahami sebagai akibat dari rendahnya akses terhadap informasi kesehatan yang dimiliki para penderita tersebut. Dengan informasi kesehatan yang minim, respon yang diberikan menjadi kurang rasional sehingga memilih tempat non pelayanan kesehatan, yang tidak memiliki kompetensi kesehatan. Pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut kurang atau tidak memiliki kompetensi kesehatan dibandingkan puskesmas. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan

respon terhadap sesuatu yang datang dari luar, di mana orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan alasan berfikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan diperoleh dari gagasan tersebut¹⁶.

Salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang adalah pengetahuan¹². Dengan memiliki tingkat pendidikan SMP, yang tergolong dalam pendidikan dasar, maka pengetahuan tentang kesehatan yang dimiliki para penderita tersebut dapat dikatakan juga relatif minim sehingga kurang memiliki kesadaran akan pentingnya pelayanan kesehatan yang ditangani oleh tenaga kesehatan profesional yang berkompeten, dan semakin rendah pula keinginan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ditangani oleh tenaga kesehatan profesional yang berkompeten.

Kedua, bagi bagi penderita yang memilih tempat pelayanan kesehatan yakni puskesmas, dapat dipahami bahwa meskipun hanya memiliki tingkat pendidikan SMP, yang tergolong ke dalam pendidikan dasar, sehingga berdampak pada rendahnya akses terhadap dan informasi kesehatan yang dimiliki, namun para penderita tersebut telah memberikan respon yang rasional mengingat hasil atau keuntungan yang mungkin diperoleh akan berbeda sesuai kompetensi kesehatan yang dimiliki. Puskesmas lebih memiliki kompetensi kesehatan dibandingkan pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut. Hal ini berbeda dengan pernyataan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar, dimana orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan alasan berfikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan diperoleh dari gagasan tersebut¹⁶.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita terbanyak yang memilih pelayanan kesehatan (47,92%) dan yang memilih pelayanan non kesehatan (50,00%) memiliki pekerjaan sebagai petani. Hal ini menggambarkan bahwa dengan bekerja sebagai petani, para penderita tersebut mengambil keputusan yang berbeda yakni memilih tempat pelayanan kesehatan yang berbeda.

Hal ini pun dapat dipandang dari dua sisi. Pertama, dari sisi penderita yang memilih puskesmas. Pekerjaan para penderita tersebut sebagai petani berimplikasi terhadap penghasilan yang diperoleh, yang dapat dikatakan relatif minim sehingga berdampak terhadap rendahnya status ekonomi para penderita tersebut. Status ekonomi yang rendah mengakibatkan rendahnya pemenuhan terhadap akses akan informasi kesehatan. Meskipun memiliki informasi kesehatan yang minim namun para penderita tersebut telah memiliki kesadaran akan pentingnya pelayanan kesehatan yang ditangani oleh tenaga kesehatan profesional yang berkompeten, bahkan memiliki keinginan dan perilaku memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ditangani oleh tenaga kesehatan profesional yang berkompeten. Keinginan dan perilaku tersebut tercermin dari kunjungan yang dilakukan para penderita tersebut ke puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan yang dipilih untuk pengobatan.

Hal ini berbeda dengan pernyataan Green (1980) bahwa salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang adalah ekonomi. Orang dengan status ekonomi yang lebih baik akan lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan (yang berkompeten)¹². Meskipun para penderita tersebut tergolong ke dalam status ekonomi yang lebih rendah namun telah dapat mengakses pelayanan kesehatan berkompeten.

Kedua, dari sisi penderita yang memilih pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut. Rendahnya status ekonomi yang berakibat pada rendahnya pemenuhan terhadap akses akan informasi kesehatan sehingga memiliki informasi kesehatan yang minim, berdampak pada pengambilan keputusan bersikap dari para penderita tersebut yang kurang rasional yakni memilih tempat pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kompetensi kesehatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Green (1980) di atas¹².

Salah satu faktor yang juga berkontribusi dalam proses pengambilan keputusan adalah jarak. Data SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa salah satu diantara sebagian besar masalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah karena kendala jarak¹⁷. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata jarak yang harus ditempuh para penderita dengan tempat pelayanan kesehatan (puskesmas) lebih jauh (5,56 km) dibandingkan dengan ke tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, dan tukang urut (4,03 km). Pada penderita yang memilih pelayanan kesehatan di puskesmas, walaupun dengan jarak tempuh yang lebih jauh namun tetap memilih berobat ke puskesmas. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan bahwa jarak mempunyai hubungan yang positif dengan upaya alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan¹⁷.

Hasil yang ditunjukkan oleh penelitian ini berbeda dengan pernyataan bahwa kemudahan menjangkau lokasi puskesmas karena jarak yang harus ditempuh merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan¹⁸. Puskesmas yang memadai tidak hanya memperhatikan jumlah atau kapasitas pelayanannya tetapi juga memperhatikan tingkat aksesibilitasnya, yang tentunya mempengaruhi minat masyarakat untuk mengunjungi puskesmas.

Pada penderita yang memilih tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, jarak menjadi suatu persoalan yang sangat diperhatikan dan selain itu, warisan budaya yang lebih mempercayai proses penyembuhan dengan menggunakan pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, turut menjadi alasan untuk tidak berobat ke tempat pelayanan kesehatan yang formal. Hal ini dapat dipahami sebagai dampak dari adat dan kebiasaan para penderita tersebut yang meyakini bahwa dengan berobat ke tempat-tempat non pelayanan kesehatan tersebut akan lebih cepat memberikan kesembuhan dibanding ke puskesmas. Adat dan kebiasaan tersebut telah turun-temurun diwariskan sehingga umumnya mendapat dukungan dari keluarga penderita, terlebih terhadap jenis-jenis penyakit yang sulit

dijelaskan secara medis dan jenis penyakit yang dapat dijelaskan secara medis namun telah menahun dan belum dapat disembuhkan.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan bahwa salah satu faktor yang berkontribusi dalam proses pengambilan keputusan adalah keyakinan dan kepatuhan mengikuti adat, dan dukungan keluarga¹⁶, dan bahwa selain di sarana-sarana pelayanan kesehatan yang formal, tempat pengobatan juga banyak terdapat pada beberapa titik kelompok masyarakat yang beroperasi dalam melayani kesehatan masyarakat baik yang secara sengaja ingin mendapatkan imbalan maupun yang bekerja secara sukarela¹⁹. Hal ini tampak dari contoh kasus penyembuhan yang dianggap mistik oleh masyarakat pada seorang dukun, dan pengobatan tradisional, yang merupakan praktek-praktek berdasarkan teori-teori, keyakinan, dan pengalaman masyarakat yang mempunyai adat budaya yang berbeda, baik dijelaskan atau tidak, digunakan dalam pemeliharaan kesehatan serta dalam pencegahan, diagnosa, perbaikan atau pengobatan penyakit secara fisik dan juga mental.

Hasil yang ditunjukkan oleh penelitian ini sejalan dengan pernyataan bahwa jarak mempunyai hubungan yang positif dengan upaya alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan. Keadaan jarak yang jauh ke pusat pelayanan kesehatan bisa mempengaruhi masyarakat untuk lebih memprioritaskan tempat pengobatan kepada alternatif pengobatan lain yang jaraknya lebih dekat walaupun dianggap kurang begitu bagus dalam mengatasi masalah kesehatan yang efeknya pun belum tentu memuaskan pasien¹⁷.

Hasil penelitian ini berbeda dengan pernyataan bahwa kemudahan untuk menjangkau lokasi puskesmas merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di mana tingkat aksesibilitas mempengaruhi minat masyarakat untuk mengunjungi puskesmas¹⁸, dan bahwa rendahnya status kesehatan penduduk miskin terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis (jarak)²⁰. Meskipun jarak ke puskesmas lebih dekat namun para penderita tersebut lebih memilih tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut.

Hasil yang ditunjukkan oleh penelitian ini juga berbeda dengan pernyataan Green (1980) bahwa faktor-faktor pendukung yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang di antaranya adalah faktor ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan serta kemudahan dalam mencapai tempat pelayanan (jarak)¹². Meskipun tersedia sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) dan jarak ke puskesmas lebih dekat namun para penderita tersebut lebih memilih tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut.

Transportasi memudahkan manusia dalam melakukan aktifitas sehari-hari dan merupakan salah satu faktor kunci yang menstimulasi akses ke jasa²¹, sedangkan jenis transportasi yang digunakan juga sangat beragam seperti kendaraan pribadi atau umum²². Dalam penelitian ini, ketersediaan transportasi diklasifikasikan ke dalam 2 kategori yakni tersedia jika memiliki

kendaraan pribadi dan tidak tersedia jika tidak memiliki kendaraan pribadi sebagai sarana transportasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae terbanyak yang memilih pelayanan kesehatan (66,67%) dan yang memilih non pelayanan kesehatan (68,75%) tidak memiliki ketersediaan transportasi. Hal ini menggambarkan bahwa lebih dari sebagian penderita tersebut, baik yang berobat ke puskesmas maupun ke tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, sama-sama tidak memiliki kendaraan pribadi, atau dengan kata lain, menggunakan kendaraan atau angkutan umum.

Kondisi ini sesuai dengan pernyataan bahwa ketersediaan berbagai jenis angkutan umum untuk mencapai lokasi merupakan ukuran dari mudahnya akses, termasuk ke sarana kesehatan²², dan bahwa di daerah perkampungan yang jauh dari pusat keramaian, ketiadaan transportasi merupakan masalah utama dalam upaya pemenuhan berbagai aspek penting dalam kehidupan khususnya aspek kesehatan²⁰. Para penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae mudah menjangkau sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) karena ketersediaan berbagai jenis angkutan umum yakni mobil penumpang umum dan motor (ojek).

Hasil yang ditunjukkan oleh penelitian ini juga sejalan dengan pernyataan bahwa apapun motivasi masyarakat baik yang sadar dan memutuskan untuk memilih transportasi umum ataupun yang terpaksa karena tidak memiliki pilihan lain, ada kecenderungan penumpang transportasi umum tidak memiliki mobil dan harus bergantung pada transportasi umum²², dan juga searah dengan pernyataan Green (1980) bahwa salah satu faktor pendukung yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang adalah faktor kemudahan dalam mencapai tempat pelayanan¹². Dengan tersedianya sarana angkutan umum maka para penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae mudah dalam menjangkau tempat-tempat pelayanan kesehatan tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata waktu tempuh yang diperlukan penderita menuju puskesmas (27,49 menit) lebih banyak dibandingkan ke tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut (25,13 menit). Pada penderita yang memilih berobat ke puskesmas, meskipun membutuhkan waktu tempuh yang lebih banyak namun para penderita tersebut tetap memilih berobat ke puskesmas. Kondisi ini berbeda dengan pernyataan bahwa waktu tempuh sangat berpengaruh dalam pemilihan tempat pelayanan kesehatan, dimana jika jarak ke pusat pelayanan kesehatan jauh dan memakan waktu yang sangat lama maka masyarakat akan lebih memilih jenis pelayanan kesehatan non formal terdekat yang dianggap bisa mengatasi masalah kesehatan yang dialami¹⁰.

Pada penderita yang memilih berobat ke tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, karena membutuhkan waktu tempuh yang lebih sedikit maka para penderita tersebut memilih berobat ke tempat-tempat sarana non pelayanan

kesehatan tersebut. Hal ini sesuai dengan pernyataan di atas, dan dengan pernyataan bahwa waktu tempuh erat kaitannya dengan alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan¹².

Hasil yang ditunjukkan oleh penelitian ini juga sedikit berbeda dengan pernyataan Green (1980) bahwa faktor-faktor pendukung yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang di antaranya adalah faktor ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan serta kemudahan dalam mencapai tempat pelayanan (waktu)¹². Meskipun tersedia sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) namun para penderita tersebut lebih memilih tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, dan karena membutuhkan waktu tempuh yang lebih sedikit maka para penderita tersebut memilih berobat ke tempat-tempat sarana pelayanan non kesehatan tersebut.

Jarak umumnya berdampak ke waktu tempuh. Semakin jauh jarak maka semakin besar waktu tempuh yang diperlukan, demikian pula sebaliknya. Meskipun demikian, waktu tempuh kadang berbanding terbalik dengan jarak menuju sarana pelayanan kesehatan. Walaupun jarak ke sarana pelayanan kesehatan jauh namun apabila keadaan jalan baik dan tanpa ada hambatan maka waktu tempuh yang dilakukan tidak akan berlangsung lama, dan begitu pula sebaliknya¹².

Hasil yang ditunjukkan oleh penelitian ini berbeda dengan pernyataan di atas. Waktu tempuh penderita berbanding lurus dengan jarak menuju sarana pelayanan kesehatan. Rata-rata jarak yang harus ditempuh oleh penderita yang berobat ke puskesmas lebih jauh (5,56 km) dengan rata-rata waktu tempuh yang diperlukan lebih besar (27,49 menit), dibanding rata-rata jarak yang harus ditempuh oleh penderita yang berobat ke non pelayanan kesehatan yang lebih kecil (4,03 km) dengan rata-rata waktu tempuh yang juga lebih kecil (25,13 menit). Hal ini menggambarkan bahwa keadaan jalan yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Boawae dapat dikatakan relatif telah baik atau menunjang kelancaran transportasi, serta tidak terdapat hambatan berarti bagi kelancaran transportasi tersebut.

Biaya kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai sarana pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Biaya sangat dibutuhkan dalam pemenuhan pemeriksaan berkala maupun pengobatan segala jenis penyakit yang diderita oleh setiap individu¹⁵.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Boawae, rata-rata biaya yang dikeluarkan responden untuk memperoleh pengobatan di puskesmas lebih murah (Rp. 31.250,-) dibanding ke pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, dan tukang urut (Rp. 110.708,-). Pada penderita yang memilih berobat ke puskesmas, karena membutuhkan biaya yang lebih sedikit maka para penderita tersebut memilih berobat ke puskesmas. Biaya yang lebih sedikit yang dikeluarkan para penderita tersebut dikarenakan menggunakan kartu

askes dan jamkesmas sehingga terjangkau, seperti diutarakan bahwa meskipun sebagian besar orang menganggap bahwa pembiayaan di tempat pelayanan kesehatan mahal tetapi masih bisa terjangkau karena menggunakan kartu jaminan seperti askes dan sebagainya¹⁵.

Kondisi ini berbeda dengan pandangan yang secara implisit tersirat dalam pernyataan Green (1980) bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan (yang berkompeten) memerlukan biaya yang lebih tinggi sehingga hanya dapat terjangkau oleh orang dengan status ekonomi yang lebih baik¹², dengan pernyataan bahwa pengobatan di sarana pelayanan kesehatan yang membutuhkan banyak biaya tentu menjadi masalah sehingga penderita beralih ke jenis pengobatan lain yang setidaknya hanya membutuhkan sedikit biaya²³, dan dengan pernyataan bahwa menurut data SDKI 2002-2003, salah satu faktor di antara sebagian besar (48,7%) masalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah karena kendala biaya¹⁷, serta dengan pernyataan bahwa rendahnya status kesehatan penduduk miskin terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala-kendala yang salah satu di antaranya adalah biaya²⁰.

Pada penderita yang memilih berobat ke tempat-tempat pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut, meskipun membutuhkan biaya pengobatan yang lebih tinggi namun para penderita tersebut memilih berobat ke tempat-tempat sarana non pelayanan kesehatan tersebut. Hal ini berbeda dengan pernyataan bahwa biaya pengobatan di jenis pengobatan lain selain kesehatan (yakni non pelayanan kesehatan) setidaknya hanya membutuhkan sedikit biaya²³.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata jarak tempat tinggal penderita yang memilih pelayanan kesehatan (puskesmas) lebih jauh dibanding yang memilih non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut). Hal ini menggambarkan bahwa pada kedua kelompok penderita tersebut terdapat perbedaan signifikan jarak tempat tinggal ke sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut). Hal tersebut diperkuat oleh hasil pengujian statistik yang dilakukan yang tampak dari besaran angka probabilitas (p value) yang lebih kecil dari 0,05 (0,011 < 0,05).

Berdasarkan pengamatan dan analisis peneliti, terdapatnya perbedaan jarak tempat tinggal ke sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) bukan disebabkan oleh jenis sarana pelayanan kesehatan (kesehatan dan non kesehatan) yang tersedia namun lebih disebabkan oleh faktor adat-istiadat dan keadaan demografis. Pola pemukiman penduduk di wilayah kerja Puskesmas Boawae masih tersebar dengan belum merata dan belum tertata secara sentralisasi atau terpadu layaknya di perkotaan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara ketersediaan transportasi dengan alternatif pemilihan pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut). Hal tersebut diperkuat oleh hasil pengujian statistik yang dilakukan yang tampak dari besaran angka probabilitas (p value) yang lebih besar dari 0,05 ($0,827 > 0,05$).

Berdasarkan pengamatan dan analisis peneliti, tidak terdapatnya hubungan signifikan antara ketersediaan transportasi dengan alternatif pemilihan pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) tersebut disebabkan karena kemudahan dalam mengakses jenis transportasi umum, seperti juga ditunjukkan oleh hasil penelitian ini dimana lebih dari sebagian penderita baik yang memilih pelayanan kesehatan (puskesmas) maupun yang memilih non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) tidak memiliki ketersediaan transportasi (tidak memiliki kendaraan pribadi).

Tidak terdapatnya hubungan signifikan antara ketersediaan transportasi dengan alternatif pemilihan pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) tersebut juga menunjukkan bahwa ketersediaan transportasi (kepemilikan sarana kendaraan pribadi) bukanlah merupakan faktor yang diperhitungkan para penderita untuk memperoleh kesembuhan. Baik memiliki atau tidak memiliki kendaraan pribadi, para penderita tersebut tetap mengupayakan kesembuhan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa transportasi memudahkan manusia dalam melakukan aktifitas sehari-hari dan merupakan salah satu faktor kunci yang menstimulasi akses ke jasa²¹, bahwa ketersediaan berbagai jenis angkutan umum untuk mencapai lokasi merupakan ukuran dari mudahnya akses, termasuk ke sarana kesehatan²², dan Green (1980) bahwa salah satu faktor pendukung yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang adalah faktor kemudahan dalam mencapai tempat pelayanan dimana dengan tersedianya sarana angkutan umum maka akan mempermudah para penderita dalam menjangkau tempat-tempat pelayanan kesehatan tersebut¹².

Kondisi ini juga searah dengan pernyataan bahwa meskipun terdapat perbedaan pemilihan tempat pelayanan kesehatan karena faktor ketersediaan transportasi namun secara tersirat menggambarkan bahwa upaya untuk memperoleh kesembuhan tetap dilakukan oleh para penderita baik yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas maupun pelayanan non kesehatan dengan menggunakan jenis-jenis transportasi yang dimiliki^{17,20}.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun rata-rata waktu tempuh penderita yang memilih pelayanan kesehatan (puskesmas) lebih tinggi dibanding yang memilih non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut), namun tidak terdapat perbedaan signifikan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) dan non

pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut) pada kedua kelompok penderita tersebut. Hal tersebut diperkuat oleh hasil pengujian statistik yang dilakukan yang tampak dari besaran angka probabilitas (p value) yang lebih besar dari 0,05 (0,416 > 0,05).

Berdasarkan pengamatan dan analisis peneliti, tidak terdapatnya perbedaan waktu tempuh tersebut disebabkan karena kemudahan dalam mengakses sarana pelayanan kesehatan dan non pelayanan kesehatan yang diakibatkan oleh tersedianya sarana angkutan umum. Seperti diutarakan bahwa karakter umum transportasi publik adalah melayani masyarakat dengan mobilitas dan akses pada pekerjaan, sumber-sumber sosial ekonomi politik, pusat kesehatan, dan tempat rekreasi²².

Tidak terdapatnya perbedaan signifikan waktu tempuh tersebut juga menunjukkan bahwa waktu tempuh bukanlah merupakan faktor yang diperhitungkan para penderita untuk memperoleh kesembuhan. Berapapun waktu tempuh yang diperlukan, para penderita tersebut tetap mengupayakan kesembuhan. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa meskipun terdapat perbedaan pemilihan tempat pelayanan kesehatan karena faktor waktu tempuh namun secara tersirat menggambarkan bahwa upaya untuk memperoleh kesembuhan tetap dilakukan oleh para penderita baik yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas maupun pelayanan non kesehatan^{10,12}.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun rata-rata biaya yang dikeluarkan penderita yang memilih pelayanan kesehatan (puskesmas) lebih rendah dibanding yang memilih non pelayanan kesehatan (pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut), namun tidak terdapat perbedaan signifikan rata-rata biaya yang dikeluarkan kedua kelompok penderita tersebut untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Hal tersebut diperkuat oleh hasil pengujian statistik yang dilakukan yang tampak dari besaran angka probabilitas (p value) yang lebih besar dari 0,05 (0,068 > 0,05).

Berdasarkan pengamatan dan analisis peneliti, tidak terdapatnya perbedaan biaya yang dikeluarkan tersebut disebabkan karena para penderita yang berobat ke puskesmas menggunakan kartu jaminan seperti askes dan jamkesmas sedangkan para penderita yang berobat ke pengobatan alternatif, pengobatan tradisional dan tukang urut tidak dikenai tarif dengan besaran yang pasti tetapi lebih bersifat fleksibel seturut keikhlasan dan kesukarelaan dalam memberi. Keadaan umum yang telah berlaku bagi praktek-praktek pengobatan non pelayanan kesehatan yang beroperasi di dalam wilayah kerja Puskesmas Boawae adalah bahwa pemberian sejumlah dana bukanlah merupakan tarif mutlak yang telah ditentukan dan disepakati sebelumnya namun lebih bersifat sebagai ucapan terima kasih.

Tidak terdapatnya perbedaan signifikan biaya yang dikeluarkan tersebut juga menunjukkan bahwa biaya bukanlah merupakan faktor yang diperhitungkan parapenderita untuk

memperoleh kesembuhan. Berapapun biaya yang dibutuhkan, parapenderita tersebut tetap mengupayakan kesembuhan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa meskipun terdapat perbedaan pemilihan tempat pelayanan kesehatan karena faktor biaya namun secara tersirat menggambarkan bahwa upaya untuk memperoleh kesembuhan tetap dilakukan oleh para penderita baik yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas maupun pelayanan non pelayanan kesehatan^{12,15,17,23,20}. Seperti diutarakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat¹⁵.

Pengaruh terhadap derajat kesehatan penderita berkaitan erat dengan pemilihan tempat pelayanan kesehatan yang memiliki kompetensi kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun telah terdapat puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan namun sebagian penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae masih memanfaatkan pengobatan alternatif, pengobatan tradisional, dan tukang urut. Hal ini menggambarkan bahwa para penderita tersebut masih belum mempertimbangkan efek jangka panjang yang mungkin dapat timbul yang dapat berpengaruh terhadap derajat kesehatan.

Sebagai pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat yang melingkupi wilayah Kec. Boawae maupun Kab. Nagekeo, Puskesmas Boawae dan Dinas Kesehatan Kab. Nagekeo (manajemen dan seluruh jajaran terkait serta para tenaga medis dan non medis) perlu mengupayakan pengadaan dan sosialisasi informasi dan program-program edukasi serta kebijakan-kebijakan bagi peningkatan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemilihan sarana pelayanan kesehatan yang tepat melalui upaya-upaya kreatif misalnya masyarakat yang optimal sesuai yang diharapkan.

Penutup

1. Mayoritas (62,50%) penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae Kec. Boawae Kab. Nagekeo Nusa Tenggara Timur yang memilih pelayanan kesehatan berjenis kelamin perempuan sedangkan yang memilih pelayanan non kesehatan (58,33%) laki-laki,terbanyak yang memilih pelayanan kesehatan (39,58%) dan non kesehatan (37,50%) memiliki tingkat pendidikan SMP, dan yang memilih pelayanan kesehatan (47,92%) dan non kesehatan (50,00%) memiliki pekerjaan sebagai petani.
2. Rata-rata jarak tempat tinggal penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae Kec. Boawae Kab. Nagekeo Nusa Tenggara Timur tahun 2014 yang memilih pelayanan kesehatan adalah 5,56 km sedangkan yang memilih pelayanan non kesehatan adalah 4,03 km, tidak memiliki ketersediaan transportasi 66,67% dan 68,75%, rata-rata waktu tempuh adalah 27,49 menit dan 25,13 menit, dan rata-rata biaya yang dikeluarkan adalah Rp. 31.250,000 dan Rp. 110.708,000.

3. Terdapat perbedaan signifikan rata-rata jarak tempat tinggal ($p = 0,011 < 0,05$), rata-rata waktu tempuh ($p = 0,416 > 0,05$), dan biaya pengobatan ($p = 0,068 > 0,05$) dengan alternatif pemilihan tempat pelayanan kesehatan dan non kesehatan di wilayahkerja Puskesmas Boawae Kec. Boawae Kab. Nagekeo Nusa Tenggara Timur tahun 2014.
4. Tidak terdapat hubungan signifikan antara ketersediaan transportasi ($p = 0,827 > 0,05$) dengan alternatif pemilihan pelayanan kesehatan dan non kesehatan pada penderita di wilayah kerja Puskesmas Boawae Kec. Boawae Kab. Nagekeo Nusa Tenggara Timur tahun 2014.

Daftar Pustaka

- Achmad, C. (2005). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gajah Mada University Press: Yogyakarta
- Adisasmito, W. (2010). *Sistem Kesehatan*. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Akin, J. S., Guilkey, D., & Denton, H. (1995). Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation. *Social Science and Medicine*, 40(11), 1527B1537
- Amin, R., Shah, N. M., & Becker, S. (2010). Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behaviour in rural Bangladesh: A cross-sectional analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9, 9. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-9-9>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 83(4), 1-28.
- Anonim. 2013. Profil Kesehatan Puskesmas Boawae Kabupaten Nagekeo Tahun 2013. Puskesmas Boawae. Natanage.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara: Tangerang.
- Dinkes Nusa Tenggara Timur. (2008). *Profil Kesehatan* <http://www.depkes.go.id>. Diakses tanggal 30 Oktober 2012.
- Dinkes Nagekeo. 2011. Laporan Tahunan Puskesmas. <http://www.dinkesnagekeo.go.id>. Diakses tanggal 16 November 2012.
- Gertler, P., & van der Gaag, J. (1990). *The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Halawa. (2008). Faktor-Faktor yang mempengaruhi Pasien Memilih RSUD Lukas Hilisimaetano Nias Selatan sebagai Tempat Pelayanan Kesehatan. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Yogyakarta
- Hartono, B. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Juariah. (2009). *Antara Bidan dan Dukun (Majalah Bidan Volume XIII)*. Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Kaija, D., & Okwi, P. (2006). Quality and Demand for Health Care in Rural Uganda: Evidence from 2002/03 Household Survey.
- Khair, R. 2003. Hubungan Faktor Predisposisi dan Faktor Pemungkin dengan Pemilihan Penolong Persalinan di Daerah Urban dan Rural Kota Semarang Tahun2003 (Studi

Kasus di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Purwosari). Skripsi. Universitas Diponegoro Semarang. Semarang.

Lestari, W. (2007) Pengaruh Status Sosial Ekonomi terhadap Pemilihan Moda Transportasi untuk Perjalanan Kerja (Studi Kasus Karyawati PT SSS.WI Kabupaten Wonosobo). Tesis. Program Pasca Sarjana Magister Teknik Sipil Universitas Diponegoro Semarang. Semarang.

Lindelow, M. (2005). The utilisation of curative healthcare in Mozambique: does income matter? *Journal of African Economies*, 14(3), 435-482. <http://dx.doi.org/10.1093/jae/eji015>

Muninjaya, G. (2010). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.

Sahn, D. E., Younger, S. D., and Genicot, G. (2003). "The demand for Health Care Services in Rural Tanzania". *Oxford Bulletin of Economics and statistics* , 65, 2(pp 241-259).

Subardianto, D. 2008. Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Pengguna Jasa Berdasarkan Aksesibilitas pada Puskesmas Kecamatan di Wilayah Kerja Jakarta Pusat. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Jakarta.

Sulaeman, E. (2011). *Manajemen Kesehatan, Teori dan Praktik di Puskesmas*. Gadjah Mada University Press: Yogyakarta.

Supardi, S. 2009. Faktor-faktor yang Berperan terhadap Pemanfaatan dan Pelayanan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) pada Rumah Tangga Indonesia. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT PADA SANTRI PANTI ASUHAN PONDOK PESANTREN YAYASAN FATIMATUZZAHRO KELURAHAN MANGUNHARJO KECAMATAN TAMBALANG SEMARANG

Andhika Ariyanto¹, Edi Soesanto, S, kp, M. Kes¹, Ns. Ernawati, S. Kep, M. Kes¹

¹Program Studi S1 Keperawatan Fikkes UNIMUS

Surel : ubuntu.oneiric@gmail.com

Abstrak

Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan penerapan sikap dalam hal menjaga kesehatan diri dan kebersihan lingkungan yang bertujuan untuk menjaga kesehatan tubuh dari berbagai penyakit seperti penyakit kulit, pemberantasan jentik nyamuk agar terhindar dari penyakit demam berdarah. Tatanan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang dilakukan dalam penelitian termasuk di institusi pendidikan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada santri pondok pesantren. Jenis penelitian adalah kuantitatif deskriptif dengan pendekatan survey pendapat umum. Penelitian dilaksanakan bulan September 2014 di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan FatimatuZZahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang. Jumlah sample 47 responden diambil dengan teknik *total sampling*. Penelitian ini menunjukkan walaupun belum seluruhnya responden menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat seperti mencuci tangan dengan sabun, makan buah dan sayur, perilaku jamban sehat, melakukan aktivitas fisik, memberantas jentik nyamuk, perilaku tidak merokok, menimbang berat badan dan tinggi badan, dan membuang sampah pada tempatnya, tetapi sebagian responden sudah menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan baik. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diharapkan para santri dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan baik dalam hal mencuci tangan dengan sabun, makan buah dan sayur, perilaku jamban sehat, melakukan aktivitas fisik, memberantas jentik nyamuk, perilaku tidak merokok, menimbang berat badan dan tinggi badan, dan membuang sampah pada tempatnya.

Kata kunci : Perilaku hidup bersih dan sehat.,

Abstract

Clean and healthy living behavior is the attitude of the application in terms of maintaining cleanliness and personal hygiene which aims to maintain a healthy body. From various diseases like diseases, eradicaton of mosquito larvae to avoid dengue fever. Order to live a clean and healthy behaviors (PHBS) associated with research, including in educational institutions. The purpose of this research is to describe the application of clean and healthy living behavior at boarding school students. This type of research was descriptive quantitative approach to public opinion survey. The research was conducted in September 2014 in Boarding School Orphanage Foundation FatimatuZZahro, Mangunharjo Village, District Tembalang, Semarang. The number of samples is 47 respondents with total sampling. This research shows, although not entirely respondents apply a clean and healthy living behavior, such as hand washing with soap, eating fruit and vegetables, healthy latrine behavior, phisical activity, eradicate masquito larvae, smoking behavior, weigh and height and dispose of waste in place, but the majority of respondents are already implementing a good clean and healthy living behavior well. Based on these results it is expected that students can improve the behavior of clean and healthy as well in them of washing hand with soap, eating fruit and vegetables, healthy latrine behavior, phisical activity, eradicate masquito larvae, smoking behavior, weigh and height and dispose of waste in place.

Keywords : Clean and healthy living behavior

Pendahuluan

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil dari pembelajaran yang dapat menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri di bidang kesehatan serta berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Penerapan PHBS sangat penting dilakukan karena setiap orang dapat menjaga kesehatannya, mampu mengupayakan agar lingkungan tetap sehat, serta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Perilaku PHBS dapat diterapkan dimana pun seseorang berada. PHBS dapat diterapkan di berbagai tatanan seperti PHBS di rumah tangga, PHBS di institusi pendidikan, PHBS di tempat kerja, PHBS di tempat umum dan PHBS di pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Riskesdas 2013 terdapat peningkatan proporsi penduduk berperilaku cuci tangan secara benar pada tahun 2013 (47,0%) dibandingkan tahun 2007 (23,2%) dan perilaku BAB benar terjadi peningkatan dari 71,1 persen menjadi 82,6 persen. Batang rokok yang dihisap perhari penduduk umur ≥ 10 tahun di Indonesia adalah 12,3 batang (setara satu bungkus). Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 30-34 tahun sebesar 33,4 persen, pada laki-laki lebih banyak dibandingkan perokok perempuan (47,5% banding 1,1%). Proporsi penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok dan mengunyah tembakau cenderung meningkat dalam Riskesdas (34,2%), Riskesdas 2010 (34,7%) dan Riskesdas 2013 (36,3%). Proporsi aktivitas fisik tergolong kurang aktif secara umum adalah 26,1 persen. Terdapat 22 provinsi dengan penduduk aktivitas fisik tergolong kurang aktif berada diatas rerata Indonesia. Proporsi rerata nasional perilaku konsumsi kurang sayur dan atau buah 93,5 persen, ditampak perubahan dibandingkan tahun 2007. Perilaku konsumsi makanan beresiko pada penduduk umur ≥ 10 tahun paling banyak konsumsi bumbu penyedap (77,3%), diikuti makanan dan minuman manis (53,1%), dan makanan berlemak (40,7%).

Menurut Handayani (2007, dalam Azizah, 2012) di Pondok Pesantren Nihayatul Amal menunjukkan bahwa persentase responden yang terkena skabies ada 62,9% mempunyai kebiasaan mencuci pakaian bersama pakaian temannya 61,4%, mempunyai kebiasaan tidur bersama temannya yang menderita skabies 60,0%, mempunyai kebiasaan memakai selimut bersama-sama temannya yang menderita skabies 54,3% dan 32,8% yang mempunyai kebiasaan berwujud tidak menggunakan kran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan pemakaian sabun mandi, kebiasaan pemakaian handuk, kebiasaan bergantipakaian, kebiasaan tidur bersama, dan kebiasaan mencuci pakaian bersama penderita skabies dengan kejadian skabies.

Tinggal bersama dengan sekelompok orang seperti di pesantren berisiko mudah tertular berbagai penyakit. Penularan terjadi bila kebersihan pribadi dan lingkungan tidak terjaga dengan baik. Faktanya, sebagian pesantren tumbuh dalam lingkungan yang kumuh, tempat mandi dan WC

yang kotor, lingkungan yang lembab, dan sanitasi buruk (Badri, 2008). Ditambah lagi dengan perilaku tidak sehat, seperti menggantung pakaian di kamar, tidak membolehkan pakaian santri wanita dijemur di bawah terik matahari, dan saling bertukar pakaian, benda pribadi, seperti sisir dan handuk. Hal inilah umumnya menjadi penyebab timbulnya penyakit skabies. Faktor yang mempengaruhi penularan penyakit skabies adalah kebersihan perseorangan yang buruk, perilaku yang tidak mendukung kesehatan, hunian yang padat, tinggal satu kamar, ditambah kebiasaan saling bertukar pakaian, handuk, dan perlengkapan pribadi meningkatkan risiko penularan. Selain itu kejadian di pondok pesantren santri sering mengalami kekurangan berat badan di karenakan pola makan santri umumnya tidak sesuai dengan kegiatan dan kebutuhan sehari-hari (Badri, 2008).

Pondok Pesantren sebagai salah satu tempat pendidikan di Indonesia saat ini berjumlah kurang lebih 40.000. Penyakit menular berbasis lingkungan dan perilaku seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernapasan atas, diare dan penyakit kulit masih merupakan masalah kesehatan yang juga dapat ditemukan di Pondok Pesantren (Nugraheni, 2008). Pada umumnya kondisi kesehatan di lingkungan pesantren masih memerlukan perhatian dari berbagai pihak terkait baik dalam aspek akses pelayanan kesehatan, perilaku sehat, maupun kesehatan lingkungannya (Effendi & Mahfudli, 2007 dalam Rofiyati, 2012).

Peneliti telah melakukan studi pendahuluan di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang. Dari observasi yang dilakukan terlihat lingkungan tempat tinggal para santri kumuh dan kotor, tempat tinggal santri kurang pencahayaan, para santri tidur di sembarang tempat, di bak kamar mandi terdapat jentik nyamuk dan tampak tidak terawat.

Berdasarkan gambaran tersebut peneliti berkeinginan untuk mengetahui gambaran penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan survey pendapat umum. Penelitian ini dilakukan di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro Kelurahan Mangunharjo Kecamatan Tembalang Semarang, sample dalam penelitian ini adalah 47 orang santri. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner, proses penelitian dimulai dari bulan Februari 2014 sampai dengan bulan September 2014. Data dianalisis secara univariat.

Hasil dan pembahasan

Perilaku hidup bersih dan sehat

1. Mencuci tangan dengan sabun

Berdasarkan analisa secara deskriptif didapatkan bahwa 25 orang (53,2%) melakukan cuci tangan dengan sabun secara baik, ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Taufiq (2013) yang berpendapat 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 dipermukaan kulit, serta meninggalkan bau wangi. Perpaduan kebersihan, bau wangi dan perasaan segar merupakan hal positif yang diperoleh setelah menggunakan sabun.

Tabel 1 Distribusi responden berdasarkan mencuci tangan dengan sabun di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Mencuci tangan dengan sabun | Frekuensi | Prosentase % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Baik | 25 | 53,2 |
| Kurang | 22 | 46,8 |
| Total | 47 | 100 |

2. Makan buah dan sayur

Berdasarkan analisa secara deskriptif didapatkan bahwa 25 orang (53,2%) mengkonsumsi buah dan sayur, dari observasi peneliti didapatkan responden mengatakan kadang-kadang mengkonsumsi buah-buahan dan setiap hari menu masakan terdapat sayur. ini sesuai dengan pendapat WHO dan FAQ (2003, dalam Farida, 2010) yang berpendapat dengan mengkonsumsi 2 buah dan 3 porsi sayur setiap hari secara teratur dapat memberikan manfaat positif bagi tubuh. Pendapat ini juga didukung oleh pendapat Muryani (2013), yang menyatakan makan buah dan sayur setiap hari sangat penting, karena mengandung vitamin dan mineral yang mengatur pertumbuhan dan memelihara tubuh serta mengandung serat yang tinggi.

Tabel 4.7 Distribusi responden berdasarkan makan buah dan sayur di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Makan buah dan sayur | Frekuensi | Prosetase % |
|----------------------|-----------|-------------|
| Baik | 25 | 53,2 |
| Kurang | 22 | 46,8 |
| Total | 47 | 100 |

3. Perilaku jamban sehat

Berdasarkan analisa secara deskriptif didapatkan bahwa 29 orang (61,7%) ,melakukan perilaku jamban sehat yang baik, data observasi juga didapatkan, jamban yang dipakai pada ponpes memakai jamban tangki septik, terdapat air yang cukup, sabun, alat pembersih, dan dilengkapi dengan penerangan. Penelitian ini sesuai dengan pendapat Muryani (2013), bahwa syarat-syarat jamban sehat tidak mencemari sumber air, tidak berbau, kotoran tidak dapat dijamah oleh serangga dan tikus, tidak mencemari tanah sekitar, mudah dibersihkan dan aman digunakan,

dilengkapi dinding dan atap pelindung, penerangan dan ventilasi yang cukup, lantai kedap air dan luas ruangan memadai, tersedia air, sabun, dan alat pembersih.

Tabel 4.8 Distribusi responden berdasarkan perilaku jamban sehat di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Perilaku jamban sehat | Frekuensi | Prosentase % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Baik | 29 | 61,7 |
| Kurang | 18 | 38,3 |
| Total | 47 | 100 |

4. Melakukan olahraga dan aktivitas fisik

Berdasarkan analisa secara deskriptif didapatkan bahwa terdapat 27 orang (57,4%) baik dalam melakukan olahraga dan aktivitas fisik, juga didapatkan hasil wawancara bahwa setiap sore santri sering bermain sepak bola, di ponpes santri terbiasa melakukan aktifitas mencuci pakaian sendiri dan membersihkan lingkungan ponpes. Muryani (2013) berpendapat aktivitas fisik merupakan pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan fisik, mental, dan mempertahankan kualitas hidup agar sehat dan bugar sepanjang hari.

Tabel 4.9 Distribusi responden berdasarkan melakukan aktivitas fisik di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Melakukan aktivitas fisik | Frekuensi | Prosentase % |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Baik | 27 | 57,4 |
| Kurang | 20 | 42,6 |
| Total | 47 | 100 |

5. Memberantas jentik nyamuk

Hasil penelitian didapatkan 24 orang (51,1%) memberantas jentik nyamuk dengan kurang baik. Ini tidak sesuai dengan pendapat Muryani (2013) karena dengan pemberantasan jentik nyamuk akan terhindar dari berbagai bentuk penyakit seperti demam berdarah, malaria, cikungunya, dan kaki gajah, lingkungan menjadi bersih dan sehat. Populasi nyamuk menjadi terkendali sehingga penularan penyakit dengan perantara nyamuk dapat dicegah atau dikurangi.

Tabel 4.10 Distribusi responden berdasarkan memberantas jentik nyamuk di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Memberantas jentik nyamuk | Frekuensi | Prosentase % |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Baik | 23 | 48,9 |
| Kurang | 24 | 51,1 |
| Total | 47 | 100 |

6. Tidak merokok

Dari hasil wawancara sebagian santri mengatakan mereka tidak merokok dengan alasan mereka takut terserang penyakit, terlihat dari hasil penelitian yang didapatkan 34 orang (72,3%) tidak merokok. Sesuai dengan pendapat Aula (2010) karena pada rokok mengandung zat karsinogen (zat yang memudahkan timbulnya kanker yang ada dalam asap rokok) dan 4000 partikel lain yang ada di asap rokok, karena dengan merokok kemungkinan mengalami serangan kanker paru, kanker payudara, kanker ginjal, kanker pancreas, dan kanker otak, karena memperoleh nikotin dari asap rokok.

Tabel 4.11 Distribusi responden berdasarkan tidak merokok di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Perilaku merokok | Frekuensi | Prosentase % |
|------------------|-----------|--------------|
| Tidak merokok | 41 | 87,2% |
| Perokok ringan | 3 | 6,4% |
| Perokok sedang | 2 | 4,3% |
| Perokok berat | 1 | 2,1% |
| Total | 47 | 100% |

7. Menimbang berat badan dan tinggi badan

Berat badan adalah anthropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan berkembang mengikuti pertumbuhan umur. Ada dua kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal, Anggraeni (2012 dalam Damanik, 2011). Ini sesuai dengan hasil penelitian yang didapatkan 25 orang (53,2%) melakukan menimbang berat badan dan tinggi badan dengan baik karena untuk melihat keadaan status gizi yang sekarang.

Tabel 4.12 Distribusi responden berdasarkan menimbang berat badan dan tinggi badan di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Menimbang BB dan TB | Frekuensi | Prosentase % |
|---------------------|-----------|--------------|
| Baik | 25 | 53,2 |
| Kurang | 22 | 46,8 |
| Total | 47 | 100 |

8. Membuang sampah pada tempatnya

Hasil wawancara didapatkan bahwa setiap hari santri melakukan kebersihan ponpes sesuai jadwal, ini sesuai dengan hasil penelitian yang didapatkan 24 orang (51,1%) membuang sampah pada tempatnya, karena santri membuang sampah pada tempatnya dan santri tidak membuang sampah melalui jendela. Sesuai dengan asumsi peneliti yang berpendapat dengan lingkungan atau tempat tinggal yang bersih akan menjadi lingkungan yang sehat dan nyaman, juga akan terhindar dari berbagai penyakit yang timbul dari sampah. Menurut Wibowo (2010) penyediaan sarana yang layak merupakan awal pelaksanaan penyehatan lingkungan, disamping penyediaan

sarana, perencanaan yang komprehensif terhadap kebijakan dan strategi pengelolaan sampah akan menghasilkan pembangunan bidang kesehatan lingkungan yang berkelanjutan.

Tabel 4.13 Distribusi responden berdasarkan membuang sampah pada tempatnya di Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang, September 2014 (n : 47).

| Membuang sampah pada tempatnya | Frekuensi | Prosentase % |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Baik | 24 | 51,1 |
| Kurang | 23 | 48,9 |
| Total | 47 | 100 |

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, peneliti banyak memiliki keterbatasan karena peneliti menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data, yang kemungkinan responden menjawab tidak sesuai dengan apa yang dilakukan, ini menjadikan hasil penelitian menjadi tidak sesuai dengan apa yang dilakukan oleh responden. Pada penelitian ini hanya menggunakan 47 sampel, jika menggunakan lebih banyak sampel kemungkinan jawaban akan lebih bervariasi.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat pada santri Panti Asuhan Pondok Pesantren Yayasan Fatimatuzzahro, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Semarang. Maka dapat disimpulkan Sebanyak 25 responden (53,2%) telah menerapkan mencuci tangan dengan sabun dengan baik, sebanyak 25 responden (53,2%) sudah mengkonsumsi makan buah dan sayur, sebanyak 29 responden (61,7%) sudah menerapkan perilaku jamban sehat, sebanyak 27 responden (57,4%) sudah melakukan aktivitas fisik dengan baik, sebanyak 24 responden (51,1%) tidak melakukan upaya pemberantasan jentik nyamuk dengan baik, sebanyak 41 responden (87,2%) tidak merokok, sebanyak 25 responden (53,2%) sudah rutin mengontrol berat badan dan tinggi badan, sebanyak 24 responden (51,1%) Sudah membuang sampah pada tempatnya

Daftar pustaka

Aula, L.Z. (2010). *Stop Merokok*. Ed. 1. Banguntapan, Jogjakarta : Garailmu.

Azizah, Umi. (2012) Hubungan Antara Pengetahuan Santri Tentang PHBS dan Peran Ustadz Dalam Mencegah Penyakit Skabies Dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies.

Badri, (2008).Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Bandung.<http://digilib.litbatang.depkes.go.id/go.php?id=jpkbpbppkgdl-grey-2008-mohbadri-2623&node=146&start=141>. Diakses pada 20 April 2014.

Damanik, E. (2011). <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/28016/4/chapter%20II.pdf>. Diakses pada 14 April 2014.

- Farida, Ida. (2010) Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Konsumsi Buah Dan Sayur Pada Remaja Di Indonesia Tahun 2007.
- Kemenkes RI. (2011). Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS).(2269/MENKES/PER/XI/201), 7-11.
- Muryani, Anik. (2013). *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)*.Ed. 1.Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Riskesdas.(2013). Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat.
- Taufiq, Muhammad. (2013). Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Masyarakat Di Kelurahan Parangloe Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar. 6.
- Wibowo, Herman Eko. (2010). Perilaku Masyarakat Dalam Mengelola Sampah Pemukiman Di Kampung Kamboja Kota Pontianak.

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN SUAMI TENTANG MENOPAUSE PADA ISTRI DALAM MENGHADAPI MASA MENOPAUSE DI WILAYAH KELURAHAN PEKAJANGAN TAHUN 2013

Dewi Fitriana¹

¹Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Surel: dewifitriana223@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Sebelum memasuki masa menopause wanita akan mengalami perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya, seperti menstruasi yang tidak teratur, mengalami gangguan tidur, keringat malam,. Permasalahan psikologis yang bisa muncul pada masa menopause adalah depresi, ingatan menurun, mudah marah, perubahan *mood* yang berlangsung cepat. Pengetahuan suami tentang menopause sangat dibutuhkan untuk menyediakan lingkungan yang dapat memberikan perlindungan psikologis yang optimum sehingga dapat menciptakan emosi yang stabil, perasaan antar anggota yang baik dan kemampuan untuk mengatasi stres. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran pengetahuan suami tentang menopause saat istri yang berusia 45-59 tahun menghadapi masa menopause di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013.

Metode : Desain penelitian ini bersifat deskriptif. Teknik pengambilan sampel menggunakan *cluster random sampling* pada 745 orang dan didapatkan responden sejumlah 146 dari 3 RW yaitu RW3, 5 dan 7.

Hasil : penelitian ini bahwa kurang dari separuh berpengetahuan kurang, sebanyak 56 responden (41,5%) dari keseluruhan sampel suami yang memiliki istri usia 45-59 tahun di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013.

Kesimpulan: Tenaga kesehatan perlu meningkatkan kegiatan penyuluhan maupun pendidikan kesehatan tentang menopause sehingga masyarakat pengetahuan masyarakat tentang menopause dapat meningkat.

Kata Kunci : Pengetahuan Suami, Menopause, Pendidikan Kesehatan.

ABSTRACT

Beckground : *At the time of menopause can occur changes and problems in women, one of which is a psychological problem. The problem of psychology that could emerge during the menopause was depression and memory decline. The husband's knowledge about menopause is urgently needed to provide an environment that can provide the optimum psychological protection so as to create a stable emotions, and the ability to cope with stress. The purpose of the research is to know the description of knowledge about menopause when husband and wife aged 45-59 years through menopause in the area Pekajangan 2013.*

Methods : *design research is descriptive. The population in this research is all the husband has a wife aged 45-59 years in Pekajangan. Sample retrieval technique using cluster random sampling on 745 people and obtained a number of 146 respondents from RW 3, 5 and 7. The analysis used univariate analysis.*

Results : *less than half of 56 respondents less knowledgeable (41,5%) of the entire sample has a husband wife age 45-59 years in Pekajangan 2013.*

Conclusion : *health works need to increase public awareness as well as health education about menopause that not only focused on women, but also includes spouses so husbands the wife in fase of menopause.*

Key Words : *The husband's knowledge, menopause, health education.*

Pendahuluan

Setiap tahunnya sekitar 25 juta wanita diseluruh dunia diperkirakan mengalami menopause. Jumlah wanita usia 50 tahun ke atas dapat diperkirakan meningkat dari 500 juta pada saat ini menjadi lebih dari 1 miliar pada 2030. Menurut data World Health Organization (WHO) pada tahun 2025 jumlah wanita yang berusia tua diperkirakan akan melonjak dari 107 juta ke 373 juta (Baziad 2009,h.1).

Kata menopause berasal dari bahasa Yunani, yaitu *men* yang berarti 'bulan' dan *pausis* artinya penghentian sementara yang digunakan untuk menggambarkan berhentinya haid. Sebenarnya yang lebih tepat adalah '*menocease*' yang berarti berhentinya masa menstruasi. Menopause dalam pandangan medis, bukan hanya sekedar penghentian sementara dari siklus haid, melainkan penghentian haid untuk selamanya. Jadi, menopause dapat diartikan sebagai suatu masa ketika secara fisiologis siklus menstruasi berhenti. Hal ini berkaitan dengan tingkat lanjut usia perempuan. Biasanya menopause terjadi pada wanita mulai usia 45-55 tahun. Masa ini secara alamiah tidak dapat langsung diketahui, biasanya akan diketahui setelah kurang lebih setahun berlalu (Smart 2010,hh.17-18).

Permasalahan psikologis yang bisa muncul pada masa menopause adalah depresi, ingatan menurun, mudah marah, perubahan *mood* yang berlangsung cepat. Biasanya, perubahan emosional ini tidak disadari oleh yang bersangkutan. Dengan pendekatan khusus ini diharapkan wanita yang mengalami menopause dapat memahami dan menerima bahwa kondisi emosionalnya sedikit berubah (Smart 2010,hh.26-27).

Menopause mungkin menjadi mimpi buruk bagi setiap wanita. Ketakutan akan hilangnya sifat kewanitaannya dan ketakutan menjadi tua menjadikan wanita semakin tertekan. Namun jika wanita dapat menghadapi menopause dengan tenang dan menerima menopause sebagai ketentuan yang harus dijalani setiap wanita, tentu wanita tidak akan merasa terbebani dengan masalah ini.

Cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi keluhan menopause menurut Smart (2010,hh.100-102) yaitu antara lain :

a. Terapi hormon

Wanita menopause memerlukan tambahan estrogen agar dapat mengatasi berbagai gejala menopause yang mengganggu sehingga mereka masih terus dapat berkarir. Kurangnya estrogen pada wanita dapat digantikan dengan asupan hormon estrogen dari luar atau dikenal dengan terapi sulih hormon (TSH). Terapi hormonal ini berfungsi menurunkan gejala-gejala menopause serta mencegah kelainan jangka panjang seperti osteoporosis dan penyakit jantung.

b. Nutrisi untuk wanita menopause

Pada saat menopause, kadar estrogen menurun. Hal ini akan mempermudah hilangnya kalsium tubuh. Oleh karena itu diet yang kaya buah, sayur, biji-bijian, kalsium dan rendah lemak, alkohol, kalori, dan kafein merupakan sesuatu yang harus menjadi pilihan utama bagi wanita setengah baya.

c. Olahraga

Olahraga dapat mengurangi resiko menopause karena menghindarkan dari penyakit jantung dan paru-paru. Latihan aerobik ringan seperti jalan kaki, bersepeda dan berenang dapat menjadi pilihan. Lakukan olahraga ini sedikitnya 30 menit per hari.

Pengetahuan suami tentang menopause sangat dibutuhkan untuk menyediakan lingkungan yang dapat memberikan perlindungan psikologis yang optimum sehingga dapat menciptakan emosi yang stabil, perasaan antar anggota yang baik dan kemampuan untuk mengatasi stres dan krisis (Andarmoyo 2012,h.28). Rasa kurang nyaman menjalani menopause akan semakin terasa parah jika seorang wanita tersebut dalam kondisi stres. Mulai dari ancaman masalah kesehatan seperti osteoporosis, kegemukan, keriput, dan mengendurnya kulit membuat penampilan tak lagi secantik waktu muda. Hal tersebut menjadikan sebagian wanita takut menghadapi masa ini (Smart 2010,h.28). Pengetahuan suami tentang menopause sangat dibutuhkan untuk menyediakan lingkungan yang dapat memberikan perlindungan psikologis yang optimum sehingga dapat menciptakan emosi yang stabil, perasaan antar anggota yang baik dan kemampuan untuk mengatasi stres dan krisis (Andarmoyo 2012,h.28).

Soekanto dikutip dalam Notoatmodjo (2003,h.122) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu:

a. Tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan upaya untuk memberikan pengetahuan agar terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Semakin tinggi pendidikan, semakin tinggi pula kesadaran akan pentingnya ilmu pengetahuan. Hal ini dapat memicu seseorang untuk bersikap aktif dalam meningkatkan pengetahuan.

b. Informasi

Seseorang yang mempunyai informasi yang lebih banyak yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang luas melalui media elektronika maupun media massa.

c. Budaya

Semakin tinggi ragam kebudayaan suatu masyarakat makin tinggi pula tingkat pengetahuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

d. Pengalaman

Sesuatu yang dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.

e. Sosial ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidup, maka semakin tinggi pula pengetahuan yang diperoleh dari informasi di lingkungan sekitarnya.

Pasangan suami istri perlu saling mengerti dan memahami satu sama lain, karena hal tersebut berlaku sebagai suatu tempat perlindungan terhadap permasalahan yang timbul (Andarmoyo 2012,h.58). Hal ini diharapkan istri yang mengalami menopause dapat memahami

dan menerima bahwa kondisinya berubah serta agar istri yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikannya, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya (Setiadi 2008,h.22).

Suami perlu memiliki pengetahuan tentang menopause agar dapat memberikan pendekatan khusus kepada istri yang mengalami menopause. Pendekatan ini dilakukan untuk meyakinkan wanita atas apa yang sedang dia alami. Pendekatan khusus ini diharapkan wanita yang mengalami menopause dapat memahami dan menerima bahwa kondisi berubah (Smart 2010,h.27).

Pasangan suami istri perlu saling mengerti dan memahami satu sama lain, karena hal tersebut berlaku sebagai suatu tempat perlindungan terhadap permasalahan yang timbul (Andarmoyo 2012,h.58). Suami perlu memiliki pengetahuan tentang menopause agar dapat memberikan pendekatan khusus kepada istri yang mengalami menopause.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan Tahun 2013, jumlah wanita usia 45-59 tahun terbanyak berada di wilayah puskesmas kedungwuni II. Dari jumlah keseluruhan, Sebagian besar wanita usia 45-59 tahun (sebanyak 745 orang) terdapat di wilayah kerja kelurahan Pekajangan, namun pada wilayah ini belum pernah diadakan penyuluhan tentang menopause pada wanita usia 45-59 tahun maupun suami yang memiliki istri usia 45-59 tahun. Hal ini mengakibatkan suami di wilayah kelurahan Pekajangan yang memiliki istri berusia 45-59 tahun belum mengetahui secara jelas mengenai menopause.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan April 2013 di kelurahan Pekajangan terhadap 10 orang laki-laki yang memiliki istri dalam masa menopause yang diwawancarai dan memiliki pengetahuan tentang menopause yang berbeda, diketahui 4 orang (40%) mempunyai pengetahuan baik, 4 orang (40%) mempunyai pengetahuan sedang dan 2 orang (20%) mempunyai pengetahuan rendah.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu "Bagaimana gambaran tingkat pengetahuan suami pada istri dalam menghadapi masa menopause di wilayah kelurahan Pekajangan tahun 2013 ?".

Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan suami tentang menopause pada istri dalam menghadapi masa menopause di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013.

Metode

Penelitian ini bersifat deskriptif yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran atau fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu. Pada umumnya deskriptif digunakan untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program di masa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut. Deskriptif juga didefinisikan

penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat (Notoatmodjo,2010,h.35).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua suami yang memiliki istri berusia 45-59 tahun di desa Pekajangan Kabupaten Pekalongan menurut data pada tahun 2012 yaitu 745 orang yang terbagi dalam 14 RW.

1. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo 2010,h.115).

Sampel dalam penelitian ini diambil secara kelompok atau gugus (*cluster random sampling*). Pengambilan sample 20% dari 14 RW . Setelah dilakukan pengundian, didapatkan 3 RW yang diambil secara acak yang akan dijadikan sampel yaitu RW 2 yang berjumlah 80 responden, RW 5 yang berjumlah 35 responden dan RW 7 yang berjumlah 31 responden dengan jumlah suami yang memiliki istri usia 45-59 tahun sebanyak 146 responden.

Kriteria sampel dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Karakteristik inklusi penelitian ini adalah :

- 1) Suami yang istrinya mengalami menopause yang bersedia menjadi responden dan ikut terlibat dalam penelitian.
- 2) Suami yang istrinya mengalami menopause dan masih berdomisili di wilayah kelurahan pekajangan.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel.

Kriteria eksklusi penelitian ini adalah:

- 1) Suami yang istrinya berusia 45-59 tahun tetapi belum mengalami menopause = 4 orang.
- 2) Suami yang istrinya sudah meninggal lebih dari 1 tahun = 3 orang (yaitu 3,5 dan 6 bulan).
- 3) Suami yang sudah meninggal = 4 orang.

Sehingga responden yang didapatkan setelah di eksklusi sebanyak 135 orang.

Alat yang digunakan pada penelitian ini adalah dalam bentuk *kuesioner*, yaitu daftar pertanyaan yang sudah tersusun baik, matang, dimana responden tinggal memberikan jawaban atau dengan tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo 2005, h.116). Kuesioner berupa pertanyaan tertutup (*closed ended question*), yaitu daftar pertanyaan yang telah tersedia jawabannya (Notoatmodjo 2005, h.124). Kuesioner penelitian terdiri dari kuesioner pengetahuan suami tentang pengetahuan suami tentang menopause.

Teknik analisa yang digunakan pada penelitian ini adalah analisa univariat dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari variabel

bebas. Untuk mendiskripsikan tingkat pengetahuan suami tentang menopause pada istri dalam menghadapi masa menopause di wilayah kelurahan pekajangan tahun 2013.

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur yang digunakan benar-benar dapat mengukur apa yang diukur. Validitas akan dilakukan di desa Ambokembang yang memiliki jumlah menopause dan masalah yang dialami menopause terbanyak ke-2 setelah desa Pekajangan. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antar skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut. Bila semua pertanyaan itu mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*). Apabila kuesioner tersebut telah memiliki validitas konstruk, berarti semua item (pertanyaan) yang ada didalam kuesioner itu mengukur konsep yang kita ukur. Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik korelasi "produk moment" (Notoatmodjo 2010, hh.164-167).

Pada sampel (n) = 20 dengan taraf signifikansi 5% maka r tabel diketahui sebesar 0,444. Pengolahan uji validitas secara komputerisasi dengan program statistik SPSS. Sebuah item dikatakan valid apabila nilai r hitung $>$ r tabel. Uji validitas pertanyaan dilaksanakan di Desa Ambokembang pada bulan Juli 2013 terhadap 20 responden yang mempunyai karakteristik sama dengan responden penelitian. Kuesioner terdiri dari 33 pertanyaan variabel pengetahuan. Setelah dilakukan uji korelasi *product moment*, diperoleh 29 pertanyaan valid (r hitung $>$ r tabel) dengan nilai r antara 0,471 – 0,943. Pertanyaan yang tidak valid dihapus karena dari pertanyaan yang dikatakan valid sudah mewakili

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Kuesioner sebagai alat ukur untuk gejala-gejala sosial (nonfisik) harus mempunyai reliabilitas yang tinggi. Untuk itu sebelum digunakan untuk penelitian harus dites (diuji coba) sekurang-kurangnya dua kali. Uji coba tersebut kemudian diuji dengan tes menggunakan rumus korelasi *product moment*, seperti tersebut tadi. Perlu dicatat, bahwa perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas. Dengan demikian harus menghitung validitas terlebih dahulu sebelum menghitung reliabilitas (Notoatmodjo, 2010, h.168)

Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid harus dilihat reliabilitasnya, dengan melihat nilai alpha. Bila nilai alpha \geq konstan (0,6) maka pertanyaan yang sudah valid tersebut dikatakan reliabel (Riyanto 2011, h.148).

Uji reliabilitas pada kuesioner ini didapatkan nilai alpha sebesar 0,970 untuk kuesioner pengetahuan yang berarti memiliki koefisien nilai alpha lebih besar dari 0,6 sehingga kuesioner pengetahuan tersebut dikatakan reliabel.

Pengolahan data yang peneliti lakukan meliputi 4 tahap menurut Notoatmodjo (2010, hh.176-177) :

1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Dalam penelitian ini dilakukan dengan melakukan pengecekan kembali data yang telah dikumpulkan apakah telah sesuai dengan yang diharapkan atau tidak.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk angka/ bilangan. Dalam penelitian ini *Coding* dilakukan mengelompokan pengetahuan baik dengan kode 1, pengetahuan cukup dengan kode 2 dan pengetahuan kurang dengan kode 3.

3. *Processing*

Setelah semua isian kuesioner terisi penuh dan juga melewati pengkodian, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisis. pada penelitian ini, setelah data dikumpulkan melalui pengisian kuesioner dengan kode-kode yang telah ditentukan, selanjutnya data tersebut dimasukan ke dalam *database computer* yaitu komputerisasi dengan program tertentu.

4. *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Dalam penelitian ini, setelah data dimasukan ke dalam *database computer* langkah selanjutnya adalah mengecek apakah ada kesalahan dalam memasukan data.

Prosedur pengumpulan data dalam peneliiian ini meliputi :

1. Setelah peneliti mendapat rekomendasi dari kepala Program Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, kemudian peneliti meminta ijin rekomendasi kepala BAPPEDA Kabupaten Pekalongan.
2. Peneliti meminta ijin ke BAPPEDA kabupaten Pekalongan yang tembusanya disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan dan Puskesmas Kedungwuni II
3. Peneliti meminta ijin ke kepala Puskesmas Kedungwuni II untuk melakukan stadi pendahuluan guna mencari data jumlah menopause terbanyak.
4. Penelitian meminta ijin ke kepala Desa Kelurahan Pekajangan Pekalongan untuk melakukan studi pendahuluan.
5. Peneliti meminta izin untuk melihat nama-nama responden yang akan dilakukan penelitian
6. Peneliti meminta izin pada ketua RT setempat dan menjelaskan maksud dan tujuan diadakannya penelitian.
7. Penelitian diadakan dengan cara door to door, yaitu peneliti mendatangi rumah responden satu per satu.
8. Pendekatan kepada responden untuk memberikan penjelasan, bila bersedia menjadi responden maka dipersilahkan menandatangani lembar persetujuan.
9. Responden diberi penjelasan tentang cara pengisian kuesioner.
10. Pengumpulan data dilakukan dengan cara pengisian kuesioner.

11. Peneliti melakukan tanya jawab pada responden dan mengisi jawaban responden pada kuesioner.

Setelah responden mengisi semua pertanyaan kuesioner yang diberikan, kuesioner akan dikumpulkan kembali kepada peneliti.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini menggambarkan Pengetahuan Suami tentang Menopause pada Istri dalam Menghadapi Menopause di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013. Pada bab ini, peneliti akan menjelaskan hasil uji statistik yang telah dilakukan pada responden yaitu analisa univariat.

Hasil penelitian tentang Gambaran Pengetahuan Suami tentang Menopause pada Istri dalam Menghadapi Menopause di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013 dapat dilihat dalam tabel berikut:

Table diatas menunjukkan bahwa kurang dari separuh (41,5%), sebanyak 56 responden mempunyai pengetahuan kurang mengenai Menopause.

| Pengetahuan | Frekuensi | Prosentase |
|--------------------|-----------|------------|
| Pengetahuan Baik | 27 | 20,0 |
| Pengetahuan Cukup | 52 | 38,5 |
| Pengetahuan Kurang | 56 | 41,5 |
| Total | 135 | 100 |

Penutup

Menunjukkan bahwa pengetahuan suami tentang menopause pada istri dalam menghadapi menopause di Wilayah kelurahan Pekajangan tahun 2013 sebagian kecil berpengetahuan baik yaitu sebanyak 27 responden (20%), kurang dari separuh berpengetahuan cukup, sebanyak 52 responden (38,5%) dan kurang dari separuh berpengetahuan kurang, sebanyak 56 responden (41,5%). Secara lebih rinci didapatkan data bahwa pengetahuan responden tentang menopause yaitu kurang.

Hasil analisa data dari 135 responden, diperoleh simpulan bahwa pengetahuan suami tentang menopause masih kurang. Berdasarkan informasi yang peneliti peroleh dari responden, pengetahuan suami yang kurang disebabkan oleh terbatasnya informasi tentang menopause sehingga suami tidak begitu paham dengan istilah menopause. Untuk mendapatkan informasi pengetahuan tentang menopause, suami dapat mencari dari berbagai sumber seperti: media cetak, media elektronik maupun informasi dari dokter, bidan ataupun perawat yang berada di tempat pelayanan kesehatan atau di lingkungan sekitarnya. Tidak adanya pengalaman juga mengakibatkan kurangnya pengetahuan suami mengenai menopause. Sosial ekonomi yang rendah juga merupakan salah satu penyebab kurangnya pengetahuan suami tentang menopause (Andarmoyo 2012,h.28).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain: sosial ekonomi, kultur, budaya, dan agama, pendidikan serta pengalaman. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Apabila penerimaan perilaku didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan langgeng (Notoatmodjo, 2005,h.127-128).

Berdasarkan hasil penelitian pengetahuan suami tentang menopause dapat dikatakan bahwa pengetahuan masih kurang. Hal ini dapat menyebabkan kurangnya dukungan pada istri dalam menghadapi masa menopause.

Ucapan Terimakasih

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT.,Tuhan semesta alam. Semoga sholawat dan salam senantiasa terlimpah kepada Rasulullah Muhammad SAW., keluarga, sahabat dan umatnya.

Segenap kemampuan peneliti curahkan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Namun disadari bahwa Penelitian ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari beberapa pihak. Untuk itu peneliti perlu mengucapkan terimakasih setulusnya kepada yang terhormat:

1. Kepala BAPPEDA Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
2. Kepala Dinas Kesehatan yang telah memberikan data-data yang berkaitan dengan pembuatan karya tulis ilmiah ini.
3. Kepala Puskesmas Kedungwui II Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan izin dalam pencarian data tentang infertilitas.
4. Kepala Desa Kelurahan Pekajangan Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan izin dalam pencarian data tentang infertilitas.
5. Mokhamad Arifin, SKp, MKep. Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
6. Pujiati Setyaningsih, M.kes, Ketua program studi DIII Kebidanan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
7. Nina Zuhana, SST. pembimbing I yang telah memberikan kesempatan dan meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan dan bimbingan dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Lia Dwi Prafitri,SST. Pembimbing II yang telah berkenan mencurahkan buah pikirannya dalam membimbing dan mengarahkan dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepala perpustakaan dan anggotanya yang telah membantu memudahkan peneliti dalam mencari literatur.
10. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan dan semua pihak, atas dukungan moril dan materil yang diberikan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran dari pembaca demi

perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti khususnya dan pembaca pada umumnya. Amin.

Berdasarkan hasil penelitian Gambaran Pengetahuan Suami Tentang Menopause pada Istri dalam Menghadapi Menopause di Wilayah Kelurahan Pekajangan Tahun 2013 dapat diambil kesimpulan bahwa kurang dari separuh (41,5%) suami, sebanyak 56 orang memiliki pengetahuan kurang mengenai menopause.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, maka peneliti mempunyai pandangan yang dapat digunakan sebagai saran, yaitu:

1. Bagi peneliti lain

Penelitian ini masih menggunakan analisa univariat, maka diharapkan agar peneliti lain yang akan melakukan penelitian dengan tema sejenis bisa menggunakan analisa bivariat maupun multivariat.

2. Bagi institusi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan diharapkan dapat dijadikan tambahan pengetahuan bagi mahasiswa sebagai referensi perpustakaan yang dapat digunakan oleh peneliti lebih lanjut di bidang ilmu kesehatan, khususnya tentang menopause.

3. Bagi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan perlu mengadakan kegiatan penyuluhan maupun pendidikan kesehatan mengenai menopause sehingga pengetahuan masyarakat mengenai menopause dapat meningkat.

Daftar Pustaka

Andarmoyo, Sulistyono. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Graha Ilmu: Yogyakarta.

Baziad, Ali. 2009. *Menopause dan Andropause*. Yayasan Bineka Pustaka Sarwono Prawirohardjo :Jakarta.

Bushman, Barbara. 2009. *Program Olahraga Menopause*. Citra Aji Pratama: Yogyakarta.

Dewi, Novita Kusuma. 2011. *Hubungan Status Pekerjaan dengan Terjadinya keluhan Vasomotorik pada Wanita Klimakterium di Kelurahan Kesesi Kecamatan Kesesi Kabupaten Pekalongan Tahun 2011*. KTI Amd.Keb. Stikes Muhammadiyah Pekajangan.

Khamidah, Nur. 2010. *Hubungan antara Pengetahuan Mengenai Klimakterium dengan Sikap Mencegah Penyakit Degeneratif pada Wanita Usia 40-65 Tahun di Desa Kesesi Kecamatan Kesesi Kabupaten Pekalongan Tahun 2010*. KTI Amd.Keb. Stikes Muhammadiyah Pekajangan.

Manuaba, Ayu Chandranita. 2009. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. EGC : Jakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta :Jakarta.

_____. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta :Jakarta.

_____. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta :Jakarta.

- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penelitian Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarg*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Smart, Aqila. 2010. *Bahagia di usia Menopause*. A Plus Book : Yogyakarta.

HUBUNGAN ANTARA KEBISINGAN DENGAN TERJADINYA STRES KERJA PADA PEKERJA PENGGILINGAN PADI DI KECAMATAN KEBAKKRAMAT KARANGANYAR

Ervansyah Wahyu Utomo¹

¹Prodi Kesehatan Kerja, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret

Surel: ervansyahsst@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan survei awal di penggilingan padi didapatkan intensitas kebisingan 88,4 dB. Berdasarkan hal tersebut, penulis melakukan penelitian bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antar kebisingan dengan terjadinya stres kerja pada pekerja penggilingan padi di Kecamatan Kebakkramat Karanganyar.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode *observational analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitiannya 15 tenaga kerja di bagian mesin penggilingan dan 12 tenaga kerja di bagian penjemuran menggunakan *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data dengan pengukuran langsung dan wawancara terhadap tenaga kerja. Analisis data dilakukan dengan uji statistik *Chi Square test (Koefisien kontingensi)* dengan menggunakan program komputer SPSS versi 10.0. dengan tingkat signifikan 95%.

Hasil: Hasil uji statistik menunjukkan bahwa kebisingan mempunyai hubungan yang sangat signifikan terhadap terjadinya stres kerja, dengan nilai signifikansi (p) 0,000 dan nilai koefisien kontingensi 0,707 atau 70,7 % sedangkan 29,3 % terjadinya stres kerja disebabkan oleh karena pengaruh faktor lain.

Kesimpulan: Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara kebisingan dengan terjadinya stres kerja pada pekerja penggilingan padi Kecamatan Kebakkramat Karanganyar.

Kata kunci : Kebisingan – Stres kerja – Penggilingan padi

ABSTRACT

Background: According to the first survey in grinding rice it has noise intensity 88,7 dB, now the writer makes research to know the relation between noising with the happening of job stress to the workers at grinding rice in kecamatan Kebakkramat Karanganyar.

Method: The research use *observational analitic* methode with approach of *sectional crossectional* the subject of research 15 worker they are as *techniqal machine* and 12 labour as *drier* it us *purposive sampling*. Technique collection data use *direct measurement* and *interview* to the labour, the *analys data* by *statitical* of *Chi-Square test (Coefficient of kontingensi)* by using computer program of SPSS version 10.00 with *story level* of *signifikan* 95%.

Result: The result of *statal* test indicate that *noising* have relation of *signifikan* to the happening of job stress with value of *signifikan* (p) 0,000 and coefficient value of *kontingensi* (c) 0,707 can be concluded that *noising* have influence very *signifikan* to job stres and coefficient value of *kontingensi* 0,707 % while 29,3 % the happening of job stres it couse by influence of other factor.

Conclusion: The conclusion of this research is the happening of job stres in grinding rice in Kecamatan Kebakkramat Karanganyar.

Keywords : Noising, Job stress, Grinding rice

Pendahuluan

Dewasa ini jumlah angkatan kerja di Indonesia kurang seratus juta jiwa, suatu jumlah yang tidak sedikit. Pembangunan di bidang apapun juga akan selalu berhubungan dengan manusia, dengan penyebaran yang tidak merata, 70 % - 80% masih belum terorganisir (disektor informal).¹ Perkembangan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, pada akhirnya akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Untuk dapat mencapai peningkatan kualitas hidup yang optimal, manusia harus berupaya dalam entuk bekera dan berkarya. Dalam melaksanakan kegiatan agar kinerjanya optimal diperlukan suatu upaya lain bagi pemeliharaan kesehatan jasmani dan rohani. Upaya lain ini adalah upaya kesehatan dan keselamatan kerja, upaya yang merupakan kebutuhan pokok bagi para pekerja, dan juga masyarakat di sekitar atau yang dapat terkena dampaknya.

Bising secara psikologis dapat mengakibatkan rasa ketidaknyaman, kurang konsentrasi, susah tidur, cepat marah. Bila kebisingan diterima dalam waktu lama dapat menyebabkan penyakit psikomatik berupa gastritis, stres, dan kelelahan.² Berdasar catatan pihak puskesmas Kebakkramat I dan puskesmas kebakkramat II pada tahun 2008 di kecamatan kebakkramat terdapat 20 tempat penggilingan padi dengan jumlah tenaga kerja keseluruhan 80 orang, setelah dilakukan survei awal ternyata tempat penggilingan padi hanya berjumlah 12 dan pekerjaanya 65 orang. Dari 12 penggilingan yang beroperasi setiap tahun secara terus menerus hanya berjumlah 3 penggilingan padi. Dalam proses penggilingan padi menjadi beras yang menggunakan mesin tersebut terdapat suara bising dari mesin penggilingan padi sehingga dapat menimbulkan gangguan kesehatan, hal ini diperparah dengan kondisi tenaga kerja tidak memakai sumbat telinga dan akan berbahaya bila disertai dengan lama paparan sehingga sangat memungkinkan tenaga kerja mengalami gangguan pendengaran, gangguan fisiologis, gangguan psikologis, gangguan komunikasi dan gangguan keseimbangan.. ditemukan beberapa keluhan seperti suasana hati yang tidak nyaman, sakit kepala, nafsu makan menurun, dan susah tidur. Dari hasil pengukuran awal lingkungan kerja pada bagian mesin penggilingan padi dengan mengambil sampel 3 tempat didapatkan intensitas bising yang melebihi nilai ambang batas yang diperkenankan yaitu dengan rata-rata intensitas kebisingan 88,7 dB. Berdasarkan hal tersebut, penulis melakukan penelitian untuk mengetahui adanya hubungan antara kebisingan dengan terjadinya stres kerja pada pekerja penggilingan padi di Kecamatan Kebakkramat.

Metode

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian observational analitik, dengan cara pendekatan cross sectional karena variabel sebab dan akibat yang terjadi pada subjek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan dan dilakukan pada situasi yang sama.³ subjek penelitian adalah tenaga kerja di penggilingan padi kecamatan kebakkramat, dengan kriteria sebagai berikut : 1. Kriteria Inklusi adalah alasan mengapa peneliti memilih subjek tersebut.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini terdiri dari : (a). Jenis kelamin : laki-laki, (b). Status pernikahan, (c). Bekerja minimal 1 tahun, (d). Lama kerja 8 jam sehari atau lebih, (e). Pendidikan minimal SMP/ sederajat. (f) Tidak memakai sumbat telinga saat bekerja. 2. Kriteria Eksklusi adalah alasan mengapa peneliti tidak memilih subjek tersebut. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini antara lain : tenaga kerja sakit, tidak mau menjadi subjek.

Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Dari populasi yang berjumlah 35 orang dari 3 tempat penggilingan padi di dapatkan besar sampel dengan rumus

$$n = \frac{N}{1+(d^2)}$$

Ket : n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikansi³

$$n = \frac{35}{1+35(0,05)^2} \quad n = 32 \text{ responden,}$$

maka jumlah subjek yang seharusnya digunakan dalam penelitian ini sebanyak 32 responden, tetapi dalam kenyataan di lapangan berdasarkan kriteria inklusi yang ada peneliti hanya mendapatkan 27 responden.

Teknik pengolahan dan analisis data dilakukan dengan uji statistik *chi square test* dengan menggunakan program computer spss versi 10.0, dengan interpretasi hasil sebagai berikut :

Jika p value $\leq 0,01$ maka hasil uji dinyatakan sangat signifikan, jika p value $> 0,01$ tetapi $\leq 0,05$ maka hasil uji dinyatakan signifikan, jika p value $> 0,05$ maka uji dinyatakan tidak signifikan⁴. Kriteria hubungan antar variable adalah bahwa semakin mendekati nilai 1 maka hubungan yang terjadi semakin erat dan jika mendekati 0 maka hubungan semakin lemah⁵.

Hasil

Pengukuran intensitas kebisingan pada penelitian ini menggunakan alat *Sound Level Meter*. Pengukuran dilakukan pada masing-masing tempat pekerja di dua bagian (mesin penggilingan dan penjemuran). Dari pengukuran pada tempat dimana pekerja melakukan pekerjaan di tiap-tiap bagian di ketahui bahwa intensitas rata-rata kebisingan pada lokasi penelitian terletak pada tingkat 80-100 yang berarti kebisingan sangat hiruk. Intensitas kebisingan pada bagian mesin penggilingan melampaui NAB (Nilai Ambang Batas) yaitu 88,7 dB dan intensitas kebisingan di bagian penjemuran dibawah NAB yaitu 68,3 dB. Tingkat stress responden diukur dengan skala pengukuran stress kerja, skala pengukuran stress kerja ini terbagi menjadi dua kategori, yaitu normal dan mengalami stress kerja, nilai tingkat stress kerja ≥ 60 terbanyak pada pekerja dibagian mesin penggilingan sebanyak 12 orang (44,4%), sedangkan nilai tingkat stress kerja ≤ 60 terbanyak pada responden yang bekerja di bagian penjemuran yaitu 5 pekerja (18,5%). Dari data yang diteliti terdapat 19 orang pekerja yang mengalami stress kerja (70,3%), dari 19 orang ini sebanyak 12 orang bekerja dibagian mesin penggilingan dan 7 orang bekerja dibagian penjemuran. Dari hasil uji diperoleh nilai signifikan (p) = 0,000 yang berarti hubungan

antara kebisingan dengan terjadinya stress kerja pada pekerja penggilingan padi di Kecamatan Kebakkramat Karanganyar sangat signifikan karena $p \leq 0,001$ dan nilai $c = 0,707$ maka hubungan yang terjadi antar variabel semakin erat, sehingga dapat disimpulkan dari perhitungan statistic terdapat keeratan hubungan antara kebisingan dengan terjadinya stress kerja pada pekerja penggilingan padi di kecamatan kebakkramat karanganyar.

Penutup

Dari hasil pengukuran kebisingan melebihi di tempat penggilingan padi tersebut didapatkan intensitas kebisingan melebihi NAB yaitu 88,7 dB dibagian mesin penggilingan yang merupakan sumber bising dan di luar gedung yang digunakan sebagai tempat penjemuran didapatkan intensitas kebisingan kurang dari NAB yaitu 68,3 dB. Hasil pengukuran kejadian stress kerja pada pekerja di penggilingan padi ini yang berjumlah 27 orang menunjukkan terjadinya stress kerja 19 pekerja (70,3%) dan 12 dari 19 pekerja tersebut sehari-harinya bekerja di dekat sumber bising, sedangkan sebanyak 5 orang dari 8 orang pekerja tidak mengalami stress kerja karena menerima paparan bising yang lebih rendah dari sumber bunyi. Dari hasil uji diperoleh nilai signifikan (p) = 0,000 yang berarti hubungan antara kebisingan dengan terjadinya stress kerja pada pekerja penggilingan padi di Kecamatan Kebakkramat Karanganyar sangat signifikan karena $p \leq 0,001$ dan nilai $c = 0,707$ maka hubungan yang terjadi antar variabel semakin erat, sehingga dapat disimpulkan dari perhitungan statistic terdapat keeratan hubungan antara kebisingan dengan terjadinya stress kerja pada pekerja penggilingan padi di kecamatan kebakkramat karanganyar.

Subjek yang akan diteliti seharusnya dinilai dahulu keadaan psikologisnya sebelum terpapar kebisingan untuk jangka waktu yang lama, pada penelitian ini factor eksternal kurang dikendalikan seperti ; keadaan social dan budaya, status perkawinan, dan keorganisasian di tempat kerja, sedangkan factor usia dan masa kerja kurang diteliti lebih lanjut.

Daftar Pustaka

- DepKes RI Pusat Kesehatan Kerja. *Pedoman Upaya Kesehatan Kerja Bagi Petugas Kesehatan* Kabupaten/Kota. Jakarta ; 2005
- Rosetam, A.W. *Program Konservasi Pendengaran Di Tempat Kerja*. Jakarta ; 2004
- Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. rieneke Cipta : 2002.
- Hastono. *Analisis Data*. Jakarta. FKM UI ; 2001
- Priyanto, Dwi. *Buku Mandiri Belajar SPSS*. Jogjakarta : Mediakom ; 2008