



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



SEMINAR NASIONAL KESEHATAN

HIMPUNAN MAHASISWA JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PROSIDING 2018

SEMINAR NASIONAL KESEHATAN

HIMPUNAN MAHASISWA JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Penerbit:
Fakultas Ilmu Keolahragaan,
Universitas Negeri Semarang

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL KESEHATAN 2018
“PETA JALAN PIS-PK DENGAN PENDEKATAN *CONTINUUM OF CARE* UNTUK MENURUNKAN *TRIPLE BURDEN DISEASE*”



Semarang, 18 November 2018

**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

PROSIDING SEMINAR NASIONAL KESEHATAN 2018
“PETA JALAN PIS-PK DENGAN PENDEKATAN *CONTINUUM OF CARE* UNTUK
MENURUNKAN *TRIPLE BURDEN DISEASE*”

Auditorium Universitas Negeri Semarang, 18 November 2018

- Panitia : Adriansyah Permanahadi
Ditha Andriyani Putri
Della Aprilianingtyas
Hamidah Lismiana
Erina Monica Desty
Dicky Darmawan
Al Fitra Salim As-Syifa
Farida Nurjanati Hardanis
Yulia Santi
Atika Aulia
Toriq Faturrahman
Indah Ayu Sulistyawatin
- Reviewer : dr. Kirana Pritasari, MQIH
Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
dr. Armunanto, M.P.H.
Lukman Fauzi, M.P.H.
Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes(Epid).
Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes.
- Editor : Faiqotunnuriyah
Riski Margareta
Rr. Nirmala Ficky Sebrina
Gita Ully Saputri
- Desain Sampul : Yuniar Dwi Prastika
- Tata Letak : Sinta Nirawati Dewi
Nimas Tunjung Puspitasari
- ISBN : 978-602-53410-8-3

Penerbit:

Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
Gedung Dekanat FIK, Kampus UNNES Gunungpati, Kota Semarang 50229
Surel : fik@mail.unnes.ac.id
Laman : <http://fik.unnes.ac.id>
Telp./Faks. : +6224 8508007

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. Wb.

Alhamdulillah rabbil'alamin. Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga prosiding ini dapat terselesaikan dengan baik. Prosiding ini berisi kumpulan artikel dari berbagai daerah di Indonesia yang telah dipresentasikan dan didiskusikan dalam Seminar Nasional Kesehatan 2018 yang diadakan oleh Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang pada Hari Minggu, 18 November 2018. Seminar ini mengangkat tema "Peta Jalan PIS-PK dengan Pendekatan *Continuum of Care* untuk Menurunkan *Triple Burden Disease*".

Prosiding ini disusun untuk mendesiminasikan gagasan dan hasil penelitian terkait dengan bidang kesehatan masyarakat dan bidang kesehatan lainnya yang terkait. Kami menyadari bahwa dalam penyusunan prosiding ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini panitia menyampaikan ucapan terima kasih dan memberikan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Rektor Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum, yang telah memberikan izin dan dukungan dalam kegiatan ini;
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyono Rahayu, M.Pd., yang telah memberikan izin dan dukungan dalam kegiatan ini;
3. Manajemen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas arahan dan bimbingan teknis dalam penyusunan prosiding ini;
4. Seluruh pembicara tamu dan reviewer artikel prosiding, dr. Kirana Pritasari, MQIH; Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons); dr. Armunanto, M.P.H; Lukman Fauzi, M.P.H., Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes(Epid); dan Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes;
5. Seluruh panitia yang telah meluangkan waktu, tenaga, serta pemikiran demi kesuksesan acara ini, dan
6. Para penulis artikel prosiding.

Kami menyadari bahwa prosiding ini tentu saja tidak luput dari kekurangan, untuk itu segala saran dan kritik kami harapkan demi perbaikan prosiding pada terbitan tahun yang akan datang. Akhirnya kami berharap prosiding ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca yang budiman.

Wassalamualaikum wr. wb.

Semarang, 18 November 2018
Ketua Panitia
Adriansyah Permanahadi

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| IDENTITAS PROSIDING | ii |
| KATA PENGANTAR | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| Materi Pembicara | |
| 1. dr. Kirana Pritasari, MQIH..... | 1 |
| 2. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)..... | 16 |
| 3. dr. Armunanto, M.P.H. | 47 |
| Oral Presentations | |
| 1. Occupational Health pada Petani Garam di Desa Aeng Sareh Sampang Madura Siti Nurfitri, Nur Istiqomah..... | 67 |
| 2. Instrumen Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat Berbasis Android yang Dikembangkan Berdasarkan Dimensi Kepuasan Aprianus Uumbu Zogara, Oktia Woro Kasmini Handayani, Sunawan..... | 76 |
| 3. Implementasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Fajar Nur Farida..... | 87 |
| 4. Sanitasi Air Bersih dan Perilaku Ibu pada Kejadian Diare Balita di Pundong, Bantul DIY Nor Wijayanti, Aryanty Nurmala Dewi..... | 96 |
| 5. Kepuasan Pasien Peserta BPJS Kesehatan terhadap Pelayanan yang Diberikan oleh Klinik Pratama di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2018 Sri Sularsih Endartiwi, Pramukti Dian Setianingrum..... | 104 |
| 6. Pengaruh Terjadinya Gangguan Baby Blues pada Ibu Pasca Persalinan di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018 Titik Mariati, Dwi Gina Garnita W.K..... | 114 |
| 7. Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh Dlingo Bantul Tahun 2018 Woro Ispandiyah, Herlinda Hartati..... | 129 |
| 8. Paritas dan Pendapatan Keluarga Mempengaruhi Kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II Kabupaten Kota Yogyakarta Tahun 2017 Pramukti Dian Setianingrum, Farida Sepa Hanifa..... | 137 |
| 9. Jangkauan Pelayanan Puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara Devi Rachamwati..... | 144 |
| 10. Kebugaran Fisik, Kewirausahaan dan Peningkatan Motivasi Kerja Tenaga Kerja Wanita di Purwokerto Utara Suryanto, Endang Dwi S..... | 155 |
| 11. Kewaspadaan Malaria di Desa Medono Kecamatan Kaliwiro Kabupaten Wonosobo Menuju Eliminasi Malaria Tri Wijayanti, Anggun Paramita Djati, Dyah Widiastuti, Novia Tri Astuti..... | 163 |
| 12. Forum Remaja Peduli Kesehatan Reproduksi untuk Mencegah Tiga Risiko Remaja di Dusun Kawengen Tahun 2018 Tri Putri Nur Milati, Lukman Fauzi, Nanik Prihati..... | 178 |
| 13. Peningkatan Pengetahuan Anak melalui Sosialisasi Pencegahan Kekerasan Seksual di Dusun Kawengen Alya Agustini..... | 185 |
| 14. Penggunaan Metode Hanlon dalam Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Dusun Kawengen Tahun 2018 Noviya Dwi Rahayu, Lukman Fauzi, Nanik Prihati..... | 194 |

| | |
|---|-----|
| 15. Pengetahuan, Sikap Ibu Rumah Tangga Mengenai Infeksi Menular Seksual (IMS) di Dusun Kawengen Desa Kawengen Kecamatan Ungaran Timur Tahun 2018 | |
| Tika Maelani, Lukman Fauzi, Nanik Prihati | 205 |
| 16. Hubungan Lama Penggunaan KB Suntik DMPA dengan Perubahan Tekanan Darah pada Akseptor Kb Suntik | |
| Duwi Sulistiani | 213 |
| 17. Faktor Pengaruh Pendidikan Gizi Anak Usia Sekolah terhadap Praktik Perilaku Gizi Seimbang | |
| Wiranto | 222 |
| 18. Media Cetak sebagai Upaya Program Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja | |
| Muhamad Alvian, Lukman Fauzi, Nanik Prihati | 230 |
| 19. Gambaran Pernikahan Dini di Kabupaten Rembang | |
| Efa Nugroho, Evi Widowati, Dwi Yunanto Hermawan, Najib, Puput Kusumawardani Moehas | 239 |
| 20. Gambaran Perilaku Santriwati yang Terkena Skabies di Pondok Pesantren Al-Ikhsan Beji Purwokerto | |
| Yuliarti, Syarah Mufidah..... | 246 |
| 21. Karakteristik Penderita Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II, Kabupaten Sleman, Yogyakarta Tahun 2015-2017 | |
| Desto Arisandi, Nurlaili Farida Muhajir | 254 |
| 22. <i>Control Emotional Responses (Impulse)</i> pada Orang dengan HIV AIDS | |
| Fandi Rosi Sarwo Edi, Rezkiah Diandra..... | 262 |
| 23. Analisis Implementasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Laboratorium Instalasi Tenaga Listrik | |
| Iman Setiono..... | 271 |

MATERI PEMBICARA

1. Kementerian Kesehatan RI (dr. Kirana Pritasari, MQIH)



CAPAIAN DAN TANTANGAN

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

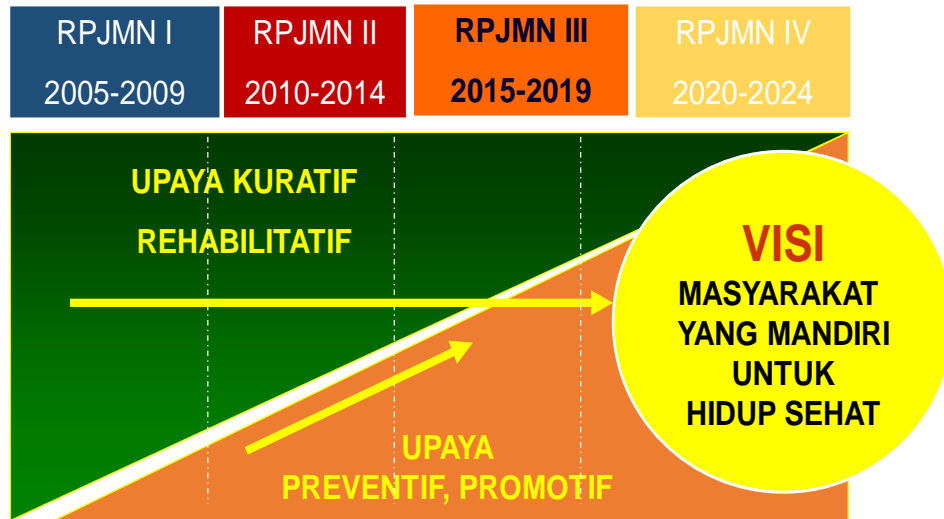
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat
Semarang, 18 November 2018



Pendahuluan



ARAH PEMBANGUNAN KESEHATAN



Arah pengembangan upaya kesehatan, dari kuratif bergerak ke arah preventif, promotif sesuai kondisi dan kebutuhan

NAWA CITA



Meningkatkan Kualitas Hidup
Manusia Indonesia

PROGRAM **INDONESIA SEHAT**

PARADIGMA SEHAT

- Promotif - preventif sebagai landasan pembangunan kesehatan
- Pemberdayaan masyarakat
- Keterlibatan lintas sektor

PENGUATAN YANKES

- Peningkatan Akses terutama pada FKTP
- Optimalisasi Sistem Rujukan
- Peningkatan Mutu
- Penerapan pendekatan *continuum of care*
- Intervensi berbasis resiko kesehatan (*health risk*)

JKN

- Benefit
- Sistem pembiayaan: asuransi-azas gotong royong
- Kendali Mutu & Kendali Biaya
- Sasaran: PBI & Non PBI

PROGRAM INDONESIA SEHAT



1. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam lingkungan hidup yang sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya perilaku hidup sehat sehingga terwujud bangsa yang mandiri, maju dan sejahtera
2. Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat di bidang kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

**PILAR 1
PARADIGMA
SEHAT**

**PILAR 2
PENGUATAN
PELAYANAN
KESEHATAN**

**PILAR 3
JAMINAN
KESEHATAN
NASIONAL
(JKN)**

**KEBIJAKAN
OPERASIONAL
INDONESIA
SEHAT**

Arah pembangunan kesehatan nasional saat ini bergerak dari kuratif ke **promotif dan preventif**.



ISSUE
KESEHATAN
SAAT INI

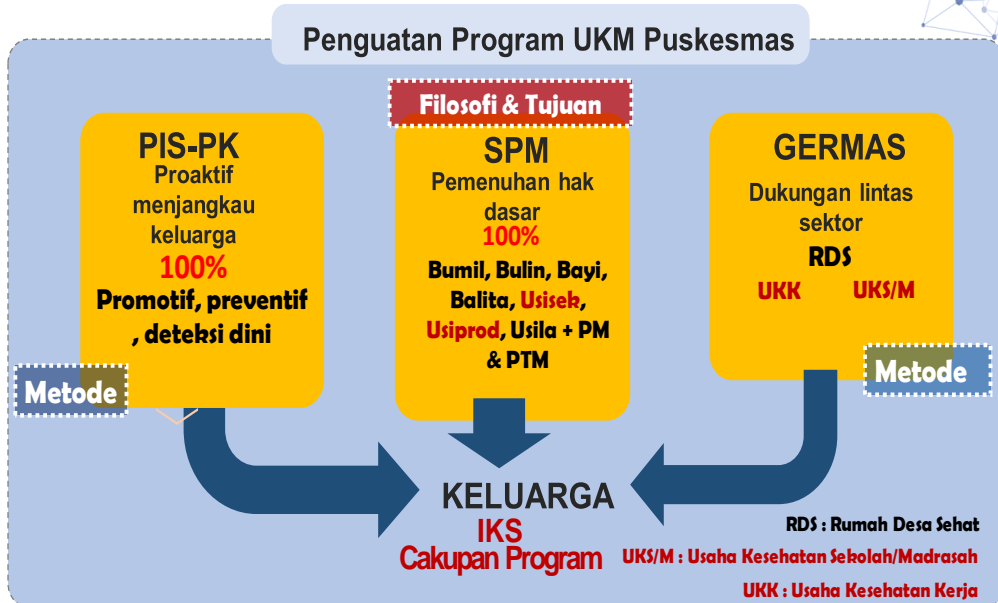
**RAKER
KESNAS**
Tangerang,
5-8 Maret
2018

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA | GERMAS | Jakarta Palembang 2018

Sinergisme Pusat dan Daerah dalam Mewujudkan Universal Health Coverage
melalui **Percepatan Eliminasi Tuberculosis, Penurunan Stunting dan Peningkatan Cakupan serta Mutu Imunisasi**



Keterkaitan SPM-PISPK-GERMAS di tingkat operasional/masyarakat



DUKUNGAN TERHADAP SPM



- Keluarga mengikuti KB
- Ibu bersalin di faskes
- Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- Bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan
- Memantau pertumbuhan balita tiap bulan
- Penderita TB Paru berobat sesuai standar
- Penderita hipertensi berobat teratur
- Gangguan jiwa berat tidak ditelantarkan
- Tidak ada anggota keluarga yang merokok
- Keluarga mempunyai akses terhadap air bersih
- Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat
- Sekeluarga menjadi anggota JKN/askes

KESEHATAN KELUARGA

- | | | | | |
|----------------------|---|--|----|--|
| S P M | 1 | Pelayanan Antenatal | 7 | Skruing Kesehatan Usia > 60 th |
| | 2 | Pelayanan Persalinan | 8 | Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi |
| | 3 | Pelayanan Kesehatan BBL | 9 | Pelayanan Kesehatan Penderita DM |
| | 4 | Pelayanan Kesehatan Balita | 10 | Pelayanan Kesehatan ODGJ |
| | 5 | Skruing Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar | 11 | Pelayanan TB sesuai Standar |
| | 6 | Skruing Kesehatan Usia 15-59 th | 12 | Pemeriksaan HIV untuk Orang berisiko |



Kerangka Konsep Pelaksanaan PIS-PK



Permenkes No 39 tahun 2016 Pedoman Penyelenggaraan PIS-PK



11

PENGERTIAN PENDEKATAN KELUARGA



Pendekatan Keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan atau meningkatkan akses pelayanan kesehatan dengan mendatangi keluarga dan langsung diberikan intervensi awal terhadap permasalahan kesehatan setiap keluarga.

Tujuan Pendekatan Keluarga:

1. Mengintegrasikan seluruh program di Puskesmas
2. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif
3. Mendukung pencapaian SPM Kab/Kota dan Prov
4. Mendukung pelaksanaan JKN
5. Mendukung tercapainya program Indonesia Sehat

Pendekatan pelayanan yang mengintegrasikan UKP & UKM secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasari informasi kesehatan setiap anggota keluarga dari profil kesehatan keluarga

12

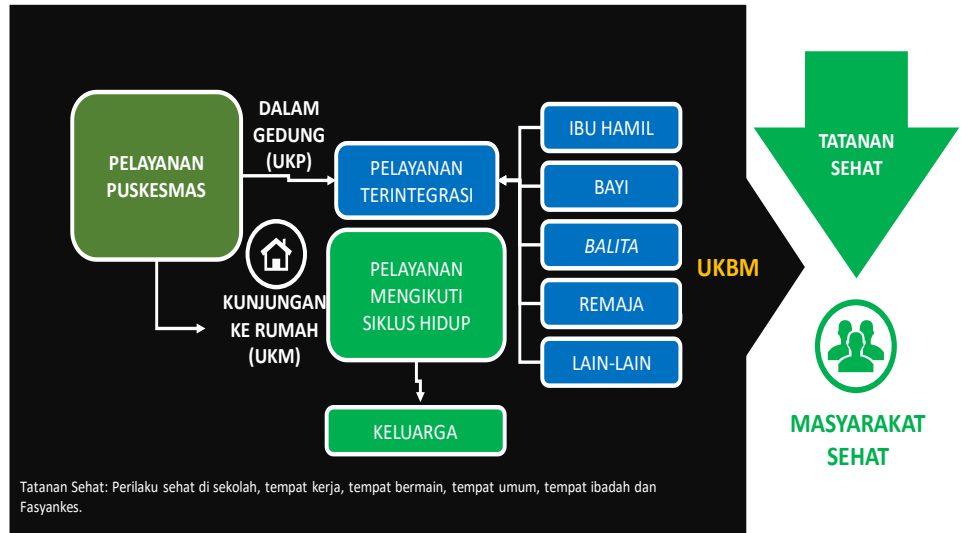
KERANGKA KONSEP “PENDEKATAN KELUARGA”



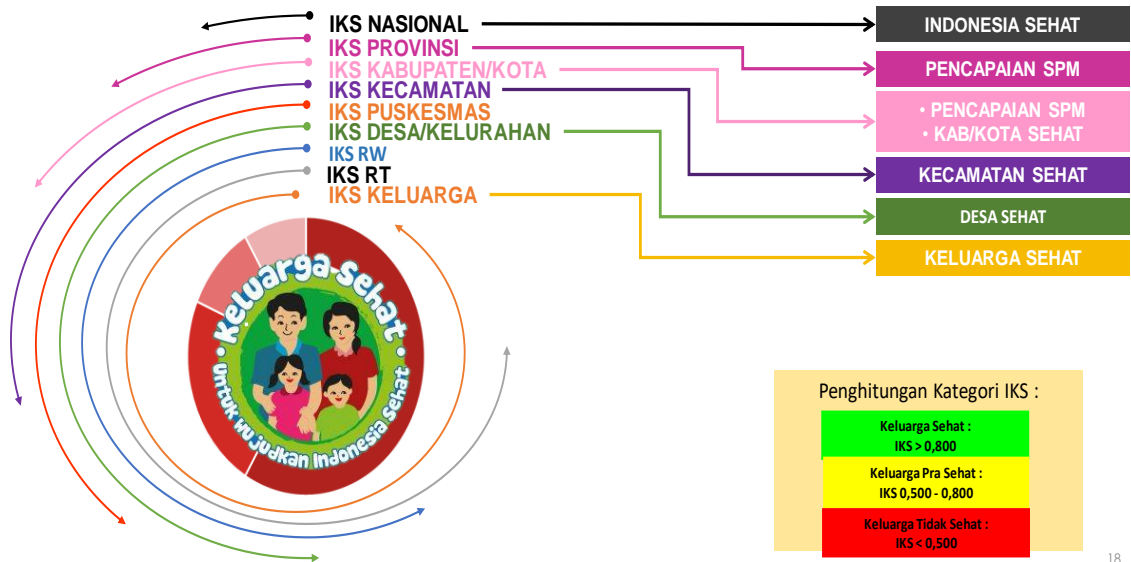
HAL YG DIPERLUKAN DALAM IMPLEMENTASI PIS PK



PELAYANAN PUSKESMAS TERINTEGRASI, MENGIKUTI SIKLUS HIDUP DAN PENDEKATAN KELUARGA



Dari Keluarga Sehat menuju Indonesia Sehat





Implementasi PISPK dan Tindak Lanjut



PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA

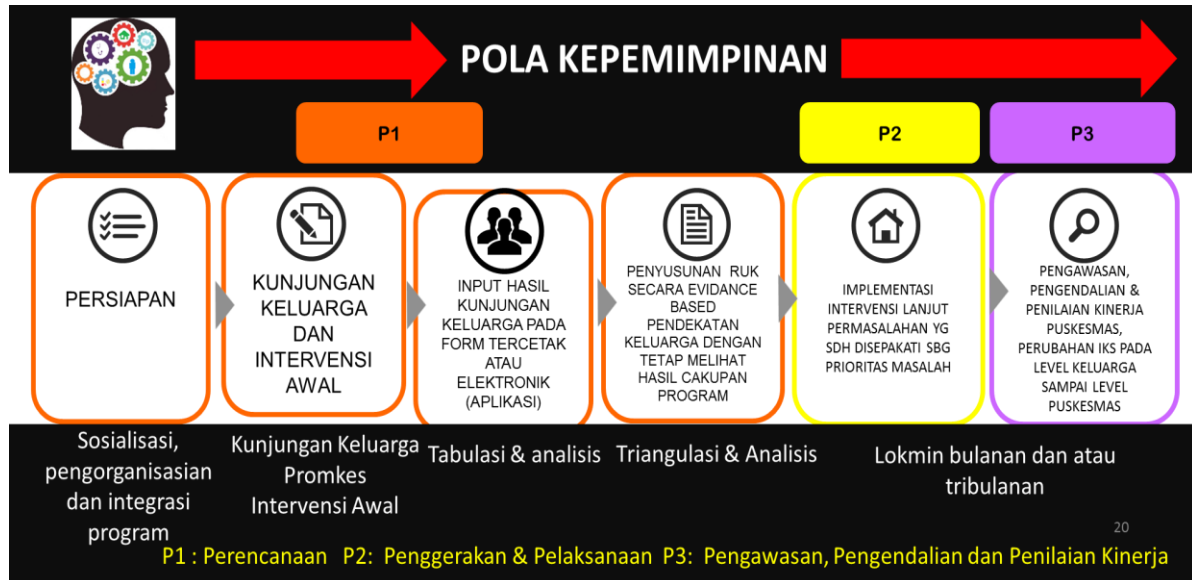
- Dilaksanakan secara **Total Coverage**
- 12 indikator PIS-PK
- Pelayanan Luar Gedung melalui kunjungan keluarga
- Integrasi program dan sumber daya



mewujudkan
Kecamatan / Wilayah Kerja
SEHAT

-  Keluarga mengikuti KB
-  Ibu bersalin di faskes
-  Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
-  Bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan
-  Memantau pertumbuhan balita tiap bulan
-  Penderita TB Paru berobat sesuai standar
-  Penderita hipertensi berobat teratur
-  Gangguan jiwa berat tidak ditelantarkan
-  Tidak ada anggota keluarga yang merokok
-  Keluarga mempunyai akses terhadap air bersih
-  Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat
-  Sekeluarga menjadi anggota JKN/askes

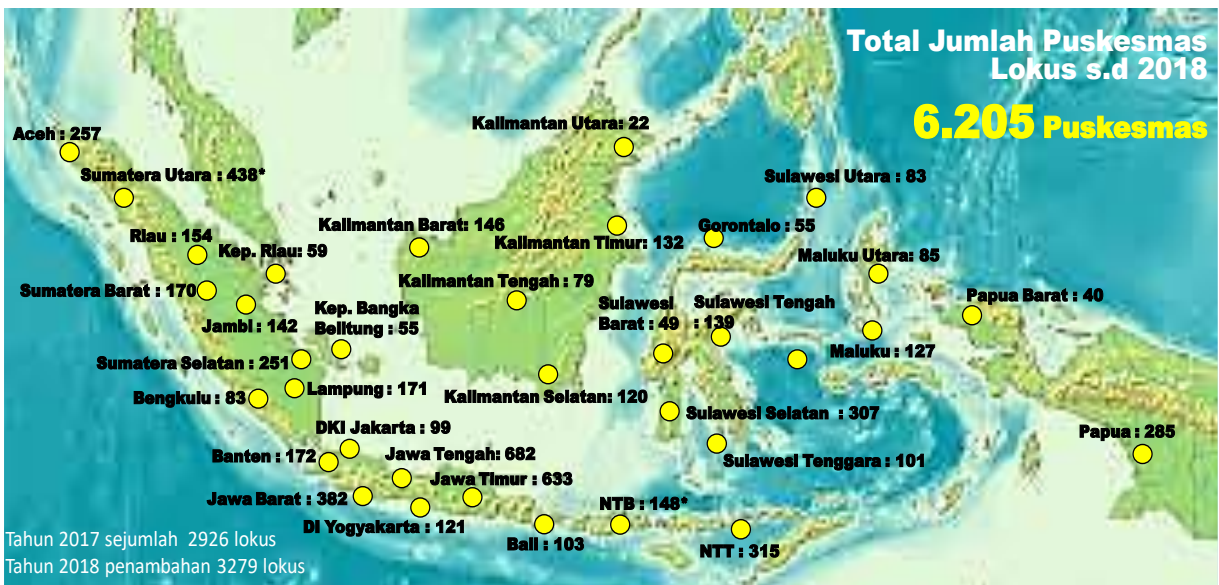
MANAJEMEN PENDEKATAN KELUARGA DI PUSKESMAS



PENGUATAN MANAJEMEN PUSKESMAS MELALUI PENDEKATAN KELUARGA

- 1) Mendapatkan data riil jumlah penduduk sesuai siklus hidup yang digunakan setiap pelayanan/program dalam menghitung target sasarannya masing-masing → Penyusunan Perencanaan.
- 2) Mendapatkan gambaran kondisi setiap keluarga melalui data Indeks Keluarga Sehat (IKS). → sehingga bermanfaat dalam melakukan analisa mencari akar penyebab masalah prioritas dan mencari penyelesaian masalahnya,
- 3) Dapat melihat hasil/dampak pelaksanaan program/kegiatan, dari hasil perubahan Indeks Keluarga Sehat (sesuai siklus).

**SEBARAN PUSKESMAS LOKUS
PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA S.D TAHUN 2018**



*) Keterangan : 1 Puskesmas sudah tidak teregistrasi per Desember 2017
Data Pusdatin 31 Des 2017

Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/85/2017
Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/42/2018

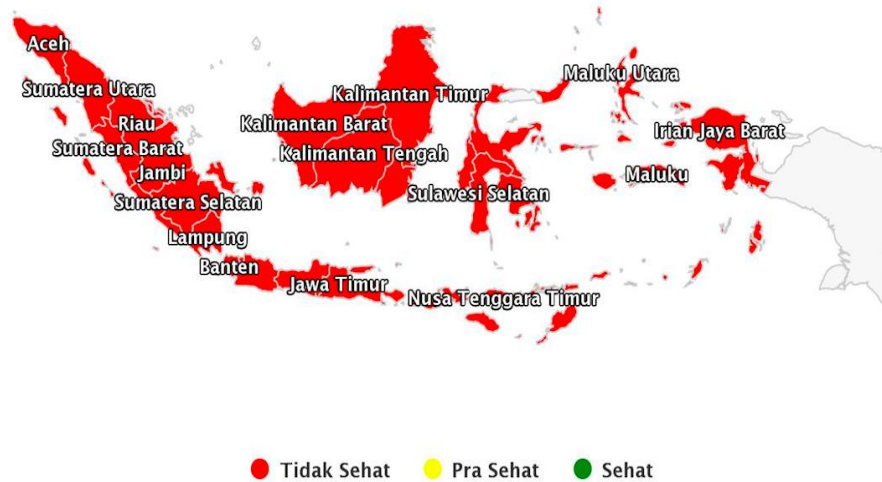
JUMLAH KELUARGA YANG DIKUNJUNGI



Sumber : Aplikasi Keluarga Sehat, per 11 November 2018

Indeks Keluarga Sehat Per Provinsi

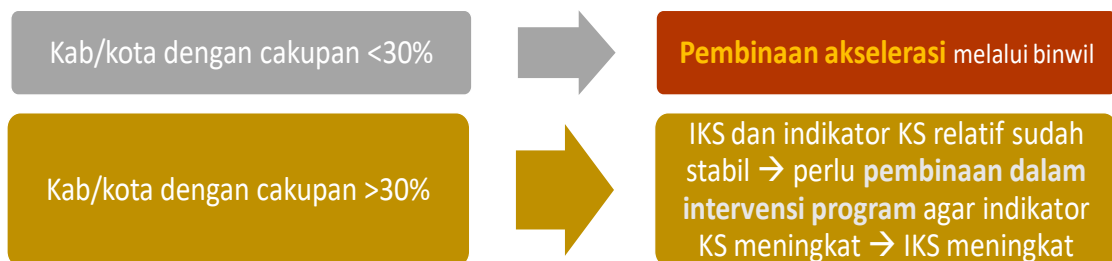
Nilai Indeks Keluarga Sehat Per Provinsi di Indonesia



Sumber : Aplikasi Keluarga Sehat, per 11 November 2018

Tindak Lanjut Kunjungan Keluarga

Kecepatan Implementasi PIS-PK tidak sama sehingga perlu **bentuk pembinaan yang berbeda**





Rangkuman



- Kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2015 - 2019 mengarah kepada penguatan preventif promotif
- Issue pembangunan kesehatan sesuai kesepakatan Rakerkesnas 2018 adalah Percepatan Eliminasi Tuberculosis, Penurunan Stunting, dan Peningkatan Cakupan serta Mutu Imunisasi.
- PIS – PK salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran & mendekatkan /meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga
- Perlu keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan PIS – PK sebagai mitra dengan berperan aktif dalam mendukung pelaksanaan PIS – PK untuk mewujudkan tercapainya Indonesia Sehat



TERIMA KASIH



2. Keperawatan UNAIR (Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons))

**ASUHAN KEPERAWATAN
PENANGGULANGAN
MALNUTRISI MELALUI PIS-PK**



By:
Prof. H.Dr.Nursalam, M.Nurs (Hons)
Professor in Nursing Scinces
FAKULTAS KEPERWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Navigation icons: back, forward, search, etc.

CURRICULUM VITAE

Name : Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) 081339650000
Address : Jl. Keputih Tegal Timur 62 Surabaya 60111
E-mail : nursalam@fkip.unair.ac.id

HIGHER, EDUCATION:

1. Doctor, Model of Nursing Care for HIV-AIDS, Postgraduate Programme, Airlangga University, 2005
2. Honours Master of Nursing,, University of Wollongong, New South Wales, Australia, 1997
3. Master of Nursing (Coursework), Univ. Wollongong, NSW, Australia, 1996
4. Med. Surgical Nursing, Lambton College, Sarnia Ontario Canada, 1991
5. Diploma III in Nursing, Sutoma Surabaya 1988

ORGANISATION AND WORKING EXPERIENCES :

1. Dean, Faculty of Nursing Airlangga University (2008 – 2010) & (2015 – 2020)
2. Chaiman, AIPNI Regional JAWA TIMUR (2015-2017)
3. Chairman, PPNI Jawa Timur (2015-2020)
4. Head, Education and Training, Dewan Pengurus Pusat PPNI
5. Nursing Manager, Airlangga University Hospital (2011-2015)
6. Head, School of Nursing, Faculty of Medecine, UNAIR (2007 – 2008)
7. Vice Head, Educatin & Training, PPNI East Java Nursing Association (2000 – 2010)

PUBLICATION :

1. Books = 20
2. Acredited journal & (national & international)= 100



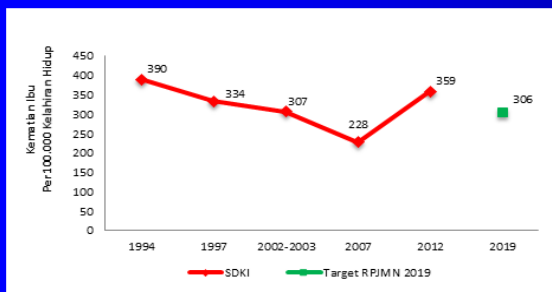
nursalam-2014



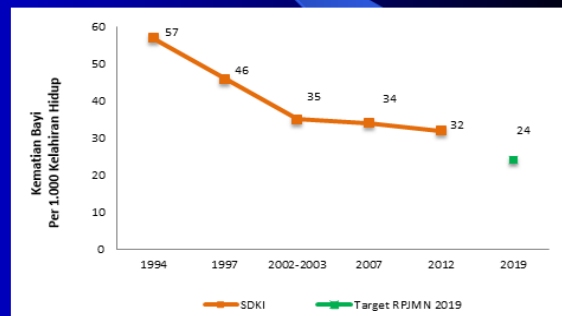
KESEHATAN IBU DAN ANAK

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih cukup tinggi walaupun dalam beberapa dekade terakhir AKI dan AKB telah mengalami penurunan.

AKI Tahun 1994-2012 dan Target RPJMN 2019



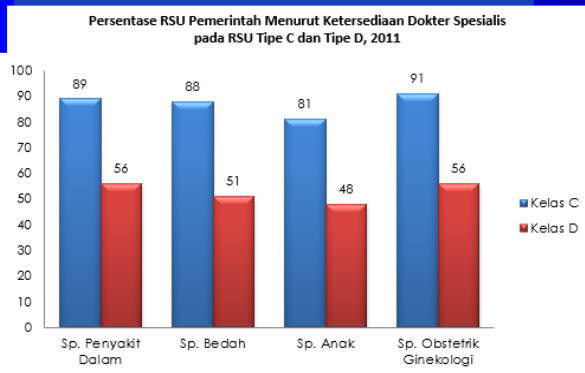
AKB Tahun 1994-2012 dan Target RPJMN 2019



KESEHATAN IBU DAN ANAK

Status kesehatan ibu dan anak belum membaik secara signifikan dan kesenjangan masih cukup lebar

Pada pelayanan kesehatan rujukan, banyak rumah sakit yang belum memenuhi standar ketenagaan.



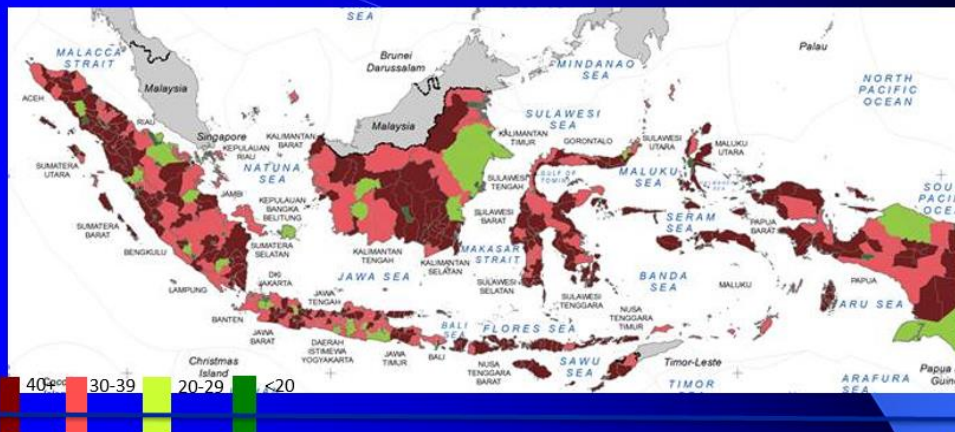
Sumber: Rifsaskes, 2011

DISPARITAS MASIH LEBAR

Sumber: Riskesdas, 2013

| | Persalinan di Fasilitas Kesehatan (%) | Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (%) |
|-----------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Tertinggi | 99,0 | 83,1 |
| DIY | | DIY |
| Nasional | 70,4 | 58,9 |
| Terendah | 25,2 | 29,2 |
| MALUKU | | PAPUA |

STATUS GIZI DI INDONESIA



Permasalahan kekurangan gizi, terutama pendek (*stunting*), terjadi secara luas tetapi dengan disparitas yang tinggi

STUNTING (PENDEK): Terjadi pada hampir seluruh wilayah

Persentase Balita Stunting : 37,2 %
 Persentase Baduta Stunting : 32,9 %



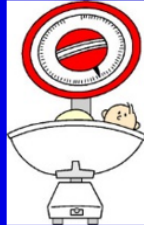
Sumber: Riskesdas 2013

STATUS GIZI DI INDONESIA

WASTING (KURUS)

Sebanyak **12,1%**

Balita tergolong Kurus



BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR)

| Disparitas | Prevalensi |
|------------|-----------------|
| Tertinggi | Sulteng : 16,9% |
| Terendah | Sumut : 7,2% |
| Nasional | 10,2% |

ANEMIA

Sebanyak **37,1%**

Ibu hamil di Indonesia mengalami **anemia**



Indonesias 2013

Memerlukan Pendekatan Lintas Sektor:

- Intervensi spesifik gizi
- Intervensi sensitif (determinan)

BALITA :

Kurang Energi Protein (KEP)
Anemia Gizi Besi (AGB)
Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI)
Kurang Vitamin A (KVA)

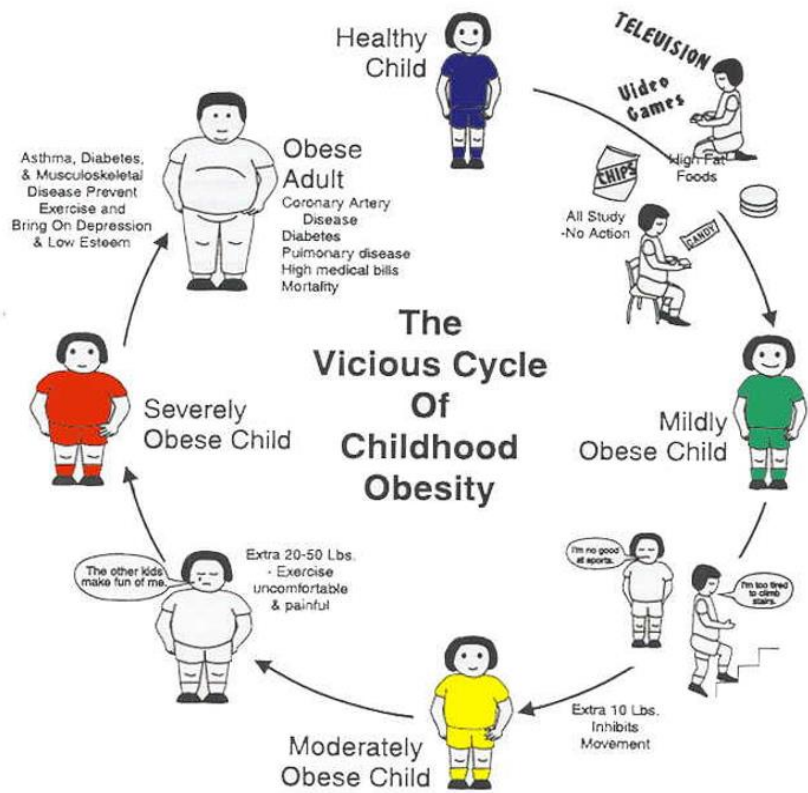


WUS :

Kurang Energi Kronis (KEK)
Anemia Gizi Besi (AGB)

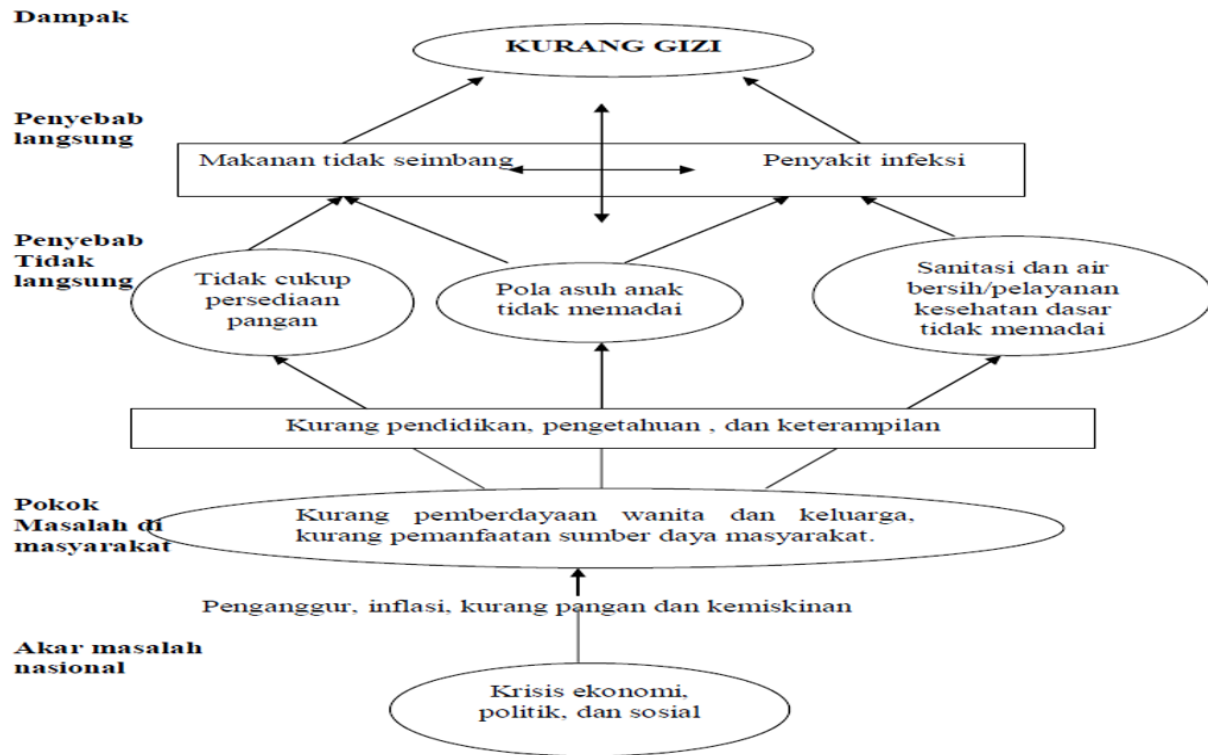


**MASALAH BARU :
Obesitas**




| Masalah gizi | Indikator | Batas masalah kesehatan masyarakat |
|---|--|------------------------------------|
| 1. Kurang Energi dan Protein (KEP) | 1. Prevalensi balita Gizi Kurang (<i>Underweight</i>) ¹ 2. Prevalensi balita Pendek (<i>stunted</i>) ² 3. Prevalensi balita Kurus (<i>wasted</i>) ³ | > 10 % > 20 % > 05 % |
| 2. Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY) | 1. Cakupan garam beryodium ⁴ 2. Prevalensi anak sekolah dengan Ekskresi Yodium dalam Urine (EYU) < 100 | < 90 % > 20 % |
| 3. Anemia Gizi | 1. Prevalensi Anemia Gizi ⁵ | > 20 % |
| 4. Kekurangan Vitamin A (KVA) | 1. Prevalensi balita Xerophthalmia 2. Prevalensi balita dengan serum retinol < 20 ug/dl | > 0.5 % > 15 % |

PENYEBAB MASALAH GIZI




ARAH KEBIJAKAN





NAWACITA: ISU-ISU PEMBANGUNAN MENDATANG












1. MENGHADIRKAN KEMBALI NEGARA UNTUK MELINDUNGI SEGENAP BANGSA DAN MEMBERIKAN RASA AMAN PADA SELURUH WARGA NEGARA
2. MEMBUAT PEMERINTAH TIDAK ABSEN DENGAN MEMBANGUN TATA KELOLA PEMERINTAHAN YANG BERSIH, EFEKTIF, DEMOKRATIS, DAN TERPERCAYA
3. MEMBANGUN INDONESIA DARI PINGGIRAN DENGAN MEMPERKUAT DAERAH DAERAH DAN DESA DALAM KERANGKA NEGARA KESATUAN
4. MENOLAK NEGARA LEMAH DENGAN MELAKUKAN REFORMASI SISTEM DAN PENEGAKAN HUKUM YANG BEBAS KORUPSI, BERMARTABAT DAN TERPERCAYA
5. MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP MANUSIA INDONESIA
6. MENINGKATKAN PRODUKTIVITAS RAKYAT DAN DAYA SAING DI PASAR INTERNASIONAL
7. MEWUJUDKAN KEMANDIRIAN EKONOMI DENGAN MENGERAKAN SEKTOR SEKTOR STRATEGIS EKONOMI DOMESTIK
8. MELAKUKAN REVOLUSI KARAKTER BANGSA
9. MEMPERTEGUH KE-BHINEKA-AN DAN MEMPERKUAT RESTORASI SOSIAL INDONESIA

Acuan Kebijakan

- NAWACITA
- SDGs
- RPJMN III



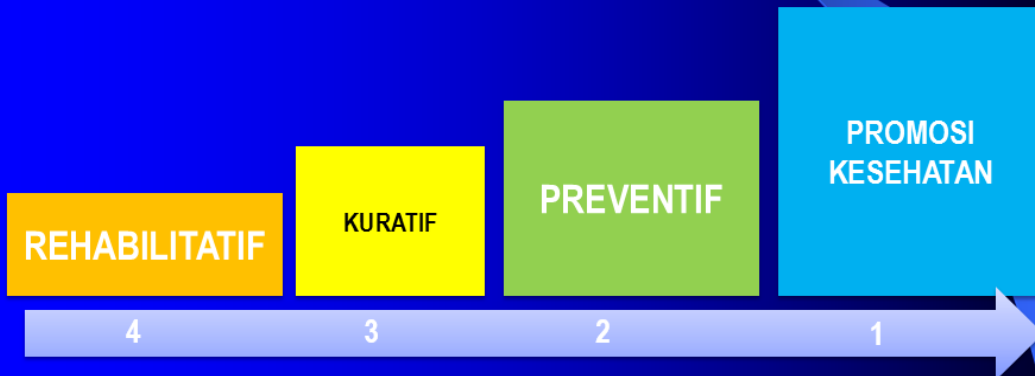


| | | | |
|--|----------|---|------------------------------|
|  | 1 | → | Goal 17, 16, 10, 3 |
| Menghadirkan kembali negara untuk melindungi bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga negara. Melalui pelaksanaan politik luar negeri bebas-aktif. | | | |
|  | 2 | → | All goals |
| Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis, dan terpercaya. | | | |
|  | 3 | → | Goal 1-11 |
| Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan. | | | |
|  | 4 | → | All goals |
| Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat, dan terpercaya. | | | |
|  | 5 | → | Goal 4, 2, 3, 6 |
| Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui program Indonesia Pintar dengan wajib belajar 12 tahun bebas pungutan; Program Indonesia Sehat untuk peningkatan layanan kesehatan masyarakat; Serta Indonesia Kerja dan Indonesia Sejahtera dengan mendorong program kepemilikan tanah seluas sembilan juta hektar. | | | |
|  | 6 | → | Goal 1-10 |
| Meningkatkan produktivitas rakyat dan daya saing di pasar internasional. | | | |
|  | 7 | → | Goal 1,2,3,4,5,8,9,12 |
| Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi domestik. | | | |
|  | 8 | → | Goal 3,4,11 |
| Melakukan revolusi karakter bangsa melalui penataan kembali kurikulum pendidikan nasional. | | | |
|  | 9 | → | Goal 17, 16, 10, 5 |
| Memperkuat ke-bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia melalui penguatan kebhinekaan dan menciptakan ruang dialog antar warga. | | | |

Arah Kebijakan

Arah Paradigma Sehat: dari kuratif bergerak ke arah promotif, preventif sesuai kondisi dan kebutuhan – berbasis kepada masyarakat

UU
KESEHATAN
NO.36/2009



Dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan

Beberapa Catatan Penting Mewujudkan Paradigma Indonesia Sehat

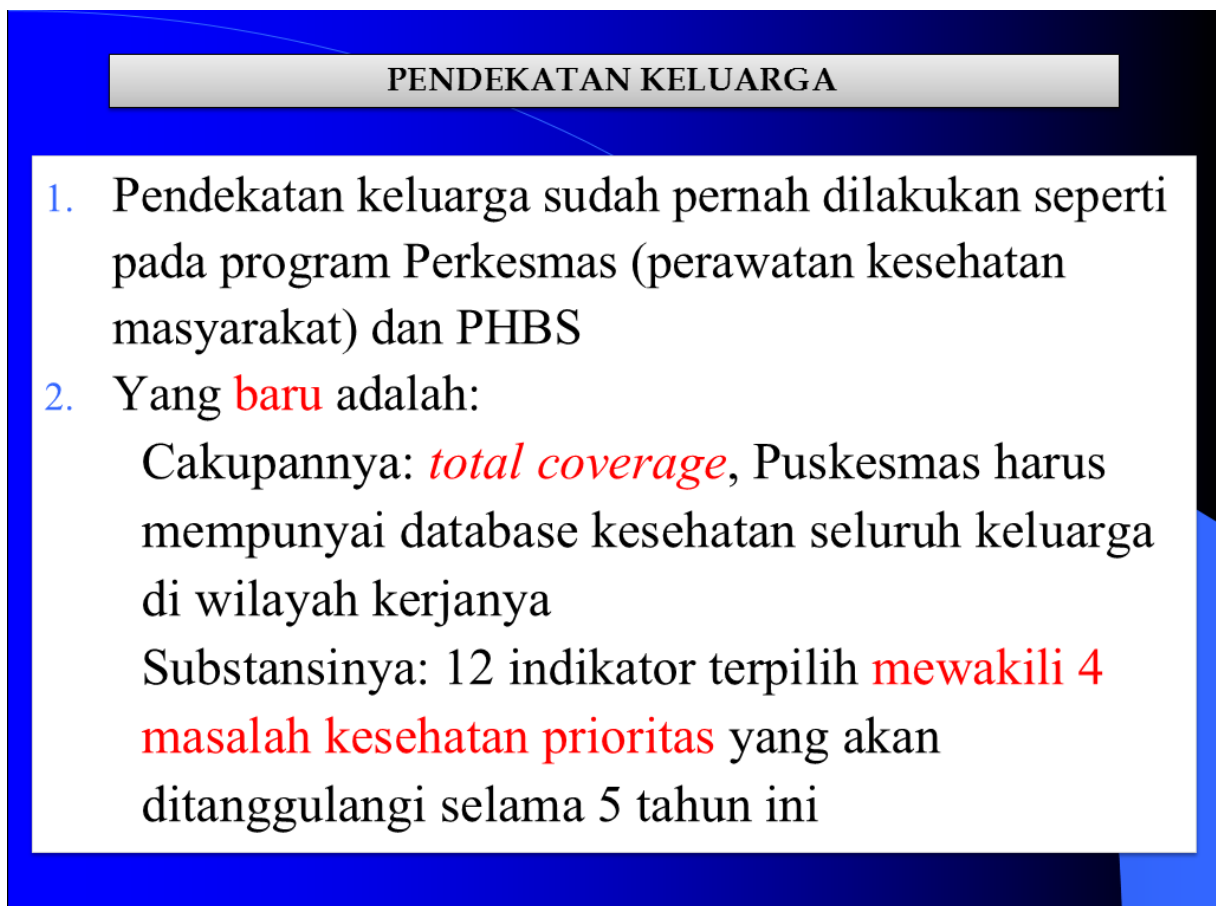
1. Penguatan Anggaran Promotif Preventif

2. Memperbaiki Sistem Rujukan

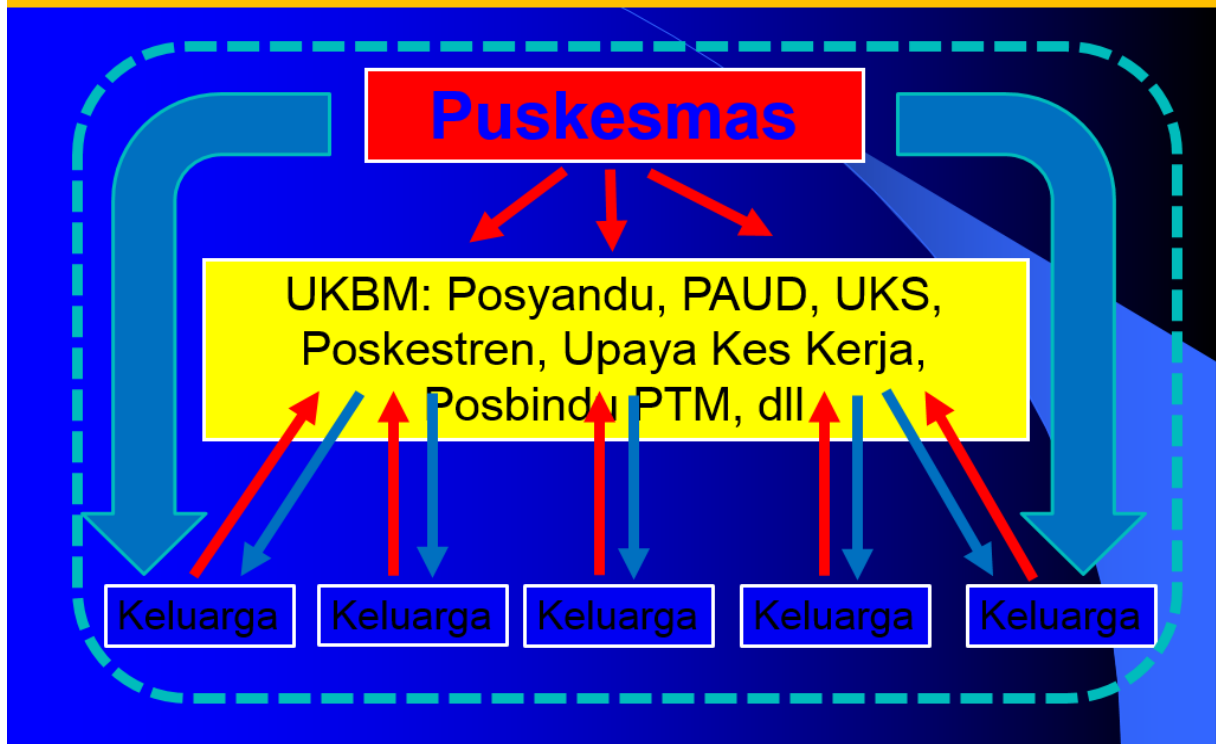
3. Penguatan Peran Faskes Primer

4. Penguatan Peran Masyarakat





Mekanisme Puskesmas – Keluarga – UKBM

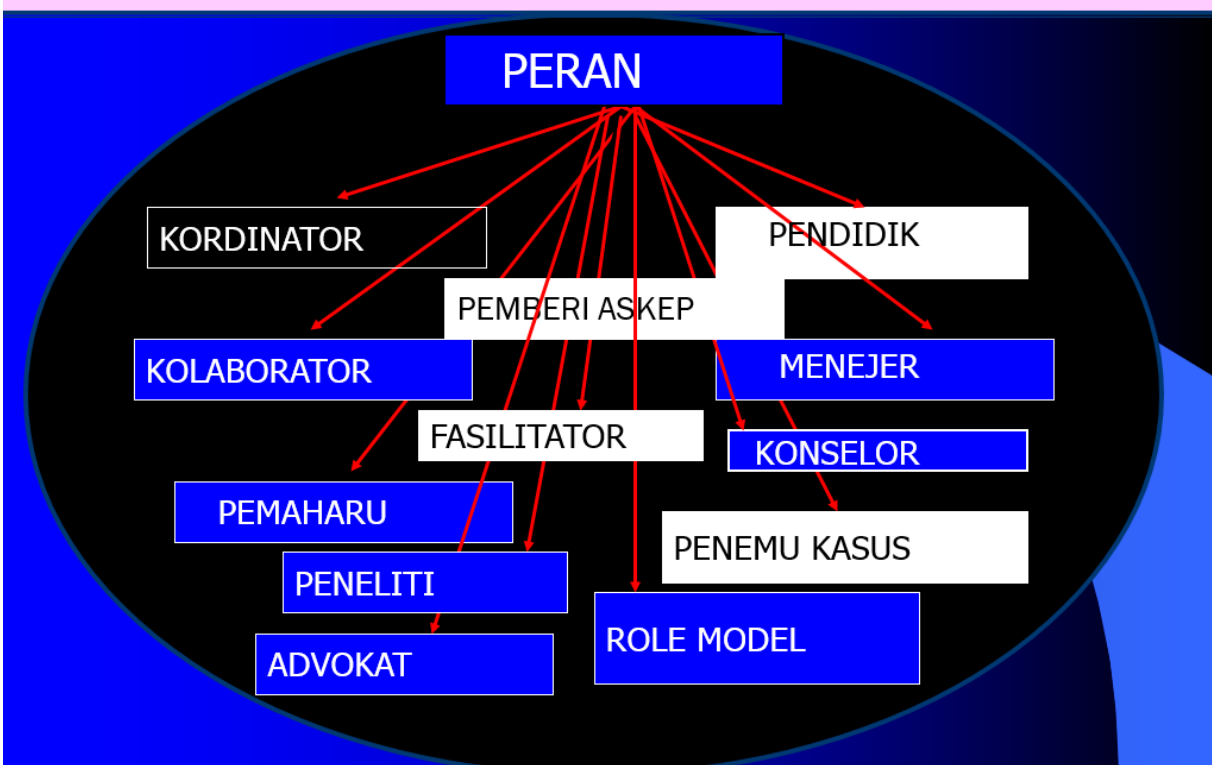


Pro-aktif menjangkau keluarga

- Balita yang tidak datang penimbangan ke posyandu, segera dilakukan kunjungan rumah → agar dapat dilakukan **deteksi dini** keadaan balita ybs.
- Pro-aktif ke keluarga harus dilakukan untuk menemukan **2/3 penderita PTM** yang belum sadar bahwa mereka menderita PTM tersebut
- **Pendekatan keluarga secara total** diperlukan



PERAN PERAWAT PERKESMAS



PROMOSI KESEHATAN

Siapa yang bertanggung jawab ?

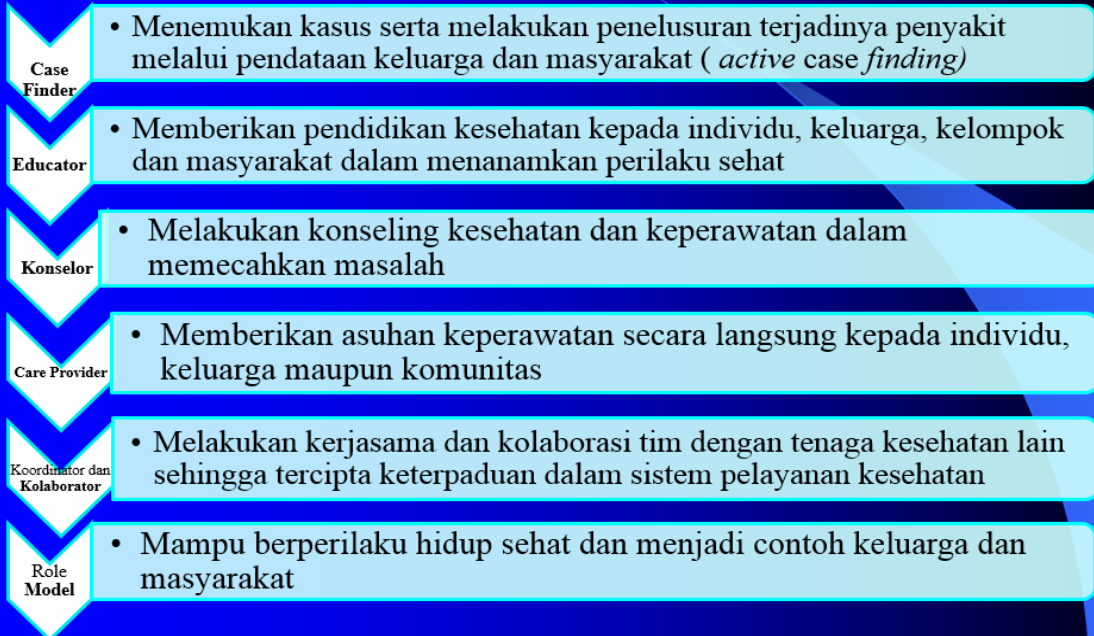
1. Pemerintah
2. Keluarga-Individu
3. Tenaga Kesehatan

KEPERAWATAN KELUARGA

Praktik keperawatan berbasis keluarga merupakan praktik yang dilakukan untuk membantu memulihkan kesehatan klien dilakukan di rumahnya dengan melibatkan klien dan keluarga secara aktif untuk mencapai kemandirian klien dan keluarga

(ANA dalam Stanhope & Lancaster, 2016; Maurer & Smith, 2013; Allender & Spradley, 2005; Canadian Nurses Association, 2013)

PERAN PERAWAT PERKESMAS DALAM PIS PK DAN KESEHATAN MASYRAKAT



PIS PK dan Perawat Kesehatan Komunitas

1. Sasaran dan Fokus → Keluarga (Total Coverage)
2. Penerapan Home Visit PERKESMAS
3. Intervensi → meningkatkan index Keluarga Sehat dalam satu wilayah kerja Puskesmas
4. Hampir semua indikator berhubungan dengan perilaku
5. Model intervensi berbasis perubahan perilaku

PERAN PERAWAT DLM PIS-PK

| NO | PERAN | FUNGSI |
|----|---------------|--|
| 1. | Pemberi Askep | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan kontrak dengan keluarga - Melakukan pengkajian secara komprehensif - Merumuskan masalah atau diagnosis keperawatan sesuai hasil pengkajian terutama masalah prioritas - Menetapkan rencana intervensi sesuai dengan sumberdaya yang tersedia - Melaksanakan intervensi keperawatan termasuk terapi komplementer yang sesuai sesuai prioritas masalah - Melakukan monitor dan evaluasi |

Cont'

| NO | PERAN | FUNGSI |
|----|-----------------------|---|
| 2. | Edukator/ Pendidik | <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kebutuhan edukasi keluarga - Mendisain edukasi formal sesuai prioritas pencapaian indikator keluarga sehat: - Melakukan edukasi formal sesuai disain dan atau edukasi non formal - Melakukan evaluasi dan umpan balik |

Cont'

| NO | PERAN | FUNGSI |
|----|--------------|--|
| 3. | Fasilitator | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan keluarga - Memfasilitasi keluarga mengakses sumber - Mendampingi keluarga dalam mengakses pelayanan kesehatan |
| 4. | Penemu kasus | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan survei untuk mengidentifikasi kebutuhan - Melakukan skrining kesehatan anggota keluarga - Melakukan tindak lanjut hasil survei dan atau skrining - Merujuk kasus yang tidak dapat ditanggulangi |

LUARAN

| INPUT | PROSES | OUTPUT |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Peta masalah kesehatan keluarga | 1. Kunjungan rumah berkala | Peningkatan: 1. Kemampuan keluarga |
| 2. Tk. Kemandirian | 2. Pelibatan anggota keluarga | 2. status kesehatan |
| 3. Perawat kompeten | 3. Pelibatan kader kesehatan | 3. Kualitas hidup |
| 4. Fasilitas pendukung | 4. Terlaksana askep | 4. Kemandirian |
| 5. Kebijakan mendukung | 5. dll | 5. Tercapai 12 indikator KS |

Cont'

| NO | PERAN | FUNGSI |
|----|---------------|--|
| 5. | Manajer Kasus | <ul style="list-style-type: none"> - Mengelola kasus yang menjadi tanggung jawabnya - Melakukan konsultasi kepada Ners Spesialis untuk penyelesaian masalah - Melakukan rujukan atau konsultasi kepada profesi kesehatan lain - Mencarikan sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga |

PROSES PENYAKIT DAN TINGKAT PENCEGAHAN

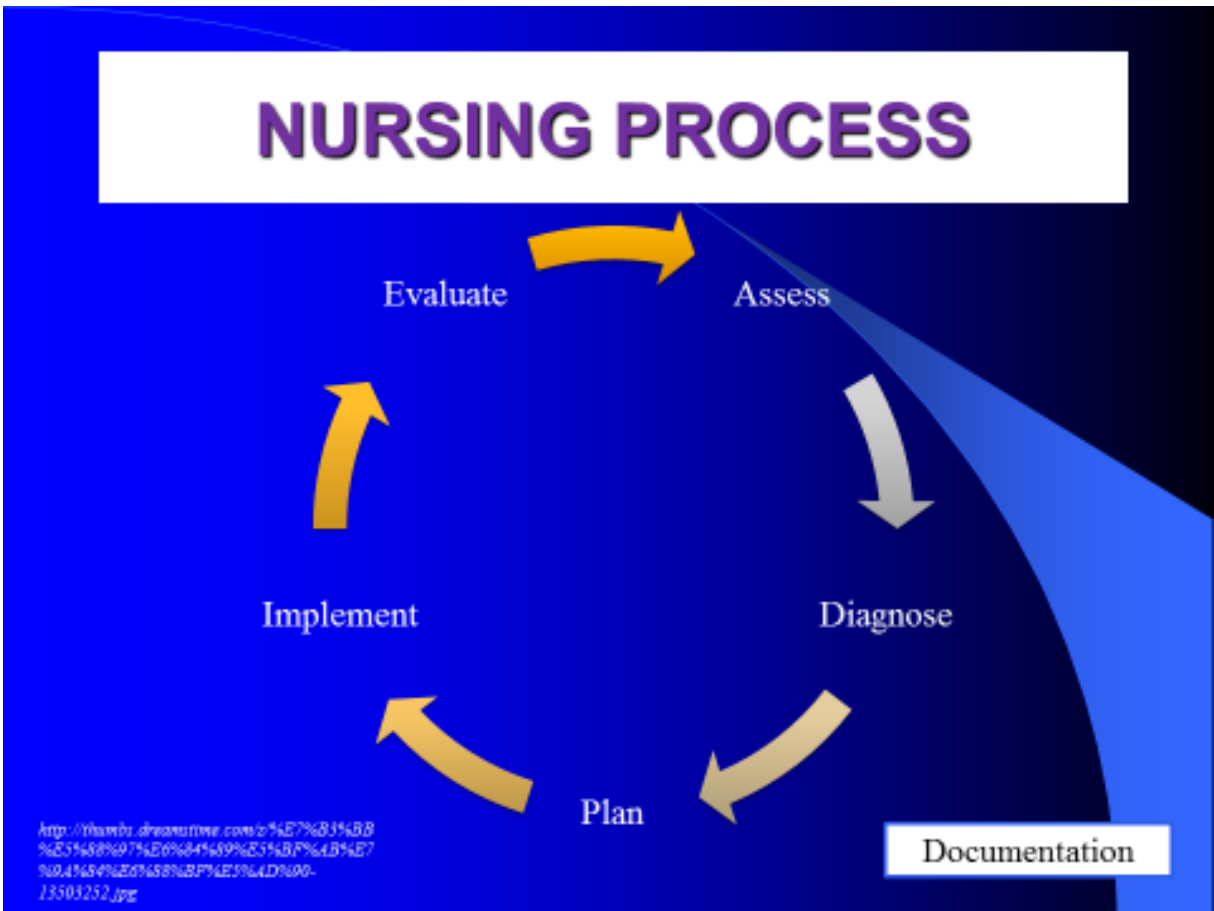
| PERIODE PRE PATOGEN | | PERIODE PATOGEN | | |
|------------------------------------|---|-------------------|--|--|
| HEALTH PROMOTION | SPECIFIC PROTECTION | EARLY Dx & PROMPT | DISABILITY LIMIT | REHABILITATION |
| KESEHATAN/PENY | IMMUNISASI | CASE FINDING | * PENGOBATAN ADEKUAT UNTUK MEMUTUSKAN PROSES PENY. DAN CEGAH KOMPLIKASI | * MENYEDIAKAN FASILITAS DI KOMUNITAS UNTUK LATIHAN DAN PENINGKATAN KAPASITAS YG DIMILIKI |
| NUTRISI | PERSONAL HYGIENE | SCREENING | * MERENCANAKAN SARANA KES. UNTUK MEMBATASI HENDAYA DAN MENCEGAH KEMATIAN | REHABILITASI |
| TUMBUH & KEMBANG | SANKESLING | PEM. SELEKTIF | | |
| PERUMAHAN | KES. KERJA | | | |
| KONSELING PERKAWINAN | PERLINDUNGAN KECELAKAAN | | | |
| P H B S | NUTRISI KHUSUS | | | |
| PEMERIKSAAN KESEHATAN SCR PERIODIK | PERLINDUNGAN THD: ALERGI, KARSINOGENIK, | | | |

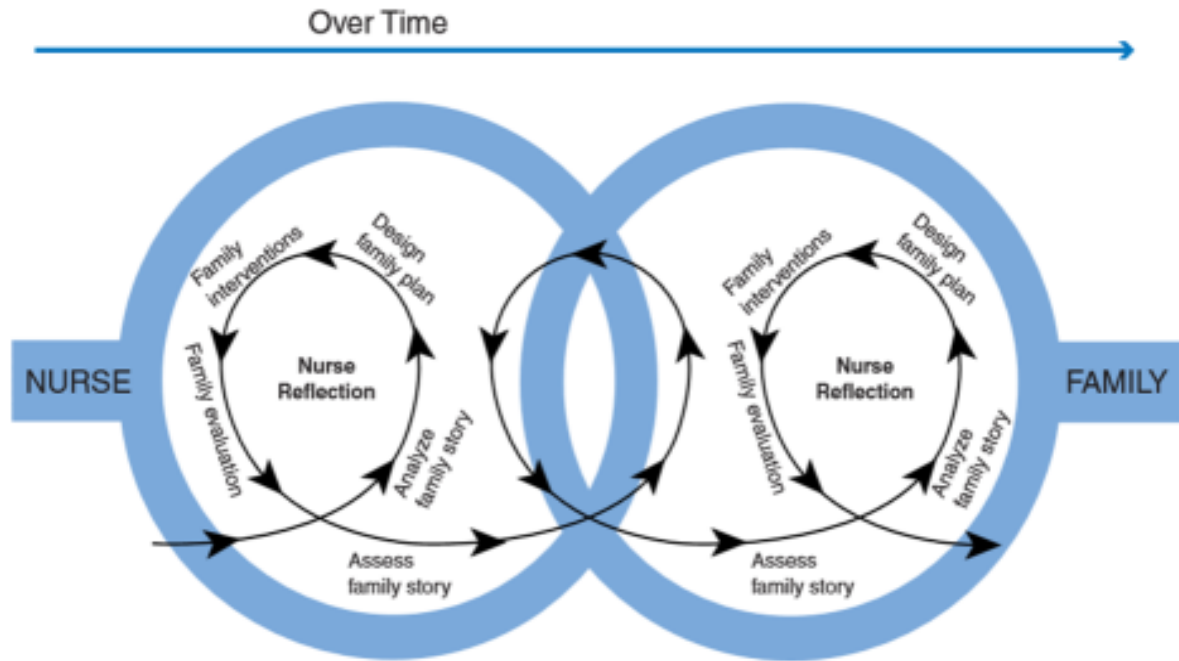






1ST PREVENTION 1ST PREVENTION 2ND PREVENTION 2ND PREVENTION 3RD PREVENTION





Family Nursing Process Model

(Kaakinen, et al. 2010. Family Health Care Nursing, Theory, Practice, and Research, 4th edition. Philadelphia: FA Davis)

TAHAPAN...

- Komunikasi
- Tujuan
- Meyakinkan
- Tim Kesehatan

BHSP

Penjajakan I

- Data di unit yankes/kader
- Data--Masalah kesehatan

- Fokus pada ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan

Penjajakan II

ASSESSMENT

Pendataan PIS-PK dan Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga

“The process of gathering, verifying, and communicating data about client”

Sources:

Data Primer dan Data Sekunder

Methods:

Observation

Interview (formal and informal)

Examination

Check Medical Record, etc.



Penilaian Status Gizi

- *Anthropometry*
- *Biochemical & Biophysics*
- *cinical sign*

Langsung
(ABCD)

Diet

Tidak Langsung

- Survey konsumsi makanan
- Statistik vital
- Faktor ekologi

Antropometri

Berdasarkan pengukuran dimensi fisik :

1. Berat badan (BB)
2. Tinggi badan (TB)
3. Lingkar lengan atas (LILA)
4. Lingkar kepala dan/atau tebal lipatan lemak di bawah kulit.



Cara Pengukuran



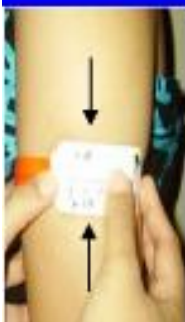
Berat Badan



Lingkar kepala



Tinggi/Panjang Badan



Lingkar Lengan Atas



| Indeks | Kategori Status Gizi | Ambang Batas (Z-Score) |
|--|----------------------|----------------------------|
| Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Gizi Buruk | < -3 SD |
| | Gizi Kurang | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Gizi Baik | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| | Gizi Lebih | >2 SD |
| Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Sangat Pendek | <-3 SD |
| | Pendek | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| | Tinggi | >2 SD |
| Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Sangat Kurus | <-3 SD |
| | Kurus | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Gemuk | >2 SD |
| | Sangat Kurus | <-3 SD |
| | Kurus | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai dengan 2 SD |
| | Gemuk | >2 SD |
| Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun | Sangat Kurus | <-3 SD |
| | Kurus | -3 SD sampai dengan <-2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai dengan 1 SD |
| | Gemuk | >1 SD sampai dengan 2 SD |
| | Obesitas | >2 SD |

Biokimia



Biofisik

Penilaian status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur jaringan.

- Koordinasi otot
- Kemampuan fisik
- Adaptasi gelap

Fungsi Jaringan Biologis

Perubahan Struktur Jaringan

- Radiologi
- Sitologi konjungtiva
- Morfologi akar rambut

Clinical Sign



DIAGNOSIS



Misal:

Domain 2: Kelas 1:

*Nutrisi kurang dari kebutuhan pada An.Y
(00002)*

Prinsip Intervensi

- Harus berorientasi pada pemecahan masalah
- Dapat dilakukan mandiri oleh keluarga
- Berdasarkan masalah kesehatan
- Harus sederhana, mudah dilakukan
- Dapat dilakukan secara terus menerus oleh keluarga

UPAYA PENANGGULANGAN BERBASIS MASYARAKAT

PROMOTIF

pendidikan gizi (Has, 2012)

Kebutuhan gizi anak

Pola pemberian makanan

Menu makanan bergizi

Memasak dan penyajian makanan bergizi

pemberdayaan masyarakat

Kadarzi

PREVENTIF

surveilans gizi

deteksi dini masalah gizi

REHABILITATIF:

Pendampingan



KADARZI

1. Menimbang berat badan secara teratur.
2. Memberikan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan.
3. Makan beraneka ragam.
4. Menggunakan garam beriodium.
5. Minum suplemen gizi (tablet tambah darah dan vitamin A) sesuai anjuran.



POS PEMULIHAN GIZI BERBASIS MASYARAKAT (Community Feeding Center)

Tempat atau rumah yang digunakan untuk mengadakan kegiatan pemulihan dan pendidikan gizi.



EDUKASI KELUARGA SEBAGAI IMPLEMENTASI PIS-PK DAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Implementasi Asuhan Keperawatan keluarga dapat disinergikan dengan program PIS-PK. Sehingga perawat juga mengambil peranan penting dan peran yang besar dalam Menyehatkan Masyarakat. Dimana Perawat secara pro aktif mendatangi masyarakat dari rumah ke rumah, dari keluarga ke keluarga untuk membantu memberikan edukasi dan peningkatan taraf kesehatan keluarga.

INTERVENSI

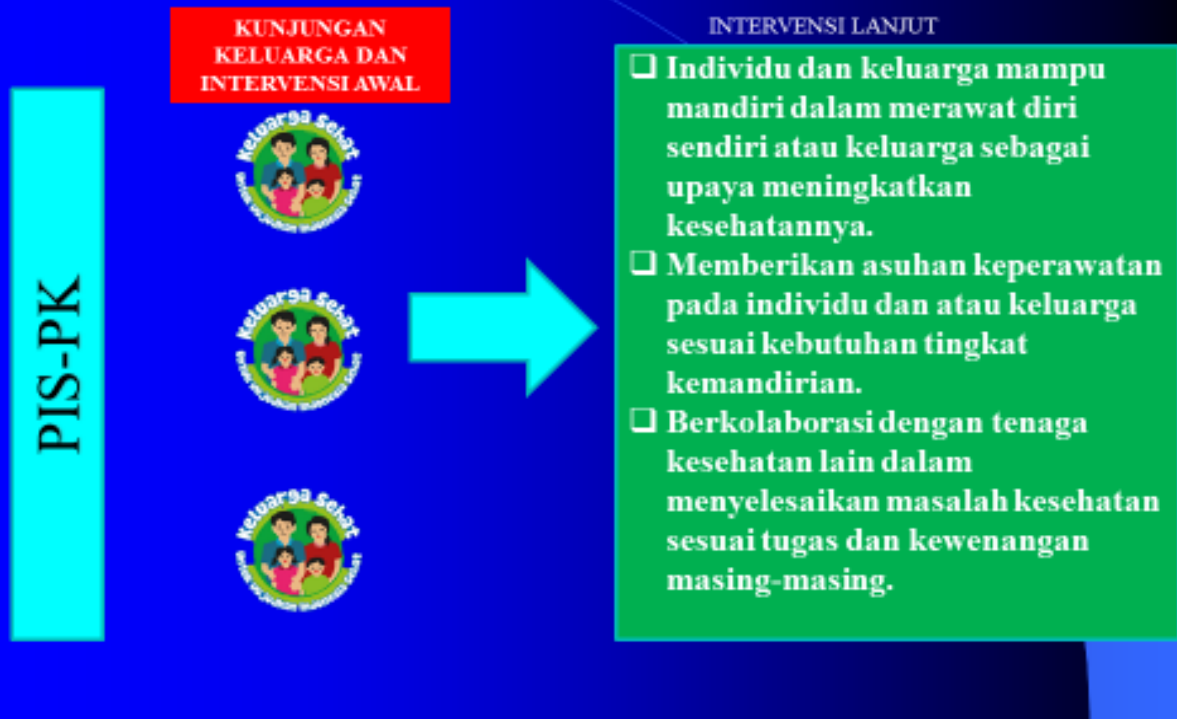
| Kegiatan | Indikator pelaksanaan | Sasaran | Pelaksana |
|---|--|-------------------------|------------------------|
| Pemberian obat cacangan | Memberikan penyuluhan terkait pentingnya obat cacangan Terdistribusinya obat cacangan | Balita | Nakes (perawat, bidan) |
| Pendidikan pola asuh dan gizi seimbang pada orang tua | Memberikan penyuluhan terkait orientasi stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang | Balita | Nakes (perawat, bidan) |
| Fortifikasi zat besi pada makanan | Memberikan penyuluhan | Balita | Nakes (perawat, bidan) |
| Penanganan stunting terintegrasi secara lintas program termasuk sumber daya melalui manajemen puskesmas | Melakukan manajemen puskesmas dalam rangka intervensi integratif stunting | Ibu hamil, bayi, balita | Nakes (perawat, bidan) |

ILUSTRASI PERKESMAS TERINTEGRASI PIS-PK

CONTOH KASUS:
Balita Gizi Buruk pada Keluarga Tingkat Kemandirian (KM) I



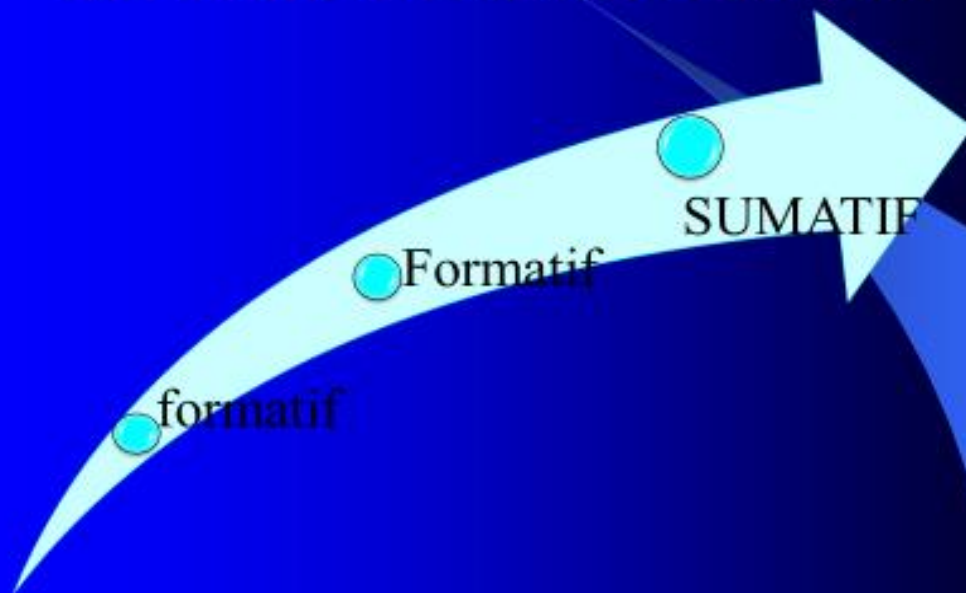
ILUSTRASI PERKESMAS TERINTEGRASI PIS-PK



EVALUASI

- Menilai keberhasilan Keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan
- Tujuan sudah tercapai???...
- Tujuan tidak tercapai?????....
 - tujuan tidak realistis
 - tindakan keperawatan tidak tepat
 - faktor lingkungan yang tidak bisa diatasi

Evaluasi formatif & sumatif



EVALUASI DISUSUN DENGAN MENGGUNAKAN S-O-A-P SECARA OPERASIONAL.

1. Subyektif

- Pernyataan atau uraian keluarga, klien atau sumber lain tentang perubahan yang dirasakan baik kemajuan ataupun kemunduran setelah diberikan tindakan keperawatan.

2. Obyektif

- Data yang bisa diamati dan di ukur melalui teknik observasi, pengukuran, perkusi dan auskultasi sehingga dapat dilihat kemajuan atau kemunduran pada sasaran perawatan sebelum dan setelah diberikan tindakan.

LANJUTAN...

3. Analisis

- Pernyataan yang menunjukkan sejauhmana masalah keperawatan dapat tertanggulangi

4. Planning

- Rencana yang ada dalam catatan perkembangan merupakan rencana tindakan hasil evaluasi tentang dilanjutkan atau tidak rencana tersebut sehingga diperlukan inovasi dan modifikasi bagi perawat.

| Tingkat Kemandi- -rian Keluarga (KM) | Kriteria Kemandirian Keluarga | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|---|
| | (1) Kelu- ga mener- ma peraw- at | (2) Kelu- arga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawata- n keluarga | (3) Kelu- arga tahu dan dapat mengung- kapkan masalah kesehatan nya secara benar | (4) Kelu- arga memanfaat- kan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran | (5) Kelu- arga melakukan tindakan keperawa- tan sederhana sesuai anjuran | (6) Kelu- arga melakukan tindakan pencegaha- n secara aktif | (7) Kelu- arga melaku- kan tindakan promotif secara aktif |
| KM-I | √ | √ | | | | | |
| KM-II | √ | √ | √ | √ | √ | | |
| KM-III | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |



One Must Eat To Live
Not Live To Eat.

Moliere

Thank You

3. UNICEF (dr. Armunanto, M.P.H)



STUDENT PARTNERSHIP FOR HEALTHY MOM AND BABY

GELIAT UNAIR

Gerakan peduli Ibu dan Anak sehat Universitas Airlangga

Best Practice

Pencegahan & Penanggulangan Kematian Ibu dan Bayi Melalui Pendekatan Continuum Of Care di Kota Surabaya

Oleh:
Armunanto (UNICEF Java Office)

Profil Kota Surabaya



- Jumlah penduduk 3.057.766 jiwa (1.526.583 laki-laki, 1.531.183 perempuan).
- Luas wilayah: 33.306,30 Ha.
- Jumlah Kecamatan, Desa/Kelurahan : 31 Kec, 160 Desa/Kelurahan.
- Jumlah RW dan RT: 1.360 RW dan 8.972 RT.
- Batas wilayah: Utara (Selat Madura), Timur (Selat Madura), Selatan (Kab. Sidoarjo), Barat (Kab. Gresik)



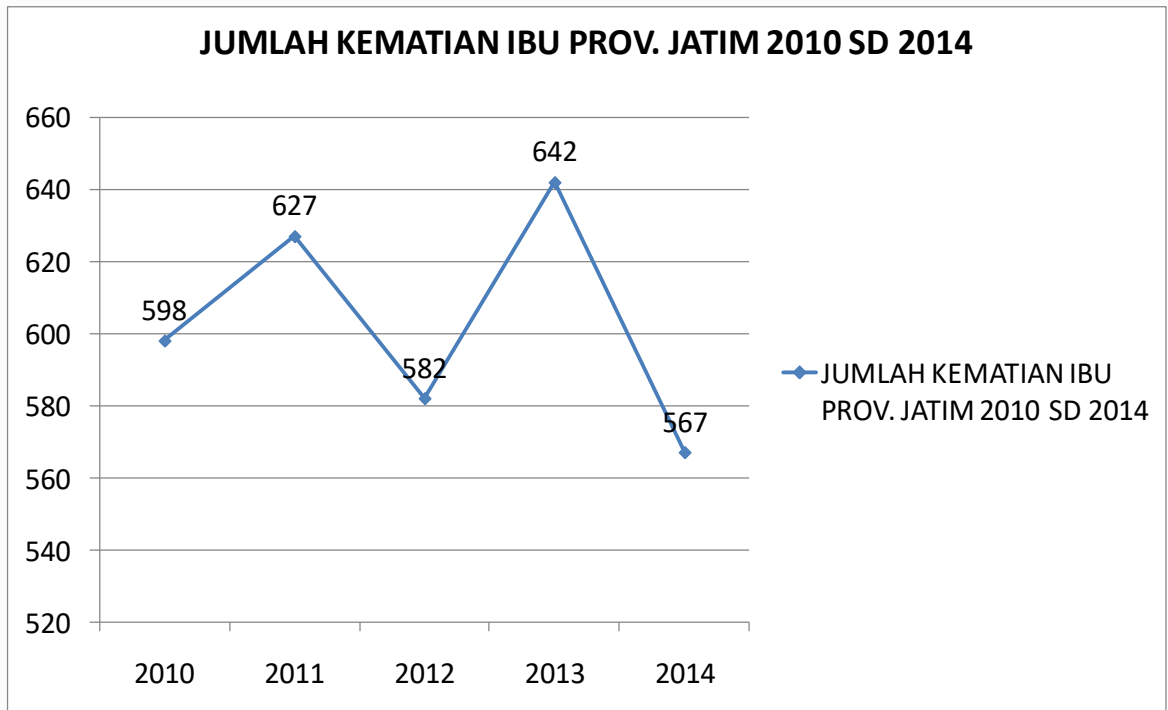
PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN



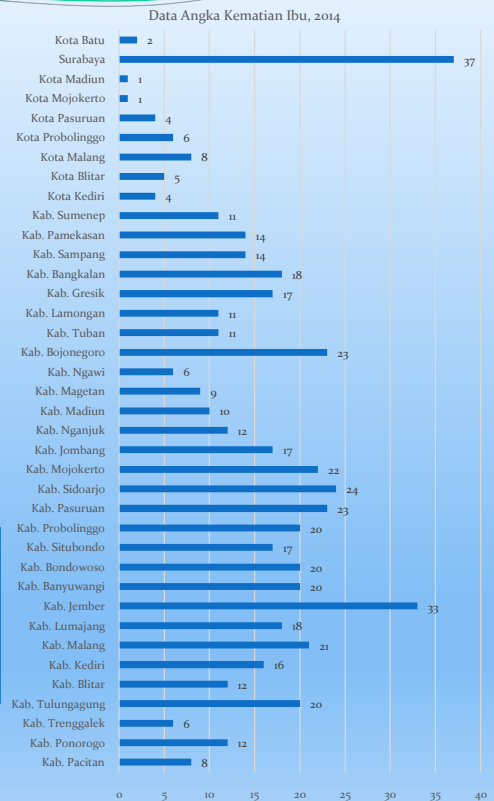
Sarana dan petugas Kesehatan.

- Puskesmas: 62.
- Rumah sakit: 59.
- Klinik: 336.
- Laboratorium: 69.
- Apotik: 762.
- Toko Obat: 59.
- Posyandu: 2.824.
- Dokter Spesialis: 3.036.
- Dokter umum: 1.236.
- Perawat: 7.400.
- Bidan: 1.753.

Perkembangan Kematian Ibu di Jawa Timur

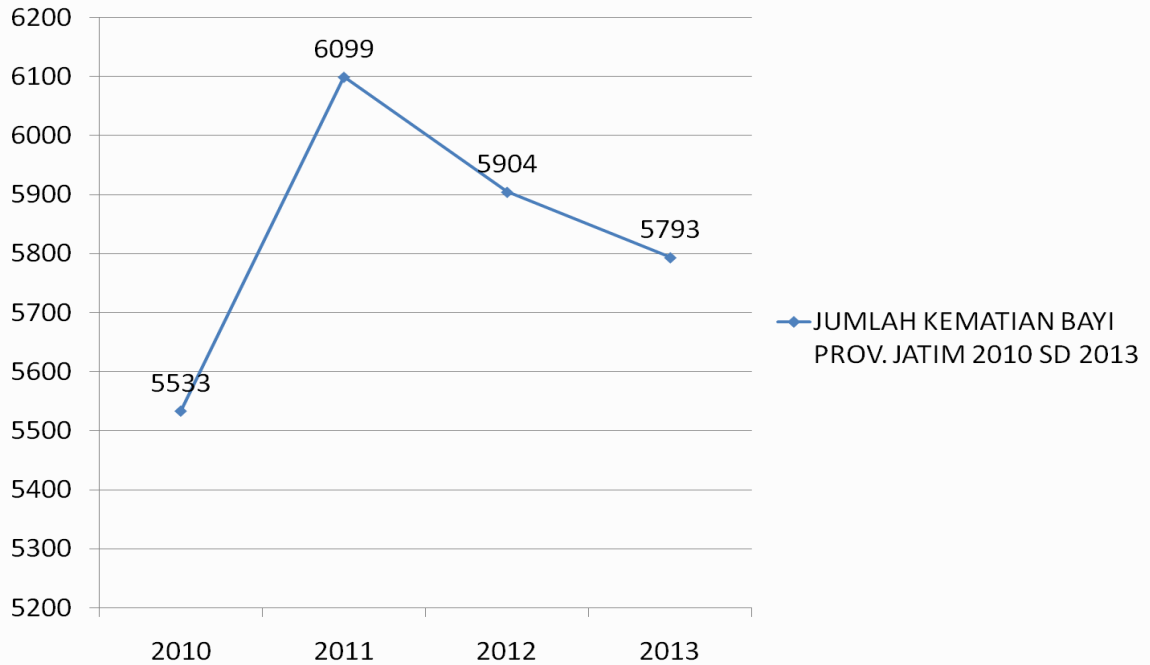


Situasi Kematian Ibu Surabaya

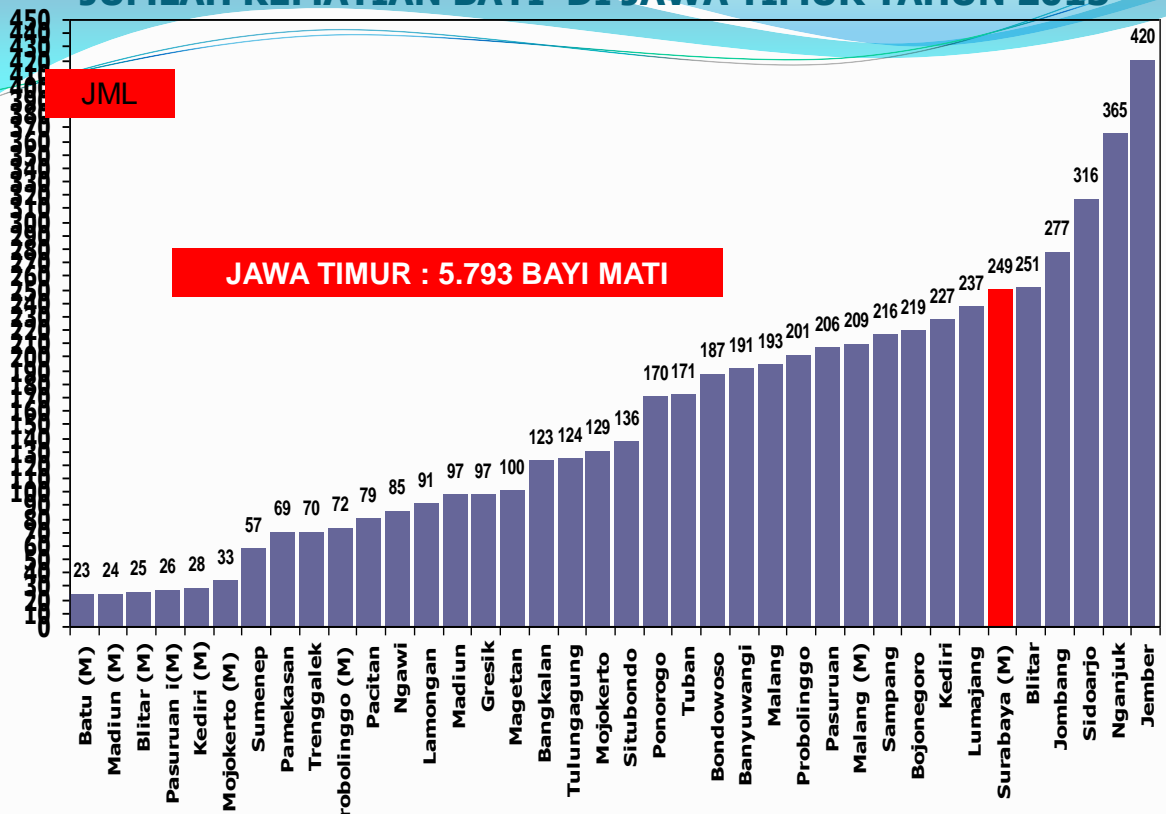


Perkembangan Kematian Bayi di Jawa Timur

JUMLAH KEMATIAN BAYI PROV. JATIM 2010 SD 2013



JUMLAH KEMATIAN BAYI DI JAWA TIMUR TAHUN 2013



Sumber : LB3-KIA KAB. /KOTA

Penyebab Kematian ibu



Penyebab kematian ibu dan bayi

Adalah masalah multi-faktor, karena itu penyelesaiannya juga harus multi-sektor dan komprehensif.

Kesehatan dan non kesehatan

Pendidikan

**Geliat
Unair**



STUDENT PARTNERSHIP FOR HEALTHY MOM AND BABY

GELIAT UNAIR

Gerakan peduli Ibu dan Anak sehat Universitas Airlangga

“Geliat Unair”

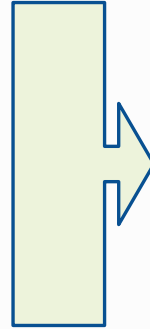
Singkatan dari:

Gerakan Peduli Ibu dan Anak Sehat - Universitas Airlangga



Geliat Unair

Siapa yang terlibat ?



- ✓ Mahasiswa D3
- ✓ Mahasiswa S1
- ✓ Mahasiswa S2
- ✓ Mahasiswa S3
- ✓ Alumni
- ✓ Staf Pengajar
- ✓ Staf Kependidikan



- Volunteer yang berhati mulia
- Volunteer yang siap berbagi
- Volunteer yang hebat

Tahap Pelaksanaan Program

Analisis Situasi

- Pengambilan data primer dan sekunder terkait ibu hamil, kebutuhan pelatihan bidan dan kader, dan pelaksanaan sistem rujukan di lapangan



Penyusunan program kegiatan

- Berdasarkan hasil analisis situasi
- Menyusun rencana pelatihan kepada bidan dan kader
- Menyusun rencana kegiatan untuk penataan sistem rujukan



Monitoring dan Evaluasi



Penyusunan rencana tindak lanjut



STUDENT PARTNERSHIP FOR HEALTHY MOM AND BABY

GELIAT UNAIR

Gerakan peduli Ibu dan Anak sehat Universitas Airlangga

Tujuan Geliat Unair



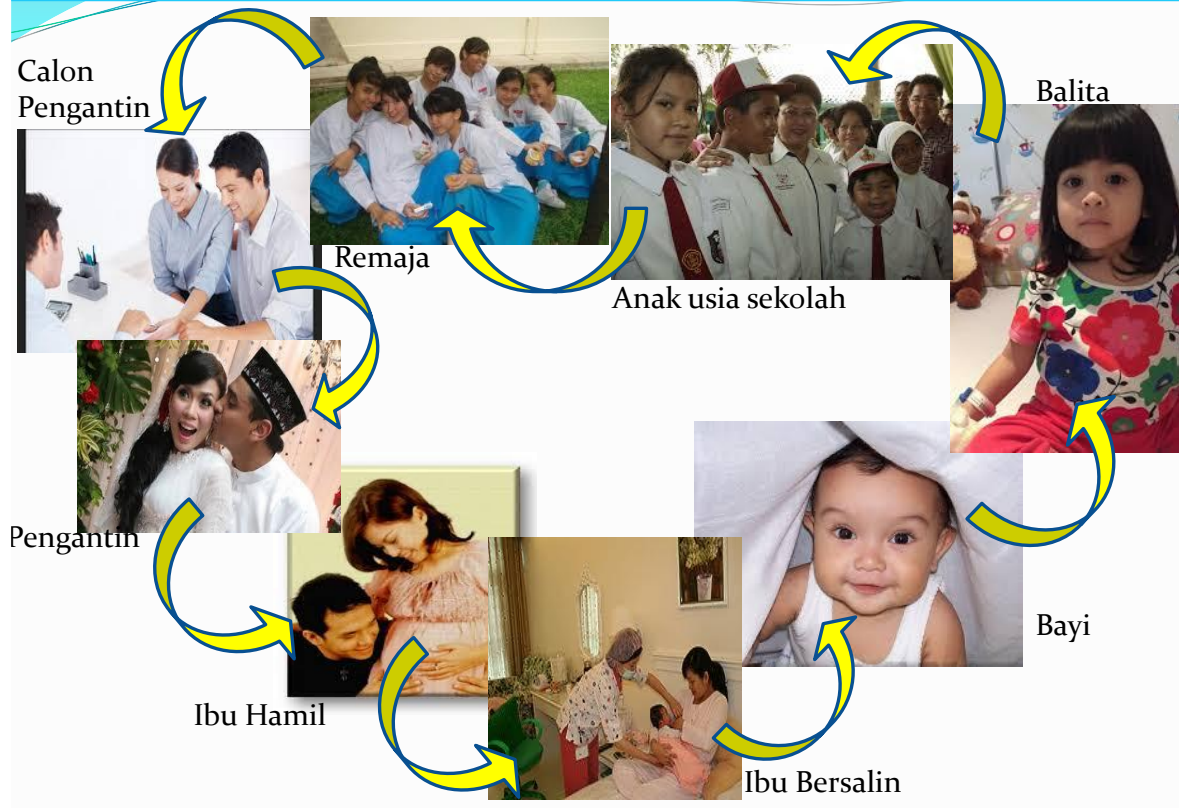
Pendekatan **Hulu Hilir** Secara Comprehensive dan Terintegrasi

3 Pilar:

1. Peningkatan kemampuan petugas kesehatan dan masyarakat.
2. Peningkatan Keterlibatan Masyarakat (✓)
3. Rujukan (**membuat access untuk ibu hamil, nifas dan bayi**)



Continuum of Care



LOKASI KEGIATAN

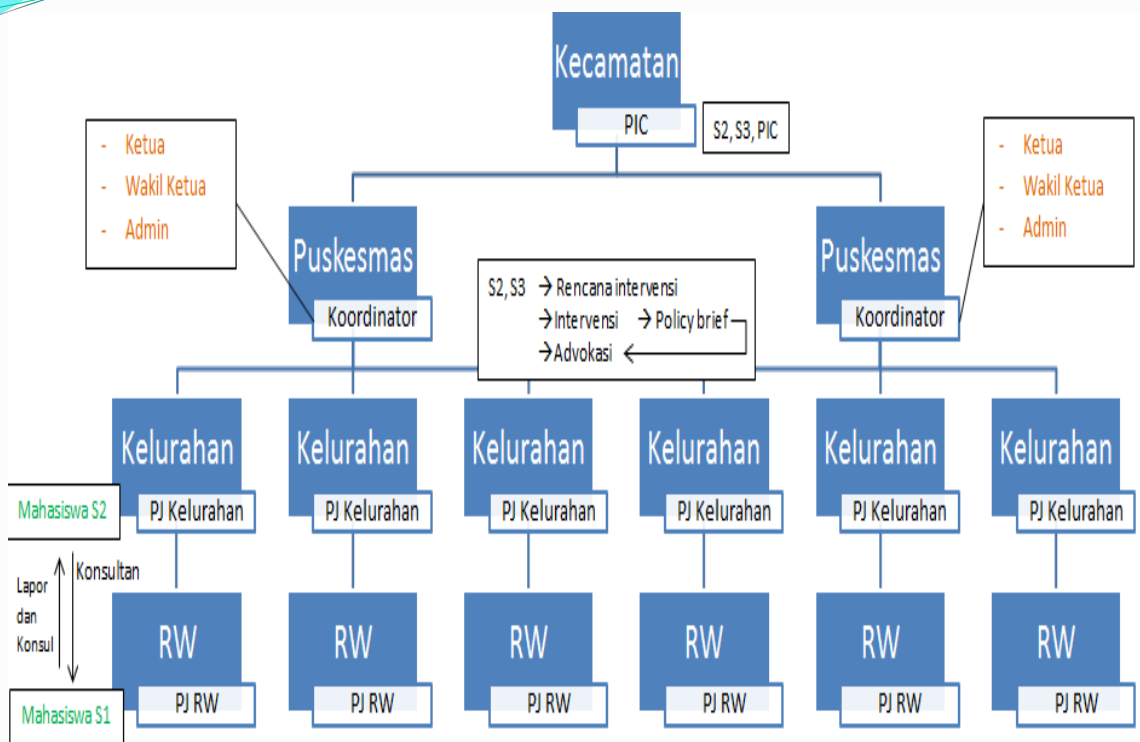
1. **Kecamatan Mulyorejo**
 - Puskesmas Mulyorejo
 - Puskesmas Kalijudan)
2. **Kecamatan Rungkut**
 - Puskesmas Kalirungkut
 - Puskesmas Medokan Ayu
3. **Kecamatan Gunung Anyar**
 - Puskesmas Gunung Anyar
4. **Kecamatan Tenggilis**
 - Puskesmas Tenggilis

Mendaftarkan *Volunteer* melalui Website

- Jumlah pendaftar volunteer GELIAT sampai 9 September 2015 : 337 orang
- Jumlah total Volunteer sampai 9 September 2015 : 211 orang
- Jumlah volunteer yang sudah turun pendampingan sampai 9 September 2015 : 211 orang
- Jumlah Ibu Hamil yang akan didampingi : 418 orang
- Jumlah ibu hamil yang telah didampingi : 140 orang



Konsep Wilayah dan Pendekatan Tim GELIAT



Proses Kegiatan Pendampingan

Perekrutan volunteer

Melalui website unair, fkm unair, lppm unair, media sosial, dan media lainnya



Pelatihan kepada mahasiswa pendamping

Dilakukan selama 2 hari. Pelatihan telah dilakukan dalam 2 gelombang. Gelombang 1 dilaksanakan pada tanggal 23 dan 30 Mei 2015. Gelombang 2 dilaksanakan pada tanggal 4 dan 5 Juli 2015



Penerjunan mahasiswa volunteer



Pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa volunteer

Pelatihan bagi Volunteer Pendamping

Capacity Building oleh tenaga kesehatan
Puskesmas, Dosen dan Mahasiswa S3

Gelombang 1:

Capacity Building 1 = 96 orang

Capacity Building 2 = 131 orang

Gelombang 2:

Capacity Building 1 = 70 orang



Capacity Building Gel.1 (23 & 30 Mei 2015)



Team Building 7 Juni 2015



Pelepasan Volunteer 15 Juni 2015



Capacity Building Gel.2 (4 Juli 2015)



Laporan Kegiatan Pendampingan

- Pertama kali mahasiswa bertemu ibu hamil, mahasiswa diperkenalkan oleh kader di wilayah setempat kepada ibu hamil yang akan didampingi
- Terdapat grup WA untuk setiap kelompok Puskesmas dan kelompok kelurahan
- Grup WA setiap Puskesmas beranggotakan, mahasiswa pendamping (D3, S1, S2, dan S3), dokter spesialis obgyn, tim Geliat Unair, dan bidan koordinator setiap Puskesmas
- Mahasiswa melaporkan hasil dampingan di grup tersebut. Sehingga jika ada masalah dapat segera mendapatkan masukan dan diketahui oleh pihak Puskesmas

Puskesmas Kalijudan

Mahasiswa melaporkan bahwa terdapat ibu hamil yang risti, tinggal bersama dengan suami dan mertua dengan BTA (+). Ibu hamil tersebut juga beberapa kali pingsan



Mahasiswa melaporkan ke grup WA dan dilaporkan ke Kepala Puskesmas Kalijudan



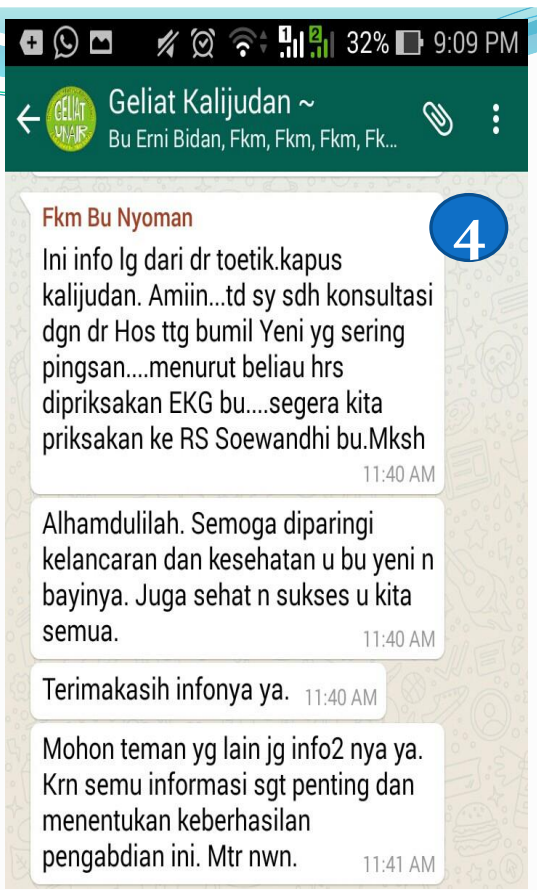
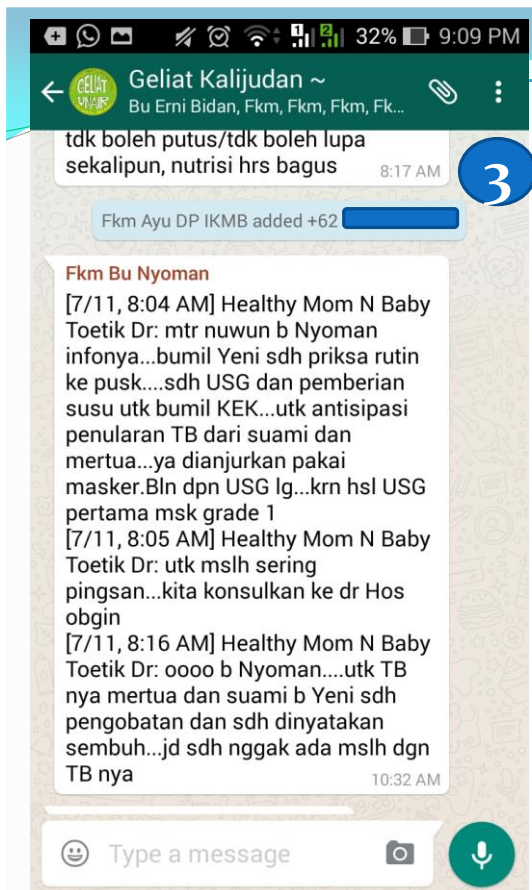
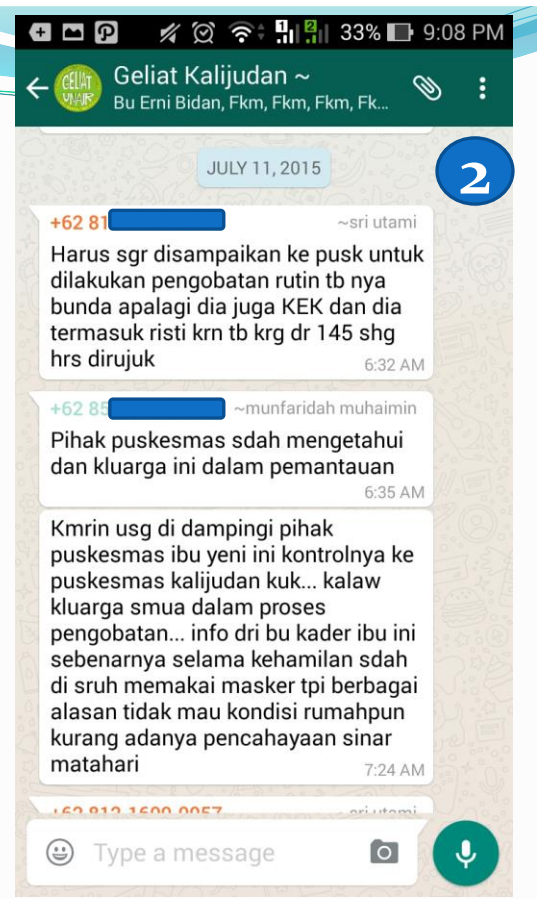
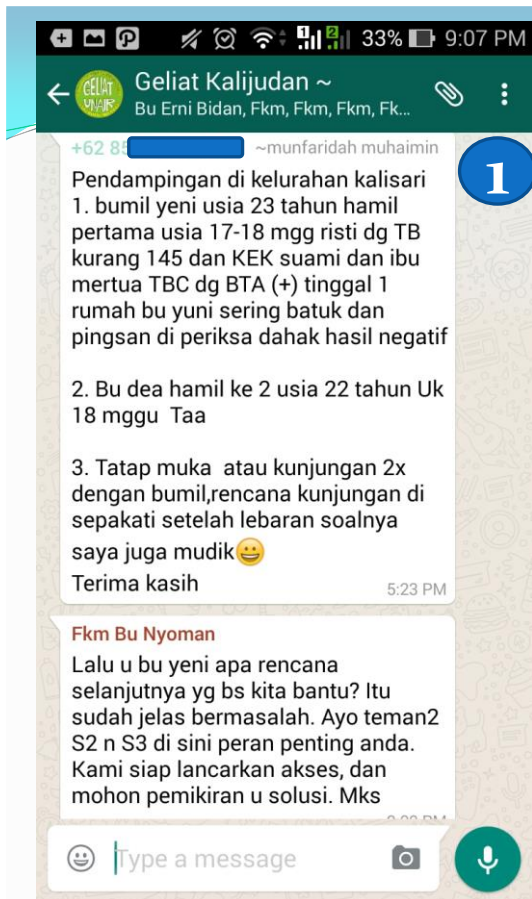
Kapus Kalijudan menindaklanjuti laporan tersebut



Laporan dari Puskesmas, bumil tersebut rutin periksa ke Puskesmas. Mertua dan suami bumil dinyatakan sudah BTA (-). Namun Puskesmas baru mengetahui informasi ibu hamil beberapa kali pingsan sehingga dilaporkan ke dokter spesialis obgyn



Setelah dikonsulkan dengan dokter spesialis obgyn, ibu hamil tersebut harus diperiksa EKG dan akan segera dirujuk untuk pemeriksaan tersebut di RS Soewandhi



Puskesmas Medokan Ayu

Mahasiswa melaporkan ibu hamil yang didampingi sudah melahirkan dan ASI ibu tidak keluar terlalu banyak.

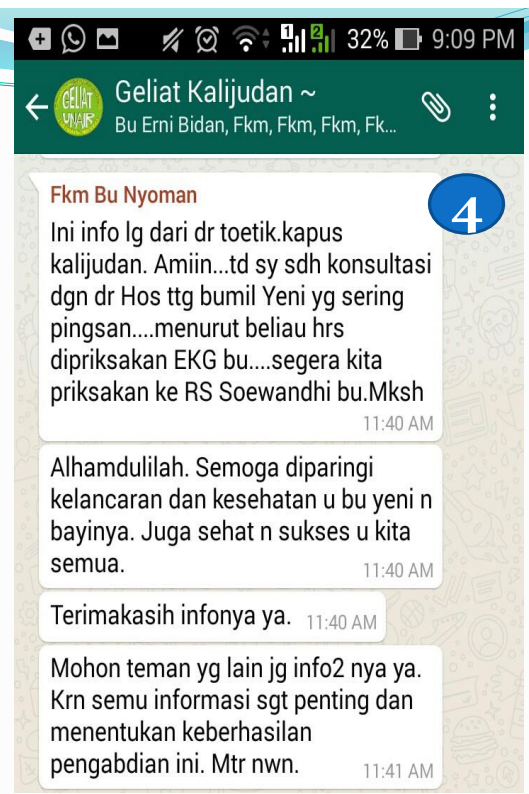
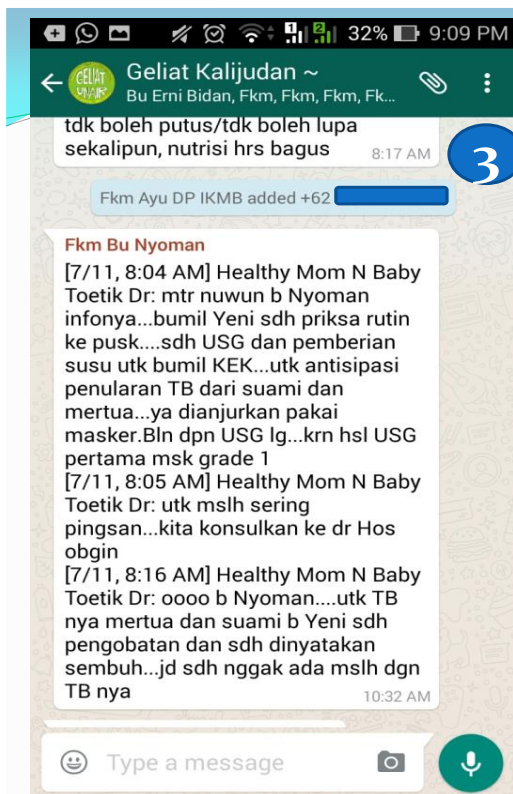
Karena produksi ASI ibu tidak terlalu banyak, ibu menambahkan susu formula kepada bayi. Selain itu BB bayi juga turun

Mahasiswa memberikan edukasi kepada ibu terkait ASI eksklusif

Tim pendamping Puskesmas Medokan Ayu memberikan masukan terkait konsumsi makanan untuk meningkatkan produksi ASI melalui grup whatsapp

Bidan Koordinator juga tergabung di dalam grup whatsapp mahasiswa, sehingga bidan mengetahui masalah ini

Bidan koordinator Medokan Ayu menyarankan agar ibu pergi ke Puskesmas





Puskesmas Medokan Ayu

Mahasiswa mengunjungi ibu dampungannya yang sudah melahirkan dan melaporkan hasil pertemuannya di grup WA

Masalah yang terjadi ibu belum bisa memberikan ASI karena bayinya menolak


Tim mahasiswa pendamping di grup WA memberikan masukan agar bayi mau menyusui langsung pada ibu atau menggunakan ASI perah

Tim mahasiswa pendamping juga menyampaikan cara pemberian ASI perah yang benar agar dapat disampaikan kepada ibu tersebut

Medokan Ayu Geliat Un...
ARS Pak Budi 2, Bu Dinda, Fkm, F...

+62 857-3... ~Defrina Sukma S

1



Baru sore ini, saya mengunjungi bufas

7:06 PM

..(cont) setelah melahirkan tgl 23/7 lalu. Identitas bayi: 4,9 kg | laki-laki.

7:06 PM

Pada awal kelahiran, si bayi sempat sakit kuning dan dirawat di RS Haji selama enam hari. Setelah itu, bu Suilah sering kontrol ke bidan rumah sakit. Alhamdulillah, sakitnya sudah sembuh.

Type a message

Medokan Ayu Geliat Un...
ARS Pak Budi 2, Bu Dinda, Fkm, F...

2

..(cont) setelah melahirkan tgl 23/7 lalu. Identitas bayi: 4,9 kg | laki-laki.

7:06 PM

Pada awal kelahiran, si bayi sempat sakit kuning dan dirawat di RS Haji selama enam hari. Setelah itu, bu Suilah sering kontrol ke bidan rumah sakit. Alhamdulillah, sakitnya sudah sembuh.

7:07 PM

Namun, hingga saat ini, bu Suilah belum bisa memberikan ASI Eksklusif karena si bayi selalu menolak (nangis terus).

7:07 PM

+62 813-3071-8027 ~rfauziningtyas

Apakah bisa di pumping payudax?

7:08 PM

+62 857-3274-7920 ~Defrina Sukma S

Bisa, bu.
Hanya si bayinya menolak (nangis terus) tiap mau disusui.

7:09 PM

Type a message

Medokan Ayu Geliat Un...
ARS Pak Budi 2, Bu Dinda, Fkm, F...

3

terus) tiap mau disusui.

7:09 PM

+62 813-3071-8027 ~rfauziningtyas

Adik saya pernah mengalami itu..proses relsktasi memang agak sulit..slh 1 cara yg bisa dilakukan adalah dengan meningkatkan contact skin to skin..Ibu dlm kondisi santai,b2 hnya dengan si baby,ajak baby berkomunikasi..Sebaiknya ibu tidak memakai/membuka bra,bayi digendong di dekatkan dg payudara dan perut ibu..thp awal hnya mengobrol dan membiasakn bayi dg bau payudara ibu,klo byi sudah mulai nyaman dpt dilnjutkan dg memegagkan tngn byi ke pd ibu..selanjutx mengenalkan byi dg puting ibu,sblmnya puting ibu dpt dibsahi dg ASI..

7:16 PM

Harus telaten,ibu jg tidk boleh stres dibuat nyman,dan jgn menekan harus meng asi lagsg,di ajak pelan babyx..

7:16 PM

+62 857-3274-7920 ~Defrina Sukma S

Type a message

Medokan Ayu Geliat Un...
ARS Pak Budi 2, Bu Dinda, Fkm, F...

4

+62 857-3... ~Defrina Sukma S

Siap, bu.
Nanti akan saya sampaikan.
Terima kasih.

7:18 PM

+62 813-3071-8027 ~rfauziningtyas

👍👍 smoga berhasil..

7:18 PM

+62 857-3... ~Defrina Sukma S

Amin.

7:19 PM

+62 813-3071-8027 ~rfauziningtyas

Oh ya klo bisa diajarkan meminumkn asip pke sendok, tidak pkek dot..

7:22 PM

+62 857-3... ~Defrina Sukma S

Bu, sejak kapan ya bayi boleh diminumin asi dgn cara pakai sendok?

7:34 PM

Trims.

9:34 PM

Type a message



Dokumentasi



Dokumentasi



Kendala

- Menjaga komitmen mahasiswa volunteer. Karena kegiatan ini bersifat sukarela dan tidak terikat dengan perkuliahan.
- Menjaga dinamika aktif nya mahasiswa volunteer saat turun ke lapangan dan melakukan pendampingan.
- Mencari waktu mahasiswa volunteer untuk hadir pada pertemuan GELIAT Unair. Misalnya untuk evaluasi kegiatan, koordinasi terkait implementasi SIM Monev, dan lain sebagainya.

Rencana Tindak Lanjut

- Penambahan jumlah pendampingan untuk:
 - Melanjutkan kegiatan untuk ibu nifas dan bayi.
 - Optimalisasi SIM Monev.
- Capacity building Bidan Puskesmas aspek medis dan non-medis:
 - Pendataan kebutuhan pelatihan bagi Bidan.
 - Pendataan fasilitator pemberi pelatihan (Dokter obsgyn, Dokter SPA, dan PPDS).
 - Magang untuk bidan di rumah sakit.
- Penataan akses rujukan ibu dan bayi:
 - Diawali pertemuan dengan Direktur RS, Dokter Obsgyn, Dokter SPA, Penakib Kota Surabaya, Penakib Provinsi, dan Puskesmas (Bidan dan dokter Puskesmas)
 - Pendataan alumni di Rumah Sakit rujukan sebagai contact person rujukan.

PROGRAM PENGABDIAN MASYARAKAT
Bergabunglah
 untuk Masa Depan Anak Bangsa
 PENAKIB

STUDENT PARTNERSHIP FOR HEALTHY MOM AND BABY
GELIAT UNAIR
 Gerakan peduli Ibu dan Anak sehat Universitas Airlangga





TERIMA KASIH

OCCUPATIONAL HEALTH PADA PETANI GARAM DI DESA AENG SAREH SAMPANG MADURA

Siti Nurfitri^{1*}, Nur Istiqomah¹

1. Program Studi Psikologi, Universitas Trunojoyo Madura

Email Korespondensi: ibuyumzak@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Madura sejak dulu dikenal sebagai "Pulau garam". Desa Aeng Sareh Kabupaten Sampang Madura penduduknya mayoritas bekerja sebagai petani garam. Lingkungan dan kondisi pada tempat kerja mempunyai keterkaitan penting dengan kesehatan pekerja. Petani garam di Desa Aeng Sareh dalam bekerja terpapar oleh sinar matahari langsung, suhu tinggi, kelembaban rendah maupun percikan air laut yang mengandung garam dengan konsentrasi tinggi yang meningkatkan resiko terhadap kesehatan organ tertentu. Namun sayangnya belum ada penelitian yang membahas "*occupational health*" pada petani garam di Madura. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mengakibatkan masalah kesehatan petani garam dan mengidentifikasi prevalensi masalah kesehatan petani garam. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross-sectional*. Populasi penelitian ini adalah semua petani garam di Desa Aeng Sareh Kecamatan Sampang Kabupaten Sampang.

Metode: Sampel penelitian ini berjumlah 52 orang dengan metode pengambilan sampel adalah *quota sampling*. Data penelitian diambil dengan menggunakan kuesioner untuk mengukur setiap variabel yang mempengaruhi permasalahan kesehatan dan masalah penyakit yang ditimbulkannya. Status sehat dan sakit diukur dengan melakukan pemeriksaan fisik langsung oleh tenaga kesehatan.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan 96,15 % petani garam di Desa Aeng Sareh mengalami nyeri otot sewaktu bekerja. 25 % petani garam mengalami keluhan nyeri punggung. Hal tersebut menunjukkan ada sikap kerja yang tidak ergonomis sewaktu bekerja. Hasil penelitian juga menunjukkan 55,77 % kadar asam urat tinggi kemungkinan dikarenakan jenis makanan yang dikonsumsi mengandung purin yang tinggi. Hasil penelitian ini menunjukkan keluhan pada mata dan kulit yang biasanya dialami petani garam hanya dikeluhkan 7,69 % dari subjek. Hal tersebut karena petani garam 19,6 % sudah menggunakan alat pelindung diri berupa kacamata pengaman serta memiliki *personal hygiene sanitasi* yang baik.

Kata kunci: *Occupational Health*, petani garam, Madura

ABSTRACT

Background: Madura has long been known as "Salt Island". The majority of population live in Aeng Sareh Village, Sampang District, Madura, work as salt farmers. The environment and conditions at the workplace have important relation to the health of workers. Salt farmers in Aeng Sareh Village are exposed to direct sunlight, high temperatures, low humidity and sea water splashes which contain high concentrations of salt which increases the risk of certain disease affecting the organ. But unfortunately there is no research that addresses "*occupational health*" in salt farmers in Madura. The purpose of this study was to identify the factors that caused health problems for salt farmers and identify the prevalence of health problems of salt farmers. This study used a cross-sectional study design. The population of this study were all salt farmers in the village of Aeng Sareh, Sampang District, Sampang Regency.

Method: The sample of this study amounted to 52 people with the sampling method used *quota sampling*. The research data was taken using a questionnaire to measure each variable

that affected health problems and the problems caused by those variables. Healthy and illness status are measured by conducting a physical examination directly by health personnel.

Results: *The results showed that 96.15% of salt farmers in Aeng Sareh Village experienced muscle pain while working. 25% of salt farmers experienced complaints of back pain. This shows that there is a work attitude which is not ergonomic while working. The results also showed that 55.77% of uric acid levels were high due to the type of food consumed containing high purines. The results of this study showed that health problems related to the eyes and skin that are usually experienced by salt farmers were only complained of 7.69% of the subjects. This is because 19, 6% of salt farmers have used personal protective equipment in the form of safety glasses and have good personal hygiene sanitation.*

Key Words: *Occupational Health, salt farmers, Madura*

PENDAHULUAN

Madura merupakan salah satu penghasil garam terbesar di Jawa Timur. Kondisi geografis dengan garis pantai yang panjang dan banyaknya penduduk yang bergerak di bidang industri garam membuat Madura dikenal sebagai “Pulau garam”. Luas lahan garam total Pulau Madura adalah 15.347 ha dengan produksi sebesar 10.000 ton/tahun. Tenaga kerja yang terserap pada industri ini mencapai 12.567 atau 62 % dari keseluruhan jumlah petani garam Jawa Timur. Desa Aeng Sareh Kabupaten Sampang Madura penduduknya mayoritas bekerja sebagai petani garam. Produksi garam di Desa Aeng Sareh per tahun berkisar 70-100 ton/tahun (Zainuri dkk, 2014).

“Occupational Health” adalah dampak pekerjaan yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia. Meskipun pekerjaan bisa baik untuk kesehatan, dan kesehatan bisa baik untuk bekerja, pekerja bisa menjadi tidak sehat atau mengembangkan kesehatan yang buruk dari lingkungan kerja mereka. Setiap minggu diperkirakan 15 orang meninggal karena penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan. Bahkan, seorang pekerja sepuluh kali lebih mungkin meninggal akibat penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan daripada kecelakaan di tempat kerja (<https://worksafe.govt.nz/topic-and-industry/work-related-health/about-wrh/>).

Pekerja sektor informal di Indonesia dilaporkan terkena berbagai masalah kesehatan seperti malnutrisi, penyakit akibat parasit (misalnya cacingan), asma, alergi kulit, kanker, keracunan bahan kimia, keracunan makanan, gangguan otot dan tulang, gangguan saluran pernafasan, penyakit kelenjar getah bening, dan penyakit darah. Risiko bahaya yang dihadapi di tempat kerja antara lain meliputi kebisingan, vibrasi, radiasi panas, kurangnya pencahayaan, pemasangan alat berbahaya tanpa menggunakan Alat Perlindungan Diri (APD) untuk aspek keselamatan, menghirup debu dan terkena bahan kimia berbahaya, serta ergonomik yang buruk (Markkanen, 2004 dalam Susanto dkk, 2016).

Bekerja di industri garam menghadapkan penduduk yang bekerja sebagai petani garam untuk kontak langsung dengan debu garam yang terhirup, kristal garam serta air asin terkonsentrasi, tekanan fisik dengan menggunakan kekuatan otot, sinar matahari langsung

yang terang dan silau karena sinar matahari yang dipantulkan oleh kristal garam dan permukaan air asin. Gejala yang paling umum diamati di antara pekerja garam adalah yang berkaitan dengan mata. Ini mungkin karena iritasi yang disebabkan oleh paparan debu garam dan refleksi sinar matahari oleh kristal garam dan air asin. Rasa gatal dan sensasi terbakar di kulit mungkin disebabkan oleh kontak langsung dengan garam dan kotoran yang ditemukan dalam garam, seperti sulfat, magnesium, kalsium, kalium. Gejala lain yang utama adalah pada kulit yang kebanyakan berasal dari perlukaan di kaki dan tangan. Ketika para pekerja mengumpulkan kristal garam menggunakan sekop, kristal-kristal mengenai sementara tangan mempertahankan luka dari sekop. Penebalan kulit di atas telapak tangan dan kaki mungkin disebabkan oleh hiperkeratosis yang disebabkan oleh gesekan dengan sekop dan kristal garam. Stres fisik kerja keras di bawah sinar matahari mungkin merupakan penyebab sakit kepala, pusing, nyeri otot, nyeri sendi dan kelemahan umum di antara para pekerja (Haldiya *et al*, 2005; Sachdev *et al*, 2006).

Resiko terburuk pada pekerja di sektor industri garam pada studi di India adalah masalah mata, kulit, otot dan saluran nafas (Haldiya *et al*, 2005). Belum ada data mengenai “*occupational health*” pada petani garam di Indonesia khususnya Madura. Penelitian terdahulu yang sudah ada adalah gambaran perilaku pencarian pengobatan terhadap kejadian dermatitis kontak pada petani garam di Rembang (Sinaga dkk, 2017). Adanya penelitian ilmiah mengenai “*occupational health*” pada petani garam di Madura dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan dan peningkatan intervensi pelayanan kesehatan yang bersifat promosi, prevensi, kuratif dan rehabilitatif pada petani garam di Madura.

Berdasarkan uraian yang telah dijabarkan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “*Occupational Health*” pada petani garam di Desa Aeng Sareh Sampang Madura.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi *cross-sectional*. Populasi penelitian ini adalah semua petani garam di Desa Aeng Sareh Kecamatan Sampang Kabupaten Sampang yang tergabung dalam kelompok petani garam yang berjumlah 60 orang. Sampel penelitian dihitung menggunakan rumus Sloven:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + Nx e^2} \\
 &= \frac{60}{1 + (60 \times 0,0025)} \\
 &= 52,17
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan di atas, ditentukan jumlah sampel sebanyak 52 orang dengan metode pengambilan sampel adalah *quota sampling*. Data penelitian diambil dengan menggunakan kuesioner untuk mengukur setiap variabel yang mempengaruhi permasalahan kesehatan dan masalah penyakit yang ditimbulkannya.

Data sosial demografi (umur, jenis kelamin, suku, dan pendidikan), gaya hidup (merokok, minum kopi, dan makanan berlemak), lingkungan tempat tinggal (kondisi rumah, ventilasi dan sirkulasi, keadaan air, MCK, dan lingkungan sekitar), lingkungan psikologis (lama tinggal dan kenyamanan tinggal), dan lingkungan dan keadaan di tempat kerja petani (lama kerja, istirahat, hari kerja, beban kerja, APD, posisi kerja atau ergonomis) diukur dengan menggunakan kuesioner. (Susanto dkk, 2016).

Status sehat dan sakit diukur dengan melakukan pemeriksaan fisik langsung oleh tenaga kesehatan. Status sehat sakit diukur dengan melakukan pengkajian fisik langsung. Masalah kesehatan terkait status nutrisi diukur melalui tinggi badan (m) dan berat badan (kg) dengan menggunakan timbangan dari Omron yang kemudian dikonversi menjadi indeks masa tubuh (IMT). Hasil IMT diklasifikasikan untuk menentukan status nutrisi (Underweight : 15-19,9; normal: 20-24,9; preobesity :25-29,9; obesitas kelas 1: 30-34,9; obesitas kelas 2: 34,9-39,9 dan obesitas kelas 3: > 40 (Nuttal, 2015). Pengukuran tekanan darah dilakukan untuk mengidentifikasi hipertensi baik sistolik dan diastolik dengan menggunakan tensi meter air raksa. Pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik (mmHg) dikategorikan berdasarkan JNC VII untuk menentukan status hipertensi, yaitu: Hipertensi Sistolik (normal <120 mmHg; pre hipertensi 120-139 mmHg; hipertensi *stage I* 140-159 mmHg dan hipertensi *stage II* >160 mmHg). Masalah kesehatan terkait kadar gula darah, asam urat dan kolesterol diukur menggunakan alat three in one Easy Touch. Semua alat di kalibrasi terlebih dahulu sebelum digunakan.

Data dianalisis secara univariat. Analisis univariat berupa statistik deskriptif, seperti frekuensi dan prosentase digunakan untuk menganalisis data kategorik, sedangkan mean dan standard deviasi digunakan untuk menganalisis data kontinyu, sehingga dapat diketahui prevalensi masalah kesehatan petani garam. Data yang didapat diolah dengan menggunakan *SPSS 17,0 for Windows*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik subjek

Subjek dalam penelitian ini berjumlah 52 orang, 80, 77 % adalah laki-laki dan sisanya adalah perempuan. Pendidikan subjek didominasi lulusan SD sebanyak 34 orang, lalu lulusan SMP sebanyak 7 orang, tidak sekolah 6 orang, SMA 3 orang, D3 1 orang. Usia subjek beragam mulai 21 tahun sampai dengan 84 tahun. Usia subjek paling banyak berada di antara 31-40

tahun sebanyak 25 % lalu di bawahnya yaitu 41-50 tahun sebanyak 17, 31 %. Hal tersebut menunjukkan sebagian besar subjek berada pada rentang usia dewasa awal dan madya. Lihat tabel 1 untuk lebih jelasnya.

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian

| | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| Jenis kelamin | | |
| Laki-laki | 42 | 80.77 |
| Perempuan | 10 | 19.23 |
| N | 52 | 100 |
| Pendidikan | | |
| Tidak sekolah | 6 | 11.54 |
| SD | 34 | 65.38 |
| SMP | 7 | 13.46 |
| SMA | 3 | 5.77 |
| D3 | 1 | 1.9 |
| S1 | 0 | 0 |
| Tidak teridentifikasi | 1 | 1.9 |
| N | 52 | 100 |
| Usia | | |
| 20-30 tahun | 5 | 9.61 |
| 31-40 tahun | 13 | 25.00 |
| 41-50 tahun | 9 | 17.31 |
| 51-60 tahun | 8 | 15.38 |
| 61-70 tahun | 5 | 9.62 |
| 71-80 tahun | 1 | 1.9 |
| >80 tahun | 1 | 1.9 |
| N | 52 | 100 |

Gaya hidup subjek

Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan pada subjek menunjukkan 46, 15 % subjek merokok mulai dari 1 batang per hari sampai dengan 3 bungkus per hari. Sebanyak 26, 92 % subjek minum kopi sedangkan sisanya tidak minum kopi. Sebanyak 53,85 % subjek sering mengonsumsi makanan berlemak, sedangkan sisanya tidak

Tabel 2. Gaya hidup subjek penelitian

| | | |
|------------------------|-----------|------------|
| Status merokok | | |
| Ya | <i>n</i> | % |
| Tidak | 24 | 46.15 |
| | 28 | 53.85 |
| N | 52 | 100 |
| Makan makanan berlemak | | |
| Sering | <i>n</i> | % |
| Jarang | 28 | 53.85 |
| | 24 | 46.15 |
| N | 52 | 100 |

Status kesehatan subjek

Berdasarkan hasil anamnesis didapatkan keluhan terbanyak yang dirasakan subjek adalah nyeri punggung yaitu sebanyak 25 %, di ikuti sakit kepala berulang dan keluhan perut

masing-masing 13, 46 %. Keluhan mata dan kulit masing-masing dirasakan 7,69 % subjek. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik didapatkan subjek yang menderita gangguan mata sebanyak 2 orang dengan doagnosis konjungtivitis atau radang selaput mata. Kelainan kulit didapatkan pada 2 orang subjek dengan diagnosa eczema.

Tabel 3. Gaya hidup subjek penelitian

| | <i>n</i> | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Hipertensi | | |
| Normal | 27 | 51.92 |
| Prehipertensi | 21 | 40.38 |
| Hipertensi stage 1 | 4 | 7.69 |
| Hipertensi stage 2 | 0 | 0 |
| N | 52 | 100 |
| Keluhan | | |
| Dada | 5 | 9.61 |
| Sakit kepala berulang | 7 | 13.46 |
| Perut | 7 | 13.46 |
| Mata | 4 | 7.69 |
| Kulit | 4 | 7.69 |
| Jantung | 2 | 3.85 |
| Nyeri punggung | 13 | 25.00 |
| Nyeri lutut | 1 | 1.92 |
| N | 52 | 100 |
| Kadar Asam Urat | | |
| Tinggi | 29 | 55.77 |
| Normal | 23 | 44.23 |
| N | 52 | 100 |
| Kadar Kolesterol | | |
| Normal | 49 | 94.23 |
| Borderline | 3 | 5.77 |
| Tinggi | 0 | 0 |
| N | 52 | 100 |
| Kadar Gula Darah | | |
| Tinggi | 7 | 13.46 |
| Normal | 45 | 86.54 |
| N | 52 | 100 |
| Body Mass Index (BMI) | | |
| Underweight | 5 | 9.61 |
| Normal | 35 | 67.31 |
| Preobesity | 7 | 13.45 |
| Obesity | | |
| Level 1 | 5 | 9.61 |
| Level 2 | 0 | 0 |
| Level 3 | 0 | 0 |
| N | 52 | 100 |

Hasil penelitian menunjukkan subjek yang memiliki Indeks massa tubuh normal sebanyak 67, 31 %, sedangkan yang underweight ada 9, 6 %, preobesitas 13, 14 % serta obesitas ada 5 orang. Sementara itu kadar gula darah acak ada 13, 46 % subjek yang kadar gulanya lebih tinggi dari nilai normal. Kadar asam urat menunjukkan 55, 77 % subjek

kadarnya tinggi, sedangkan sisanya normal. Kadar kolesterol pada subjek sebanyak 5, 77 % pada level borderline, sedangkan 94, 23 % normal. Lihat tabel 3.

Situasi rumah subjek

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rumah subjek 96, 54 % subjek sudah memenuhi syarat-syarat rumah sehat. Rumah subjek memiliki tempat sampah, ventilasi, dinding batu bata, lantai keramik, memiliki jamban, memiliki sumber air, memiliki saluran pembuangan limbah. Luas rumah untuk tiap individu yang menghuni rumah tersebut lebih dari 5 m². Subjek juga merasa nyaman dengan lingkungan di sekitar rumah subjek.

Work Related Health subjek

Lama subjek bekerja sebagai petani garam antara 1 sampai dengan 50 tahun, dengan rata-rata bekerja sudah 10 tahun. Jam bekerja petani garam rata-rata 7 jam per hari, dengan hari libur rata-rata 1 hari per minggu. Hal tersebut menunjukkan lama kerja petani garam masih tergolong normal 7-8 jam per hari (Aww *et all*, 2007). Petani garam hanya bekerja pada musim kemarau, sedangkan pada musim hujan mereka biasanya istirahat namun ada beberapa yang berdagang sayur atau kain sambil menunggu musim kemarau tiba. Dalam bekerja keluhan yang paling sering dirasakan petani garam adalah nyeri otot, sebanyak 50 subyek mengalaminya. Alat pelindung diri yang paling sering digunakan adalah topi sebanyak 44, 23 %, sedangkan kacamata pengaman dan pelindung wajah digunakan oleh 7,69 % subjek.

Tabel 4. Situasi kerja petani garam

| Alat Pelindung Diri (APD) | N | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| Topi | 23 | 44.23 |
| Masker | 8 | 15.38 |
| Kacamata pengaman | 4 | 7.69 |
| Sepatu boot | 9 | 17.31 |
| Pelindung wajah | 4 | 7.69 |
| Tabir surya | 2 | 3.85 |
| Pakaian | 1 | 1.9 |
| Kerudung | 1 | 1.9 |
| N | 52 | 100 |
| Jam kerja | | |
| Rata-rata* | 7 | - |
| N | 52 | 100 |
| Lama bekerja | | |
| Range** | 1 – 50 | - |
| Rata-rata** | 10 | - |
| N | 52 | 100 |

*per-jam sehari

**dalam tahun

Pembahasan

Bekerja di industri garam menghadapkan penduduk yang bekerja sebagai petani garam untuk kontak langsung dengan debu garam yang terhirup, kristal garam serta air asin terkonsentrasi, tekanan fisik dengan menggunakan kekuatan otot, sinar matahari langsung yang terang dan silau karena sinar matahari yang dipantulkan oleh kristal garam dan permukaan air asin. Gejala yang paling umum diamati di antara pekerja garam adalah yang berkaitan dengan mata. Ini mungkin karena iritasi yang disebabkan oleh paparan debu garam dan refleksi sinar matahari oleh kristal garam dan air asin (Sachdev *et al*, 2006).

Paparan sinar uv dari sinar matahari bisa menyebabkan katarak pada mata (Strank, 1995; Redley, 2004). Hasil penelitian Sachdev, *et al* 2006 menyatakan 60, 7 % petani garam di Rajashtan India mengalami gangguan pada mata. Kelainan tersebut berupa gangguan penglihatan, nyeri pada mata, mata merah, fotofobi, penglihatan ganda dan mata berair. Namun pada penelitian kali ini hanya 4 subjek atau 7,69 % yang mengalami keluhan pada mata. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik, hanya 2 orang yang benar-benar ada gangguan mata yaitu konjungtivitis. Hal tersebut kemungkinan disebabkan subjek 44, 23 % menggunakan topi sehingga menghalangi panas, juga 19, 23 % di antaranya menggunakan kacamata pengaman.

Gangguan lain pada petani garam adalah kelainan kulit. Hasil penelitian Sachdev, *et al* 2006 menyatakan 45 % petani garam di Rajashtan India mengalami gangguan pada kulit seperti gatal, ulserasi, penebalan kulit, rasa terbakar dan terluka. Namun pada penelitian ini hanya 2 orang yang mengalami gangguan kulit yaitu eczema. Hal tersebut kemungkinan disebabkan personal hygiene dari subjek yang sudah cukup baik sehingga keluhan kulit tidak dialami mereka.

Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan data hanya 13 % dengan kadar gula darah tinggi dan 5,77 % borderline untuk kolesterol. Namun kadar asam urat 55,77 % menunjukkan level yang tinggi. Hal ini kemungkinan dikarenakan petani garam yang dekat dengan laut sehingga sering konsumsi *sea food* dengan kandungan purin yang tinggi merupakan salah satu pencetus tingginya kadar asam urat dalam darah.

Dalam penelitian ini didapatkan keluhan yang paling sering dirasakan subyek sebanyak 25 % adalah nyeri punggung. 96, 15 % subjek mengalami nyeri otot sewaktu bekerja. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan posisi kerja petani garam yang tidak ergonomis dan statis. Dalam situasi kerja otot statis, peredaran darah di otot terhambat karena pembuluh darah terjepit tekanan jaringan otot, sehingga kerja otot hanya mengandalkan cadangan sari makana di otot sehingga metabolit asam laktat terakumulasi di sel-sel otot menyebabkan kelelahan otot terjadi dengan cepat (Harrianto, 2010).

PENUTUP

Hasil penelitian menunjukkan 96,15 % petani garam di Desa Aeng Sareh mengalami nyeri otot sewaktu bekerja dan sebanyak 25 % petani garam mengalami keluhan nyeri punggung. Hal tersebut menunjukkan ada sikap kerja yang tidak ergonomis sewaktu bekerja. Hasil penelitian juga menunjukkan 55,77 % kadar asam urat tinggi kemungkinan dikarenakan jenis makanan yang dikonsumsi mengandung purin yang tinggi. Dibutuhkan edukasi tentang *manual material handling* serta promosi hidup sehat bagi petani garam di masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Aw, T.C., Gardiner, K., & Harrington, J.M. (2007). *Occupational health* (5th edition). Massachusetts: Backwell Publishing
- Haldiya, KR., Sachdev, R., Mathur, ML., & Saiyed, HN. 2005. Knowledge, Attitude and Practice related to Occupational Health among salt workers working in the desert of Rajasthan India. *Journal of Occupational Health*, 47, 85-88.
- Harrianto, Ridwan. (2010). *Buku ajar kesehatan kerja*. Jakarta: EGC.
- Ismawati. 2011. *Kehidupan Sosial Ekonomi Petani Garam di Desa Aeng Sareh Kecamatan Sampang Kabupaten Sampang*. Skripsi, Program Studi Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan, Jurusan Hukum dan Kewarganegaraan, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Malang. Tidak diterbitkan.
- Nuttal, Frank Q .2015. Obesity, BMI and Health: a critical review. *Nutrition today* 50(3)
- Ridley, John. (2004). *Ikhtisar kesehatan dan keselamatan kerja* (edisi ketiga). Jakarta: Erlangga.
- Sachdev, R., Haldiya, KR., Mathur, ML., & Saiyed, HN. 2006. Work-related health problems in salt workers of Rajasthan, India. *Indian Journal of Occupation and Environmental Medicine*, 10 (2).
- Sinaga, WC., Setyawan, H., Udiyono, A., & Adi, MS. 2017. Gambaran perilaku pencarian pengobatan terhadap kejadian dermatitis kontak pada petani garam (Studi pada petani garam Kec. Kaliore Kab Rembang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5 (4).
- Stranks, Jeremy. (1995). *Occupational health and hygiene*. London: Pitman Publishing
- Susanto, T., Purwandari, R., & Wuryandari, EW. 2016. Model Kesehatan Keselamatan Kerja berbasis agrikultural nursing: Studi Analisis Masalah Kesehatan Petani. *Jurnal Ners*, 11 (1).
- Zainuri, M., Muhsoni, FFM., Farid, A., & Hafiuddin. 2014. Persembahan Prodi Ilmu Kelautan Universitas Trunojoyo Madura untuk Maritim Madura. Bangkalan: UTM Press. <https://worksafe.govt.nz/topic-and-industry/work-related-health/about-wrh/> (diakses pada 10 Juni 2018)

INSTRUMEN PENGUKURAN INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT BERBASIS ANDROID YANG DIKEMBANGKAN BERDASARKAN DIMENSI KEPUASAN

Aprianus Umbu Zogara¹, Oktia Woro Kasmini Handayani², Sunawan³

1. Program Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang
2. Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang
3. Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang

Email Korespondensi: apryzogara@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan secara berkelanjutan pada fasilitas penyedia pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur dengan mengukur indeks kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan. Pengukuran tentu dilakukan dengan menggunakan instrumen agar memudahkan dalam pengumpulan data. Instrumen yang baik adalah yang valid dan reliabel. Instrumen yang digunakan saat ini belum mengukur indeks kepuasan masyarakat sesuai dengan yang diharapkan berdasarkan indikator kepuasan masyarakat. Penelitian ini merupakan penelitian pengembangan yang dilakukan pada pelayanan rawat jalan Puskesmas Ngemplak Simongan, Kota Semarang.

Metode: Teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Validitas isi diuji menggunakan metode penilaian ahli dan validitas konstruk menggunakan Analisis Faktor Konfirmatori, sedangkan pengujian reliabilitas menggunakan metode Alpha Cronbach dan Intraclass Correlation Coefficient. Instrumen yang dikembangkan terdiri dari 5 dimensi pengukuran yang meliputi *tangible*, *responsiveness*, *reliability*, *assurance* dan *empathy*. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa instrumen dinyatakan valid secara isi dengan indeks korelasi $> 0,3$ dan juga sebagian besar butir-butir instrumen dinyatakan valid secara konstruk. **Simpulan:** Begitupun dengan reliabilitasnya, instrumen dinyatakan reliabel sehingga dapat digunakan untuk mengukur indeks kepuasan masyarakat.

Kata Kunci: Pengembangan Instrumen, Kepuasan Masyarakat, Kualitas Pelayanan

ABSTRACT

Background: Improving the quality of health services needs to be done on a sustainable basis in health service providers. The quality of health services can be measured by measuring the index of community satisfaction with the services provided. Measurements are certainly done by using instruments to facilitate the collection of data. A good instrument is valid and reliable. The instruments currently used do not measure the index of community satisfaction as expected based on indicators of community satisfaction. This research is a development research carried out in outpatient services at Ngemplak Simongan Health Center, Semarang City.

Methods: The sampling technique using *accidental sampling*. Content validity was tested using expert assessment methods and construct validity using Confirmatory Factor Analysis, while reliability testing using Cronbach Alpha method and Intraclass Correlation Coefficient (ICC). The developed instrument consists of 5 dimensions of measurement which includes *tangible*, *responsiveness*, *reliability*, *assurance* and *empathy*.

Results: The results showed that the instrument was declared valid in content with a correlation index > 0.3 and also most of the items in the instrument were declared constructively valid.

Conclusion: Likewise with its reliability, the instrument is declared reliable so that it can be used to measure the index of community satisfaction.

Key Words: Instrument Development, Patient Satisfaction, Service Quality

PENDAHULUAN

Sejak diberlakukannya undang-undang pelayanan publik tahun 2009, setiap instansi penyelenggara pelayanan publik berkewajiban melaksanakan evaluasi terhadap kinerja pelayanan di lingkungan organisasinya secara berkala dan berkelanjutan dengan menggunakan indikator yang jelas dan terukur. Oleh sebab itu, untuk mengetahui kinerja pelayanan aparatur pemerintah maka diperlukan penyusunan suatu instrumen indeks kepuasan masyarakat dan masyarakat ikut dilibatkan dengan memberikan pendapat terhadap pelayanan melalui pengukuran indeks kepuasan masyarakat.

Pengembangan instrumen merupakan suatu kegiatan mengembangkan instrumen yang sudah ada menjadi lebih baik dari sebelumnya yang valid dan reliabel. Pengembangan instrumen ini menjadi penting dalam menentukan mutu atau informasi dari suatu pelayanan publik khususnya di puskesmas terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Instrumen merupakan alat bantu yang sangat penting yang digunakan untuk mengumpulkan data dan informasi dengan cara melakukan pengukuran. Oleh sebab itu, untuk mendapatkan kualitas data yang baik, maka instrumen yang digunakan harus berkualitas yang memenuhi syarat validitas dan reliabilitas (Widyoko, 2016).

Pengukuran indeks kepuasan masyarakat tentunya menjadi sangat penting dalam memberikan informasi yang akan digunakan sebagai bahan evaluasi kinerja pelayanan suatu puskesmas. Oleh sebab itu, pengukurannya juga harus dilakukan dengan sebaik mungkin agar informasi yang diberikan menjadi akurat dan jelas. Kegiatan pengukuran tentunya tidak terlepas dari instrumen pengumpulan data yang akan digunakan sebagai dasar untuk mengumpulkan data yang diperlukan. Kualitas data juga tergantung pada kualitas instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data sehingga syarat validitas dan reliabilitas harus terpenuhi (Widoyoko, 2016).

Di Indonesia, berbagai instrumen telah dikembangkan dalam mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh suatu puskesmas. Akan tetapi pengembangan instrumen ini murni menggunakan pendekatan pengukuran kepuasan pelanggan secara umum. Sementara pasien di puskesmas mempunyai kekhususan tertentu yaitu dalam hal menerima pelayanan seperti pasien yang tidak menerima pelayanan laboratorium tetapi instrumen tetap diberikan kepada pasien.

Instrumen pengukuran indeks kepuasan masyarakat yang digunakan Puskesmas Ngemplak Simongan masih berbasis kertas dan pensil (*paper and pencil*). Hal ini tentunya memiliki risiko salah pada saat penginputan data ke komputer. Kesalahan pengukuran ini tentunya akan berdampak pada hasil penilaian yang diperoleh yaitu kurang akuratnya informasi yang diberikan oleh Puskesmas Ngemplak Simongan terhadap kesimpulan akan kepuasan masyarakat yang dinilai berdasarkan kualitas pelayanan. Selain itu, instrumen

belum terdiri dari aspek *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *emphaty*. Instrumen juga belum diuji validitas dan reliabilitasnya sehingga data yang dihasilkan dapat dikatakan data yang kurang baik sehingga berdampak pada kejelasan dan keakuratan informasi yang diberikan dan karena penilaiannya belum berdasarkan aspek penilaian yang lazim digunakan, maka tidak bisa dibedakan berdasarkan aspek mana yang masih membutuhkan perbaikan atau perlu ditingkatkan.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan pengembangan instrumen pengukuran indeks kepuasan masyarakat dengan indikator-indikator pelayanan yang dinilai dalam pengukuran kepuasan masyarakat yang valid dan reliabel. Instrumen yang dikembangkan merupakan instrumen yang berbasis android dengan menggunakan *mobile phone* yang diharapkan memudahkan bagi penggunaannya terutama dalam hal ini adalah petugas pengumpul data di Puskesmas Ngemplak Simongan, Kota Semarang. Instrumen yang dikembangkan terdiri dari 5 dimensi yang meliputi dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *emphaty* yang terdiri dari 72 butir pernyataan sebelum diuji validitas dan reliabilitas.

METODE

Penelitian ini dilakukan pada unit pelayanan rawat jalan di Puskesmas Ngemplak Simongan, Kota Semarang selama bulan April-Mei 2018. Masyarakat yang berkunjung atau berobat di Puskesmas Ngemplak Simongan dan memenuhi kriteria penelitian yang dijadikan sampel penelitian yang diambil menggunakan *accidental sampling*.

Penelitian ini merupakan penelitian pengembangan menggunakan modifikasi Borg and Gall yang semula terdiri dari 10 langkah kemudian menjadi 8 langkah yang meliputi (1) *Research and information collecting*, (2) *Planning*, (3) *Develop preliminary form of product*, (4) *Preliminary field testing*, (5) *Main product revision*, (6) *Main field testing*, (7) *Operational product revision*, (8) *Operational field testing*.

Metode pengujian validitas isi menggunakan metode penilaian ahli dan validitas konstruk menggunakan metode Confirmatory Factor Analysis (CFA). Pengujian reliabilitas instrumen menggunakan Alpha Cronbach dan Intraclass Correlation Coefficient (ICC) dengan IBM SPSS 24.0. Ahli yang menilai instrumen yang dikembangkan meliputi ahli pengembangan instrumen dan ahli materi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Validitas Isi Instrumen Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat

Validitas isi merupakan tahapan menguji kesesuaian materi dengan konsep/konstruk yang hendak diukur. Validitas isi terpenuhi apabila materi yang digunakan sudah sesuai dengan konstruk yang hendak diukur. Selain materi, penggunaan bahasa merupakan salah satu tolak ukur yang dinilai dalam pengujian validitas isi. Pengujian validitas isi melibatkan 3

orang ahli yang meliputi ahli pengembangan instrumen dan ahli materi untuk menilai kelayakan dari instrumen yang dikembangkan. Berikut adalah hasil pengujian validitas isi berdasarkan unit pelayanan puskesmas yang meliputi pelayanan poliklinik, pelayanan pendaftaran, pelayanan apotek dan pelayanan laboratorium. Hasil pengujian validitas isi dari setiap butir berdasarkan penilaian ahli menggunakan formula Aiken V menunjukkan bahwa instrumen pelayanan poliklinik yang terdiri dari 20 item pernyataan, instrumen pelayanan pendaftaran yang terdiri dari 16 item pernyataan, instrumen pelayanan apotek yang terdiri dari 18 item pernyataan dan instrumen pelayanan laboratorium yang terdiri dari 18 item pernyataan dinyatakan valid secara isi dengan nilai Aiken $> 0,3$. Oleh sebab itu, dengan validnya butir-butir instrumen pengukuran indeks kepuasan masyarakat, maka layak untuk digunakan walaupun dengan adanya revisi. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Widoyoko (2016:170) yang menyatakan bahwa butir yang valid adalah yang memiliki indeks korelasi $> 0,3$, sedangkan yang tidak valid memiliki indeks korelasi $< 0,3$.

Validitas Konstruk Instrumen Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat

Pengujian validitas konstruk melibatkan 150 orang responden yang datang berkunjung di Puskesmas Ngemplak Simongan. Sebelum menguji validitas konstruk dan reliabilitasnya, terlebih dahulu harus melalui tahapan pengujian instrumen untuk mengetahui nilai Kaiser Meyer Olkin (KMO) karena merupakan syarat analisis faktor dapat dilanjutkan atau tidak dilanjutkan. Jika nilai KMO $\geq 0,5$ maka analisis faktor dapat dilanjutkan dan sebaliknya (Retnawati, 2016). Hasil analisis nilai KMO dan Bartlett's Test disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil Analisis KMO dan Bartlett's Test

| Pelayanan dan Aspek | KMO | Bartlett's Test of Sphericity | df | P | Keterangan |
|---------------------|-------|-------------------------------|----|-------|-------------|
| Poliklinik | | | | | |
| Bukti Fisik | 0,774 | 768,654 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Daya Tanggap | 0,587 | 92,438 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Keandalan | 0,715 | 506,776 | 10 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Jaminan | 0,668 | 398,081 | 10 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Kepedulian | 0,702 | 314,581 | 6 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Pendaftaran | | | | | |
| Bukti Fisik | 0,774 | 768,654 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Daya Tanggap | 0,500 | 48,239 | 1 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Keandalan | 0,708 | 497,141 | 10 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Jaminan | 0,500 | 231,248 | 1 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Kepedulian | 0,530 | 166,073 | 6 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Apotek | | | | | |
| Bukti Fisik | 0,500 | 30,893 | 1 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Daya Tanggap | 0,654 | 142,440 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Keandalan | 0,659 | 388,620 | 21 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Jaminan | 0,594 | 144,369 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Kepedulian | 0,648 | 109,450 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Laboratorium | | | | | |
| Bukti Fisik | 0,739 | 814,566 | 10 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Daya Tanggap | 0,500 | 49,875 | 1 | 0,000 | Dilanjutkan |

| | | | | | |
|------------|-------|---------|----|-------|-------------|
| Keandalan | 0,687 | 270,138 | 10 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Jaminan | 0,612 | 126,040 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |
| Kepedulian | 0,648 | 109,450 | 3 | 0,000 | Dilanjutkan |

Hasil penelitian menunjukkan bahwa instrumen pada setiap unit pelayanan memiliki nilai KMO > 0,5 sehingga dapat disimpulkan bahwa analisis faktor dapat dilanjutkan untuk menganalisis instrumen pengukuran indeks kepuasan masyarakat di puskesmas. Pengujian validitas konstruk menggunakan analisis faktor konfirmatori. Selain validitas konstruk, reliabilitas berdasarkan penilaian ahli dianalisis menggunakan *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) dan reliabilitas lapangan dianalisis menggunakan formula Alpha Cronbach dengan menggunakan bantuan software IBM SPSS 24.0. Nilai validitas konstruk dan reliabilitas unit pelayanan poliklinik disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Validitas Konstruk dan Reliabilitas Instrumen Pelayanan Poliklinik

| No | Aspek dan Butir | Loading Factor | ICC | | Alpha Cronbach |
|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | | | Single Measure | Average Measure | |
| A Bukti Fisik | | | | | |
| 1 | Penampilan petugas poliklinik | 0,990 | | | |
| 2 | Penataan ruangan perawatan | 0,981 | | | 0,984 |
| 3 | Kelengkapan perlengkapan medis yang digunakan | 0,984 | | | |
| B Daya Tanggap | | | | | |
| 4 | Pelayanan yang diberikan petugas saat dibutuhkan | 0,778 | | | |
| 5 | Kejelasan informasi yang diberikan petugas poliklinik tentang masalah yang dihadapi pasien | 0,876 | 0,772 | 0,910 | 0,688 |
| 6 | Kejelasan informasi dari petugas tentang tindakan medis yang akan direncanakan | 0,708 | | | |
| C Keandalan | | | | | |
| 7 | Kesigapan petugas poliklinik yang selalu ada saat jam pelayanan | *0,499 | | | |
| 8 | Pelayanan petugas sesuai dengan waktunya | 0,672 | | | |
| 9 | Waktu buka poliklinik sesuai dengan jadwal | 0,926 | | | 0,852 |
| 10 | Kedatangan petugas poliklinik sesuai jadwal | 0,797 | | | |
| 11 | Kecepatan pengobatan (tidak lama) | 0,906 | | | |
| D Jaminan | | | | | |
| 12 | Kesesuaian kompetensi petugas yang melayani | 0,915 | | | |
| 13 | Kemampuan petugas poliklinik menumbuhkan semangat dan kepercayaan pasien | *0,408 | | | |
| 14 | Keterampilan petugas dalam memberikan tindakan yang tepat pada pasien | *0,185 | | | 0,901 |
| 15 | Keamanan pasien dalam menerima pelayanan | 0,905 | | | |
| 16 | Keramahan petugas poliklinik dalam menjawab pertanyaan pasien | 0,862 | | | |
| E Kepedulian | | | | | |
| 17 | Kepedulian petugas poliklinik terhadap keluhan/masalah yang dihadapi pasien | 0,941 | | | |
| 18 | Kesabaran petugas dalam memeriksa pasien | *-0,052 | | | 0,896 |
| 19 | Kepentingan pasien selalu diutamakan oleh petugas poliklinik | 0,851 | | | |
| 20 | Komunikasi yang terjalin antara petugas poliklinik dengan pasien | 0,937 | | | |

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 16 item pernyataan yang dinyatakan valid karena memiliki nilai Loading Factor $> 0,5$. Hasil analisis reliabilitas berdasarkan penilaian ahli menunjukkan bahwa nilai ICC antar penilai sebesar 0,772 dan nilai rata-rata ICC antar penilai sebesar 0,910 yang berarti bahwa semua penilai memiliki kesepakatan yang tinggi terhadap instrumen yang dikembangkan. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa alat ukur memiliki stabilitas memadai jika ICC antar pengukuran $> 0,50$, stabilitas tinggi jika ICC antar pengukuran $\geq 0,80$ (Streiner dan Norman, 2000, Polgar dan Thomas, 2000). Hasil analisis reliabilitas lapangan menunjukkan instrumen poliklinik memiliki nilai koefisien reliabilitas yang tinggi dan sangat tinggi yang ditunjukkan oleh nilai Alpha Cronbach. Berbeda dengan penelitian Hadiyati yang menunjukkan bahwa item pernyataan yang terkait dengan kejelasan informasi mengenai penyakit pasien dinyatakan tidak valid. Sejalan dengan hasil penelitian Senarath (2011) yang menunjukkan bahwa item pada aspek jaminan yang terkait dengan kemampuan, keamanan dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan dinyatakan valid, begitupun dengan item-item yang berada pada aspek kepedulian yang sebagian besar dinyatakan valid. Selanjutnya nilai validitas konstruk dan reliabilitas unit pelayanan pendaftaran yang disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Validitas Konstruk dan Reliabilitas Instrumen Pelayanan Pendaftaran

| No | Aspek dan Butir | Loading Factor | ICC | | Alpha Cronbach |
|-----------------------|---|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | | | Single Measure | Average Measure | |
| A Bukti Fisik | | | | | |
| 1 | Kebersihan tempat pendaftaran | 0,990 | | | |
| 2 | Kerapian petugas pendaftaran | 0,981 | | | 0,984 |
| 3 | Perawatan berkas (Map) Rekam Medik | 0,984 | | | |
| B Daya Tanggap | | | | | |
| 4 | Respon petugas mengenai masalah pasien | 0,883 | 0,654 | 0,850 | 0,713 |
| 5 | Arahan petugas untuk segera ke Poliklinik | 0,883 | | | |
| C Keandalan | | | | | |
| 6 | Kemudahan dalam prosedur pendaftaran | *0,105 | | | |
| 7 | Pelayanan pasien sesuai nomor urut antrian | 0,936 | | | 0,854 |
| 8 | Kejelasan informasi tentang jadwal buka/tutup loket pendaftaran | 0,622 | | | |
| 9 | Kecepatan waktu tunggu di loket pendaftaran | 0,953 | | | |
| 10 | Ketepatan waktu buka loket pendaftaran | 0,821 | | | |
| D Jaminan | | | | | |
| 11 | Keterampilan petugas ketika melayani pasien | 0,972 | | | 0,941 |
| 12 | Keramahan petugas ketika melayani pasien | 0,972 | | | |
| E Kepedulian | | | | | |
| 13 | Ketulusan petugas melayani pasien | 0,751 | | | |
| 14 | Kejelasan informasi dari petugas untuk pasien | 0,565 | | | |
| 15 | Kesiapan petugas di loket pendaftaran. | 0,668 | | | 0,632 |
| 16 | Waktu pelayanan yang diberikan petugas disesuaikan dengan jumlah pasien | 0,768 | | | |

Hasil penelitian menunjukkan terdapat 15 item pernyataan yang dinyatakan valid karena memiliki nilai Loading Factor $> 0,5$. Hasil analisis reliabilitas berdasarkan penilaian ahli

menunjukkan bahwa nilai ICC antar penilai sebesar 0,654 dan nilai rata-rata ICC antar penilai sebesar 0,850 yang berarti bahwa semua penilai memiliki kesepakatan yang tinggi terhadap instrumen yang dikembangkan. Hasil analisis reliabilitas lapangan menunjukkan instrumen pelayanan pendaftaran memiliki nilai koefisien reliabilitas yang tinggi dan sangat tinggi yang ditunjukkan oleh nilai Alpha Cronbach. Sejalan dengan hasil penelitian Aletras (2006) yang menunjukkan bahwa pada aspek bukti fisik memiliki nilai koefisien reliabilitas yang sangat tinggi. Namun berbeda dengan hasil penelitian Hadiyati yang menunjukkan item yang terkait dengan waktu tunggu dan kesesuaian pelayanan dengan jadwal di bagian pendaftaran dinyatakan tidak valid. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Senarath (2011) yang menunjukkan bahwa semua item yang berkaitan dengan kejelasan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan dinyatakan valid dengan nilai Loading Factor > 0,5. Selanjutnya nilai validitas konstruk dan reliabilitas berdasarkan penilaian ahli serta reliabilitas lapangan unit pelayanan apotek yang disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Validitas Konstruk dan Reliabilitas Instrumen Pelayanan Apotek

| No | Aspek dan Butir | Loading Factor | ICC | | Alpha Cronbach |
|-----------------------|--|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | | | Single Measure | Average Measure | |
| A Bukti Fisik | | | | | |
| 1 | Kerapian penampilan petugas apotek | 0,847 | | | 0,606 |
| 2 | Kebersihan ruang tunggu apotek | 0,847 | | | |
| B Daya Tanggap | | | | | |
| 3 | Kejelasan petunjuk pemakaian & identitas obat | 0,838 | | | |
| 4 | Kecepatan petugas apotek melayani pasien | 0,895 | 0,667 | 0,857 | 0,787 |
| 5 | Kecepatan penyerahan obat saat di apotek | 0,777 | | | |
| C Keandalan | | | | | |
| 6 | Kesiapan petugas di apotek | *0,303 | | | |
| 7 | Kesesuaian biaya yang dibayarkan dengan biaya yang ditetapkan | 0,506 | | | |
| 8 | Kemudahan pelayanan di apotek | 0,639 | | | |
| 9 | Kejelasan informasi jadwal buka/tutup apotek | 0,774 | | | 0,756 |
| 10 | Kewajaran biaya saat membayarkan obat | 0,833 | | | |
| 11 | Kecepatan waktu tunggu saat menunggu obat | 0,669 | | | |
| 12 | Ketepatan pemberian obat | 0,576 | | | |
| D Jaminan | | | | | |
| 13 | Keterampilan petugas ketika melayani pasien | 0,811 | | | |
| 14 | Keramahan petugas ketika melayani pasien | 0,913 | | | 0,771 |
| 15 | Jaminan obat yang diberikan oleh petugas apotek (belum kadaluarsa) | 0,759 | | | |
| E Kepedulian | | | | | |
| 16 | Ketulusan petugas apotek | 0,768 | | | |
| 17 | Kejelasan informasi oleh petugas ketika pasien bertanya tentang obat | 0,874 | | | 0,746 |
| 18 | Kesopanan petugas apotek | 0,800 | | | |

Hasil penelitian menunjukkan terdapat 17 item pernyataan yang dinyatakan valid karena memiliki nilai Loading Factor > 0,5. Hasil analisis reliabilitas berdasarkan penilaian ahli menunjukkan bahwa nilai ICC antar penilai sebesar 0,667 dan nilai rata-rata ICC antar penilai sebesar 0,857 yang berarti bahwa semua penilai memiliki kesepakatan yang tinggi terhadap

instrumen yang dikembangkan. Hasil analisis reliabilitas lapangan menunjukkan instrumen pelayanan apotek memiliki nilai koefisien reliabilitas yang tinggi yang ditunjukkan oleh nilai Alpha Cronbach. Pada item pernyataan yang terkait dengan kejelasan informasi tentang pemakaian obat dinyatakan valid, sedangkan pada hasil penelitian Hadiyati (2017) menunjukkan bahwa pada item tersebut dinyatakan tidak valid karena nilai Loading Factor < 0,5. Sejalan dengan hasil penelitian Jovic (2014) bahwa item yang berkaitan dengan kejelasan informasi dari petugas farmasi baik kejelasan penggunaan obat maupun kejelasan jadwal buka/tutup loket yang dinyatakan valid. Selanjutnya adalah nilai validitas konstruk dan reliabilitas instrumen pelayanan laboratorium yang disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Validitas Konstruk dan Reliabilitas Instrumen Pelayanan Laboratorium

| No | Aspek dan Butir | Loading Factor | ICC | | Alpha Cronbach |
|-----------------------|---|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | | | Single Measure | Average Measure | |
| A Bukti Fisik | | | | | |
| 1 | Kerapian petugas di laboratorium | 0,984 | | | |
| 2 | Kebersihan ruang laboratorium/radiologi | 0,976 | | | |
| 3 | Keterbacaan hasil pemeriksaan laboratorium | 0,979 | | | 0,984 |
| 4 | Kejelasan identitas pasien dan jenis foto pada amplop foto | *-0,174 | | | |
| 5 | Kelengkapan perlengkapan medis yang dipakai | *-0,171 | | | |
| B Daya Tanggap | | | | | |
| 6 | Kejelasan informasi yang diberikan petugas tentang masalah yang dihadapi pasien | 0,876 | 0,638 | 0,841 | 0,698 |
| 7 | Kecepatan petugas lab saat melayani pasien | 0,876 | | | |
| C Keandalan | | | | | |
| 8 | Kejelasan informasi dari petugas laboratorium tentang pemeriksaan | 0,508 | | | |
| 9 | Kesigapan petugas laboratorium yang selalu ada saat jam pelayanan | 0,790 | | | 0,769 |
| 10 | Kejelasan jadwal buka/tutup laboratorium disampaikan dengan jelas | 0,888 | | | |
| 11 | Jadwal buka/tutup laboratorium sesuai dengan jadwalnya | 0,766 | | | |
| 12 | Kecepatan waktu tunggu di laboratorium | 0,636 | | | |
| D Jaminan | | | | | |
| 13 | Keterampilan petugas ketika melayani pasien | 0,804 | | | |
| 14 | Keramahan petugas ketika melayani pasien | 0,898 | | | 0,756 |
| 15 | Penggunaan jarum baru oleh petugas laboratorium ketika mengambil darah | 0,756 | | | |
| E Kepedulian | | | | | |
| 16 | Ketulusan petugas saat melayani pasien | 0,768 | | | 0,746 |
| 17 | Kepedulian petugas saat melayani pasien | 0,874 | | | |
| 18 | Komunikasi yang terjalin antara petugas laboratorium dengan pasien | 0,800 | | | |

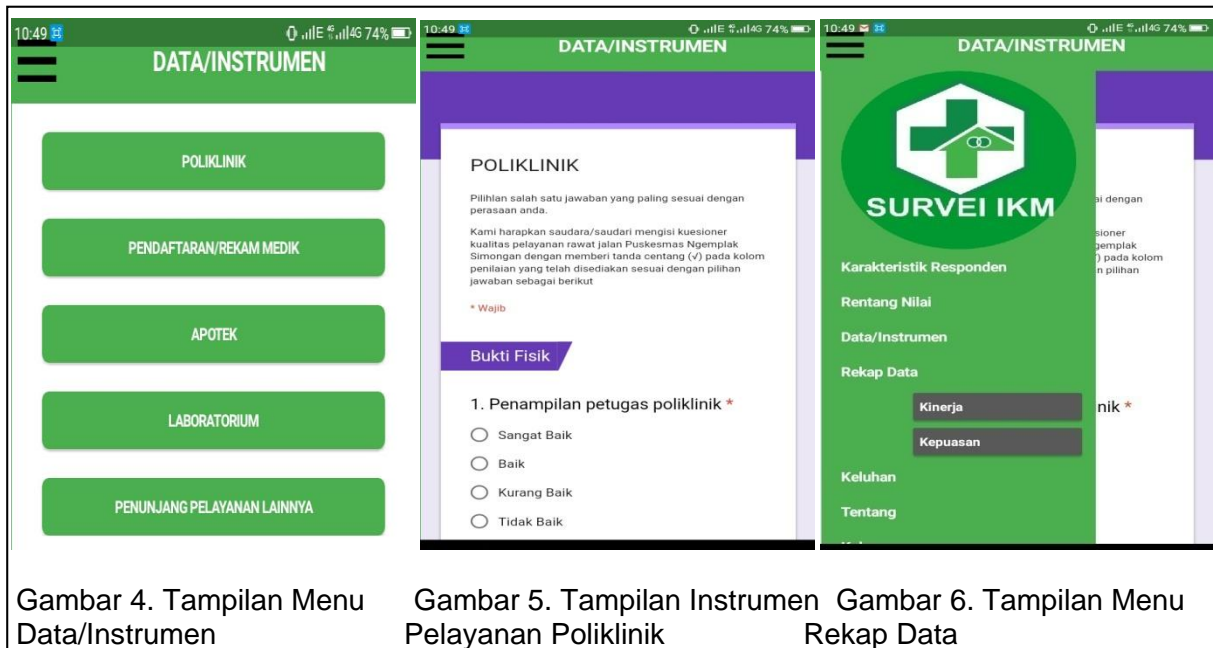
Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 16 item pernyataan yang dinyatakan valid karena memiliki nilai Loading Factor > 0,5. Item pernyataan yang memiliki nilai Loading Factor < 0,5 (tidak valid) dinyatakan gugur. Hasil analisis reliabilitas berdasarkan penilaian ahli menunjukkan bahwa nilai ICC antar penilai sebesar 0,638 dan nilai rata-rata ICC antar penilai sebesar 0,841 yang berarti bahwa semua penilai memiliki kesepakatan yang tinggi terhadap

instrumen yang dikembangkan. Hasil analisis reliabilitas lapangan menunjukkan instrumen pelayanan laboratorium memiliki nilai koefisien reliabilitas yang tinggi dan sangat tinggi yang ditunjukkan oleh nilai Alpha Cronbach. Hal ini sejalan dengan penelitian Aletras (2006) yang mengukur waktu tunggu pada pelayanan laboratorium dengan nilai ICC yang berada pada stabilitas tinggi dan koefisien reliabilitas alpha yang sangat tinggi.

Sejalan juga dengan penelitian Carrus, *et al* (2015) yang menunjukkan ada item-item aspek bukti fisik dari semua unit pelayanan yang meliputi pelayanan poliklinik, pendaftaran, apotek dan laboratorium menunjukkan nilai Loading Factor > 0,5. Secara umum untuk item-item pada instrumen kepuasan pasien yang diukur oleh Atari (2015) dalam penelitiannya menggunakan analisis faktor eksploratori, menunjukkan terdapat dua item yang tidak valid dengan nilai Loading Factor < 0,5 sehingga item tersebut digugurkan dari instrumen.

Penelitian Iyikal dan Celebi (2016) mengukur validitas dan reliabilitas kepuasan pasien secara umum yang meliputi aspek bukti fisik, daya tanggap, keandalan, jaminan dan kepedulian dan hasilnya menunjukkan bahwa semua aspek memiliki koefisien reliabilitas alpha yang sangat tinggi. Sedangkan untuk validitas konstruk yang dianalisis menggunakan analisis faktor menunjukkan bahwa semua item pernyataan dari lima aspek dinyatakan valid. Berikut adalah tampilan instrumen pengukuran indeks kepuasan masyarakat yang dikembangkan berbasis android.





Gambar 4. Tampilan Menu Data/Instrumen

Gambar 5. Tampilan Instrumen Pelayanan Poliklinik

Gambar 6. Tampilan Menu Rekap Data

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa instrumen pada pelayanan poliklinik, pendaftaran, apotek dan laboratorium memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang tinggi. Oleh karena itu, instrumen yang dikembangkan pada masing-masing pelayanan berdasarkan indikator kepuasan dinyatakan layak digunakan sebagai instrumen pengukuran indeks kepuasan pasien di pusat kesehatan masyarakat. Diharapkan dengan adanya instrumen yang dikembangkan, mampu memberikan informasi yang jelas dan akurat terkait dengan kinerja pelayanan dan kepuasan pasien dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan pusat kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aletras, Vassilis H., Papadopoulos., & Niakas, Dimitris A. (2006). Development and Preliminary Validation of a Greek-Language Outpatient Satisfaction Questionnaire with Principal Components and Multi-Trait Analyses. *BMC Health Services Research*, 6(66): 1-11.
- Atari, Mohammad & Atari, Maryam. (2015). Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale (BEPSS); Development of a New Practical Instrument. *Emergency*, 3(3): 103-108.
- Carrus, B., Cordina, J., Gretz, W & Neher, K. (2015). Measuring the Patient Experience: Lesson from Other Industries. *Healthcare Systems and Services*, 2015: 1-8.
- Hadiyati, I., Sekarwana, N., Sunjaya, D.K., & Setiawati, E.P. (2017). Pengembangan Instrumen Pengukur Kualitas Pelayanan Kesehatan Berdasar Atas Harapan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit. *Global Medical and Health Communication*, 5(2): 108-116.
- Iyikal, Ovgu Cidar & Celebi, Aysem. (2016). Investigating a Quality of Services in the Public Sector: Evidence From Northern Cyprus. *Journal of Economic and Social Development*, 3(2): 1-15.
- Jocic, D., Krajinovic, D. (2014). Development and Initial Validation of a Scale to Measure Attitudes and Beliefs of Pharmacists Toward Their Work with Patients. *Vojnosanit Pregl: Strana*, 71(4): 373-382.

- Retnawati, Heri. (2016). *Validitas, Reliabilitas dan Karakteristik Butir: Panduan Untuk Peneliti, Mahasiswa, dan Psikometrikian*. Yogyakarta: Parama Publishing.
- Senarath, Upul., Gunawardena, N.S. (2011). Development of an Instrument to Measure Patient Perception of the Quality of Nursing Care and Related Hospital Services at the National Hospital of Sri Lanka. *Asian Nursing Research*, 5(2): 71-80.
- Streiner, D.L., Norman, G.R. (2000). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- Widoyoko. (2015). *Teknik Penyusunan Instrumen Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

IMPLEMENTASI JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) DI RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG

Fajar Nur Farida^{1*}

1. Administrator Kesehatan, RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

Email : fajarnurfarida@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Kabupaten Magelang merupakan salah satu daerah yang melaksanakan program Jaminan Kesehatan Daerah (jamkesda) untuk menjamin penduduk Kabupaten Magelang yang tidak masuk dalam BPJS Kesehatan atau kartu Indonesia Sehat untuk PBI. Pelaksanaan Jamkesda di Kabupaten Magelang diatur dengan peraturan Bupati Magelang nomor 47 tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Magelang. Aturan pelaksanaan jamkesda Kabupaten Magelang telah diperbaharui dengan Peraturan Bupati Nomor 23 Tahun 2010 tentang Pelayanan Kesehatan masyarakat Miskin yang tidak masuk kuota Jamkesmas, Peraturan Bupati tersebut menjelaskan bahwa biaya yang ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Magelang adalah sebesar 100%.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Pendekatan kualitatif menggunakan data primer untuk mengetahui implementasi Jamkesda tahun 2017, pendekatan kuantitatif menggunakan data sekunder untuk menganalisa dokumen data klaim yang ada di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

Hasil: Paket manfaat yang diterima peserta Jamkesda meliputi rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan rujukan. Prosedur pelayanan berupa rujukan berjenjang dan tanpa rujukan untuk gawat darurat. Pembiayaan dijamin 100% dari total biaya kecuali katastrofik tertentu, pengeklaiman dengan sistem reimburse.

Simpulan: Pelaksanaan Jamkesda di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang secara pelayanan sudah berjalan dengan baik. Beberapa hal yang perlu diperbaiki adalah batas waktu pembayaran klaim Rumah Sakit.

Kata Kunci: Jamkesda, iur biaya, Jaminan Kesehatan

ABSTRACT

Background: Magelang Regency as one of the cities that holds regional health insurance (Jamkesda) to health care covering the people who aren't covered by BPJS Kesehatan. Implementation of Jamkesda regulated in Regent Regulation Number 23 Year 2010 about Health care for poor society who aren't Jamkesmas quota. The regulation explain about all payment covered 100% covered by Magelang Regency Government.

Methods: This research is descriptive design. Qualitative approach using a primary data to describe implementation of Jamkesda for 2017. Quantitative approach using secondary data for analyzing claim data document in Muntilan Hospital.

Result: Benefit which received by Jamkesda participants are in service patient, out service patient, emergency and referral. Health care procedures using tiered referral and without referral letter for emergency. All payment covered 100% except some certain catastrophic and claim system is reimbursed.

Conclusion: Implementation of Jamkesda at Muntilan Hospital was good. Some things must be revision, for example about term of claim payment from Public Health Office.

Key Words: Jamkesda, cost sharing, Health Insurance.

PENDAHULUAN

Penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip asuransi sosial dikenal dengan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Tujuan dari pelaksanaan Jamkesda adalah memberikan jaminan pelayanan kesehatan masyarakat dalam suatu daerah tersebut yang belum memiliki jaminan BPJS Kesehatan. Pelaksanaan Jamkesda di Kabupaten Magelang diatur dengan peraturan Bupati Magelang nomor 47 tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Magelang. Aturan pelaksanaan jamkesda Kabupaten Magelang telah diperbaharui dengan Peraturan Bupati Nomor 23 Tahun 2010 tentang Pelayanan Kesehatan masyarakat Miskin yang tidak masuk kuota Jamkesmas, dimana dalam Peraturan Bupati tersebut dijelaskan bahwa biaya yang ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Magelang adalah sebesar 100% dari biaya di Rumah Sakit.

Pada tahun 2012, dikeluarkan Peraturan Bupati Magelang nomor 55 tahun 2012 tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di kabupaten Magelang yang Tidak Termasuk Dalam Kuota Penerima Jaminan Kesehatan Masyarakat. Dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa Peraturan Bupati ini sebagai pedoman dan landasan operasional pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sehingga derajat kesehatan bagi masyarakat meningkat. Selanjutnya terdapat Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2014 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Magelang Nomor 55 tahun 2012 menyebutkan bahwa Untuk memperoleh persalinan bagi yang tidak mempunyai kartu jamkesda dan tidak termasuk dalam data kepesertaan maka harus memenuhi persyaratan (Foto copy KTP, Surat Keterangan Miskin dan surat rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat di bawahnya bagi yang dilayani di pelayanan kesehatan lanjutan).

Dalam rangka menuju cakupan kesehatan semesta pada tahun 2020 maka pemerintah Indonesia secara bertahap menjamin Warga Negara Indonesia dalam pembiayaan kesehatan. Pelaksanaanya, tidak semua masyarakat mendapatkan Jaminan kesehatan dan ini ditunjukkan dengan masih adanya masyarakat yang tidak masuk dalam program BPJS Kesehatan atau Kartu Indonesia Sehat (KIS) untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI). Kabupaten Magelang merupakan salah satu daerah yang masih melaksanakan program Jaminan Kesehatan Daerah (jamkesda) untuk menjamin penduduk Kabupaten Magelang yang tidak masuk dalam BPJS Kesehatan atau KIS (kartu Indonesia Sehat) untuk PBI. Pada tahun 2016 tercatat 166.618 masyarakat masuk menjadi peserta Jamkesda dimana seluruh pelayanan kesehatan dijamin oleh Jamkesda.

RSUD Muntilan Kabupaten Magelang sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut pada program Jamkesda mengemban visi sebagai rumah sakit rujukan terpercaya dan misi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau serta memuaskan pelanggan. Dengan mengacu pada visi dan misi tersebut, RSUD Muntilan diharapkan mampu

menjawab persoalan yang mendasar akan ketidaktahuan masyarakat tentang adanya pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat Kabupaten Magelang dengan program Jamkesda serta memberikan informasi untuk mendapatkan pelayanan lanjutan bagi peserta jamkesda.

Kebijakan di bidang kesehatan sangat erat kaitannya dengan kejadian kesakitan, keselamatan dan kematian atau dengan kata lain bahwa kebijakan kesehatan pada hakekatnya memberikan arah dalam memilih berbagai teknologi kesehatan yang akan dikembangkan dan digunakan, mengelola dan membiayai pelayanan kesehatan atau berbagai jenis peralatan dan perbekalan kesehatan termasuk obat. Oleh sebab itu peranan kesehatan bagi suatu negara sangatlah dominan dibandingkan dengan masalah sosial lainnya.¹

Implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (atau kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan sebelumnya. Dalam sebuah kebijakan, implementasi adalah hal yang paling berat karena disini masalah-masalah yang kadang tidak dijumpai dalam konsep, muncul di lapangan. Selain itu tantangan utama adalah konsistensi implementasi.

Jamkesda merupakan sebuah kebijakan kesehatan untuk mencapai *Universal Health Coverage (UHC)* di Kabupaten Magelang dimana tujuannya adalah menjamin seluruh masyarakat Kabupaten Magelang yang tidak masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan maupun KIS dalam pelayanan kesehatan melalui dana APBD. *UHC* merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau yang mencakup dua elemen inti didalamnya yakni akses pelayan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan dimana negara Indonesia pada saat ini sedang berada dalam masa transisi menuju cakupan pelayanan kesehatan semesta tersebut.²

Implementasi sebuah kebijakan kesehatan khususnya dalam hal ini Jamkesda, melibatkan beberapa pihak diantaranya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang sebagai penyelenggara, Rumah Sakit sebagai penyedia layanan kesehatan tingkat lanjut dan puskesmas sebagai penyedia layanan kesehatan tingkat pertama. Model Jamkesda yang dikembangkan di kabupaten/kota saat ini sangat bervariasi. Variasi tersebut meliputi berbagai aspek seperti badan pengelola, paket manfaat, manajemen kepesertaan, pembiayaan, iuran, dan *pooling resources*.³

Sehingga tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan implementasi Jamkesda di RSUD Muntilan berdasarkan paket manfaat, prosedur pelayanan serta pembiayaan.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Pendekatan kualitatif menggunakan data primer untuk mengetahui implementasi Jamkesda selama tahun 2017, sedangkan pendekatan kuantitatif menggunakan data sekunder untuk menganalisa dokumen data klaim yang ada di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

Data primer diperoleh melalui observasi implementasi Jamkesda. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Data klaim rawat jalan dan rawat inap dari RSUD Muntilan Kabupaten Magelang selama tahun 2017.
2. Data rujukan ke Rumah Sakit lain.

Proses analisis data sekunder dilakukan dengan cara:

1. Memeriksa kelengkapan data.
2. Mengelompokkan data klaim pasien rawat jalan dan rawat inap setiap bulan.
3. Mengelompokkan data rujukan pasien Jamkesda setiap bulan.
4. Mengidentifikasi klaim yang dibayarkan oleh Dinas Kesehatan kemudian menghitung persentase biaya dan selisih iur biaya.
5. Merekap jumlah klaim selama satu tahun baik rawat jalan maupun rawat inap.
6. Merangkum data rujukan pasien Jamkesda selama satu tahun.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Paket Manfaat

Paket manfaat pelayanan Jamkesda meliputi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap, Pelayanan Gawat Darurat serta Pelayanan Rujukan.

1. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

Peserta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan di RSUD Muntilan. Ruang lingkup pelayanan meliputi :

- a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan pada poli spesialis.
- b. Rehabilitasi medik.
- c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
- d. Tindakan medis kecil dan sedang
- e. Pemberian obat sepanjang disediakan oleh RSUD.
- f. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
- g. Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit
- h. RJTL hanya berlaku di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

Selama tahun 2017, jumlah peserta yang memanfaatkan layanan rawat jalan sebanyak 3752 orang.

2. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Peserta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. Hak yang diberikan di kelas III. Ruang lingkup pelayanan meliputi :

- a. Akomodasi rawat inap
- b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
- d. Tindakan medis
- e. Operasi sedang dan besar
- f. Pelayanan rehabilitasi medik.
- g. Perawatan intensif (ICU, PICU, NICU)
- h. Pemberian obat sepanjang disediakan oleh RS
- i. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
- j. Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK)

Selama tahun 2017, jumlah peserta yang memanfaatkan layanan rawat jalan sebanyak 1481 orang.

3. Pelayanan Gawat Darurat

Ruang lingkup pelayanan Instalasi Gawat Darurat meliputi:

- a. Pasien dengan kasus *true emergency*

Yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya)

- b. Pasien dengan kasus *false emergency* yaitu pasien dengan:
- c. Keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat.
- d. Keadaan gawat tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya.
- e. Keadaan tidak gawat dan tidak darurat.

Peserta berhak mendapat pelayanan gawat darurat di RSUD Muntilan meliputi:

- a. Akomodasi
- b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
- d. Tindakan medis
- e. Pemberian obat sepanjang disediakan oleh RS
- f. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
- g. Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK)
- h. Pelayanan Bank Darah.

4. Pelayanan Kesehatan Rujukan

Rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang kecuali pada keadaan/kondisi gawat darurat. Apabila dokter spesialis tidak berada ditempat atau pada

kondisi gawat darurat atau diperlukan tindakan medis lebih lanjut. Beberapa rumah sakit rujukan diantaranya RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, RSUP dr. Kariadi Semarang, RSUD Tidar Kota Magelang.

2. Prosedur Pelayanan

1. Rawat Jalan

Untuk mendapatkan layanan kesehatan di rumah sakit dengan menggunakan Jamkesda, peserta harus mendapatkan layanan di puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama. Selanjutnya, peserta atau keluarga mendaftarkan diri ke Dinas Kesehatan dengan membawa kelengkapan seperti fotocopy KTP, KK, Kartu Jamkesda untuk dibuatkan surat jaminan rawat jalan ke rumah sakit. Masa berlaku jaminan rawat jalan berlaku selama 30 hari. Penjaminan akan gugur apabila peserta mengalami rawat inap. Jika akan kontrol setelah rawat inap maka harus membawa rujukan baru.

2. Rawat Inap

Layanan rawat inap dapat berasal dari poliklinik maupun IGD. Peserta harus ke Dinas Kesehatan dengan membawa kelengkapan berkas seperti; Fotocopy KTP, KK, Kartu Jamkesda, Surat Keterangan Mondok untuk dibuatkan surat jaminan rawat inap. Masa pengurusan surat jaminan dari Dinas Kesehatan berlaku 3 x 24 jam.

3. Gawat Darurat

Untuk kasus kegawat daruratan, maka tidak perlu membawa rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Surat Jaminan dari Dinas Kesehatan harus membawa Fotocopy KTP, KK, Kartu Jamkesda. Masa pengurusan surat jaminan dari Dinas Kesehatan berlaku 3x24 jam.

4. Rujukan

Peserta yang tidak dapat ditangani di RSUD Muntilan akan dirujuk ke rumah sakit yang bekerjasama dengan program Jamkesda. Peserta akan mendapat surat perintah rujuk ke rumah sakit rujukan. Surat ini dibawa ke petugas verifikasi Jamkesda di RSUD Muntilan untuk dicatat dan disahkan. Dengan membawa surat tersebut, fotocopy KTP, KK dan Kartu Jamkesda ke Dinas Kesehatan maka peserta tersebut akan mendapatkan jaminan layanan kesehatan di rumah sakit rujukan.

3. Pembiayaan

Sistem pembiayaan yang digunakan dalam Jamkesda adalah fee for service, artinya seluruh biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit akan dibayar 100%. Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang menanggung biaya rawat jalan, pengobatan dan atau tindakan medik sebesar 100% dari total biaya, kecuali pada kasus *life saving* dan penyakit *catastropic* (Gagal Ginjal yang harus cuci darah, atresia ani, anemia aplastika, hemofili, penyakit keganasan/kanker, hydrosephalus, penyakit jiwa kronis, thalasemia) dibayarkan sebesar 60% dan peserta menanggung iur biaya sebesar 40%.

Mekanisme pembiayaan dengan reimburse dari rumah sakit ke Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang sebagai penyelenggara. Reimburse dilakukan setiap bulan secara keseluruhan baik rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Untuk gawat darurat, peserta yang belum mengurus surat jaminan diminta untuk membayar biaya pelayanan, apabila surat jaminan dari Dinas Kesehatan sudah keluar maka total biaya dikembalikan dengan membawa kwitansi.

Pada tahun 2017, jumlah klaim rawat inap sebesar Rp. 4.935.077.988,- (*Empat Milyar Sembilan Ratus Tiga Puluh Lima Juta Tujuh Puluh Tujuh Ribu Sembilan Ratus Delapan Puluh Delapan Rupiah*). Untuk rawat jalan sebesar Rp. 511.752.827,- (*Lima Ratus Sebelas Juta Tujuh Ratus Lima Puluh Dua Ribu Delapan Ratus Dua Puluh Tujuh Rupiah*). Jumlah iur biaya yang dibayar oleh peserta sebesar Rp. 171.000,- (*Seratus Tujuh Puluh Satu Ribu Rupiah*).

Kebijakan Jamkesda merupakan satu program yang sangat membantu masyarakat di Kabupaten Magelang karena dengan adanya program tersebut maka masyarakat yang tidak masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan akan terjamin pembiayaan kesehatannya. Permasalahan yang terjadi adalah cakupan kepesertaan belum menyeluruh. Masyarakat miskin masih ada yang belum terjangkau menjadi peserta Jamkesda sehingga mereka harus membayar secara pribadi (*out of pocket*). Hal ini wajar karena luasnya wilayah Kabupaten Magelang yang terdiri dari 21 Kecamatan, namun pihak penyelenggara senantiasa meningkatkan jumlah kepesertaan secara bertahap.

Paket manfaat yang diterima oleh peserta merujuk pada peraturan BPJS Kesehatan. Jamkesda tetap mengacu pada sistem rujukan berjenjang dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yang merupakan salah satu bentuk kendali biaya dan kendali mutu. Sistem rujukan ini dilaksanakan dengan tujuan menjamin pasien dalam menerima pelayanan kesehatan perorangan secara berkualitas.⁴ Peserta sebagai pasien tidak harus dilayani hingga rumah sakit apabila di puskesmas dapat ditangani. Hal ini akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan puskesmas dan penumpukkan pasien di rumah sakit. Kendali biaya dalam hal rujukan akan menekan angka pengeluaran Jamkesda yang tinggi di rumah sakit.

Sistem pembayaran *fee for service* yang diterapkan sangat menguntungkan bagi rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan karena keseluruhan biaya pelayanan kesehatan akan dibayarkan. Jika dibandingkan dengan sistem pembayaran *INA CBG's*, maka skor kualitas kinerja dokter lebih tinggi menggunakan *fee for service*⁵. Adanya sistem pembayaran *fee for service* di era Jaminan Kesehatan Nasional seolah menjadi angin segar bagi tenaga dokter karena Tarif *INA CBG's* yang dianggap rendah apalagi bila dibandingkan saat *fee for service* menjadi faktor penyebab ketidakpuasan tenaga medis di era JKN terutama pada jasa pelayanan⁶.

Adanya iur biaya antara Dinas Kesehatan selaku penyelenggara Jamkesda dan peserta untuk kasus tertentu juga termasuk bentuk kendali biaya, jika iur biaya tinggi maka

akan meresahkan peserta Jamkesda dan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian *Choi et.al* (2015) dimana pasien dengan pendapatan rendah lebih sensitif dan keberatan terhadap iur biaya dan menerima perawatan yang tidak memadai bila diperlukan karena besarnya iur biaya.

Berbeda dengan BPJS Kesehatan yang memberikan jaminan pembayaran *reimburse* selama 15 (lima belas) hari. Pengeklaiman dari rumah sakit kepada Dinas Kesehatan secara *reimbursement* yang tidak ada masa berlaku pembayaran jelas menjadi hambatan rumah sakit. Jika terjadi keterlambatan waktu maka akan mengganggu operasional rumah sakit. Keterlambatan pembayaran dari Dinas Kesehatan berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun.⁷ Diharapkan dengan adanya Jamkesda dapat bermanfaat bagi masyarakat, penyelenggara dan penyedia layanan kesehatan demi terciptanya *Universal Health Coverage* di Kabupaten Magelang.

PENUTUP

Pelaksanaan Jamkesda di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang secara pelayanan sudah berjalan dengan baik meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan rujukan. Peserta telah mendapatkan paket manfaat di RSUD Muntilan sesuai dengan haknya. Beberapa hal yang perlu diperbaiki adalah pada pembiayaan berupa proses pembayaran klaim dari Dinas Kesehatan ke Rumah sakit karena tidak ada batas waktu pembayaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Dachi, Rahmat Alyakin (2017). *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual)*. Yogyakarta: CV Budi Utama
- Kemendes RI (2010). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 - 2014*. Jakarta: Kemendes RI
- Maulidina, Nuraini, Wigati, Putri Asmita, Suparwati, Anneke (2016). *Analisis Analisis Implementasi Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Ke Dalam Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Provinsi Jawa Tengah*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol.4 Nomor 4, Semarang: Universitas Diponegoro
- Pertiwi, Dianita, Wigati, Putri Asmita, Fatmasari, Eka Yulia, (2016). *Analisis Analisis Implementasi Program Rujuk Balik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol.5 Nomor 3, Semarang: Universitas Diponegoro
- Hastuti, Heni, Tamtomo, Didik, Sulaeman, ES, (2017). *Effect of Docto's Personality, Job Characteristic, Payment Method, Facility, on Performance and Quality of Docto Service*. The Journal of Helath Policy and Management, 2 (1):42-55. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Arifin, Nur Fadhilah, Painringi, Syahrir A, Palu, Basir, (2018). *Kepuasan Kerja Tenaga Medis pada Era Jaminan Kesehatan Nasional*. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. Makassar: Universitas Hasanudin
- Nurdiyanti, Poppy, Majid, Ruslan, Rezal, farit. (2017). *Studi Proses Pengeklaiman BPJS di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2017*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Vol. 2/No.7. Kendari: Universitas Halu Oleo
- Choi et.al (2015) *The effect of cost-sharing in private health insurance on the utilization of health care services between private insurance purchasers and non-purchasers: a study*

of the Korean health panel survey (2008–2012). BMC Health Services Research (2015) 15:489 DOI 10.1186/s12913-015-1153-0. London

Peraturan Bupati Magelang nomor 47 tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Magelang.

Peraturan Bupati Nomor 23 Tahun 2010 tentang Pelayanan Kesehatan masyarakat Miskin yang tidak masuk kuota Jamkesmas

Peraturan Bupati Magelang nomor 55 tahun 2012 tentang Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Magelang yang Tidak Termasuk dalam Kuota Penerima Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2014 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Magelang Nomor 55 tahun 2012

Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2012 Tentang Pelayanan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

SANITASI AIR BERSIH DAN PERILAKU IBU PADA KEJADIAN DIARE BALITA DI PUNDONG, BANTUL DIY

Nor Wijayanti¹, Aryanty Nurmala Dewi²

1. Prodi Kesehatan Masyarakat, STIKes Surya Global Yogyakarta
2. Prodi Kesehatan Masyarakat, STIKes Surya Global Yogyakarta

E-mail Korespondensi: wijayantinor@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Kasus penyakit diare berdasarkan 5 besar tertinggi di puskesmas Kabupaten Bantul, Puskesmas Pundong Bantul tertinggi pada Tahun 2016 dengan jumlah 473 kasus. Bulan Januari-Juli 2017 sebanyak 87 kasus diare yang terjadi di Desa Panjanglejo. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, rumah tangga yang melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tahun 2016, sebanyak 185.662 rumah tangga hanya 40,76% yang melakukan PHBS. Sarana sanitasi air bersih yang mudah tercemar karena berdekatan kandang ternak dan perilaku ibu belum menerapkan perilaku hidup dan sehat dalam mengasuh balita di Desa Panjanglejo. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan sarana sanitasi air bersih dan perilaku ibu dengan kejadian diare balita di Desa Panjanglejo, Pundong Bantul DIY.

Metode: Jenis penelitian kuantitatif dengan metode survei analitik. Desain penelitian menggunakan *case control* dengan pendekatan *retrospective*. Populasi sebanyak 87 balita yang terkena penyakit diare. Sampel penelitian menggunakan *purposive sampling* dengan 47 kasus diare dan 47 kontrol. Data dianalisis menggunakan uji statistik *chi square*.

Hasil: Ada hubungan sarana sanitasi air bersih dengan kejadian diare balita yaitu nilai $p=0,003 < \alpha 0,05$ dengan nilai $OR=0,192$. Ada hubungan perilaku ibu dengan kejadian diare pada balita yaitu nilai $p=0,037 < \alpha 0,05$ dengan nilai $OR=3,026$.

Simpulan: Ada hubungan sarana sanitasi air bersih dan perilaku ibu dengan kejadian diare balita di Desa Panjanglejo Pundong Bantul DIY.

Kata Kunci: air bersih, perilaku ibu, diare.

ABSTRACT

Background: Diarrhea disease cases based on the highest 5 highest in Bantul district health centers, Pundong Bantul Community Health Center was the highest in 2016 with 473 cases. In January-July 2017 there were 87 cases of diarrhea that occurred in Panjanglejo Village. Data from Bantul District Health Office, households that conduct Clean and Healthy Life Behavior (PHBS) in 2016, as many as 185,662 households, only 40.76% conducted PHBS. Clean water facilities that are easily polluted because of the close proximity of cattle sheds and maternal behavior have not yet applied living and healthy behaviors in caring for toddlers in Panjanglejo Village. The purpose of this study was to determine the correlation between clean water sanitation facilities and the behavior of mothers with the incidence of diarrhea in toddlers in Panjanglejo Village, Pundong Bantul DIY.

Methods: Type of quantitative research using analytical survey method. The study design used a case control with a retrospective approach. The population of 87 toddlers is affected by diarrhea. The study sample used purposive sampling with 47 cases of diarrhea and 47 controls. Data were analyzed using chi square test.

Results: There is a correlation between clean water sanitation facilities and the incidence of diarrhea in toddlers, namely the value of $p = 0.003 < \alpha 0.05$ with $OR = 0.192$. There is a

correlation between the behavior of mothers with the incidence of diarrhea in infants, namely the value of $p = 0.037 < \alpha 0.05$ with an OR = 3.026.

Conclusion: *There is a correlation between clean water sanitation facilities and the behavior of mothers with the incidence of diarrhea in toddlers in Panjanglejo Pundong Village, Bantul DIY.*

Key Words: *clean water, mother's behavior, diarrhea*

PENDAHULUAN

Di Indonesia, diare masih merupakan penyebab utama kematian anak berusia di bawah lima tahun. Laporan Riskesdas 2016 menunjukkan diare sebagai penyebab 42% kematian anak usia <1 bulan, dan angka insiden diare pada balita 67% kematian anak usia 1-4 tahun. Angka diare pada anak-anak dari rumah tangga yang menggunakan sumur terbuka untuk air minum tercatat 34% lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak dari rumah tangga yang menggunakan air ledeng. (Riskesdas, 2016). Angka diare lebih tinggi sebesar 66% pada anak-anak dari keluarga yang melakukan buang air besar di sungai atau selokan dibandingkan mereka pada rumah tangga dengan fasilitas toilet pribadi dan septik tank. (Kemenkes RI, 2016). Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, penderita diare di Kabupaten Bantul tergolong tinggi. Sebagian besar wilayah Kabupaten Bantul melakukan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat didapatkan penurunan angka kesakitan diare pada tahun 2014 sebesar 4,26 per 1000 penduduk pada tahun 2015 sebesar 4,57 per 1000 penduduk dan angka kesakitan diare pada tahun 2016 sedikit meningkat sebesar 5,19 per 1000 penduduk. (Dinkes Bantul, 2017). Kasus penyakit diare berdasarkan 5 besar tertinggi di puskesmas Kabupaten Bantul, Puskesmas Pundong Bantul tertinggi pada Tahun 2016 dengan jumlah 473 kasus. Bulan Januari-Juli 2017 sebanyak 87 kasus diare yang terjadi di Desa Panjanglejo. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, rumah tangga yang melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tahun 2016, sebanyak 185.662 rumah tangga hanya 40,76% yang melakukan PHBS. Sarana sanitasi air bersih yang mudah tercemar karena berdekatan kandang ternak dan perilaku ibu belum menerapkan perilaku hidup dan sehat dalam mengasuh balita di Desa Panjanglejo. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan sarana sanitasi air bersih dan perilaku ibu dengan kejadian diare balita di Desa Panjanglejo, Pundong Bantul DIY.

METODE

Jenis penelitian kuantitatif dengan metode survei analitik. Desain penelitian menggunakan *case control* dengan pendekatan *retrospective*. Populasi sebanyak 87 balita yang terkena penyakit diare. Sampel penelitian menggunakan *purposive sampling* dengan 47 kasus diare dan 47 kontrol. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dengan teknik

pengambilan data melalui observasi dan wawancara menggunakan data primer dan sekunder. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji statistik *chi square*.

Prosedur penelitian dengan membuat proposal penelitian dan melakukan uji validitas dan uji reliabilitas pada kuesioner penelitian. Selanjutnya perijinan penelitian dan melakukan penelitian dengan pengisian kuesioner. Diakhiri dengan olah dan analisis data untuk menyimpulkan hasil penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Univariat

a. Distribusi Frekuensi Umur Balita

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Umur | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------|-----------|----------------|
| 10-24 Bulan | 30 | 31,9 |
| 25-36 Bulan | 33 | 35,1 |
| 37-48 Bulan | 21 | 22,3 |
| > 48 Bulan | 10 | 10,6 |
| Total | 94 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 1, distribusi frekuensi umur balita paling banyak responden dalam penelitian ini yaitu umur 25-36 bulan 33 balita (35,1%).

b. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Balita

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Jenis Kelamin | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------|-----------|----------------|
| Laki-laki | 43 | 45,7 |
| Perempuan | 51 | 54,3 |
| Total | 94 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 2, diperoleh distribusi frekuensi jenis kelamin paling banyak yaitu jenis kelamin perempuan sebesar 51 responden (54,3%).

c. Distribusi Frekuensi Anak ke Berapa

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Anak Ke Berapa di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Anak ke- | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------|-----------|----------------|
| 1 | 39 | 41,5 |
| 2 | 46 | 48,9 |
| 3 | 6 | 6,4 |
| 4 | 2 | 2,1 |
| 6 | 1 | 1,1 |
| Total | 94 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 3, diperoleh distribusi frekuensi anak ke berapa yang paling banyak yaitu anak ke-2 sebesar 46 responden (48,9%).

d. Distribusi Frekuensi Umur Ibu

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Umur Ibu di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Umur | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------|-----------|----------------|
| 20-30 Tahun | 38 | 40,4 |
| 31-40 Tahun | 49 | 52,1 |
| 41-50 Tahun | 6 | 6,4 |

| | | |
|--------------|-----------|--------------|
| > 50Tahun | 2 | 2,1 |
| Total | 94 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 4, diperoleh distribusi frekuensi berdasarkan umur ibu paling banyak yaitu umur 31-40 tahun sebesar 49 responden (52,1%).

e. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pendidikan di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Pendidikan | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------------|------------------|-----------------------|
| SD | 4 | 4,3 |
| SMP | 26 | 27,7 |
| SMA | 54 | 57,4 |
| Perguruan Tinggi | 10 | 10,6 |
| Total | 94 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5, diperoleh distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan paling banyak memiliki pendidikan SMA yaitu 54 responden (57,4%).

f. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pekerjaan di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Pekerjaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|------------------|------------------|-----------------------|
| Ibu Rumah Tangga | 83 | 88,3 |
| Karyawan Swasta | 10 | 10,6 |
| Wiraswasta | 1 | 1,1 |
| Total | 94 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 6, diperoleh distribusi frekuensi pekerjaan paling banyak yaitu Ibu Rumah Tangga sebesar 83 responden (88,3%).

2. Analisis Bivariat

a. Sarana Sanitasi Air Bersih dengan Kejadian Diare Balita

Tabel 7. Sarana Sanitasi Air Bersih dengan Kejadian Diare Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Sarana Sanitasi Air Bersih | Kejadian Diare | | Total |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------|
| | Diare | Tidak Diare | |
| Baik | 5 21,7% | 18 78,3% | 23 100% |
| Tidak Baik | 42 59,2% | 29 40,8% | 71 100% |
| Total | 47 | 47 | 94 |

Berdasarkan tabel 7, menunjukkan responden yang memiliki sarana sanitasi air bersih baik sebanyak 23 orang yaitu 5 orang (21,7%) memiliki balita yang diare dan 18 orang (78,3%) memiliki balita yang tidak diare. Responden yang memiliki sarana sanitasi air bersih yang tidak baik sebanyak 71 orang yaitu 42 orang (59,2%) memiliki balita yang diare dan 29 orang (40,8%) memiliki balita yang tidak diare.

Tabel 8. Crosstab hubungan sarana sanitasi air bersih dengan kejadian diare balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|------------------------------------|--------------------|-----------|------------------------------|-----------------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,728 ^a | 1 | ,002 | |
| Continuity Correction ^b | 8,289 | 1 | ,004 | |
| Likelihood Ratio | 10,194 | 1 | ,001 | |

| | | | | |
|------------------------------|-------|---|--|------|
| Fisher's Exact Test | | | | ,003 |
| Linear-by-Linear Association | 9,625 | 1 | | ,002 |

N of Valid Cases 94

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Berdasarkan tabel 8, menunjukkan bahwa hasil uji *chi square* dengan tingkat signifikan 5% diperoleh nilai *pvalue* sebesar 0,003 sehingga nilai *p sig* < 0,05 maka H_a diterima dan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan sarana sanitasi air bersih dengan kejadian diare balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY.

Tabel 9. Risk Estimate Hubungan Sarana Sanitasi Air Bersih dengan Kejadian Diare Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY
Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for sarana sanitasi air bersih (Tidak Baik / Baik) | ,192 | ,064 | ,575 |
| For cohort kejadian diare = Diare | ,367 | ,165 | ,817 |
| For cohort kejadian diare = Tidak Diare | 1,916 | 1,346 | 2,728 |
| N of Valid Cases | | 94 | |

Berdasarkan tabel 9, menunjukkan *Risk Estimate* hubungan sarana sanitasi air bersih dengan kejadian diare pada balita diperoleh nilai OR=0,192 artinya responden yang memiliki sarana sanitasi air bersih yang baik menunjukkan 0,19 kali banyak yang terjadi diare pada balita sebanyak 42 balita dibandingkan yang tidak diare.

b. Hubungan Perilaku Ibu dengan Kejadian Diare Balita

Tabel 10. Perilaku Ibu dengan Kejadian Diare Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Perilaku Ibu | Kejadian Diare | | Total |
|--------------|----------------|-------------|------------|
| | Diare | Tidak Diare | |
| Baik | 8 30,8% | 18 69,2% | 26 100% |
| Tidak Baik | 39 57,4% | 29 42,6% | 68 100% |
| Total | 47 | 47 | 94 |

Berdasarkan tabel 10, menunjukkan responden yang memiliki perilaku ibu baik sebanyak 26 orang yaitu 8 orang (30,8%) memiliki balita yang diare dan 18 orang (69,2%) memiliki balita yang tidak diare. Responden dengan perilaku ibu tidak baik sebanyak 68 orang yaitu 39 orang (57,4%) memiliki balita yang diare dan 29 orang (42,6%) memiliki balita yang tidak diare.

Tabel 11
Hubungan Perilaku Ibu dengan Kejadian Diare Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| Chi-Square Tests | | | | |
|------------------------------------|--------------------|----|--------------------------|-----------------------------|
| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2- sided) |
| Pearson Chi-Square | 5,317 ^a | 1 | ,021 | |
| Continuity Correction ^b | 4,307 | 1 | ,038 | |
| Likelihood Ratio | 5,423 | 1 | ,020 | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,037 |
| Linear-by-Linear Association | 5,260 | 1 | ,022 | |
| N of Valid Cases | 94 | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,00.

b. Computed only for a 2x2 tabel.

Berdasarkan tabel 11, menunjukkan bahwa hasil uji *chi square* dengan tingkat signifikan 5% diperoleh nilai *pvalue* sebesar 0,37 sehingga nilai *p sig* < 0,05 maka H_a diterima dan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan perilaku ibu dengan kejadian diare pada balita umur 10-59 Bulan di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY.

Tabel 12. Risk Estimate Hubungan Perilaku Ibu dengan Kejadian Diare Balita di Desa Panjangrejo Pundong Bantul DIY

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Perilaku Ibu (Tidak Baik/Baik) | 3,026 | 1,157 | 7,915 |
| For cohort kejadian diare = Diare | 1,623 | 1,114 | 2,365 |
| For cohort kejadian diare = Tidak Diare | ,536 | ,291 | ,989 |
| N of valid cases | 94 | | |

Berdasarkan tabel 12, menunjukkan *Risk Estimate* hubungan perilaku ibu dengan kejadian diare balita diperoleh nilai OR=3,026 artinya responden yang memiliki perilaku ibu lebih baik dalam pencegahan kejadian diare balita maka mempunyai peluang sebesar 3,02 kali lebih besar dari perilaku ibu yang tidak baik dalam perilaku pencegahan kejadian diare pada balita.

Menurut Depkes RI (2008), setiap sarana sanitasi air bersih memiliki masing-masing persyaratan yang berbeda-beda, tetapi dari setiap persyaratan yang ada, syarat utama yang harus diperhatikan adalah jarak antara sumber air bersih dengan tempat pembuangan tinja (*septic tank*) tidak boleh kurang dari 10 meter dan jarak kandang ternak dengan rumah ataupun sumber air bersih tidak boleh terlalu dekat. Hal ini agar sumber air bersih yang digunakan tidak terkontaminasi oleh kotoran tinja yang mengandung banyak bakteri dan

cacing yang dapat menyebabkan penyakit diare. Menurut Notoatmodjo (2014), perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik yang dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut berpengaruh baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan itu merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia.

PENUTUP

Simpulan penelitian ini sebagai berikut :

Ada hubungan sarana sanitasi air bersih dan perilaku ibu dengan kejadian diare balita di Desa Panjangrejo, Pundong Bantul DIY.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puskesmas Pundong Bantul, Perangkat Desa Panjangrejo dan para ibu sebagai responden penelitian yang telah membantu baik dalam perijinan maupun pengambilan data penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani. A.P. (2016). *Diare Pencegahan dan Pengobatannya*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arifin. M. (2009). *Pengertian tentang Sanitasi Lingkungan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Budiarto. E. (2012). *Biostatistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. (2005). *Buku Pedoman Pelaksanaan Program P2 Diare*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2008). *Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan Dalam Pencapaian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Bantul. (2017). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul*. Bantul. Dinkes Kabupaten Bantul Yogyakarta.
- Direktorat Jenderal Pengendalian dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2008 Tentang Pedoman Pelaksanaan Penyelenggaraan Hygiene Sanitasi Depot Air Minum.
- Kemendes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta : Kemendes RI
- Kemendes RI. (2011). *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Situasi Diare di Indonesia*. Menteri Kesehatan republik indonesia. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-buletin.html> pada tanggal 23 September 2017.
- Mubarak. W.I dan Chayatin. N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo,S. (2014). *Metodologi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. S. (2011). *Ilmu Seni Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo.S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Pemerintah RI No. 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.
- Permenkes. (2014). *Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Kemendes RI.

- Puskesmas Pundong. (2017). *Profil Kesehatan Pundong 2017*. Kabutapen Bantul: Puskesmas Pundong.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2016). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2016*. Diakses 24 Oktober 2017, dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202016.pdf>.
- Riwidikdo. H. (2012). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riyanto. A. (2011). *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Soemirat. J. (2014). *Kesehatan Lingkungan*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Sugiyono. (2015). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suraatmaja. S. (2010). *Kapita Selekta Gastroenterologi Anak*. Jakarta: Sagung Seto.
- WHO. (2013). *Diarrhoeal Disease*. Diakses dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/bitstream> pada tanggal 20 Oktober 2017.
- Zulkoni. A. (2011). *Parasitologi Untuk Keperawatan, Kesehatan Masyarakat dan Teknik Lingkungan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

KEPUASAN PASIEN PESERTA BPJS KESEHATAN TERHADAP PELAYANAN YANG DIBERIKAN OLEH KLINIK PRATAMA DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2018

Sri Sularsih Endartiwi¹, Pramukti Dian Setianingrum¹

1. Prodi Kesehatan Masyarakat, STIKES Surya Global

E-mail Korespondensi: tiwinafla2@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Standar kepuasan pelanggan yang diterapkan oleh pemerintah adalah sebesar 85% pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Berdasarkan hasil observasi di klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat diketahui bahwa kepuasan peserta sebesar 70%. Keluhan peserta di dalam mengakses ke pelayanan di klinik pratama adalah ketersediaan dokter pada waktu jam praktek, ruang tunggu yang kurang luas, pelayanan di bagian pendaftaran yang lambat.

Metode: Jenis penelitian adalah deskriptif kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Lokasi penelitian adalah Klinik Pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian dilakukan pada bulan Juli 2018. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 238 secara purposive sampling. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji Kendall Tau.

Hasil: Kualitas pelayanan kesehatan baik dari sudut *tangible, reliability, responsiveness, assurance* maupun *emphaty* berhubungan dengan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan di klinik pratama Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil analisis bivariat setiap variabel mempunyai nilai *Sig. (2-tailed)* 0,000 dengan *correlation coefficient* 1,000. Hal ini menunjukkan bahwa hubungannya sangat kuat.

Simpulan: Kualitas pelayanan kesehatan (*tangible, reliability, responsiveness, assurance* dan *emphaty*) berhubungan dengan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan di klinik pratama Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Kata Kunci: *tangible, reliability, responsiveness, assurance, emphaty*, kepuasan pasien

ABSTRACT

Background: The customer satisfaction standard applied by the government is 85% of patients satisfied with the services provided by health facilities. Based on the results of observations at the primary clinic in collaboration with BPJS Health, it can be seen that participant satisfaction is 70%. Complaints of participants in accessing services at the primary clinic were the availability of doctors at the time of practice, a less spacious waiting room, a slow service in the registration section.

Methods: The type of research is quantitative descriptive with cross sectional design. The research location is the primary clinic in collaboration with BPJS Health in the Special Province of Yogyakarta. The study was conducted in July 2018. The number of samples in this study was 238 by purposive sampling. Data analysis was performed using the Kendall Tau.

Results: The quality of health services both from the *tangible, reliability, responsiveness, assurance* and *emphaty* aspects is related to the satisfaction of BPJS Health participants at the primary clinic in the Special Province of Yogyakarta. The results of bivariate analysis for each variable have a *Sig. (2-tailed)* 0,000 with a *correlation coefficient* of 1,000. This shows that the relationship is very strong.

Conclusion: The quality of health services (*tangible, reliability, responsiveness, assurance* and *emphaty*) is related to the satisfaction of BPJS Health participants at the primary clinic of the Special Province of Yogyakarta.

Keywords: *tangible, reliability, responsiveness, assurance, emphaty*, patient satisfaction

PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan menargetkan kepuasan peserta mencapai 95%, akan tetapi sampai tahun 2017 ini kepuasan peserta mencapai 85%. Berdasarkan standar kepuasan pelanggan yang diterapkan oleh pemerintah adalah sebesar 85% pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2012). Berdasarkan hasil observasi di di klinik pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat diketahui bahwa kepuasan peserta sebesar 70%. Keluhan peserta di dalam mengakses ke pelayanan di klinik pratama adalah terkait dengan ketersediaan dokter pada waktu jam praktek, ruang tunggu yang kurang luas, pelayanan di bagian pendaftaran yang agak lambat.

Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan terhadap pelayanan yang diberikan oleh klinik pratama di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan rancangan cross sectional. Lokasi penelitian adalah Klinik Pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan setiap kabupaten diambil 1 klinik. Penelitian dilakukan pada bulan Juli 2018. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 238 peserta BPJS Kesehatan yang sudah menggunakan pelayanan kesehatan di Klinik Pratama lebih dari 2 kali dan berusia di atas 17 tahun. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive sampling. Analisis data dilakukan dengan menggunakan software SPSS untuk uji Kendall Tau.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

a. Distribusi Responden Berdasarkan Klinik Pratama

Penelitian ini dilakukan di 5 Klinik Pratama di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan setiap kabupaten diambil 1 klinik sebagai lokasi penelitiannya. Tabel 1 berikut ini menyajikan data responden berdasarkan kliniknya:

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Klinik Pratama

| Nama Klinik | Frekuensi | Persentase |
|---|------------------|-------------------|
| Klinik Kurnia Kabupaten Gunung Kidul | 36 | 15.1 |
| Klinik Gading Kota Yogyakarta | 50 | 21.0 |
| Klinik Citra Kabupaten Kulon Progo | 17 | 7.1 |
| Klinik Matahari Kabupaten Sleman | 51 | 21.4 |

| | | |
|--|-----|-------|
| Klinik Mitra Sehat Kabupaten Bantul | 84 | 35.3 |
| Total | 238 | 100.0 |

b. Distribusi Responden Berdasarkan Data Pribadi

Pada tabel 2 berikut ini dapat dilihat distribusi responden berdasarkan data pribadi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan dan jenis kepesertaannya.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Data Pribadi

| Karakteristik | Klasifikasi | Frekuensi | Persentase |
|---|------------------------------|------------------|-------------------|
| Umur | 17-55 tahun | 198 | 83.2 |
| | > 55 tahun | 40 | 16.8 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| Jenis Kelamin | Laki-laki | 107 | 45.0 |
| | Perempuan | 131 | 55.0 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| Pendidikan Terakhir | SD | 17 | 7.1 |
| | SMP | 58 | 24.4 |
| | SMA/SMK | 94 | 39.5 |
| | D3/S1 | 64 | 26.9 |
| | S2/S3 | 5 | 2.1 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| Pekerjaan | Ibu Rumah Tangga | 46 | 19.3 |
| | Tani/Buruh | 33 | 13.9 |
| | Wiraswasta | 20 | 8.4 |
| | Karyawan Swasta | 87 | 36.6 |
| | PNS (Pegawai Negeri Sipil) | 4 | 1.7 |
| | Pensiunan | 4 | 1.7 |
| | Pelajar/Mahasiswa | 44 | 18.5 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| Jenis Kepesertaan BPJS Kesehatan | PBI (Penerima Bantuan Iuran) | 81 | 34.0 |
| | Mandiri | 116 | 48.7 |
| | PNS/Pensiunan | 8 | 3.4 |
| | Polri | 3 | 1.3 |

| | | | |
|-----------------------------|-------------|-----|-------|
| | Badan Usaha | 30 | 12.6 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| Poli Yang Dikunjungi | Umum | 223 | 93.7 |
| | Gigi | 15 | 6.3 |
| | Total | 238 | 100.0 |

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa responden sebanyak 83,2% berumur 17-55 tahun. Responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 55%. Pendidikan terakhir responden terbanyak adalah SMA/ SMK yaitu sebanyak 39,5% dan pendidikan yang terendah adalah S2/S3 sebanyak 2,1%. Pekerjaan responden yang paling banyak adalah sebagai karyawan swasta yaitu sebanyak 36,6% dan yang terendah adalah PNS dan Pensiunan yaitu masing-masing sebanyak 1,7%. Jumlah responden ditinjau dari jenis kepesertaan BPJS Kesehatan yang tertinggi adalah sebagai peserta mandiri yaitu sebanyak 116 orang (48,7%) dan yang terendah adalah peserta dari Polri sebanyak 1,3%. Jenis poli yang dikunjungi oleh responden pada waktu penelitian adalah di poli umum yaitu sebesar 93,7% dan sisanya berkunjung ke poli gigi.

B. Hasil Penelitian

a. Hasil Analisis Univariat

Tabel 3 berikut ini merupakan hasil analisis univariat untuk kualitas pelayanan kesehatan (*tangible, reliability, responsiveness, assurance dan emphaty*) dan kepuasan pelayanan kesehatan (*tangible, reliability, responsiveness, assurance dan emphaty*).

Tabel 3. Hasil Analisis Univariat

| Variabel | Klasifikasi | Frekuensi | Persentase |
|---|-------------|-----------|------------|
| A. Variabel Bebas (Kualitas Pelayanan Kesehatan) | | | |
| a. <i>Tangible</i> | Cukup Baik | 11 | 4.6 |
| | Baik | 227 | 95.4 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| b. <i>Reliability</i> | Cukup Baik | 17 | 7.1 |
| | Baik | 221 | 92.9 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| c. <i>Responsiveness</i> | Cukup Baik | 12 | 5.0 |
| | Baik | 226 | 95.0 |

| | | | |
|---|-------------|-----|-------|
| | Total | 238 | 100.0 |
| d. Assurance | Cukup Baik | 29 | 12.2 |
| | Baik | 209 | 87.8 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| e. Emphaty | Cukup Baik | 23 | 9.7 |
| | Baik | 215 | 90.3 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| B. Variabel Terikat (Kepuasan Pelayanan Kesehatan) | | | |
| a. Tangible | Cukup Puas | 12 | 5.0 |
| | Puas | 226 | 95.0 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| b. Reliability | Cukup Puas | 16 | 6.7 |
| | Puas | 222 | 93.3 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| c. Responsiveness | Cukup Puas | 11 | 4.6 |
| | Puas | 227 | 95.4 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| d. Assurance | Kurang Puas | 1 | .4 |
| | Cukup Puas | 31 | 13.0 |
| | Puas | 206 | 86.6 |
| | Total | 238 | 100.0 |
| e. Emphaty | Cukup Puas | 15 | 6.3 |
| | Puas | 223 | 93.7 |
| | Total | 238 | 100.0 |

b. Hasil Analisis Bivariat

(i). Hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

Hasil *crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan di klinik pratama ditampilkan pada Tabel 4 berikut ini:

Tabel 4. *Crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

| Tangible | Kepuasan | Total |
|-----------------|-----------------|--------------|
|-----------------|-----------------|--------------|

| | Cukup Puas | Puas | | Sig. (2-tailed) | Correlation Coefficient |
|-------------------|------------|------|-----|------------------------|--------------------------------|
| Cukup Baik | 7 | 4 | 11 | 0,000 | 1,000 |
| Baik | 5 | 222 | 227 | | |
| Total | 12 | 226 | 238 | | |

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan, hal ini ditunjukkan dengan nilai *Sig. (2-tailed)* 0,000 atau di bawah 0,05. Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan adalah sangat kuat dengan *Correlation Coefficient* sebesar 1,000.

(ii). Hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*reliability*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

Data berdasarkan *crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*reliability*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan di klinik pratama ditampilkan pada Tabel 5 berikut ini:

Tabel 5. *Crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*reliability*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

| Reliability | Kepuasan | | Total | Sig. (2-tailed) | Correlation Coefficient |
|--------------------|-----------------|------|--------------|------------------------|--------------------------------|
| | Cukup Puas | Puas | | | |
| Cukup Baik | 14 | 3 | 17 | 0,000 | 1,000 |
| Baik | 2 | 219 | 221 | | |
| Total | 16 | 222 | 238 | | |

Pada Tabel 5 tersebut dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan (*reliability*) berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan, hal ini ditunjukkan dengan nilai *Sig. (2-tailed)* 0,000 atau di bawah 0,05. Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan (*reliability*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan adalah sangat kuat dengan *Correlation Coefficient* sebesar 1,000.

(iii). Hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*responsiveness*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

Hasil *crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*responsiveness*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan di klinik pratama ditampilkan pada Tabel 6 berikut ini:

Tabel 6. *Crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*responsiveness*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

| Responsiveness | Kepuasan | | Total | Sig. (2-tailed) | Correlation Coefficient |
|-----------------------|-----------------|------|--------------|------------------------|--------------------------------|
| | Cukup Puas | Puas | | | |
| Cukup Baik | 8 | 4 | 12 | 0,000 | 1,000 |
| Baik | 3 | 223 | 226 | | |
| Total | 11 | 227 | 238 | | |

Berdasarkan Tabel 6 dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan (*responsiveness*) berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan, hal tersebut ditunjukkan dengan nilai *Sig. (2-tailed)* 0,000 atau kurang dari 0,05. Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan (*responsiveness*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan adalah sangat kuat yang ditunjukkan dengan nilai *Correlation Coefficient* sebesar 1,000.

(iv). Hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*assurance*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

Berikut ini adalah hasil *crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan di klinik pratama ditampilkan pada Tabel 7:

Tabel 7. *Crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*assurance*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

| Assurance | Kepuasan | | | Total | Sig. (2-tailed) | Correlation Coefficient |
|------------------|-----------------|---------------|------|--------------|------------------------|--------------------------------|
| | Kurang Puas | Cukup Puas | Puas | | | |
| Cukup | 1 | 25 | 3 | 29 | 0,000 | 1,000 |
| Baik | | | | | | |
| Baik | 0 | 6 | 203 | 209 | | |
| Total | 1 | 31 | 206 | 238 | | |

Berdasarkan data pada Tabel 7 dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan (*asuurance*) berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan, hal ini ditunjukkan dengan nilai *Sig. (2-tailed)* 0,000 atau kurang dari 0,05. Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan (*assurance*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan adalah sangat kuat. Hal ini dibuktikan dengan nilai *Correlation Coefficient* sebesar 1,000.

(v). Hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*emphaty*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

Hasil *crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*tangible*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan di klinik pratama ditampilkan pada Tabel 8 berikut ini:

Tabel 8. *Crosstabulation* hubungan kualitas pelayanan kesehatan (*emphaty*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan

| Emphaty | Kepuasan | | Total | Sig. (2-tailed) | Correlation Coefficient |
|----------------|-----------------|------|--------------|------------------------|--------------------------------|
| | Cukup | Puas | | | |
| Cukup | 12 | 11 | 23 | 0,000 | 1,000 |
| Baik | | | | | |
| Baik | 3 | 212 | 215 | | |
| Total | 15 | 223 | 238 | | |

Berdasarkan Tabel 8 dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan (*emphaty*) berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan, hal ini ditunjukkan dengan nilai *Sig. (2-tailed)* 0,000 atau di bawah 0,05. Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan (*emphaty*) dengan kepuasan pelayanan kesehatan adalah sangat kuat yang ditunjukkan dengan *Correlation Coefficient* sebesar 1,000.

PEMBAHASAN

Teori kepuasan menurut SERVQUAL meliputi: (1)*Tangibles* atau wujud nyata yaitu penampilan fisik, fasilitas, peralatan, sarana informasi, petugas. (2)*Reliability* atau kehandalan yaitu kemampuan untuk menampilkan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan akurat. (3)*Responsiveness* atau kepedulian yaitu kemampuan untuk membantu konsumen dan meningkatkan kecepatan pelayanan(4)*Assurance* atau jaminan yaitu kompetensi yang dimiliki sehingga membuat rasa aman, bebas resiko atau bahaya, kepastian yang mencakup pengetahuan-sikap-perilaku. (5)*Empathy* atau perhatian yaitu sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh, kemudahan kontak, komunikasi yang baik (Parasuraman, 1988).

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang meliputi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty* berhubungan dengan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan di klinik pratama Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Tangible* (bukti fisik) adalah terkait dengan ketersediaan ruang rawat jalan serta penampilan dokter dan perawat. Responden menyatakan kualitas pelayanan kesehatan yang terkait dengan *tangible* sudah baik sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan pun juga baik. *Reliabilty* (kehandalan) yang diteliti adalah terkait tentang kehandalan dari pihak pemberi pelayanan kesehatan yang terdiri dari dokter dan perawat. *Responsiveness* (ketanggapan) menggambarkan tindakan dokter, perawat di dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. *Assurance* (jaminan) dalam penelitian ini

dilakukan dengan menggambarkan kondisi terkait jaminan dari dokter dan perawat terhadap menjaga dan memberikan kenyamanan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan di klinik pratama. Kualitas pelayanan kesehatan yang diteliti termasuk dari sudut *emphaty* (perhatian), variabel ini terkait dengan kesediaan dokter dan perawat di dalam memperhatikan keluhan yang disampaikan oleh pasien peserta BPJS Kesehatan di klinik pratama Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Menurut Supriyanto dan Ernawati (2010) kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya. Data yang diperoleh bersifat subjektif, sesuai dengan jawaban para responden menurut pengalaman mereka, dalam menggunakan suatu jenis produk tertentu. Tingkat kepuasan pelanggan sangat bergantung pada kualitas suatu produk. Jadi, suatu produk dikatakan berkualitas bagi seseorang kalau produk tersebut dapat memenuhi kebutuhannya. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang mengakses pelayanan kesehatan di klinik pratama menyatakan pelayanan yang diberikan berkualitas dengan baik bisa jadi dikarenakan pasien memang membutuhkan akan pelayanan tersebut.

Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian Antina (2016) yang menunjukkan bahwa kualitas pelayanan mempunyai mempunyai korelasi yang tinggi dan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien, akan tetapi masih banyak variabel lain yang belum mampu dijelaskan oleh indikator yang terlibat dalam membentuk variabel sehingga disarankan untuk dilakukan penelitian lanjutan untuk menemukan indikator lain di luar model ini yang pengaruhnya besar terhadap variabel yang diteliti.

Berdasarkan hasil penelitian Abidin (2016) menyebutkan bahwa ada pengaruh kehandalan, ketanggapan dan empati terhadap kepuasan peserta BPJS pasien rawat inap di Puskesmas Cempae Kota Parepare. Gaghana, dkk (2014) menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas Tuminting kepada pasien Universal Coverage sesuai dengan urutan yang paling banyak memuaskan pasien yaitu jaminan, bukti fisik, perhatian, daya tanggap, dan kehandalan. Sedangkan hasil penelitian Marhenta, dkk (2018) diketahui bahwa terdapat pengaruh positif dan signifikan antara kepesertaan, pelayanan dan pembiayaan terhadap Kepuasan pasien BPJS di fasilitas kesehatan tingkat pertama Kabupaten Karanganyar. Kepesertaan, Pelayanan dan pembiayaan mempunyai kontribusi sebesar 38,20% terhadap kepuasan pasien BPJS sedangkan sisanya 61,80% disebabkan oleh faktor-faktor lain.

PENUTUP

Kualitas pelayanan kesehatan (*tangible, reliability, responsiveness, assurance* dan *emphaty*) berhubungan dengan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan di klinik pratama Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Klinik pratama bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan yang mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kemenristek DIKTI atas dana Penelitian Dosen Pemula yang sudah diberikan kepada peneliti untuk melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin. 2016. Pengaruh Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Cempae Kota Parepare. *JURNAL MKMI, Vol. 12 No. 2, Juni 2016*.
- Antina, Rila Rindi. 2016. Analisis Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Peserta BPJS di Puskesmas Pandian Kabupaten Sumenep. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik Oktober 2016, Vol.2 No.2, hal. 567-576, e-ISSN: 2460-1586*.
- Kemendes RI. 2012. *Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019*. Jakarta.
- Marhenta, Bhakti Yoga; Satibi; Wiedyani, Chairun. 2018. Pengaruh Tingkat Kualitas Pelayanan BPJS dan Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *JMPF Vol. 8 No. 1 : 18 – 23*.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL : A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing, 64*.
- Gaghana, Veicy; Siagian, Iyone ET; Palandeng, Henry; Monintja, Tyrsa. 2014. Tingkat Kepuasan Pasien Universal Coverage Terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tuminting Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik: Volume II Nomor 1 Februari 2014*.
- Supriyanto dan Ernawati. 2010. *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.

**PENGARUH TERJADINYA GANGGUAN *BABY BLUES* PADA IBU PASCA
PERSALINAN DI RUMAH SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK
UMMI KHASANAH BANTUL YOGYAKARTA TAHUN 2018**

Titik Mariati¹, Dwi Gina Garnita W.K¹

1. Stikes Surya Global Yogyakarta

E-mail Korespondensi: Titikpct@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Jakarta, Yogyakarta dan Surabaya di temukan bahwa angka kejadian depresi pasca persalinan 11-30%, suatu jumlah yang tidak sedikit dan tidak mungkin dibiarkan begitu saja (Elvira, 2011). Selain itu juga berdasarkan hasil wawancara dengan kepala bagian ruang Sekar Mirah dan Pandan Wangi yang merawat langsung ibu *postpartum* di ruang rawat inap ibu bersalin Rumah Sakit Ibu dan Anak Ummi Khasanah di ketahui bahwa pada hari ketiga setelah melahirkan sering menemukan gejala-gejala pada ibu *postpartum* seperti bersedih, cemas, mudah marah, tidak nafsu makan, susah tidur dan kurang perhatian pada bayinya pada saat menangis, hal ini merupakan bagian dari gejala gangguan psikologis ibu yang mengarah pada depresi *postpartum*.

Metode: Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu primipara pada bulan Juni-Juli 2018 di RSKIA Ummi Khasanah Bantul sebanyak 32 responden.

Hasil: Variabel perubahan peran dan dukungan suami hasilnya mempengaruhi terjadinya gangguan *baby blues*. Variabel dukungan suami menggunakan uji *chi square* menunjukkan hasil $p = 0,021 < 0,05$ dan variabel perubahan peran menggunakan uji *Kendall Tau* menunjukkan hasil $p = 0,003 < 0,05$.

Simpulan: Ada pengaruh yang signifikan antara faktor dukungan suami dan perubahan peran terhadap terjadinya gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018.

Kata Kunci : Dukungan suami, perubahan peran, *Baby Blues*.

ABSTRACT

Background: Based on research conducted in Jakarta, Yogyakarta and Surabaya, it was found that the incidence of *postpartum* depression was 11-30%, an amount that is not less and could not go unpunished (Elvira, 2011). Besides that, based on the results of interviews with the heads of the room of Sekar Mirah and Pandan Wangi, who directly treated *postpartum* mothers in the maternity inpatient room of the Ummi Khasanah Mother and Child Special Hospital, it was found that on the third day after giving birth often found symptoms in *postpartum* mothers such as sadness, anxiety, irritability, lack of appetite, insomnia and lack of attention to the baby when crying, this is part of the symptoms of maternal psychological disorders that lead to *postpartum* depression.

Method: This research uses quantitative research using a *cross sectional* approach. The samples in this research were *primiparous* mothers in June-July 2018 at Ummi Khasanah Mother and Child Special Hospital Bantul as many as 32 respondents.

Results: Variable of changes of role and support of the husband influence the occurrence of *baby blues* disorders. The support of husband variable using the *chi square* test showed the results of $p = 0.021 < 0.05$ and the change of role variable using the *Kendall Tau* test showed the results of $p = 0.003 < 0.05$.

Conclusion: *There was significant influence between factors of husband's support and change of roles to the occurrence of baby blues disorders in postpartum mothers at Ummi Khasanah Mother and Child Special Hospital Bantul Yogyakarta in 2018.*

Keywords: support of husband, change of role, Baby Blues

PENDAHULUAN

Di Indonesia angka kejadian *baby blues* antara 50-70 % wanita pasca persalinan. Semula diperkirakan angka kejadian *baby blues* di Indonesia rendah di bandingkan dengan negara-negara lain, hal ini disebabkan oleh budaya dan sifat orang Indonesia yang cenderung lebih sabar dan dapat menerima apa yang dialaminya, baik itu peristiwa menyenangkan maupun yang menyedihkan. Namun hasil penelitian yang di lakukan di DKI Jakarta oleh dr. Irawati Sp.Kj menunjukkan 25% dari 580 ibu yang telah menjadi respondennya mengalami sindrom ini. Dan dari beberapa penelitian yang dilakukan di Jakarta, Yogyakarta dan Surabaya di temukan bahwa angka kejadiannya 11-30%, suatu jumlah yang tidak sedikit dan tidak mungkin dibiarkan begitu saja (Elvira, 2011). Selain itu juga menurut prevalensi depresi pasca persalinan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta diperoleh 11,3 % ibu mengalami depresi ringan (*baby blues*) dan 1,9 % yang mengalami depresi sedang (postpartum depresi), sedangkan 0,5 % mengalami depresi berat (postpartum psikosis).

Banyak faktor yang diduga berperan dalam sindrom ini, antara lain : yang pertama faktor demografi dalam hal ini usia dan paritas. Usia seorang yang cukup umur akan lebih matang dalam berfikir dari pada mereka yang masih muda (Hurlock, 1995 dalam Nursalam, 2016). Sedangkan berdasarkan paritas lebih sering terjadi pada ibu primipara mengingat dia baru memasuki perannya sebagai seorang ibu, tetapi tidak menutup kemungkinan juga ada ibu yang pernah melahirkan, yaitu jika ibu mempunyai riwayat *baby blues* sebelumnya (Mansur, 2013).

Kedua, faktor psikososial dalam hal ini menyangkut dukungan suami. Kurangnya dukungan suami telah terbukti mempunyai hubungan erat dengan meningkatnya kasus *baby blues*. Selain itu dukungan suami merupakan dukungan terbesar untuk memicu terjadinya depresi pasca persalinan. Hal ini dikarenakan dukungan suami merupakan salah satu sumber dukungan yang sangat penting dan tidak bisa di remehkan, dan yang tidak kalah penting dapat membangun suasana yang positif dan memberikan keuatan sendiri pada ibu setelah hari-hari pertama yang melelahkan pasca persalinan dan juga merupakan strategi preventif untuk mengurangi stres (Hasanah, 2014).

Hasil wawancara yang telah peneliti lakukan pada 6 responden ibu pasca melahirkan ditemukan ada 4 dari 6 orang ibu yang pada saat persalinan tidak di dampingi oleh suami. Ini merupakan salah satu bentuk kurangnya dukungan suami terhadap pasangannya. Hasil wawancara juga menunjukkan ada 3 dari 6 ibu kesulitan untuk melakukan peran ganda yaitu

antara membagi waktu untuk mengurus suami atau anak. Ini menandakan bahwa mereka sulit untuk menerima perubahan peran pasca persalinan. Dengan melihat hasil studi pendahuluan diatas diperoleh kesan bahwa rendahnya dukungan suami dan adanya peran ganda dalam hal ini perubahan peran akan meningkatkan kejadian *postpartum blues* atau *baby blues* pada ibu.

Selain melakukan wawancara peneliti juga mendapatkan data jumlah persalinan di Rumah Sakit Khusus Ibu & Anak Ummi Khasanah periode bulan Juni-Juli 2018 yang akan digunakan sebagai populasi dan sampel dalam penelitian, adapun data nya sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Persalinan Bulan Juni-Juli 2018 di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta

| | Usia | Jumlah | Primipara |
|----|-------------|---------------|------------------|
| a. | 21-25 | 19 | 16 |
| b. | 26-30 | 13 | 10 |
| c. | 31-35 | 24 | 6 |
| d. | > 35 | 12 | 0 |
| | | 68 | 32 |

Berdasarkan tabel 1 tersebut didapat populasi sebanyak 68 ibu nifas dan Sampel dalam penelitian ini adalah ibu nifas yang memenuhi kriteria inklusi yaitu berusia 21-35 dengan status primipara sebanyak 32 orang.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut dan dengan melihat besarnya pengaruh yang menyebabkan seorang ibu mengalami *baby blues* maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Ummi Khasanah Bantul tahun 2018 dan menjadikan faktor dukungan suami dan perubahan peran sebagai faktor yang akan diteliti.

Pengertian Persalinan

Menurut Mochtar, 2011 Persalinan (partus) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.

Beberapa istilah yang ada hubungannya dengan partus (Mochtar, 2011) yaitu :

1. Menurut cara persalinan
2. Menurut tua (umur) kehamilan
3. Gravida dan para

Tanda-tanda persalinan

- 1) Kontraksi Uterus terjadi dengan interval yang teratur, mula-mula timbul setiap 20 atau 30 menit, makin lama makin sering. Dengan semakin selanjutnya persalinan maka kontraksi menjadi tambah kuat dan tambah lama.
- 2) Kontraksi uterus dinyatakan nyeri
- 3) Dapat diraba uterus yang mengeras
- 4) Nyeri dirasakan baik dibelakang maupun di depan abdomen
- 5) Persalnan sungguhan secara efektif menyebabkan pembukaan serviks
- 6) Bagian terendah janin turun
- 7) Pada waktu tidak ada his kepala terfixasi
- 8) Seringkali mengakibatkan penonjolan ketuban

Konsep Dasar Nifas (Pasca Persalinan)

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerperium yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan porous melahirkan. Jadi, puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50 % kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Vivian & Sunarsih, 2013).

b. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas menurut Vivian & Sunarsih (2013) adalah sebagai berikut:

1) Puerperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium intermediate

Yaitu suatau kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Puerperium remote

Waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

a. Pengertian *Baby Blues*

Baby blues menurut Ambarwati (2010) adalah perasaan sedih yang dialami oleh ibu setelah melahirkan, hal ini berkaitan dengan bayinya. *Postpartum Blues* adalah gangguan suasana hati yang berlangsung selama 1-6 hari pasca melahirkan. *Baby blues* sering di sebut juga dengan *maternity blues* atau *postpartum blues*, yaitu suatu kondisi yang sering terjadi dalam 14 hari pertama setelah melahirkan, dan cenderung lebih buruk pada hari ketiga dan keempat.

b. Tanda dan gejala *Baby Blues*

Gejala-gejala *baby blues* ini bisa terlihat dari perubahan sikap seorang ibu. Gejala tersebut biasanya muncul pada hari ke 3 atau hari ke 6 setelah melahirkan. Beberapa perubahan sikap tersebut diantaranya : sering tiba-tiba menangis karena merasa tidak bahagia, penakut, tidak mau makan, tidak mau bicara, sakit kepala, sering berganti mood, mudah tersinggung (iritabilitas), merasa terlalu sensitif dan cemas berlebihan, tidak bergairah, khususnya terhadap hal yang semula sangat diminati, tidak mampu berkonsentrasi dan sangat sulit membuat keputusan, merasa tidak mempunyai ikatan batin dengan si kecil yang baru saja dilahirkan, insomnia yang berlebihan. Penyebab *Baby Blues*

Konsep Dukungan Suami

Dukungan sosial (suami) merupakan salah satu bentuk interaksi sosial yang didalamnya terdapat hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata, bantuan tersebut akan mendapatkan individu-individu yang terlibat dalam sistem sosial yang pada akhirnya akan dapat memberikan cinta, perhatian maupun *sense of attachment* baik pada keluarga sosial maupun pasangan (Soriwutun, 2013).

Perubahan Peran

Selain faktor dukungan suami hal lain dan biasanya yang paling utama menjadi penyebab hadirnya gejala *baby blues* adalah kurang siap nya seorang ibu untuk menerima keadaan diri dan merawat bayi. Menjadi seorang ibu merupakan keadaan yang membawa perubahan sangat besar dan merupakan suatu hal yang baru, karena beban baru dan tanggung jawab baru perempuan sebagai seorang ibu semakin besar. Sadar atau tidak kelahiran seorang bayi membawa perubahan dan menjadi orang tua bukanlah hal yang mudah. Menjadi seorang ibu berarti penyesuaian hubungannya dengan bayi, suami dan anggota keluarga lainnya. Maka dari itu wanita harus menyesuaikan dirinya dengan perannya yang baru sebagai ibu (Murtiningsih, 2012).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2014). Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016).

Populasi dalam penelitian adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu nifas yang melahirkan Bulan Juni-Juli 2018 di RSKIA Umami Khasanah Bantul sebanyak 68 ibu nifas. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu nifas yang melahirkan setelah 24 jam persalinan di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak Umami Khasanah tahun 2018.

Pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling, yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2016).

Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016). Dalam metode pengumpulan data, data yang dikumpulkan ada dua jenis yaitu :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari (Azwar, 2012). Data primer diperoleh dari kuesioner yang diberikan dan diisi oleh responden. Responden sendiri yang memilih alternatif jawabannya yang tersedia sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh lewat pihak lain, tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subjek penelitiannya. Biasanya berwujud data dokumentasi atau data laporan yang tersedia (Azwar, 2012). Adapun data sekunder yang digunakan, yaitu :

a) Jumlah ibu yang melakukan persalinan pada periode Juni-Juli 2018.

b) Profil RSKIA Umami Khasanah Bantul Yogyakarta

Untuk teknik pengumpulan data penulis menggunakan metode :

a. Observasi (Pengamatan)

Observasi atau pengamatan adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Dalam penelitian ini penulis menggunakan observasi partisipatif atau pengamatan terlibat , dengan kata lain

pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktifitas dalam kontak social yang tengah diselidiki (Notoatmodjo, 2014).

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Notoatmodjo, 2014).

c. Angket (Kuesioner)

Angket adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (orang banyak). Angket ini dilakukan dengan mengedarkan suatu daftar pertanyaan yang berupa formulir, diajukan secara tertulis kepada sejumlah objek untuk mendapatkan tanggapan, informasi, jawaban dan sebagainya. Teknik ini lebih cocok untuk memperoleh data yang cukup luas dari kelompok atau masyarakat yang berpopulasi besar, dan bertebaran tempatnya (Notoatmodjo, 2014).

Instrument Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian (Sugiyono, 2016). Alat ukur yang digunakan untuk memperoleh data dari responden adalah :

1. Kuesioner berisi karakteristik responden yang terdiri atas nama, alamat, usia, pekerjaan, pendidikan, jumlah anak (paritas).
2. Kuesioner untuk mengukur dukungan suami terhadap gangguan *baby blues* yang terdiri dari 11 pertanyaan. Terbagi menjadi 6 pertanyaan *favorable* (1,2,3,6,9,11) dan 5 pertanyaan *unfavorable* (4,5,7,8,10). Untuk pertanyaan *favorable* bila menjawab “ya” diberi skor 1 dan “tidak” diberi skor 0. Pertanyaan *unfavorable* bila menjawab “ya” diberi skor 0 dan “tidak” diberi skor 1.
3. Kuesioner untuk mengukur gangguan *baby blues*

Alat ukur yang digunakan untuk membantu identifikasi terjadinya *baby blues* pada subjek adalah *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) yang dikembangkan oleh *Cox Holden* dan *Sagovsky* sejak tahun 1987 yang masih dipakai beberapa peneliti dalam waktu lima tahun terakhir. EPDS dipilih sebagai instrument dalam penelitian ini karena merupakan alat ukur yang telah teruji validitasnya dan dikembangkan secara khusus untuk mengidentifikasi wanita yang mengalami depresi postpartum.

Validasi sepuluh item EPDS di Indonesia telah diuji dan di publikasikan dengan membandingkan skor alat ukur tersebut dengan **DSM-IV**. Penelitian ini dilakukan pada tiga rumah sakit umum yaitu RSUD dr Cipto Mangunkusumo, RSUD persahabatan, dan RSUD Fatmawati di Jakarta. Jumlah sample dalam penelitian ini adalah 102 wanita postpartum, yang diambil secara random setiap hari, selama waktu validasi yaitu 2-10 Maret 1998 (Kusumadewi dkk, dalam Alifah, 2016).

Penelitian terhadap pengujian validitas ini menghasilkan 87,5 % sensitivitas dan 61,6 % spesifisitas, yang berarti bahwa kemampuan EPDS di Indonesia untuk menscreening depresi postpartum adalah 87,5 % dan kemampuan untuk menjelaskan bahwa wanita tidak mengalami depresi adalah 0,67 %. Menggunakan derajat kebebasan diperoleh reliabilitas 0,67. Hasil diatas mengindikasikan bahwa penggunaan EPDS di Indonesia adalah valid dan reliabel sebagai instrument untuk melakukan screening depresi pasca persalinan wanita di Indonesia (Kusumadewi dkk, dalam Alifah, 2016).

Untuk penilaian kuisisioner EPDS, setiap pertanyaan memiliki nilai yang berbeda pada jawabannya. Tiap jawaban diberi nilai 0, 1, 2, 3 sesuai dengan beratnya gejala. Untuk soal nomor 1, 2 dan 4 (*unfavorable*) diberi nilai : 0 untuk jawaban a, 1 untuk jawaban b, 2 untuk jawaban c, 3 untuk jawaban d. Sedangkan untuk soal nomor 3, 5, 6, 7, 8, 9, dan 10 (*favorable*) diberi nilai sebaliknya 3 untuk jawaban a, 2 untuk jawaban b, 1 untuk jawaban c, 0 untuk jawaban d. Total nilai 9-12 menunjukkan terjadinya *baby blues*.

B. Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dilakukan melalui suatu proses dengan tahapan, Adapun tahapannya yaitu :

1. Editing

Editing dilakukan untuk mengetahui apakah data sudah diisi dengan benar sesuai dengan petunjuk pengisian. Pada tahap ini semua data diperiksa, sehingga apabila ada pertanyaan yang belum diisi atau terjadi kesalahan penulisan dapat ditanyakan kepada responden.

2. Coding

Coding adalah mengklasifikasikan hasil pengamatan. Klasifikasi dilakukan dengan cara menandai dengan kode berupa angka, kemudian dimasukkan dalam tabel guna memperoleh membacanya.

3. Entry

Entry data adalah kegiatan atau langkah memasukan data hasil penelitian ke dalam program computer.

4. *Tabulating*

Tabulating atau penyusunan data merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlahkan, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis. Mengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian, membuat tabel distribusi frekuensi.

5. *Analizing*

Analizing adalah kegiatan pembuatan analisa-analisa sebagai dasar bagi penarikan kesimpulan.

C. Uji Validitas Dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan berarti prinsip keandalan instrument dalam mengumpulkan data. Instrument harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam,2016). Tinggi rendahnya validitas instrument menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud. Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Bantul Yogyakarta dengan jumlah responden 20 orang.

Instrumen yang akan dilakukan uji validitas adalah instrument kuesioner dukungan suami dan perubahan peran. Sedangkan kuesioner untuk mengukur gangguan *baby blues* yakni *The Endinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dari hasil penelitian di rumah sakit menunjukkan bahwa penggunaan EPDS di Indonesia adalah valid dan reliabel sebagai instrument untuk melakukan screening depresi pasca persalinan wanita di Indonesia (Kusumadewi dkk, dalam Alifah, 2016).

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan rumus korelasi yang digunakan oleh pearson atau lebih dikenal dengan rumus korelasi *product moment*. Rumus ini digunakan untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis hubungan dari variable dependent dan independen (Sugiyono, 2016). Adapun rumusnya, yaitu :

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}} \sum$$

Keterangan :

r hitung = koefisien korelasi

$\sum xi$ = jumlah skor aitem

$\sum yi$ = jumlah skor total

n = jumlah responden

Kriteria uji validitas adalah apabila r_{hitung} setelah dibandingkan dengan harga r_{tabel} sama atau lebih besar pada taraf signifikan 5% ($P > 0,005$), maka butir tersebut valid

atau sah sedangkan apabila sebaliknya r_{hitung} lebih kecil dari r_{tabel} atau taraf signifikan $<0,005$, maka butir tersebut tidak valid atau gugur. Dari tabel *product moment* diketahui jika $N=20$, $r_{tabel}(5\%) = 0,444$. Apabila nilai r_{hitung} lebih besar daripada nilai r_{tabel} dan nilai signifikan lebih kecil dari $0,05\%$ (5%) maka butir pertanyaan tersebut dinyatakan valid.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

a. Karakteristik Umur

Karakteristik umur yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Karakteristik Umur Responden di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| Usia | Jumlah | Persentase |
|----------|--------|------------|
| a. 21-25 | 16 | 50 % |
| b. 26-30 | 10 | 31,2 % |
| c. 31-35 | 6 | 18,8 % |
| | 32 | 100 % |

Berdasarkan tabel 2 usia terbanyak pada golongan 21-25 tahun sebanyak 16 orang dengan jumlah persentase 50 %.

b. Karakteristik Pendidikan

Karakteristik pendidikan yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Karakteristik Pendidikan Responden di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| Pendidikan | Jumlah | Persentase |
|------------|--------|------------|
| a. SD | 0 | 0,0 % |
| b. SLTP | 1 | 3,1 % |
| c. SLTA | 18 | 56,2 % |
| d. D3/S1 | 13 | 40,6 % |
| | 32 | 100 % |

Berdasarkan tabel 3 pendidikan terbanyak pada golongan SLTA sebanyak 18 orang dengan jumlah persentase 56,2%.

c. Karakteristik Pekerjaan

Karakteristik pekerjaan yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Karakteristik Pekerjaan Responden di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| Pekerjaan | Jumlah | Persentase |
|------------------------------|--------|------------|
| | 0 | 0,0 % |
| a. PNS | | |
| b. Pegawai Swasta/Wiraswasta | 9 | 28,1 % |
| c. Petani/Buruh | 0 | 0,0 % |
| d. IRT/Tidak Bekerja | 23 | 71,9 % |
| | 32 | 100 % |

Berdasarkan tabel 4 pekerjaan terbanyak pada golongan IRT/ Tidak Bekerja sebanyak 23 orang dengan jumlah persentase 71,9 %.

2. Analisis Univariat

a. Dukungan Suami

Pengukuran Dukungan Suami yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 5. Pengukuran Dukungan Suami Pada Ibu Pasca Persalinan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| Dukungan Suami | Jumlah | Persentase |
|-----------------------------|--------|------------|
| a. Ada dukungan suami | 12 | 37,5 % |
| b. Tidak ada dukungan suami | 20 | 62,5 % |
| | 32 | 100 % |

Pengukuran dukungan suami pada ibu pasca persalinan diketahui ada dukungan suami sebanyak 12 orang (37,5 %) dan tidak ada dukungan suami sebanyak 20 orang (62,5 %). Ini berarti sebagian besar responden tidak mendapatkan dukungan suami pada ibu pasca persalinan secara normal di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta.

b. Perubahan Peran

Pengukuran Perubahan Peran yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 6. Pengukuran Perubahan Peran pada Ibu Pasca Persalinan di RSKIA Ummi

Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| Perubahan Peran | Jumlah | Persentase |
|--------------------|--------|------------|
| a. Menerima | 6 | 18,8 % |
| b. Cukup Menerima | 25 | 78,1 % |
| c. Kurang Menerima | 1 | 3,1 % |
| | 32 | 100 % |

Pengukuran perubahan peran pada ibu pasca persalinan diketahui yang cukup menerima perubahan peran pasca persalinan adalah yang terbesar yaitu sebanyak 25 orang (78,1 %), kemudian yang menerima perubahan peran pasca persalinan adalah sebanyak 6 orang (18,8 %), sedangkan yang kurang menerima perubahan peran pasca persalinan adalah yang terkecil yaitu sebanyak 1 orang (3,1%). Ini berarti rata-rata ibu pasca persalinan secara normal di RSKIA Ummi Khasanah Bantul cukup menerima perubahan peran pasca persalinan.

c. *Baby blues*

Pengukuran *Baby blues* yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Pengukuran *Baby blues* Pada Ibu Pasca Persalinan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| <i>Baby blues</i> | Jumlah | Persentase |
|-------------------|--------|------------|
| a. Sangat Tinggi | 0 | 0,0 % |
| b. Tinggi | 8 | 25,0 % |
| c. Sedang | 20 | 62,5 % |
| d. Rendah | 4 | 12,5 % |
| | 32 | 100 |

Keterangan :

- 1) Sangat Tinggi : Mengalami depresi postpartum psikosis.
- 2) Tinggi : Mengalami depresi postpartum
- 3) Sedang : Mengalami *baby blues*
- 4) Rendah : Kemungkinan rendah terjadinya depresi

Pengukuran *baby blues* pada ibu pasca persalinan diketahui yang mengalami *baby blues* adalah yang terbesar sebanyak 20 orang (62,5 %), kemudian yang mengalami depresi postpartum adalah sebanyak 8 orang (25,0 %), sedangkan yang kemungkinan

rendah terjadinya depresi sebanyak 4 orang (12,5 %). Ini berarti rata-rata ibu pasca persalinan secara normal di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta mengalami *baby blues*.

3. Analisis Bivariat

a. Dukungan Suami Terhadap *Baby blues*

Pengukuran Dukungan Suami terhadap *Baby blues* menggunakan Uji *Chi Square* yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Dukungan Suami Terhadap gangguan *Baby blues* di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| Dukungan Suami | <i>Baby blues</i> | | | | | | Total | |
|--------------------|-------------------|------|--------|------|--------|------|-------|------|
| | Tinggi | | Sedang | | Rendah | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Tidak Ada Dukungan | 6 | 18,8 | 14 | 43,7 | 0 | 0 | 20 | 62,5 |
| Ada Dukungan | 2 | 6,2 | 6 | 18,8 | 4 | 12,5 | 12 | 37,5 |
| Total | 8 | 25 | 20 | 62,5 | 4 | 12,5 | 32 | 100 |

tabel 8 diatas
bahwa

Berdasarkan menunjukkan responden

dengan kategori tidak ada dukungan suami mengalami *baby blues* (sedang) tertinggi sebanyak 14 responden (43,7 %), dan responden dengan kategori ada dukungan suami mengalami *baby blues* (sedang) sebanyak 6 responden (18,8%).

Hasil analisa uji korelasi antara variabel dukungan suami dengan *baby blues* dalam penelitian menggunakan uji *Chi Square* dengan menetapkan derajat kebebasan $\alpha = 0,05$, maka didapatkan nilai $p\text{ value} = 0,021$ ($p < 0,05$) H_0 ditolak, sedangkan hasil nilai statistik atau nilai *Chi Square* = 7,680 (nilai *Chi Square* > Statistik tabel 5,991) maka H_0 di tolak dan menerima H_a , hal itu berarti ada pengaruh yang signifikan antara dukungan suami terhadap gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta.

b. Perubahan Peran Terhadap *Baby blues*

Pengukuran Perubahan Peran terhadap *Baby blues* menggunakan Uji *Kendall Tau* yang didapatkan dari hasil penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Dukungan Suami Terhadap gangguan *Baby blues* di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018

| | <i>Baby blues</i> | Total |
|--|-------------------|-------|
|--|-------------------|-------|

| Perubahan Peran | Tinggi | | Sedang | | Rendah | | | |
|-----------------|--------|----|--------|------|--------|------|----|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Menerima | 0 | 0 | 2 | 6,3 | 4 | 12,5 | 6 | 18,7 |
| Cukup Menerima | 8 | 25 | 17 | 53,1 | 0 | 0 | 25 | 78,1 |
| Kurang Menerima | 0 | 0 | 1 | 3,1 | 0 | 0 | 1 | 3,1 |
| Total | 8 | 25 | 20 | 62,5 | 4 | 12,5 | 32 | 100 |

Berdasarkan tabel 9 di atas menunjukkan bahwa responden dengan kategori cukup menerima perubahan peran lebih banyak mengalami *baby blues* (sedang) sebanyak 17 responden (53,1 %), katagori menerima perubahan peran lebih banyak tidak mengalami depresi (rendah) sebanyak 4 responden (12,5%) dan katagori kurang menerima perubahan peran lebih banyak mengalami *baby blues* (sedang) sebanyak 1 responden (3,1%).

Hasil analisa uji korelasi antara variable perubahan peran dengan *baby blues* dalam penelitian menggunakan rumus *Kendall Tau* dengan menetapkan derajat kebebasan $\alpha = 0,05$, maka didapatkan nilai *p value* = 0,003 ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak dan menerima H_a , hal itu berarti ada pengaruh yang signifikan antara perubahan peran terhadap gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta. Sedangkan hasil koefisien korelasi atau nilai $\tau = -0,505$, yang berarti tingkat korelasi antara variable perubahan peran dengan terjadinya gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan mempunyai korelasi yang sedang/cukup kuat.

PENUTUP

1. Ada pengaruh dukungan suami terhadap terjadinya gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018, dengan nilai *p value* sebesar 0,021 sehingga nilai $p < 0,05$.
2. Ada pengaruh perubahan peran terhadap terjadinya gangguan *baby blues* pada ibu pasca persalinan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta Tahun 2018, dengan nilai *p value* sebesar 0,003 sehingga nilai $p < 0,05$

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih untuk seluruh pihak yang telah membantu terselesaikannya penelitian ini dan semua yang mendukung baik dari segi materi dan finansial. Kami ucapkan kepada Stikes Surya Global Yogyakarta dan seluruh tim penyusun artikel ini. Terima kasih atas dukungan dan supportnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifah, N, F. 2016. *Hubungan Faktor Psikososial Terhadap Kejadian Postpartum Blues di Ruang Nifas RSUD Dr. Abdoer Rahem Sitobondo*. Jurnal .
- Arfian, S. 2012. *Baby blues*. Solo : Metagraf.
- Ambarwati, E. R & Wulandari, D. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Azwar, S. 2012. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Chasanah, N.I., Pratiwi, K., Martuti, S., 2016. *Postpartum Blues Pada Persalinan Di Bawah Usia Dua Puluh Tahun*. Jurnal.
- Elvira, S.D. 2011. *Depresi Pasca Persalinan*. Jakarta :Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fatimah, S. 2009. *Hubungan Dukungan Suami dengan Kejadian Postpartum Blues Pada Ibu Primipara di Ruang Bulgenville RSUD Tegurejo Semarang*. Jurnal.
- Fauziah, R. 2014. *Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Depresi Postpartum Di RSIA Pertiwi Makasar Tahun 2012*. Jurnal.
- Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek. Edisi ke-5*. Jakarta : EGC.
- Mansur, H. 2013. *Psikologi Ibu dan Anak Untuk Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Marshall. 2013. *Mengatasi Depresi Pasca Melahirkan*. Jakarta : Arcan.
- Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri Jilid 1 Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Murtiningsih, A. 2012. *Mengenal Baby blues dan Pencegahannya*. Jakarta : Dunia Sehat.
- Notoatmodjo, 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Riwidikdo, H. 2017. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Soriwutun, F. 2013. *Analisis yang mempengaruhi postpartum blues di Rumah Sakit Jogja Kota Yogyakarta*. Jurnal.
- Sugiyono. 2016. *Statistika Untuk Penelitian*. Jakarta : EGC.
- Wulandari, S.R & Handayani, S. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KAWASAN SEHAT BEBAS ASAP ROKOK DI TEMUWUH BANTUL

Woro Ispandiyah^{1*}, Herlinda Hartati¹

1. Prodi Kesehatan Masyarakat, STIKES Surya Global Yogyakarta
2. Prodi Kesehatan Masyarakat, STIKES Surya Global Yogyakarta

E-mail Korespondensi: woroispandiyah87@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan rekapitulasi PHBS Rumah Tangga Indikator kesepuluh yaitu tidak merokok di dalam rumah, Desa Temuwuh merupakan wilayah kerja Puskesmas Dlingo I Bantul yang sudah dilakukan deklarasi Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok namun masih memiliki persentase perilaku merokok paling tinggi di dalam Rumah dengan persentase 55,55%.

Tujuan: Mengetahui Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok Di Desa Temuwuh Dlingo Bantul.

Metode: Jenis penelitian menggunakan *deskriptif kualitatif*, dirancang dengan menggunakan metode studi kasus. Subyek penelitian adalah Kepala Puskesmas Dlingo I Bantul, Pelaksana Promkes Puskesmas Dlingo I Bantul, Kepala Desa Temuwuh, Kader Kesehatan. Teknik pengumpulan data observasi, dokumentasi, dan wawancara.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh ada beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Pada aspek komunikasi dilakukan sosialisasi, aspek sumber daya menunjukkan kurangnya fasilitas dan anggaran, aspek disposisi menunjukkan adanya sikap positif dari pelaksana kebijakan dan aspek struktur birokrasi menunjukkan belum adanya SOP (*Standard Operational Procedure*) yang dibuat.

Kesimpulan: Implementasi kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok kurang berjalan dengan baik dikarenakan aspek penghambat, yaitu sulitnya kebiasaan merokok, hambatan dari faktor komunikasi, sumber daya, dan birokrasi.

Kata Kunci: Kebijakan, Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok

ABSTRACT

Background: Based on the result of recapitulation PHBS Household tenth indicator is no Temuwuh Village is one of working areas of Public Health Center Dlingo I Bantul which has the highest percentage of smoking behavior in the House with the percentage amount of 55.55%. Declaration of smoke-free healthy area in Temuwuh Village.

Methods: This research is using descriptive qualitative, type of this research is case study method. The subjects in this research are the Head of Public Health Center Dlingo I Bantul, Implementer of health promotion, the Head of Temuwuh Village, Health Cadre of Temuwuh village hamlets. Data collecting techniques used in this research are observation, documentation and interview.

Result: The result of this research shows that the implementation of the policy of smoke-free area in Temuwuh, there is some factors influence the implementation of policy such as communication, resource, disposition and bureaucratic structure. Communication aspect is done by socialization. The other aspect is resource aspect; it shows the lack of facilities and budget. In aspect of disposition shows positive attitude of the policy actors. The last aspect is bureaucratic structure shows the absence of SOP (*Standard Operational Procedure*).

Conclusion: Implementation of Smoke-Free Healthy Area policy is not running well because of some aspects of inhibition like the difficulty of smoking behavior and also the barriers of communication factors, resources and bureaucracy.

Keywords: Policy, Smoke-Free Healthy Area

PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 menyatakan Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial, dan ekonomi. Pengertian ini sangatlah serasi dengan definisi sehat dari Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial, dan ekonomis.

Perilaku merokok merupakan perilaku yang kompleks, yang diawali dan berlanjut yang disebabkan oleh beberapa variabel yang berbeda (Wismanto dan Sarwo, 2007). Perilaku merokok dilihat dari sudut manapun sangat merugikan, baik untuk diri sendiri maupun orang sekelilingnya.

Dasar Hukum Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Indonesia yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 115 menetapkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 Nomor 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok, menyatakan Kawasan Tanpa Rokok, yang selanjutnya disingkat KTR adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau.

Peraturan Bupati Bantul Nomor 18 tahun 2016 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok merupakan peraturan yang paling baru ditetapkan. Salah satu kawasan bebas asap rokok yang diatur dalam kebijakan tersebut yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Maka setiap Puskesmas yang merupakan satuan unit pelayanan kesehatan seharusnya menjadi percontohan turut menerapkan kawasan sehat bebas asap rokok tersebut.

Tabel 1. Rekapitulasi Pemantauan Tatanan PHBS RumahTangga Wilayah Kerja Puskesmas Dlingo I Bantul Tahun 2017

| No | Desa | Jumlah RumahTangga | Indikator | |
|----|----------|-----------------------|-----------|----------------|
| | | | 10 P | Presentase (%) |
| 1 | Temuwuh | 1953 | 1085 | 55,55 % |
| 2 | Dlingo | 1416 | 863 | 60,94 % |
| 3 | Mangunan | 1107 | 636 | 57,45 % |

| | | | |
|--------|------|------|---------|
| Jumlah | 4476 | 2584 | 57,73 % |
|--------|------|------|---------|

Sumber: Seksi Promosi Kesehatan Puskesmas Dlingo I Bantul Tahun 2017

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa hasil presentase untuk PHBS indikator kesepuluh yaitu tidak merokok di dalam rumah presentase yang paling kecil yaitu terdapat pada Desa Temuwuh dengan jumlah persentase 55,55%, menandakan bahwa dari ketiga desa cakupan wilayah kerja Puskesmas Dlingo I Bantul yaitu Desa Temuwuh merupakan Desa yang paling tinggi untuk perilaku merokok di dalam rumah.

Studi Pendahuluan yang dilakukan peneliti di Desa Temuwuh yaitu bertemu dengan Kader PKK Desa Temuwuh diketahui bahwasannya di Desa Temuwuh sudah dilakukan upaya untuk menanggulangi perilaku merokok tersebut yaitu melalui deklarasi Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok yang baru disepakati di dua Dusun yang berada di Desa Temuwuh yaitu Dusun Tanjung dan Dusun Klepuh. Namun Deklarasi ini masih belum dipraktikkan oleh masyarakat, terlihat masih banyak kebiasaan merokok di dalam rumah oleh masyarakat.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Bagaimana Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh Dlingo Bantul Tahun 2018?”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian *deskriptif kualitatif* dengan rancangan adalah studi kasus.

POPULASI DAN SAMPEL

Pengambilan sampel subjek atau narasumber dalam penelitian ini menggunakan teknik *sampling non probability sampling* dalam hal ini menggunakan *purposive sampling*. Penentuan sampel ini atas dasar pertimbangan tertentu dimaksudkan untuk memperoleh berbagai macam narasumber yang tepat sehingga dapat diperoleh data dengan sebanyak mungkin informasi sehingga dapat diperoleh kebenaran dari informasi yang disampaikan oleh narasumber. Adapun narasumber dalam penelitian yaitu Kepala Puskesmas Dlingo I Bantul, Pelaksana Promosi Kesehatan Puskesmas Dlingo I Bantul, Kepala Desa Temuwuh, Kader Kesehatan Desa Temuwuh yaitu kader dari Dusun Klepuh dan Tanjung, Perokok Aktif Desa Temuwuh di dusun Klepuh dan Tanjung.

TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Teknik pengumpulan data dalam penelitian yaitu dilakukan dengan observasi, wawancara dan dokumentasi.

TEKNIK ANALISIS DATA

Pada penelitian analisis data dilakukan dengan reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), dan penarikan kesimpulan (*conclusion drawing/verification*).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Informan

Peneliti melakukan wawancara di Puskesmas Dlingo I Bantul dan Desa Temuwuh. Informan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas Dlingo I Bantul, Pelaksana Promkes, Kepala Desa Temuwuh, Kader Kesehatan Dusun Tanjung dan Kader Kesehatan Dusun Klepuh dengan deskripsi sebagai berikut:

Tabel 2. Karakteristik Informan Dalam Penelitian Di Desa Temuwuh Dlingo Bantul tahun 2018

| Subjek | JK | Pendidikan | Jabatan |
|--------|----|------------|---|
| NA | L | S1 | Kepala Puskesmas Dlingo I Bantul |
| KN | P | S1 | Pelaksana Promkes Puskesmas Dlingo I Bantul |
| SE | L | S1 | Kepala Desa Temuwuh |
| PN | P | SLTA | Kader Kesehatan Dusun Tanjung |
| SP | P | SLTP | Kader Kesehatan Dusun Klepuh |
| GN | L | SLTP | Perokok Aktif Dusun Klepuh |
| PJ | L | SLTP | Perokok Aktif Dusun Tanjung |

2. Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh

Wilayah Kerja Puskesmas Dlingo I Bantul

Pelaksanaan kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh yang merupakan Wilayah Kerja Puskesmas Dlingo I Bantul yaitu Kepala Puskesmas, Koordinator Promkes, Kepala Desa dan masyarakat yang membantu terlaksananya Program Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok ini. Pihak Puskesmas memiliki kewajiban atau tugas untuk menyampaikan kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok kepada masyarakat berdasarkan Peraturan Bupati Bantul Nomor 18 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok yaitu di antaranya rumah, fasilitas pelayanan kesehatan, tempat kerja dan tempat untuk pertemuan atau rapat.

Implementasi merupakan proses yang memerlukan tindakan-tindakan sistematis. Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh melewati beberapa tahapan yaitu pengorganisasian, interpretasi, dan aplikasi.

3. Komunikasi

Model Edward III mengemukakan bahwa komunikasi kebijakan terdiri dari tiga dimensi yaitu dimensi transmisi (*transmission*), kejelasan (*clarity*), dan konsistensi (*consistency*).

a. Transmisi

Transmisi dalam komunikasi implementasi kebijakan kawasan sehat bebas asap rokok telah dilaksanakan. kegiatan sosialisasi yang dilakukan Puskesmas Dlingo I Bantul dilakukan melalui tiga step yaitu advokasi, sosialisasi dan juga deklarasi. Sosialisasi dilakukan dengan cara megumpulkan tokoh masyarakat, kader kesehatan, perokok aktif dan juga perangkat desa, di mana proses sosialisasi ini merupakan hal yang penting dalam proses komunikasi agar informasi yang disampaikan terlaksana dengan baik kepada kelompok sasaran yang dituju.

b. Kejelasan

Kejelasan dalam komunikasi implementasi kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh Wilayah Kerja Puskesmas Dlingo I Bantul tahun 2018 menunjukkan bahwa kejelasan tentang Kebijakan Peraturan Bupati Bantul Nomor 18 Tahun 2016 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok sudah cukup jelas.

c. Konsistensi

Konsistensi pelaksanaan kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh belum sepenuhnya terlaksana dengan baik karena masih terdapat beberapa masyarakat yang dalam kesehariannya masih merokok di tempat yang merupakan kawasan bebas asap rokok.

4. Sumber Daya

Model Edward III mengemukakan bahwa sumber daya kebijakan terdiri dari beberapa dimensi di antaranya yaitu sumber daya manusia, anggaran, wewenang dan fasilitas.

a. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok dari pihak Puskesmas yaitu kepala Puskesmas, bagian Promkes Puskesmas Dlingo I Bantul, Pamong Desa dan juga beberapa tokoh masyarakat serta kader-kader kesehatan yang menjadi pelopor terlaksananya kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok tersebut kepada masyarakat, sehingga dapat dikatakan sumber daya manusia dalam pelaksanaan kebijakan ini sudah terpenuhi.

b. Sumber Daya Anggaran

Sumber Daya Anggaran sudah ada, akan tetapi hanya baru sampai dalam tahap deklarasi dalam pelaksanaan implelementasi kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok

c. Sumber Daya Wewenang

Belum adanya wewenang berupa kebijakan khusus dalam implementasi kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh.

d. Sumber Daya Fasilitas

Sumber daya fasilitas yang ada hanya berupa baner deklarasi dan sticker tanda larangan merokok

5. Disposisi

Sikap Positif dari para pelaksana terkait implementasi kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.

6. Struktur Birokrasi

Belum adanya *Standart Operating Procedure* (SOP) yang menjadi pedoman khusus dalam pelaksanaan kebijakan awasan tanpa rokok di Desa temuwuh Wilayah Kerja Puskesmas Dlingo I Bantul.

7. Faktor penghambat Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok

Terdapat beberapa kendala yaitu di antaranya belum semua warga mengetahui adanya kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok ini, tidak semua warga menyetujui adanya Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok, kesadaran yang dimiliki oleh warga yang masih kurang dan terdapat beberapa warga yang masih melanggar terhadap kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok ini.

PENUTUP

Berdasarkan analisis yang dilakukan terhadap Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh, Dlingo, Bantul dapat disimpulkan :

1. Komunikasi belum dapat mencapai sasaran. Hal tersebut dapat dilihat dari walaupun sudah ada sosialisasi dan tanda larangan merokok tetapi masih ditemukannya pelaksana kebijakan yang merokok pada Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
2. Sumber daya terbagi menjadi empat, yaitu sumber daya manusia, anggaran, fasilitas dan kewenangan. Pada sumber daya manusia dapat dikatakan walaupun belum dibentuknya tim khusus dalam pelaksanaan kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok sudah mempunyai sumber daya manusia yang baik dan cukup. Dalam hal sumber daya anggaran dan fasilitas belum sepenuhnya mencukupi. Hal tersebut karena anggaran dan fasilitas yang ada masih sangat minim.
3. Disposisi atau komitmen pelaksana kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok, dapat dikatakan masih tidak mendapatkan dukungan penuh dari para pelaksananya. Hal tersebut dibuktikan dengan masih adanya pelaksana kebijakan yang merokok di Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
4. Struktur birokrasi di Desa Temuwuh Wilayah Kerja Puskesmas Dlingo I Bantul mengenai SOP, kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok belum mempunyai SOP. Belum adanya regulasi berupa SOP yang menjadi pedoman pelaksanaan kebijakan ini sehingga membuat kebijakan tersebut belum dapat berjalan dengan baik.

Faktor penghambat Implementasi Kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok di Desa Temuwuh Dlingo Bantul yaitu sulitnya kebiasaan merokok dan juga terdapat hambatan dari faktor komunikasi yang berupa konsistensi, sumber daya yaitu fasilitas dan anggaran, disposisi yaitu dari sikap pelaksana kebijakan dan dari struktur birokrasi yaitu belum adanya SOP.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo. 2016. *Dasar-dasar Kebijakan Publik (edisi revisi)*. Bandung: Alfabeta.
- Arikunto. 2014. *Prosedur Penelitian Studi Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktik*. Depok: Raja Grafindo Persada.
- Azkha, Nzwardi. 2013. *Studi Efektivitas Penerapan Kebijakan Perda Kota Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dalam Upaya Menurunkan Perokok Aktif Di Sumatera Barat Tahun 2013*. Padang: Univeritas Andalas.
- Infodatin. 2013. *Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia Berdasarkan Riskesdas Tahun 2007 dan 2013*.
- Ingan, Falentina Agun. 2016. *Implementasi Peraturan Gubernur Nomor 1 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok (Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie (RSUD AWS) Kota Samarinda)*. Samarinda: Universitas Mulawarman.
- Kemenkes. 2011. *Pedoman Pengembangan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok*.
- Kemenkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*.
- Monica, Reza dan Pambudu, Argo. 2016. *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Bupati Bantul Nomor 18 tahun 2016 Tentang Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
- Peraturan Bupati Sleman Nomor 42 Tahun 2012 Tentang Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
- Peraturan Daerah Kabupaten Kulonprogo Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
- Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 2 Tahun 2017 Tentang Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
- Peraturan Daerah Kabupaten Gunung Kidul Nomor 7 Tahun 2015 Tentang Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.
- Peraturan Gubernur Nomor 42 Tahun 2009 Tentang Kebijakan Kawasan Dilarang Merokok
- Purwanto, Erwan Agus dan Sulistyastuti, Dyah Ratih. 2012. *Implementasi Kebijakan Publik Konsep dan Aplikasi Di Indonesia*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Subarsono. 2016. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharno. 2013. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Penerbit Ombak.
- Sugiyono. 2016. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kebijakan*. Bandung: Alfabeta.
- Tarua, Zismeda. 2016. *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di SMA Gajah Mada Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Undang-Undang Nomor 36 Tentang Kesehatan (Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok).
- Widodo, Joko. 2017. *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Media Nusa Creative.
- Winarno, Budi. 2012. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses (edisi revisi)*. Jakarta: Media Pressindo.
- Wismanto, Bagus Y dan Sarwo, Budi Y. 2007. *Strategi Penghentian Perilaku Merokok*. Semarang: Universitas Katolik Soegijapranata.

World Lung Foundation.2015. *Epidemic Is At A Critical Stagge. Bolder, Urgent Action Is Needed*.http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/02/TA5_FactSheet_Indonesia.pdf. Di akses 12 Oktober 2017 jam 17.37.

PARITAS DAN PENDAPATAN KELUARGA MEMPENGARUHI KUNJUNGAN ANC DI PUSKESMAS DANUREJAN II KABUPATEN KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2017

Pramukti Dian Setianingrum ^{1*}, Farida Sepa Hanifa ¹

1. Prodi kesehatan Masyarakat STIKES Surya Global
2. Prodi kesehatan Masyarakat STIKES Surya Global

E-mail Korespondensi : pramukti.skm@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Tingginya prevalensi kematian ibu dan bayi sampai saat ini masih merupakan masalah yang belum dapat ditanggulangi. Salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB adalah dengan melakukan pemeriksaan *antenatal* secara teratur. Antenatal care merupakan salah satu upaya mencegah kematian ibu dengan mendeteksi lebih dini terjadinya resiko tinggi kehamilan. *Antenatal Care* (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan/SPK. 74% ibu hamil memenuhi jadwal yang dianjurkan pemerintah, yaitu paling sedikit sekali di trimester pertama, sekali di trimester kedua, dan dua kali di trimester ketiga (ANC 1-1-2).

Metode: Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling menggunakan total sampling atau semua populasi dijadikan sebagai sampel dalam penelitian dengan jumlah sampel 30 ibu pada trimester III, data analisis menggunakan *chi square*.

Hasil: Variabel yang berpengaruh terhadap kunjungan ANC pada ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta adalah Paritas p-Value = 0,023 (p-Value < α = 0,05), Pendapatan keluarga p-Value = 0,017 (p-Value < α = 0,05).

Simpulan: Terdapat pengaruh paritas dan pendapatan keluarga terhadap kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta

Kata Kunci: Paritas, Pendapatan, ANC

ABSTRACT

Background: The high prevalence of maternal and infant deaths is still an unresolvable problem. One effort to step down MMR and IMR is to perform regular antenatal checks. Antenatal care is one of the efforts to prevent maternal mortality with early cough. Antenatal Care (ANC) is a health service provided by maternal health personnel during pregnancy and implemented in accordance with the standards of service available in the Standard of Midwifery Services / SPK. Of 74% of pregnant women meet the government's recommended schedule, which is at least once first trimester, precisely in the second trimester, and twice in the third trimester (ANC 1-1-2).

Methods: The research method used is descriptive quantitative research with cross sectional approach. The sampling technique using total sampling or all populations was sampled in the study with a sample of 30 mothers in trisesmester III, data analysis using *chi square*.

Result: The mean variables on the ANC visit in pregnant women who visited Danurejan II Health Center of Yogyakarta City were Parity p-value = 0,023 (p-value < α = 0,05), Family income p-value = 0,017 (p-value < α = 0,05).

Conclusion: This study is the effect of parity, and income of families who visit ANC visits in Danurejan II Public Health Center, Yogyakarta City

Key Words: *Parity, Income of Families, ANC.*

PENDAHULUAN

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan/SPK. Cakupan K1 Kota Yogyakarta Tahun 2015 sebesar 99,90% dan cakupan KL sebesar 92,80%, capaian di atas dibandingkan target (90%) maka kota Yogyakarta sudah mencapai target tersebut.

Cakupan K1 di 8 Puskesmas kota Yogyakarta yang belum mencapai 100% di mana yang terendah yaitu di Puskesmas Danurejan II (52,56%). Kesenjangan antara cakupan K1 dan KL sebesar 7,1% sehingga masih perlu ditingkatkan kualitas pelayanan neonatal.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh paritas dan pendapatan keluarga terhadap kunjungan ANC.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Lokasi penelitian adalah Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta pada bulan November sampai dengan Desember 2017.

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling* yaitu 30 ibu hamil pada trimester III Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta. Analisis data dilakukan dengan menggunakan software SPSS untuk uji Kendall Tau.

HASIL DAN PEMBAHASAN

C. Karakteristik Responden

Pada tabel 1 berikut ini dapat dilihat distribusi responden berdasarkan data pribadi seperti umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan jenis kepesertaannya.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Data Pribadi

| Karakteristik | Klasifikasi | Frekuensi | Persentase |
|---------------------|-------------|-----------|------------|
| Umur | 21-24 | 6 | 20% |
| | 25-28 | 13 | 43% |
| | 29-32 | 4 | 13% |
| | 33-36 | 5 | 17% |
| | 37-40 | 2 | 7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Pendidikan Terakhir | SD | 1 | 3.3% |
| | SMP | 5 | 16.7% |
| | SMA | 16 | 53,3% |
| | PT | 8 | 26,7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Kehamilan Sekarang | 1 | 9 | 30% |
| | 2 | 11 | 36,7% |

| | | | |
|--------------------------------|-------------|----|-------|
| | 3 | 6 | 20% |
| | 4 | 3 | 10% |
| | 5 | 1 | 3.3% |
| | Total | 30 | 100% |
| Jumlah Anak yang Lahir | 0 | 9 | 30% |
| | 1 | 11 | 36.7% |
| | 2 | 6 | 20% |
| | 3 | 3 | 10% |
| | 4 | 1 | 3.3% |
| | Total | 30 | 100% |
| Jumlah Anak Lahir Hidup | 0 | 9 | 33.3% |
| | 1 | 14 | 43.3% |
| | 2 | 5 | 16.7% |
| | 3 | 2 | 6.7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Jumlah Anak Lahir Mati | 0 | 26 | 90% |
| | 1 | 3 | 6.7% |
| | 3 | 1 | 3.3% |
| | Total | 30 | 100% |
| Antenatal care | 3 | 9 | 30% |
| | 4 | 19 | 63.3% |
| | 5 | 2 | 6.7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Pendapatan | ≤ 1.572.201 | 12 | 40% |
| | ≥ 1.572.200 | 18 | 60% |
| | Total | 30 | 100% |

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa mayoritas responden berada pada kelompok umur 25-28 tahun yaitu sebanyak 13 responden (43%), dan tingkat pendidikan SMA yaitu sebanyak 16 responden (53,3%), Responden dalam kehamilan ke-2 dengan jumlah 11 orang (36,7%), dan memiliki jumlah anak yang lahir/paritas 1 yaitu sebanyak 11 orang (36,7%), serta memiliki jumlah anak yang lahir hidup 1 orang anak sebanyak 14 responden (43,3%), sedangkan memiliki jumlah anak lahir mati adalah 0 anak yaitu sebanyak 26 responden (90%).

Responden melakukan *Antenatal care* 4 kali yaitu sebanyak 19 responden (63,3%). Pendapatan mayoritas responden memiliki pendapatan \geq 1.572.201 yaitu sebanyak 18 responden (60%).

D. Hasil Penelitian

1. Hasil Analisis Univariat

Tabel 2. Hasil Analisis Univariat

| Variabel | Klasifikasi | Frekuensi | Persentase |
|----------------------|---------------------|-----------|------------|
| Kelompok umur | Berisiko | 4 | 13.3% |
| | Tidak Berisiko | 26 | 86.7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Pendidikan | Pendidikan Dasar | 4 | 13.3% |
| | Pendidikan Menengah | 18 | 60% |
| | Pendidikan Tinggi | 8 | 26,7% |

| | | | |
|--|-------------------|----|-------|
| | Total | 30 | 100% |
| Kehamilan sekarang | 1 | 9 | 30% |
| | 2 | 11 | 36,7% |
| | 3 | 6 | 20% |
| | 4 | 3 | 10% |
| | 5 | 1 | 3,3% |
| | Total | 30 | 100% |
| Paritas tinggi | Paritas tinggi | 4 | 13,3% |
| | Paritas rendah | 26 | 86,7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Jumlah anak lahir hidup | 0 | 9 | 30% |
| | 1 | 14 | 46,7% |
| | 2 | 5 | 16,7% |
| | 3 | 2 | 6,7% |
| | Total | 30 | 100% |
| Jumlah Anak yang Lahir Mati | 0 | 26 | 86,7% |
| | 1 | 3 | 10% |
| | 3 | 1 | 3,3% |
| | Total | 30 | 100% |
| Antenatal care | Tidak lengkap | 11 | 36,7% |
| | Lengkap | 19 | 63,3% |
| | Total | 30 | 100% |
| Pendapatan | Pendapatan Kurang | 12 | 40% |
| | Pendapatan Baik | 18 | 60% |
| | Total | 30 | 100% |

2. Hasil Analisis Bivariat

a. Pengaruh Paritas Ibu terhadap Kunjungan *Antenatal Care*

Hasil *crosstabulation* Pengaruh Paritas Ibu terhadap Kunjungan *Antenatal Care* di tampilkan pada tabel 3 berikut ini:

Tabel 3. Hasil Tabulasi Silang Variabel Paritas dengan Kunjungan *Antenatal Care* Pada Responden Puskesmas Danurejan II

| <i>Paritas</i> | <i>Antenatal care</i> | | Total | <i>p-Value</i> | α | OR |
|----------------|-----------------------|---------|-------|----------------|----------|-------|
| | Tidak Lengkap | Lengkap | | | | |
| Paritas Tinggi | 4 | 0 | 4 | 0,023 | 0,05 | 3,714 |
| Paritas rendah | 7 | 19 | 26 | | | |
| Total | 11 | 19 | 30 | | | |

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebanyak 4 responden (13,3%) dengan paritas tinggi yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 0 responden (0%) dengan paritas tinggi yang melakukan kunjungan ANC lengkap. Sebanyak 7 responden (23,3%) dengan paritas rendah yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 19 responden (63,3%) dengan paritas rendah yang melakukan kunjungan ANC lengkap.

Dari hasil uji statistik dengan *chi square test* diperoleh $p\text{-Value} = 0,023$ ($p\text{-Value} < \alpha = 0,05$), maka hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan paritas ibu terhadap kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II kota Yogyakarta.

b. Pengaruh Pendapatan Keluarga Ibu terhadap Kunjungan *Antenatal Care*

Hasil *crosstabulation* Pengaruh Pendapatan Keluarga Ibu terhadap Kunjungan *Antenatal Care* di tampilkan pada tabel 4 berikut ini:

Tabel 4. Hasil Tabulasi Silang Variabel Paritas dengan Kunjungan *Antenatal Care* Pada Responden Puskesmas Danurejan II

| Paritas | Antenatal care | | Total | p-Value | α | OR |
|-------------------|----------------|---------|-------|---------|----------|----|
| | Tidak Lengkap | Lengkap | | | | |
| Pendapatan Kurang | 8 | 4 | 12 | 0,017 | 0,05 | 10 |
| Pendapatan Baik | 3 | 15 | 18 | | | |
| Total | 11 | 19 | 30 | | | |

Berdasarkan tabel 4 hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebanyak 8 responden (26,7%) dengan pendapatan kurang yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 4 responden (13,3%) dengan pendapatan kurang yang melakukan kunjungan ANC lengkap. Sebanyak 3 responden (10%) dengan pendapatan baik yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 15 responden (50%) dengan pendapatan baik yang melakukan kunjungan ANC lengkap.

Dari hasil uji statistik dengan *chi square test* diperoleh $p\text{-Value} = 0,017$ ($p\text{-Value} < \alpha = 0,05$), maka hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pendapatan keluarga terhadap kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II kota Yogyakarta.

PEMBAHASAN

Paritas adalah keadaan seorang ibu yang melahirkan janin lebih dari satu orang. Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram atau lebih yang pernah dilahirkan hidup atau mati. Bila berat badan tidak diketahui maka dipakai batas umur kehamilannya 24 minggu. Berdasarkan pengertian tersebut maka paritas mempengaruhi kunjungan kehamilan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebanyak 4 responden (13,3%) dengan paritas tinggi yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 0 responden (0%) dengan paritas tinggi yang melakukan kunjungan ANC lengkap. Sebanyak 7 responden (23,3%) dengan paritas rendah yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 19 responden (63,3%) dengan paritas rendah yang melakukan kunjungan ANC lengkap. Dari hasil uji statistik dengan *chi square test* diperoleh $p\text{-Value} = 0,023$ ($p\text{-Value} < \alpha = 0,05$), maka hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang

signifikan antar paritas ibu terhadap kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II kota Yogyakarta.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa ibu yang baru pertama kali hamil merupakan hal yang sangat baru sehingga termotivasi memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Sebaliknya, ibu yang sudah pernah melahirkan lebih dari satu orang mempunyai anggapan bahwa ia sudah berpengalaman sehingga tidak termotivasi memeriksakan kehamilannya (Padila, 2014).

Berdasarkan paritas diketahui bahwa ada hubungan signifikan antara paritas dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal*. Ibu hamil primigravida merasa lebih membutuhkan informasi mengenai kehamilannya dikarenakan mereka merasa belum berpengalaman pada saat kehamilan terjadi. Mereka lebih banyak merasa khawatir dibandingkan dengan kehamilan multigravida sehingga ibu hamil primigravida akan lebih banyak memanfaatkan pelayanan *antenatal* dibandingkan dengan multigravida. Ibu multigravida merasa memiliki pengetahuan dan pengalaman lebih banyak dari pada primigravida, padahal setiap kehamilan itu berbeda keadaan dan kondisi akan berbeda - beda (Sari, Fitriana dan Anggraini, 2015).

Pendapatan yaitu seluruh penerimaan baik berupa uang maupun barang baik dari hasil sendiri. Jadi yang dimaksud pendapatan adalah suatu tingkat penghasilan yang diperoleh dari pekerjaan pokok dan pekerjaan sampingan dari orang tua dan anggota keluarga lainnya (Padila, 2014). Hasil menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebanyak 8 responden (26,7%) dengan pendapatan kurang yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 4 responden (13,3%) dengan pendapatan kurang yang melakukan kunjungan ANC lengkap. Sebanyak 3 responden (10%) dengan pendapatan baik yang tidak melakukan kunjungan ANC lengkap dan sebanyak 15 responden (50%) dengan pendapatan baik yang melakukan kunjungan ANC lengkap.

Dari hasil uji statistik dengan *chi square test* diperoleh p-Value = 0,017 ($p\text{-Value} < \alpha = 0,05$), maka hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pendapatan keluarga terhadap kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II kota Yogyakarta.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang *antenatal care* yang baik dan kesadaran untuk periksa, karena dapat menyediakan semua kebutuhan dirinya baik yang primer maupun sekunder. Pendapatan mempengaruhi kunjungan ANC. Hal ini disebabkan karena biaya penghidupan yang tinggi sehingga diperlukan pasien harus menyediakan dana yang diperlukan (Padila, 2014), dengan penghasilan yang cukup keluarga dapat menyediakan makanan bergizi yang dapat menunjang kesehatan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan.

Selain itu, penghasilan dapat mempengaruhi pemanfaatan *antenatal care* oleh ibu hamil. Rendahnya penghasilan keluarga meningkatkan hambatan untuk mendapatkan prioritas

kesehatan dalam urutan lebih tinggi dari pada prioritas kebutuhan pokok sehingga memperlambat atau menyebabkan terabaikannya frekuensi *antenatal care* (Junga, Pondaag dan Kundre, 2017).

PENUTUP

Terdapat pengaruh paritas dan pendapatan keluarga terhadap kunjungan ANC di Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada di Puskesmas Danurejan II Kota Yogyakarta dan para responden yaitu ibu hamil di wilayah Danurejan Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan. 2015. *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta*.
- Junga, Pondaag dan Kundre. 2017. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Care (Anc) Ibu Hamil Trimester III Di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. Volume 5 Nomor 1, Februari 2017. Universitas Sam Ratulangi.
- Kuncoroningrat. 1997. *Pengantar Ilmu Antropologi*. Jakarta: Aksara Baru.
- Lamempouw, Kundre dan Bataha. 2016. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Ibu Hamil Dengan Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Care (Anc) Di Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. Volume 4 Nomor 2, November 2016. Universitas Sam Ratulangi.
- Mufdlilah. 2009. *Antenatal Care Focused*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoadmodjo, Soekijo. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurul syamsiah dan Atikah Pustikasari. 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care pada Ibu Hamil di Puskesmas Kecamatan Kembang Jakarta Barat.
- Padila. 2014. *Keperawatan Maternitas Sesuai Dengan Standar Kompetensi (PLO) dan Kompetensi Dasar (CLO)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wulandari dan Ariesta. 2015. Hubungan Pendidikan dan Umur Ibu Hamil Dengan Kelengkapan Pemeriksaan Kehamilan (K4). Volume 2 Nomor 2, 2014-2015. Akbid La Tansa Mashiro.

JANGKAUAN PELAYANAN PUSKESMAS DI KECAMATAN BANJARMASIN UTARA

Devi Rachamwati

Departemen Geografi, Universitas Indonesia

E-mail Korespondensi: rachmawatidevi19@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Keberadaan dan ketersediaan fasilitas pelayanan publik yang memadai merupakan hal yang sangat penting bagi keberlangsungan sebuah kota. Salah satu fasilitas pelayanan public tersebut diantaranya adalah fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi sangat penting karena berkaitan dengan pembangunan manusia. Salah satu fasilitas kesehatan yang terdapat di Kota Banjarmasin adalah Puskesmas. Puskesmas merupakan sarana kesehatan bagi masyarakat khususnya di Kecamatan Banjarmasin Utara untuk mendapatkan fasilitas kesehatan primer. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jangkauan dari pelayanan Puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara yang didasarkan pada tipe Puskesmas dengan beberapa faktor seperti karakteristik pengunjung, karakteristik objek, serta karakteristik lokasi dengan menggunakan analisis spasial dan metode deskripsi.

Metode: Teknik pengambilan data dilakukan dengan cara observasi dan pengambilan sampel pengunjung dengan menggunakan *Systematic Random Sampling*. Faktor-faktor tersebut akan membentuk distribusi berdasarkan tipe dari masing-masing puskesmas.

Hasil: Hasil analisis data menunjukkan bahwa setiap tipe Puskesmas memiliki perbedaan jangkauan pelayanan dan mampu menjangkau daerah yang berada di luar Kecamatan Banjarmasin Utara.

Kata Kunci: fasilitas pelayanan kesehatan, puskesmas, jangkauan pelayanan puskesmas

ABSTRACT

Background: *The existence and availability of adequate public service facilities is very important for the sustainability of the city. One of public service facilities is a health facility. This become very important because related to human development. One of health facilities in the city of Banjarmasin is public health center. Public health center is a health facility for the community especially, in the North Banjarmasin Subdistrict to get primary health facilities. This research aims to know the coverage of service in the North Banjarmasin Sub-district public health center based on the type of public health centre with several factor such as the characteristics of the visitor, the characteristics of the objects, dan the characteristics of the location using spatial analysis and description methods.*

Methods: *Data retrieval is done by observation and sampling of visitor by using Systematic Random Sampling. Those factors will shape the distribution based on the type of each public health centre.*

Results: *The results of the analysis showed that each type of public health centre has a coverage of services and is able to reach areas outside of Subdistrict Banjarmasin Utara.*

Key Words: health facility, public health center, coverage service of public health center

PENDAHULUAN

Fasilitas pelayanan publik yang memadai merupakan hal yang sangat penting bagi keberlangsungan sebuah kota. Suatu kota berdasarkan fungsinya merupakan sebuah pusat dari penyelenggara dan penyedia pelayanan barang dan jasa bagi wilayah disekitarnya (Christaller, 1933). Kota Banjarmasin merupakan kota yang menempati peringkat ke-3 dari 72

kabupaten / kota sebagai penerima penghargaan role model fasilitas pelayanan public dengan kategori sangat baik. Fasilitas pelayanan public tersebut meliputi berbagai bidang, diantaranya adalah fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu fasilitas kesehatan yang terdapat di Kota Banjarmasin adalah Puskesmas. Puskesmas merupakan suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh terpadu yang berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azrul Azwar, 1996). Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dengan memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan di tingkat dasar (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Selama ini Kota Banjarmasin sering kali mengalami bencana kebakaran. Akibat dari bencana ini masyarakat sangat merasa dirugikan terutama pada aspek kesehatan. Asap akibat kebakaran menyebabkan penyakit ISPA kerap menyerang kesehatan dari masyarakat setempat. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) merupakan penyakit tertinggi dari sepuluh penyakit yang menyerang warga Kota Banjarmasin di setiap kecamatannya (BPS, 2017). Namun, sebagai kota peraih pelayanan public terbaik, pemerintah Kota Banjarmasin seharusnya sudah mampu menekan angka penyakit ISPA dengan melakukan penyuluhan dan penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai bagi masyarakat setempat. Terutama pada keberadaan puskesmas sebagai fasilitas pertolongan pertama pada standar pelayanan kesehatan.

Akan tetapi, pemilihan masyarakat terhadap sarana pelayan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai hal, baik dari masyarakat itu sendiri maupun penyedia pelayanan kesehatan. Dari aspek masyarakat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, jarak, biaya, dan persepsi yang menjadi factor untuk penentu dalam pemilihan sarana pelayanan kesehatan. Dari penyedia pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh fasilitas fisik dan non fisik, akreditasi, mutu, serta pelayanan yang memuaskan merupakan faktor yang menjadi daya tarik bagi masyarakat untuk memilih tempat pelayanan kesehatan. Setiap pusat pelayanan kesehatan memiliki kemampuan yang berbeda dalam menyerap pasien. Semakin besar sebuah pusat pelayanan kesehatan maka semakin tinggi pula hierarki dari pusat pelayanan tersebut dan jangkauan pelayanannya juga semakin luas, begitupun sebaliknya. Pusat pelayanan yang hierarkinya lebih tinggi cenderung memiliki jumlah pasien yang lebih besar dari pada pusat pelayanan dengan hierarki lebih rendah (Northam, 1979). Selain itu, Kemampuan sebuah pusat pelayanan dalam melayani konsumen seiring dengan bertambahnya jarak mengakibatkan jumlah konsumen berkurang. Tetapi berkurangnya jarak untuk mencapai suatu lokasi pelayanan mengakibatkan bertambahnya konsumen menuju

tempat tersebut (Taylor, 1977). Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui jangkauan pelayanan puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara. Serta, mengidentifikasi keterkaitan antara karakteristik objek, karakteristik lokasi, dan karakteristik pengunjung terhadap jangkauan pelayanan dari puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Banjarmasin Utara pada 9 April 2018 s.d. 11 April 2018 mulai pukul 08.00 – 14.00 WITA. Metode analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis keruangan. Adapun analisis keruangan dalam penelitian ini dilakukan secara deskriptif dengan mendeskripsikan hubungan jangkauan pelayanan puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara. Kecamatan Banjarmasin Utara memiliki dua tipe puskesmas yaitu puskesmas rawat jalan (Puskesmas Sungai Jingah, Puskesmas Alalak Tengah dan Puskesmas Kayu Tangi) serta, puskesmas rawat inap (Puskesmas Alalak Selatan). Teknik pengambilan data dilakukan dengan cara observasi dan kuesioner. Observasi dilakukan secara langsung untuk mendapatkan data lokasi puskesmas dan data fasilitas fisik puskesmas. Sedangkan teknik kuesioner digunakan untuk mendapatkan karakteristik pengunjung serta karakteristik objek yang terdapat di puskesmas tersebut. Teknik kuesioner yang digunakan teknik kuesioner semi terbuka, dimana peneliti sudah memberikan alternatif jawaban untuk dipilih oleh responden. Pengambilan data sampel responden dilakukan dengan cara *Systematic Random Sampling* yang merupakan suatu teknik sampling yang dilakukan dengan cara mengambil setiap nomor urut yang kesekian dari daftar populasi (jumlah pengunjung di setiap puskesmas per hari). Setiap elemen populasi dipilih dengan suatu jarak interval dan dimulai secara random. Selanjutnya dipilih sampel pada setiap jarak interval tertentu. Pada penelitian ini setiap puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara memiliki jumlah rata-rata pengunjung sebesar 100 orang per hari. Jumlah sampel yang dibutuhkan oleh setiap puskesmas sebanyak 10 sampel. Sehingga interval pada penelitian adalah 10 angka.

Data primer pada penelitian ini adalah lokasi puskesmas, alamat pengunjung, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, serta fasilitas fisik dan non fisik. Sedangkan data sekunder yang diperlukan dalam penelitian ini adalah administrasi Kecamatan Banjarmasin Utara, jaringan jalan, dan kepadatan penduduk. Jangkauan pelayanan dari masing – masing puskesmas tersebut di buffer dengan 5 kelas. Kemudian data-data tersebut diolah dan diklasifikasikan melalui visualisasi peta, tabel, dan grafik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jangkauan Pelayanan Puskesmas berdasarkan Karakteristik Pengunjung Puskesmas

Tabel 1. Persentase Tingkat Pendidikan Pengunjung Puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara

Rawat Jalan dan Rawat Inap

Karakteristik pengunjung pada setiap puskesmas pasti memiliki perbedaan dan persamaan.

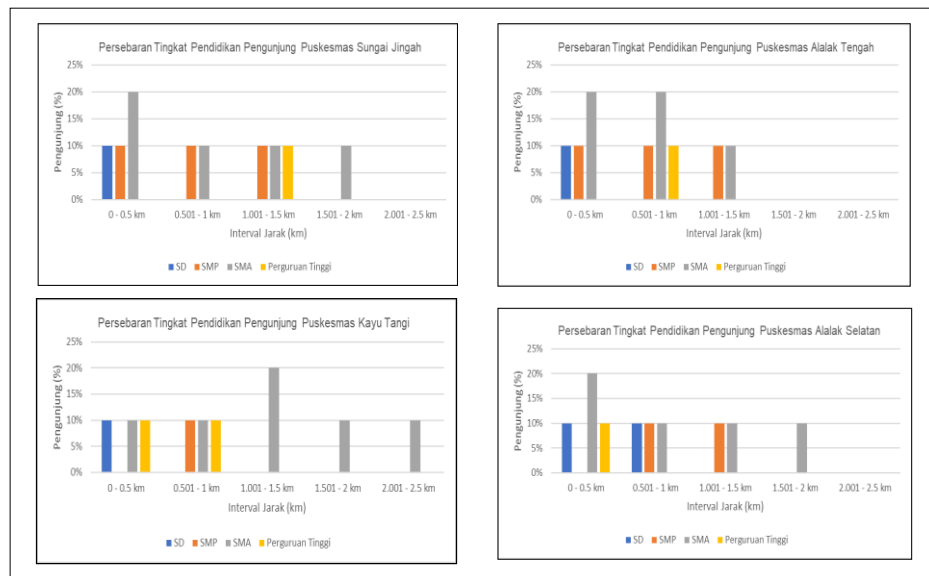
| Tipe Puskesmas | SD (%) | SMP (%) | SMA (%) | Perguruan Tinggi (%) |
|--|--------|---------|---------|----------------------|
| Puskesmas Sungai Jingah (Pukesmas Rawat Jalan) | 10 % | 30 % | 50 % | 10 % |
| Puskesmas Alalak Tengah (Pukesmas Rawat Jalan) | 10 % | 30 % | 50 % | 10 % |
| Puskesmas Kayu Tangi (Pukesmas Rawat Jalan) | 10 % | 10 % | 60 % | 20 % |
| Puskesmas Alalak Selatan (Pukesmas Rawat Jalan) | 20 % | 20% | 40% | 10% |

Perbedaan dan persamaan tersebut direpresentasikan pada latar belakang setiap pengunjung seperti tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan. Tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan sangat memberikan berpengaruh terhadap pemilihan tempat untuk berobat.

a. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan pada setiap individu umumnya akan mempengaruhi pilihan seseorang dalam memilih tempat untuk berobat. Tingkat pendidikan juga akan mempengaruhi kesadaran seseorang akan pentingnya arti kesehatan bagi diri sendiri dan lingkungan sekitar. Berdasarkan tabel 1 tingkat pendidikan dari pengunjung puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara terbagi atas SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi. Persentase tingkat pendidikan pengunjung puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara didominasi oleh tingkat pendidikan jenjang SMA sebesar 40 % - 60 %. Untuk Persentase terendah ditempati oleh SD dan Perguruan Tinggi yang hanya berkisar 10 – 20 % dari jumlah pengunjung.

Grafik 1. Persentase Jangkauan Pendidikan Pengunjung Puskesmas Tipe Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kecamatan Banjarmasin Utara



Berdasarkan data grafik 1 jangkauan pelayanan puskesmas berdasarkan tingkat pendidikan terbagi atas puskesmas tipe rawat jalan dan rawat inap. Pada puskesmas tipe rawat jalan yaitu Puskesmas Sungai Jindah jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendidikan pengunjung 10% SD, 10 % SMP, dan 20 % SMA. Pada jangkauan pelayanan terjauh (1.501 – 2 km) persentase tingkat pendidikan pengunjung adalah 10 % SMA. Pada Puskesmas Alalak Tengah jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendidikan pengunjung 10% SD, 10% SMP, dan 20 % SMA. pada jangkauan terjauh (1.501 – 2 km) persentase tingkat pendidikan pengunjung 10 % SMP dan 10 % SMA. Puskesmas Kayu Tangi jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendidikan pengunjung 10 % SD, 10 SMA, dan 10 % Perguruan Tinggi. Pada jangkauan pelayanan terjauh (2.001 – 2.5 km) dengan persentase tingkat pendidikan pengunjung 10 % adalah SMA. Serta pada puskesmas tipe rawat inap yaitu Puskesmas Alalak Selatan jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendidikan pengunjung 10 % SD, 20 % SMA, dan 10 % Perguruan Tinggi. Sedangkan, pada jangkauan terjauh (1.501 – 2 km) persentase tingkat pendidikan pengunjung 10 % adalah SMA.

b. Tingkat Pendapatan

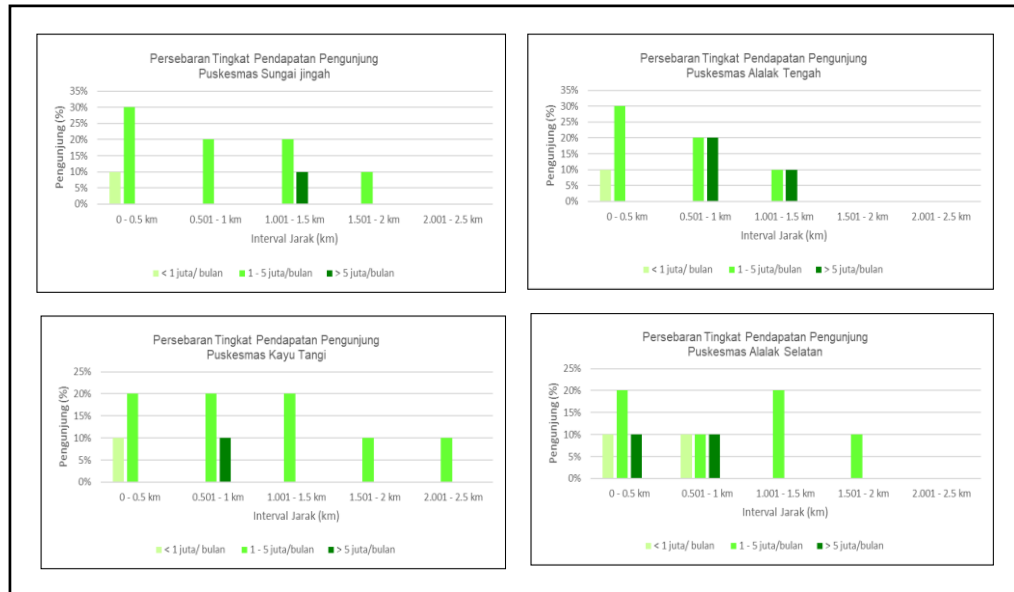
Pendapatan merupakan suatu faktor penting bagi seseorang untuk mendapatkan dan memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan. Pendapatan seseorang dapat mempengaruhi pilihan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Umumnya, masyarakat dengan tingkat penghasilan yang lebih tinggi akan memilih tempat pelayanan kesehatan dengan hierarki yang lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat dengan tingkat penghasilan rendah. Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan pendapatan pengunjung yang terbagi menjadi tiga kelas sebagai berikut:

- Rendah: < 1 juta/bulan

- Sedang: 1 - 5 juta/bulan
- Tinggi : > 5 juta/bulan

Berdasarkan data grafik 2 jangkauan pelayanan puskesmas berdasarkan tingkat pendapatan terbagi atas puskesmas tipe rawat jalan dan rawat inap. Pada puskesmas tipe rawat jalan yaitu Puskesmas Sungai Jingah memiliki jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% masuk kedalam kelas rendah (< 1 juta/bulan) dan 30% masuk kedalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan). Pada jangkauan pelayanan terjauh Puskesmas Sungai Jingah (1.501 – 2 km) persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% masuk dalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan). Pada Puskesmas Alalak Tengah memiliki jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% masuk kedalam kelas rendah (< 1 juta/bulan) dan 30% masuk dalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan). Pada jangkauan pelayanan terjauh Puskesmas Alalak tengah (1.001 – 1.5 km) persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% masuk kedalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan) dan kelas tinggi (> 5 juta/bulan). Pada Puskesmas Kayu Tangi memiliki jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% termasuk kelas rendah (< 1 juta/bulan) dan 20% termasuk dalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan). Pada jangkauan pelayanan terjauh Puskesmas Kayu Tangi (2.001 – 2.5 km) persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% masuk dalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan). Pada puskesmas tipe rawat inap yaitu Puskesmas Alalak Selatan memiliki jangkauan pelayanan terdekat (0 – 0.5 km) dengan persentase tingkat pendapatan pengunjung 10% masuk dalam kelas rendah (< 1 juta/bulan), 20% masuk dalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan), dan 10 % masuk dalam kelas tinggi (>5 juta/bulan). Pada jangkauan pelayanan terjauh Puskesmas Alalak tengah (1.501 – 2 km) persentase tingkat pendapatan pengunjung sebesar 10% masuk dalam kelas sedang (1 – 5 juta/bulan).

Grafik 2. Persentase Jangkauan Pendapatan Pengunjung Puskesmas Tipe Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kecamatan Banjarmasin Utara



Jangkauan Pelayanan Puskesmas Tipe Rawat Jalan dan Tipe Rawat Inap berdasarkan Karakteristik Objek

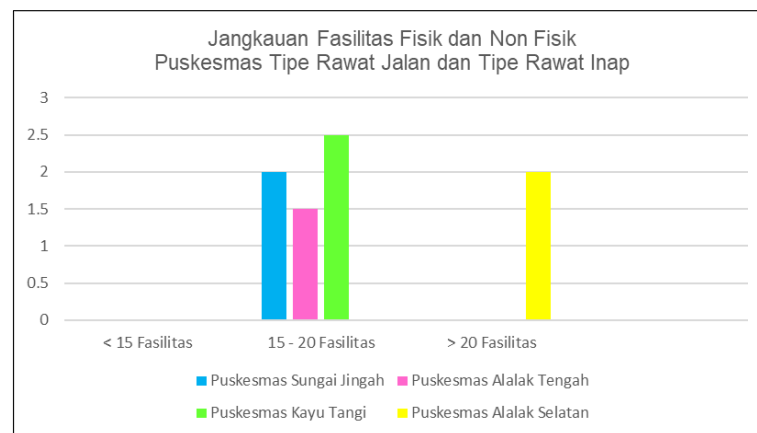
Puskesmas dengan tipe rawat jalan dan rawat inap memiliki karakteristik objek yang berbeda. Karakteristik objek meliputi fasilitas fisik dan non fisik yang ada di masing-masing tipe puskesmas. Fasilitas merupakan sarana yang digunakan untuk menunjang dan mendukung berbagai proses kegiatan yang berlangsung di suatu tempat seperti puskesmas. Dalam hal ini fasilitas puskesmas dibagi menjadi tiga kelas sebagai berikut:

- Sedikit : <math>< 15</math> fasilitas
- Sedang : $15-20$ fasilitas
- Banyak : > 20 fasilitas

Tabel 2. Jumlah Fasilitas Fisik dan Non fisik Puskesmas di Kecamatan Banjarmasin Utara

| No. | Tipe Puskesmas | Jumlah | Kelas |
|-----|--|--------|--------|
| 1. | Puskesmas Sungai Jinhah (Pukesmas Rawat Jalan) | 20 | Sedang |
| 2. | Puskesmas Alalak Tengah (Pukesmas Rawat Jalan) | 18 | Sedang |
| 3. | Puskesmas Kayu Tangi (Pukesmas Rawat Jalan) | 18 | Sedang |
| 4. | Puskesmas Alalak Selatan (Pukesmas Rawat Inap) | 28 | Banyak |

Grafik 3. Jangkauan Fasilitas Fisik dan Non Fisik pada Puskesmas Tipe Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kecamatan Banjarmasin Utara



Berdasarkan data tabel 2 dan grafik 3 diatas menunjukkan bahwa berdasarkan jumlah fasilitas fisik dan non fisik pada puskesmas tipe rawat jalan masuk dalam kelas sedang dan puskesmas tipe rawat inap masuk dalam kelas banyak. Puskesmas Sungai Jindah memiliki fasilitas berjumlah 20, Puskesmas Alalak Tengah memiliki fasilitas berjumlah 18, dan Puskesmas Kayu Tangi fasilitas berjumlah 18 fasilitas. Sedangkan Puskesmas Alalak Selatan memiliki fasilitas terbanyak yang berjumlah 28 fasilitas. Berdasarkan jangkauan pelayanan, kedua tipe puskesmas tersebut ternyata tidak sama. Hal ini ditunjukkan oleh Puskesmas Kayu Tangi yang memiliki jangkauan lebih jauh (2.5 km) dibandingkan dengan Puskesmas Sungai (2 km), Puskesmas Alalak Tengah (1.5 km), dan Puskesmas Alalak Selatan (2 km). Sehingga banyaknya fasilitas nyatanya tidak seluruhnya berpengaruh terhadap jangkauannya sebuah jangkauan pelayanan.

Jangkauan Pelayanan Puskesmas Tipe Rawat Jalan dan Tipe Rawat Inap berdasarkan Karakteristik Lokasi

Karakteristik lokasi di suatu wilayah dapat mempengaruhi aktivitas atau kegiatan baik produksi atau jasa yang ada di lokasi tersebut (Israr, 2010). Karakteristik lokasi puskesmas rawat jalan dan rawat inap merupakan gambaran kondisi sekitar yang dimiliki oleh setiap Puskesmas yang terdiri dari jaringan jalan dan kepadatan penduduk.

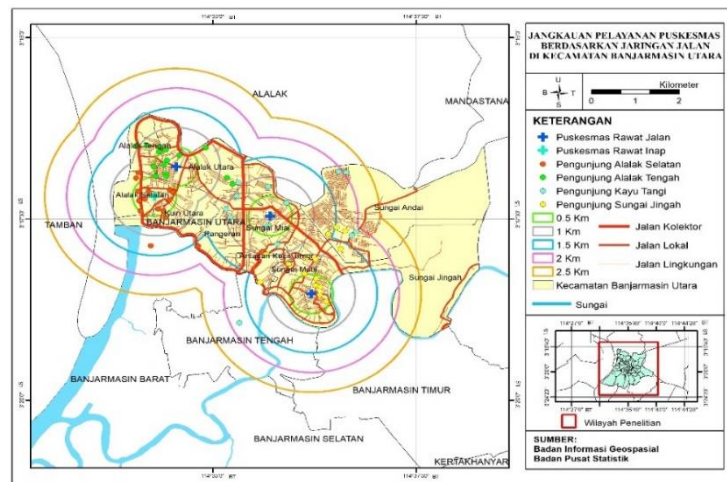
a. Jaringan Jalan

Keberadaan jaringan jalan sangat menentukan apakah suatu tempat mudah atau tidak untuk di akses. Jaringan Jalan yang ada di Kecamatan Banjarmasin Utara terbagi menjadi 3 kelas diantaranya:

- jalan kolektor
- jalan lokal
- jalan lingkungan.

Berdasarkan hasil observasi lapang dan gambar 1 bahwa keberadaan jaringan jalan di setiap tipe puskesmas memiliki perbedaan. Pada puskesmas tipe rawat jalan yaitu

Puskesmas Sungai Jingah berada pada jaringan jalan lokal dan memiliki jangkauan pelayanan pada wilayah yang memiliki jaringan jalan lokal dan lingkungan. Puskesmas Alalak Tengah berada pada jaringan lokal dan memiliki jangkauan pelayanan pada wilayah yang memiliki jaringan jalan kolektor, lokal, dan lingkungan. Sedangkan Puskesmas Kayu Tangi berada pada jaringan memiliki lingkungan dan memiliki jangkauan pelayanan pada wilayah yang memiliki jaringan jalan lokal dan lingkungan. Serta, untuk puskesmas tipe rawat inap yaitu Puskesmas Alalak Selatan berada pada jaringan jalan lingkungan dan memiliki jangkauan pelayanan pada wilayah yang memiliki jaringan jalan kolektor, lokal, dan lingkungan.



Gambar 1. Peta Jangkauan Pelayanan Puskesmas Berdasarkan Jaringan Jalan di Kecamatan Banjarmasin Utara

b. Kepadatan Penduduk

Berdasarkan hasil pengolahan data BPS Kecamatan Banjarmasin Utara tahun 2017, kepadatan penduduk terendah di Kecamatan Banjarmasin berjumlah 7.109 jiwa/km² dan tertinggi berjumlah 29.552 jiwa/km². Dalam hal ini kepadatan penduduk di kecamatan Banjarmasin Utara dibagi menjadi tiga kelas:

- Jarang : 7.109 – 10.647 jiwa/km²
- Sedang : 10.647,000001 – 15.419 jiwa/km²
- Tinggi : 15.419,000001 – 29.552 jiwa/km²

Untuk puskesmas tipe rawat jalan yaitu Puskesmas Sungai Jingah berada pada wilayah dengan kepadatan penduduk kelas sedang dan memiliki jangkauan pelayanan pada wilayah dengan kepadatan penduduk kelas jarang hingga kelas sedang. Pada Puskesmas Alalak Tengah berada pada wilayah dengan kepadatan penduduk kelas padat dan memiliki jangkauan pelayanan pada wilayah dengan kepadatan penduduk kelas sedang hingga kelas padat. Sedangkan Puskesmas Kayu Tangi berada pada wilayah dengan kepadatan penduduk

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Sinar Harapan.
- Badan Pusat Statistik Kecamatan Banjarmasin Utara. (2017). *Kecamatan Banjarmasin dalam Angka 2017*. Banjarmasin: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Kota Banjarmasin. (2017). *Kota Banjarmasin dalam Angka 2017*. Banjarmasin: Badan Pusat Statistik.
- Christaller, Walter. (1933). *Central Places in Southern Germany*. Germany.
- Israr. (2010). *Wilayah Jangkauan Kios Buah Jalan Kalimantan dan Jatinegara*. Depok: Skripsi Sarjana Departemen Geografi FMIPA UI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Data Dasar Puskesmas Tahun 2013*. Jakarta: DepartemenKesehatan RI.
- Northam, RM. 1979. *Urban Geography*. Toronto. John Wiley and Sons.
- Taylor, P. 1977. *Quantitative Methodes In Geography*. Houghton-Mifflin, Atlanta.
- Pemerintah Kota Banjarmasin. (2018). *Kota Banjarmasin Kembali Raih Penghargaan Role Model Pelayanan Publik Dengan Kategori Sangat Baik*. Diperoleh 1 April 2018 dari <http://org.banjarmasinkota.go.id/detailpost/kota-banjarmasin-kembali-raih-penghargaan-role-model-pelayanan-publik-dengan-kategori-sangat-baik>

KEBUGARAN FISIK, KEWIRAUSAHAAN DAN PENINGKATAN MOTIVASI KERJA TENAGA KERJA WANITA DI PURWOKERTO UTARA

Suryanto^{1*}, Endang Dwi S¹

1. Fikes, Universitas Jenderal Soedirman
2. FISIP, Universitas Jenderal Soedirman
(Universitas Jenderal Soedirman)

E-mail Korespondensi : suryantomoecheri70@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Pedagang kecil sebagai pelaku usaha merupakan motor penggerak perekonomian keluarga dan masyarakat melalui wirausaha. Tenaga kerja wanita memiliki beban kerja yang berat, waktu kerja yang berlebih (lama) dan tidak memperhatikan keselamatan dalam bekerja. Kebugaran fisik perlu dipertahankan untuk meningkatkan motivasi kerja sehingga dapat bekerja optimal.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif observasional dengan pendekatan *Cross sectional*. Populasi adalah tenaga kerja wanita di sekitar Unosed Purwokerto. Penelitian ini berfokus pada *Safety behavior approach*. Intervensi berupa *Safety behavior training* tentang kewirausahaan, kebugaran fisik dan motivasi kerja. Peserta juga diberi pelatihan tentang senam kebugaran fisik. Instrumen evaluasi menggunakan kuesioner *pre-test* dan *post-test*, lembar observasi dan lembar advokasi.

Hasil: Pelatihan dilakukan kepada 38 peserta. Hasil pelatihan dari 38 peserta terdapat 29 orang (76,3%) mempunyai riwayat keluarga wirausaha dan 9 orang (23,7%) tidak mempunyai riwayat keluarga wirausaha. Latar belakang pendidikan formal peserta adalah sebagian besar tamat pendidikan menengah 17 orang (44,7%) dan pendidikan tinggi 5 orang (13,2%). Dan terdapat peserta yang tidak rutin melakukan olah raga 5 orang (13,2%). Setelah pelatihan didapatkan peningkatan pengetahuan tentang kewirausahaan, kebugaran fisik, dan motivasi kerja. Para peserta merasakan peningkatan kesegaran dan kebugaran fisik. **Simpulan:** Upaya wirausaha oleh para peserta dilakukan dengan latar belakang riwayat keluarga yang berjiwa wirausaha dan karena alasan lain (alasan ekonomi dan pemenuhan kebutuhan keluarga). Pelatihan dapat merubah pengetahuan para peserta tentang kewirausahaan, kebugaran fisik, dan motivasi kerja.

Kata kunci: Kebugaran fisik, kewirausahaan, motivasi kerja.

ABSTRACT

Background: Small traders as entrepreneurs is the motor of the economy and society through entrepreneurial family. Female workers has a heavy workload, excessive working time (long ago) and did not pay attention to safety at work. Physical fitness should be work motivation increased so that it can work optimally. **Method:** This study is an observational quantitative research with cross sectional analytic. The population is women workers around Unosed Purwokerto. The research focuses on behavioral safety approach. Intervention in the form of Safety behavior training on entrepreneurship, physical fitness, and work motivation. Participants were also given training in physical fitness training. Evaluation instrument used a questionnaire *pre-test* and *post-test*, observation sheets and sheets advocacy.

Results: The training was conducted for 38 participants. The results of the training of 38 participants there were 29 people (76.3%) had a family history of entrepreneurship and 9 (23.7%) did not have a family history of entrepreneurship. The formal

education background of the participants is that most of them graduated from middle level education 17 people (44.7%) and higher education 5 people (13.2%). And there are participants unusual exercise 5 people (13.2%). After training gained increased knowledge about entrepreneurship, physical fitness and work motivation. The participants noticed an improvement in fitness and physical fitness.

Conclusion: Entrepreneurial efforts by the participants carried out against a backdrop of family history of entrepreneurial and for other reasons (economic reasons and meeting family needs). Training can prepare participants regarding entrepreneurship, physical fitness and work motivation.

Keywords: Physical fitness, entrepreneurship, work motivation.

PENDAHULUAN

Para pedagang kecil yang berada di sekitar kampus Unsoed Purwokerto secara turun menurun telah melakukan usaha sejak lama dan ada juga yang berjualan karena faktor lain seperti faktor ekonomi dan untuk memenuhi kebutuhan keluarga (Suryanto, dkk, 2015). Para pekerja informal bekerja dari pagi sampai sore atau malam. Jam kerja tidak menentu dan lama membuat timbulnya stress kerja (Suryanto, dkk, 2016). Para pedagang yang menjalankan usaha (bisnis) secara tidak langsung telah menerapkan prinsip-prinsip kewirausahaan yang perlu terus dibina agar motivasi kerja tetap tinggi dan dapat meningkatkan produktivitas kerja (Suryanto, dkk, 2017). Tenaga kerja yang puas dalam bekerja akan meningkatkan motivasi kerja (Atika dan Darminto, 2013)

Keberanian seorang untuk berwirausaha seringkali didorong oleh orang lain yang memberikan penjelasan kewirausahaan secara praktis dan menarik. Minat wirausaha bangkit setelah mengikuti proses pembelajaran dan sekaligus praktik kewirausahaan secara langsung (Abas S, dkk, 2011). Pada diri seseorang yang melakukan kegiatan wirausaha sebenarnya sudah ada sifat-sifat : jujur, ulet, memiliki semangat mencoba, berani menghadapi tantangan, dan berani menanggung risiko (Jafrial J dan Edy Y, 2014). Motivasi kerja pada tenaga kerja berpengaruh pada produktivitas tenaga kerja (Cecep, 2014).

Peningkatan kebugaran tenaga kerja (pegawai) dapat dilakukan dengan aktivitas fisik atau olah raga yang teratur, terukur dan terprogram (Tamimi dan Rimbawan, 2015). Penguatan dan pengembangan usaha pedagang kecil dapat dilakukan dengan kemitraan atau kerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM) atau lembaga pemerintah. Kemitraan dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya (Notoatmodjo, 2012).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang bersifat penjelasan (*explanatory*) dengan pendekatan *Cross sectional*. Populasi adalah ibu-ibu PKK Kelurahan Karangwangkal Purwokerto Utara yang berjumlah 38 orang. Teknik sampling dilakukan secara *total sampling*. Instrumen penelitian adalah kuesioner dan lembar observasi. Teknik pengumpulan data

dilakukan dengan: wawancara (*interview*) dan observasi. Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah : *Editing, Coding Sheet, Data Entry* dan Tabulasi. Analisis data menggunakan analisis univariate dan bivariate. Analisis data dengan menggunakan *Chi-Square*.

C. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pelatihan dilakukan kepada peserta ibu-ibu PKK Kelurahan Karangwangkal yang berjumlah 38 orang. Hasil penelitian selengkapnya pada tabel di bawah ini. Karakteristik para peserta sebagai berikut:

1. Berdasarkan Usia

Tabel 1. Distribusi Frekwensi Peserta Berdasarkan Umur dalam Tahun

| No | Umur (Tahun) | Jumlah (orang) | Prosentase (%) |
|--------------|------------------------|----------------|----------------|
| 1 | Dewasa Awal (26 – 35) | 11 | 28,95 |
| 2 | Dewasa Akhir (36 – 45) | 10 | 26,32 |
| 3 | Lansia Awal (46 -55) | 14 | 36,84 |
| 4 | Lansia Akhir (56 – 65) | 3 | 7,89 |
| Total | | 38 | 100,0 |

Berdasarkan tabel diatas jumlah responden terbanyak adalah berumur kategori lansia awal (46-55 tahun) sejumlah 14 orang (36,8%).

2. Berdasarkan Riwayat Wirausaha Keluarga

Tabel 2. Distribusi Frekwensi Peserta Berdasarkan Riwayat Wirausaha Keluarga

| No | Berwirausaha | Frekuensi (orang) | Prosentase (%) |
|--------------|--------------|-------------------|----------------|
| 1 | Ya | 29 | 76,32 |
| 2 | Tidak | 9 | 23,68 |
| Total | | 38 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas jumlah responden yang mempunyai riwayat keluarga berwirausaha sejumlah 29 orang (76,3%). Jenis usaha yang dilakukan antara lain : berjualan makanan, usaha laundry, dan usaha kos untuk mahasiswa.

3. Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 3. Distribusi Frekwensi Peserta Berdasarkan Tingkat Pendidikan Akhir

| No | Pendidikan | Frekuensi (orang) | Prosentase (%) |
|--------------|-------------------------------|-------------------|----------------|
| 1. | Pendidikan Dasar (SD-SMP) | 16 | 42,11 |
| 2. | Pendidikan Menengah (SMA/SMK) | 17 | 44,73 |
| 3. | Tinggi (D1-S3) | 5 | 13,16 |
| Total | | 38 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas mayoritas responden berpendidikan menengah sejumlah 17 orang (44,7%) yaitu SMA dan SMK.

4. Berdasarkan Kebiasaan Olah Raga

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Peserta Berdasarkan Kebiasaan Berolah Raga

| No | Kebiasaan Olah Raga Rutin | Frekuensi (orang) | Prosentase (%) |
|--------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| 1 | Ya | 33 | 86,84 |
| 2 | Tidak | 5 | 13,16 |
| Total | | 38 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas mayoritas responden telah melakukan olah raga rutin sejumlah 33 orang (86,8 %). Jenis olah raga yang sering dilakukan adalah : jalan sehat, jogging dan senam kebugaran.

5. Hubungan Kebugaran Fisik dengan Motivasi Kerja

Tabel 5. Hubungan Kebugaran Fisik dengan Motivasi Kerja

| Kebugaran Fisik | Motivasi Kerja | | | | | | Total | <i>p-value</i> | Ket |
|-----------------|----------------|-------|-------|-------|--------|---|-----------|----------------|-----------------------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | | | |
| | n | % | N | % | N | % | | | |
| Baik | 20 | 80 | 5 | 20 | 0 | 0 | 25 | 100 | 0,004 Ada Hubungan |
| Cukup | 4 | 30,77 | 9 | 69,23 | 0 | 0 | 13 | 100 | |
| Kurang | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Jumlah | | | | | | | 38 | 100 | |

Berdasarkan tabel diatas, hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,004 maka disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara kebugaran fisik dengan motivasi kerja.

6. Hubungan Kewirausahaan dengan Motivasi Kerja

Tabel 6. Hubungan Kewirausahaan dengan Motivasi Kerja

| Kewirausahaan | Motivasi Kerja | | | | | | Total | <i>p-value</i> | Ket |
|---------------|----------------|-------|-------|-------|--------|---|-----------|----------------|-----------------------|
| | Baik | | Cukup | | Kurang | | | | |
| | n | % | N | % | N | % | | | |
| Baik | 10 | 83,33 | 2 | 16,67 | 0 | 0 | 12 | 100 | 0,035 Ada Hubungan |
| Cukup | 14 | 53,85 | 12 | 46,15 | 0 | 0 | 26 | 100 | |
| Kurang | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Jumlah | | | | | | | 38 | 100 | |

Berdasarkan tabel diatas, hasil uji statistic diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,035 maka disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara Kewirausahaan dengan motivasi kerja.

Kegiatan wirausaha memerlukan modal usaha namun modal yang utama adalah semangat dan kemauan untuk melakukan upaya wirausaha dengan nyata. Kemauan yang ada dalam diri perlu diwujudkan dalam kegiatan nyata dalam usaha yang dilakukan setiap hari. Gagasan dan ide dalam pikiran perlu diwujudkan agar bisa menghasilkan sesuatu produk (Suryanto, dkk, 2017). Hasil penelitian ditemukan terdapat 29 orang (76,3%) melakukan wirausaha karena meneruskan wirausaha keluarganya. Kegiatan wirausaha bisa didasarkan karena faktor keturunan riwayat keluarga yang berwirausaha. Dan didapatkan 9 orang (23,7%) melakukan wirausaha walaupun tidak ada riwayat keluarga berwirausaha. Alasan melakukan

wirausaha antara lain adalah alasan faktor ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga, dll. Wirausaha yang dilakukan oleh ibu-ibu adalah membuka usaha laundry, usaha rumah kos untuk mahasiswa, membuka warung makan beserta jajanan makanan kecil dan membuka usaha isi ulang air kemasan.

Kemauan untuk melakukan suatu tindakan pada seseorang dipengaruhi oleh motivasi dalam diri (internal) dan motivasi dari eksternal (orang lain dan lingkungan). Faktor pendorong yang utama adalah dari dalam diri individu yang bersangkutan (ide, gagasan, kebutuhan, dll). Sedangkan pendorong dari luar dapat berwujud saran/anjuran orang lain, pujian dari orangtua/saudara, persaingan bisnis dengan orang lain, dll (Azwar, 2010). Motivasi kerja berpengaruh pada kinerja seseorang (Amalia dan Fakhri, 2016).

Para peserta setelah pelatihan kewirausahaan dan kebugaran fisik merasa senang karena dapat mendapatkan pengetahuan baru dan keterampilan senam kebugaran. Kebugaran fisik dapat dilatih dengan melakukan olah raga secara rutin sehingga berdampak pada denyut nadi. Semakin rutin melakukan latihan kondisi denyut nadi cenderung akan rendah. Hal ini karena mekanisme fisiologis kerja jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh sudah baik. Individu perlu menghitung nadi maksimal waktu istirahat. Dan membandingkan dengan denyut nadi setelah melakukan olah raga. Peningkatan denyut nadi setelah olah raga dibandingkan dengan denyut nadi sebelum olah raga perlu dipantau agar beban latihan tidak terlalu berat. Apabila beban latihan terlalu berat maka dapat berakibat negatif pada individu. Individu berlatih olah raga dengan tujuan supaya sehat dan bugar, namun apabila berdampak negative maka sangat dianjurkan untuk segera berhenti latihannya dan melakukan istirahat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rio, dkk (2015) yang menyebutkan frekuensi olah raga berhubungan dengan kebugaran fisik.

Untuk meningkatkan kemampuan tenaga kerja agar mempunyai produktivitas kerja yang optimal, maka diperlukan kebugaran jasmani yang tinggi, sehingga mampu mengatasi beban kerja yang diberikan kepadanya. Salah satu ciri orang yang memiliki kebugaran jasmani yang baik adalah adanya semangat kerja yang tinggi, senantiasa berupaya untuk melaksanakan suatu pekerjaan lebih efisien dan mempunyai daya tahan terhadap penyakit serta tidak mudah stress (Sri Rahayu Utami,2012).

Motivasi melakukan latihan senam kebugaran yang dilakukan pada individu pekerja berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi juga oleh kesenangan seseorang terhadap latihan kebugaran tersebut (Andi, dkk, 2016). Kebugaran fisik dapat dilatih dengan senam kebugaran yang dilakukan secara rutin. Dampak dari kebugaran fisik pada individu dapat meningkatkan produktivitas kerja para pekerja (Rahayu SU, 2014).

Keadaan stress dampak dari suatu pekerjaan dipengaruhi oleh individu yang bersifat unik (Azwar, 2010). Dukungan social sangat penting kepada para pekerja agar tidak

mengalami stress yaitu bisa berasal dari pihak keluarga. Keluarga mempunyai fungsi kesehatan terhadap para anggotanya (Effendy, 2005). Menurut Muslimah, dkk (2015) dan Lidyansyah-Intan (2014) menyebutkan selain dengan olah raga, alunan musik yang sesuai dengan selera para pekerja juga bisa mencegah timbulnya stress. Stress kerja juga berpengaruh pada para pekerja dalam menjalankan pekerjaannya sehari-hari (Heni dan Durinda, 2014).

Para karyawan dan tenaga kerja dalam bekerja perlu memanfaatkan waktu istirahat dengan baik. Hal ini bisa mencegah karyawan dan tenaga kerja mengalami kelelahan. Kelelahan dapat menurunkan kinerja dan produktifitas kerja (Setyawati, 2011). Kelelahan merupakan salah satu potensi bahaya yang bersumber pada diri pekerja di tempat kerja yang bisa menyebabkan kecelakaan kerja. Selain potensi bahaya dari diri pekerja juga bersumber pada lingkungan kerja (Soeripto, 2008, Suma'mur, 2009 dan Harrianto, 2010).

Para pedagang kecil dalam kesibukannya bekerja setiap hari dari pagi sampai sore atau malam sebagian besar masih meluangkan waktu untuk berolahraga setiap minggu. Olahraga yang sering dilakukan adalah aerobik atau jogging disekitar rumah dan senam. Kondisi kebugaran fisik merupakan faktor yang penting dalam melakukan *safety behaviour* dalam bekerja. Upaya mengajari dan melatih individu untuk menguasai suatu pengetahuan dan keterampilan dapat dilakukan dengan proses pembelajaran atau pelatihan secara berkesinambungan (Notoatmodjo, 2010 dan 2011).

Penelitian tentang musik terhadap tingkat kelelahan dan produktivitas kerja, diperoleh hasil bahwa musik berpengaruh pada penurunan kelelahan kerja pada pekerja dan meningkatkan produktivitas kerja pekerja (Astuti, 2014). Hasil penelitian lain menunjukkan nilai $Z = -2.032$ dan nilai $p = 0.042$ di mana hasil tersebut menyatakan bahwa terdapat perbedaan skor stres kerja sebelum dan sesudah perilaku mendengarkan musik pada pekerja (Lidyaansyah, 2014).

Tempat kerja perlu ditata secara baik termasuk kebersihan, kerapian, dan pemberian musik latar. Musik membuat kebugaran fisik lebih baik. Dibandingkan tempat kerja tanpa musik latar, kemungkinan musik latar ini memengaruhi konsentrasi responden berdasarkan pada responden menyukai / tidak menyukai musik tersebut. Oleh karena itu, sangat penting untuk menyesuaikan/memilih musik latar untuk pekerja (Rong-Hwa, 2011).

Motivasi kerja dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain dari diri sendiri, orang lain dan kondisi lingkungan kerja. Motivasi pada seseorang bersifat fluktuatif (Rizky, 2012). Sedangkan kondisi keselamatan dan kesehatan kerja yang optimal pada para pekerja dapat mempengaruhi dan meningkatkan motivasi kerja (Riyan, dkk, 2014). Pada pekerja yang selama bekerja mengalami kepuasan maka ia akan meningkat motivasi kerjanya (Atika PW dan Darminto E, 2013).

Dari hasil penelitian ini pelatihan kebugaran fisik kepada peserta (ibu-ibu PKK), mayoritas peserta (38 orang) mengatakan sangat bermanfaat dan pelatihan senam bisa untuk hiburan dan menambah teman. Hasil pemeriksaan hitung denyut nadi sebelum pelatihan dan setelah pelatihan senam selama kurang lebih 1 jam semua peserta (38 orang) mengalami peningkatan denyut nadinya. Dan para peserta mengatakan terasa lebih segar setelah berkeringat dampak latihan senam selama kurang lebih 1 jam. Kebugaran fisik akan berdampak pada peningkatan semangat kerja (motivasi kerja) dan akan lebih tahan terhadap timbulnya masalah stres kerja.

PENUTUP

Responden dalam melakukan wirausaha didorong oleh faktor keturunan dan faktor lain seperti faktor ekonomi dan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Terdapat hubungan antara pelatihan kewirausahaan dan senam kebugaran fisik dengan motivasi kerja pada peserta.

UCAPAN TERIMAKASIH

Tim peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Ketua LPPM Unsoed beserta para staf atas kerjasamanya dalam pelaksanaan kegiatan riset ini.
2. Pimpinan Fikes dan FISIP Unsoed atas kerjasamanya dalam pelaksanaan kegiatan riset ini.
3. Ketua PKK Kelurahan Karangwangkal beserta para anggotanya yang telah menjadi peserta pelatihan dan responden dalam kegiatan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi M, Ifwandi, Jafar M, 2016, Motivasi Member Fitness Center dalam Melakukan Latihan Kebugaran Jasmani (Studi Kasus Pada Member Wana Gym Banda Aceh, Study Kasus 2015), *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Jasmani*, Vol.2, No.2. Mei 2016.
- Amalia, S dan Fakhri, M., 2016, Pengaruh Motivasi Kerja terhadap Kinerja Karyawan PT. GAM Cabang Bintaro, *Jurnal Computech dan Bisnis*, Vol.10, No.2, Des 2016
- Atika PW dan Darminto E, 2013, Hubungan antara Kepuasan Kerja dengan Motivasi Kerja, *Jurnal Character*, Vol.1 No.2 tahun 2013.
- Azwar, S. 2010. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar
- Cecep DA. 2014. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Harrianto R. 2010. *Buku Ajar Kesehatan Kerja*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Heni RP dan Durinda P, 2014, Pengaruh Stres Kerja Terhadap Motivasi Kerja Karyawan Di PT. Telkom Surabaya Metro, *Laporan Penelitian*, Universitas Negeri Surabaya.
- Iwan MR, 2012. Memperbaiki Kondisi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Sektor Informal Melalui *Corporate Social Responsibility Program* Perusahaan, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol.15, No. 01, Maret 2012. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Jafrial J, Edy Y. 2014. *99 Detik Jadi Pengusaha*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

- Kasmir. 2011. *Kewirausahaan, Edisi Revisi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Lidyansyah, Intan PD, 2014, Menurunkan Tingkat Stres Kerja pada Karyawan Melalui Musik, *JUPI*, Vol.02, No. 01 Januari 2014, Fak. Psikologi, Univ. Muhammadiyah Malang.
- Muslimah E, Caprianingsih FE, Djunaedi M, 2015, Efek Musik Terhadap Beban Kerja Mental Pekerja Batik Tulis di Batik Putra Laweyan, *Simposium Nasional Teknologi Terapan*, Fakultas Teknik UMS.
- Notoatmodjo,S. 2012. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi Edisi revisi*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Rio Rifki Nurfadli, Siswi Jayanti, Suroto, 2015, Hubungan Indeks Massa Tubuh dan Frekuensi Olah Raga Terhadap Kebugaran Jasmani Pekerja Konstruksi di PT. PP (Persero) TBK Proyek Apartemen Pinnacle Semarang, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.3, No.1, Januari 2015, Universitas Diponegoro Semarang.
- Riyan M, Endang SA, Soe'oad H, 2014. Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) terhadap Motivasi dan Kinerja Karyawan. *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, Vol.9 No.1, Maret 2014, Unibra Malang.
- Rizky NV, 2012, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Kerja pada Tim Kerja Pengeboran Eksplorasi PT X, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol 1 No.2 Th 2012*, FKM Undip Semarang
- Rong-Hwa Huang-Yi Nuo Shih, 2011, Effects of Background Music on Concentration of Workers, *IOS Press*, College of Medicine, Fu Jen Catholic University.
- Setyawati, L.S. 2011. *Selintas Tentang Kelelahan Kerja*. Yogyakarta: Penerbit Amara Books.
- Sri Rahayu Utami SR, 2012, Status Gizi, Kebugaran Jasmani, dan Produktivitas Kerja pada Tenaga Kerja Wanita unit *Spinning 1 Bag Winding* PT. Apac Inti Corpora Bawen, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.8, No.1 2012, Universitas Negeri Semarang
- Suma'mur, P.K. 2014. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja*. Jakarta: Toko Gunung Agung.
- Suryanto, Akhyarul A, Candra. A, 2015, Model Pencegahan Kecelakaan Kerja Berbasis Model *Human and Technical Approach* pada Kelompok Usaha Kecil di Purwokerto Utara, *Laporan PKM Berbasis Riset tahun I*, LPPM Unsoed Purwokerto.
- Suryanto, Simin, Heryanto, Candra. A, 2016, Pengembangan Usaha dan Optimalisasi Keselamatan Kerja pada Pedagang Kecil Berbasis *Human Safety behavior and management approach* di Purwokerto Utara, *Proseding Seminar Nasional Pengembangan Sumber Daya Pedesaan dan Kearifan Lokal Berkelanjutan VI Tahun 2016*, LPPM Unsoed Purwokerto.
- Suryanto, Heryanto, Panuwun J, 2017, Optimalisasi Kebugaran Fisik dan Minimalisasi Stress Kerja Terhadap Peningkatan Motivasi Kerja pada Pedagang Kecil Berbasis Human Approach di Purwokerto Utara, *Jurnal Kesmas Indonesia*, Vol.07 No.01 Januari 2017. Fikes Unsoed Purwokerto.
- Suryanto, Endang Dwi S, Heryanto, 2018, Pemberdayaan Tenaga Kerja Wanita dalam Usaha Wirausaha, Kebugaran Fisik, Minimalisasi Stress Kerja dan Peningkatan Motivasi Kerja Berbasis *Safety Behavior Approach* di Purwokerto Utara, *Laporan Penelitian Berbasis Tindakan*, Univ. Jenderal Soedirman Purwokerto.
- Tamimi, K., Rimbawan, 2015, Tingkat Kecukupan Zat Gizi, Aktivitas Fisik dan Kebugaran Kardiorespiratori Pegawai PT. Indocement Bogor, *Jurnal Gizi Pangan*, Vol.10, No.1, Maret 2015.

KEWASPADAAN MALARIA DI DESA MEDONO KECAMATAN KALIWIRO KABUPATEN WONOSOBO MENUJU ELIMINASI MALARIA

Tri Wijayanti^{1*}, Anggun Paramita Djati¹, Dyah Widiastuti¹, Novia Tri Astuti¹

1. Balai Litbang Kesehatan Banjarnegara

E-mail Korespondensi: tri.wijayanti.76@gmail.com

ABSTRAK

Pemeriksaan mikroskopis *Plasmodium* merupakan standar baku malaria. Uji imunoserologis merupakan pelengkap pemeriksaan mikroskopis. Desa Medono termasuk kategori *Moderate Case Incidence* (MCI) malaria. Penentuan level antibodi dapat digunakan untuk mengestimasi tingkat endemisitas, mengevaluasi program pengendalian malaria dan aktifitas pengobatan. Kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi spesies dan fase *Plasmodium*, menghitung seropositif, *slide positive rate*, jumlah parasit malaria, menilai *optical density* berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur serta menganalisis data sekunder berupa curah hujan dan kondisi topografi.

Kegiatan dilakukan pada tahun 2013 di Desa Medono Kecamatan Kaliwiro Kabupaten Wonosobo. Data primer berupa sampel darah diambil secara *purposive* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel darah jari untuk pemeriksaan mikroskopis malaria dibuat sediaan darah tebal dan tipis, diwarnai dengan *Giemsa*, diidentifikasi jenis dan fase *Plasmodium*nya, dihitung *slide positive rate* dan kepadatan parasitnya. Pemeriksaan antibodi *Plasmodium spp* terhadap sampel darah vena menggunakan metode ELISA EIA-4263. Data sekunder berupa curah hujan dan kondisi topografi diambil dari berbagai sumber. Penelitian ini menyimpulkan jenis *Plasmodium* di Desa Medono Kecamatan Kaliwiro adalah *P. vivax* stadium trophozoit, seropositif antibodi *Plasmodium spp* sebesar 88,4%; *slide positive rate* sebesar 2,36% dengan jumlah parasit 2.844/ μ l. Nilai *optical density* berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur tidak berbeda bermakna. Curah hujan dan kondisi topografi mendukung perkembangbiakan nyamuk Anopheles.

Kata kunci : malaria, serologis, mikroskopis, antibodi, Plasmodium

ABSTRACT

Microscopic examination is gold standart for laboratory confirmation of malaria. Serological test is suggested to completing microscopic examination. Medono is malaria endemic area that Moderate Case Incidence category. Antibody level can used to estimate endemicity level, to evaluate malaria programme control and medical treatment. The aim of this study was to identified species and phase of *Plasmodium*, calculated malaria seropositivity, slide positive rate, parasitic number and to analyzed rainfall and topografi condition.

Purposive sampling was employed to select blood sample from Medono resident, Kaliwiro Sub District, Wonosobo District. This research was conducted on 2013. Blood collection from periphery blood for microscopic examination, thus made thin and thick blood smear and then Giemsa staining. Examination of antibody to *Plasmodium sp.* conducted to blood vena by ELISA EIA-4263. The ELISA kit used recombinan antigen that can detected IgG, IgM and IgA to *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* and *P. malariae* on the all phase infection. Secondary data was based on many data resources.

Spesies of *Plasmodium* in Medono village was *P. vivax* on thropozoite stage. Seropositive antibody to *Plasmodium spp* was 88,4%. Slide positive rate was 2,36%. and

parasitic number was 2.844/ μ l. Optical density wasn't different by gender and age. Rainfall dan topografi condition is supported for Anopheles developmental.

Keywords : malaria, serologic, microscopic, antibody, Plasmodium.

PENDAHULUAN

Malaria masih merupakan penyakit yang perlu mendapat perhatian di Indonesia. Jumlah kasus malaria di Indonesia masih tinggi hingga mencapai 417.819 orang pada tahun 2012, dengan wilayah endemik malaria di Indonesia Timur dan tersebar di 84 kabupaten/kota dengan jumlah penduduk berisiko 16 juta orang. *Annual Parasite Index* (API) Jawa Tengah semakin menurun dari tahun ke tahun, secara berurutan sejak tahun 2010 – 2014 adalah 0,1; 0,1; 0,08; 0,07 dan 0,05. Eliminasi malaria merupakan suatu upaya untuk menghentikan penularan setempat (*indigeneous*) dalam satu wilayah geografis tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria import serta sudah tidak ada vektor malaria di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Kabupaten Wonosobo menjadi salah satu target eliminasi malaria Jawa Tengah tahun 2016.

Penentuan diagnosis malaria menggunakan gejala klinis dan berdasarkan pemeriksaan secara laboratoris. Pemeriksaan parasit penyebab malaria secara mikroskopis untuk menemukan *Plasmodium* di dalam darah tepi merupakan metode standar baku (*gold standard*). Uji imunoserologis dianjurkan sebagai pelengkap pemeriksaan mikroskopis. Selain itu, pemeriksaan serologis pada daerah endemis dapat digunakan untuk menentukan indeks endemisitas menurut golongan umur, menentukan perubahan transmisi malaria dan menentukan fokus-fokus transmisi daerah malaria.

Kecamatan Kaliwiro merupakan salah satu daerah endemis malaria di Kabupaten Wonosobo dengan *Annual Parasite Index* (API) sejak tahun 2009 hingga 2013 secara berurutan adalah 0,13 (tahun 2009), 0,16 (tahun 2010), 0,11 (tahun 2011), 0,36 (tahun 2012), dan 0,19 (tahun 2013) dengan salah satu desa endemis malaria di wilayah Kecamatan Kaliwiro yaitu Desa Medono. *Annual Parasite Index* Desa Medono tahun 2009 sebesar 0,48; tahun 2010 dan 2011 adalah 0, kemudian melonjak pada tahun 2012 menjadi 4,37 dan 3,4 di tahun 2013 meskipun kasus tersebut merupakan kasus import. Kondisi tersebut menempatkan Desa Medono sebagai daerah dengan kategori *Medium Case Incidence* (MCI). Jenis *Plasmodium* yang menginfeksi di Kecamatan Kaliwiro adalah *P. falcifarum* (68,2%) dan *P. vivax*.

Jumlah kasus malaria di Desa Medono tahun 2009 hanya 1 penderita, tahun 2010-2011 nihil dan melonjak di tahun 2012 menjadi 9 penderita. Penderita malaria tersebut pada umumnya pulang dari Kalimantan dan terdeteksi sakit di Desa Medono. Pada bulan Maret 2013 kasus malaria berjumlah 2 penderita, Agustus 1 kasus, dan September 3 kasus. Desa

Medono juga merupakan salah satu desa yang menjadi target eliminasi malaria di Kabupaten Wonosobo. Oleh karena itu perlu dilakukan kegiatan survei darah jari untuk menjangkit penderit malaria melalui pemeriksaan mikroskopis dan serologis antibodi *Plasmodium sp* di Desa Medono mengingat banyaknya eksodan masuk ke desa tersebut yang memungkinkan terjadinya penularan setempat (*indegeneous*) malaria mengingat kondisi geografi yang potensial menjadi tempat perkembangbiakan vektor malaria. Penentuan level antibodi pada masyarakat dapat digunakan untuk mengestimasi tingkat endemisitas, untuk mengevaluasi program pengendalian malaria dan efektifitas pengobatan.

Adanya laporan mengenai kenaikan kasus klinis malaria yang mencapai 30 orang di Desa Medono Kecamatan Kaliwiro Kab. Wonosobo perlu ditindaklanjuti untuk dilakukan pemeriksaan darah malaria sebagai bentuk kewaspadaan dini menuju eliminasi malaria. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo bekerja sama Balai Litbang Kesehatan Banjarnegara untuk melakukan *Mass Fever Survey* (MFS). Beberapa kejadian luar biasa malaria pada umumnya diakibatkan oleh adanya perubahan lingkungan berupa semakin meluas atau bertambahnya tempat perindukan potensial. Perubahan lingkungan yang terkait dengan masalah penyebaran malaria di Kabupaten Wonosobo adalah perubahan iklim setempat. Kegiatan ini bertujuan untuk skrining penderit malaria secara mikroskopis dan serologis serta menganalisa hasil *screening* tersebut dengan data sekunder seperti curah hujan dan kondisi geografis yang mendukung penularan malaria di Desa Medono.

METODE

Data primer dilakukan dengan cara pengambilan sampel darah dengan melibatkan petugas laboratorium Puskesmas dan Dinas Kesehatan setempat sebagai bagian dari program pengendalian malaria sehingga tidak dilakukan *ethical clearance*. Sampel diambil secara *purposive sampling* dengan pendekatan *cross sectional* terhadap penduduk Desa Medono yang panas dan dapat ditemui/bersedia diperiksa (*Mass Fever Survey/MFS*) dan berada di sekitar masjid (Jum'atan) mengingat saat itu hari Jum'at, tanggal 6 September 2013. Kegiatan dilakukan bersama dengan Desa Medono Kecamatan Kaliwiro Kabupaten Wonosobo terdiri dari 4 dukuh yaitu Medono, Pundung, Pencil, dan Domasan.

Sampel darah untuk pemeriksaan secara mikroskopis diambil dari jari, dibuat sediaan darah tebal dan tipis dan diwarnai dengan *Giemsa*. Selanjutnya dilakukan identifikasi jenis dan fase *Plasmodium spp* serta menghitung *slide positive rate* dan jumlah parasitnya.

$$\begin{aligned} \text{Slide positive rate} &= \frac{\text{Slide positif Plasmodium spp} \times 100\%}{\text{Seluruh slide dineriksa}} \\ \text{Jumlah parasit} &= \frac{\text{Jumlah parasit} \times 8.000}{\text{jumlah leukosit}} \end{aligned}$$

Pemeriksaan antibodi dilakukan terhadap sampel darah vena. Pemeriksaan antibodi *Plasmodium spp* menggunakan metode ELISA EIA-4263 dengan konjugat HRP (*horseradish peroxidase*) dan substrat TMB (*tetramethyl benzidine*). Antigen yang digunakan dalam kit tersebut adalah rekombinan antigen yang dapat mendeteksi antibodi (IgG, IgM dan IgA) terhadap *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* dan *P. malariae* pada semua tahap infeksi. Darah vena yang diambil dimasukkan dalam tabung darah yang mengandung EDTA. Plasma yang dihasilkan disimpan dalam lemari pendingin untuk diperiksa. Jika nilai pemeriksaan yang diperoleh lebih besar sama dengan *cut of value* dikategorikan positif, jika nilainya lebih kecil dari nilai *cut of value* dikategorikan negatif. Data dianalisis secara deskriptif dengan memperhatikan data sekunder berupa curah hujan dan kondisi geografis Desa Medono khususnya atau Kecamatan Kaliwiro pada umumnya yang terkait dengan penularan malaria.

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Karakteristik Responden

Darah yang berhasil dikumpulkan dan diperiksa berjumlah 43 sampel. Karakteristik responden dalam kegiatan ini disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden

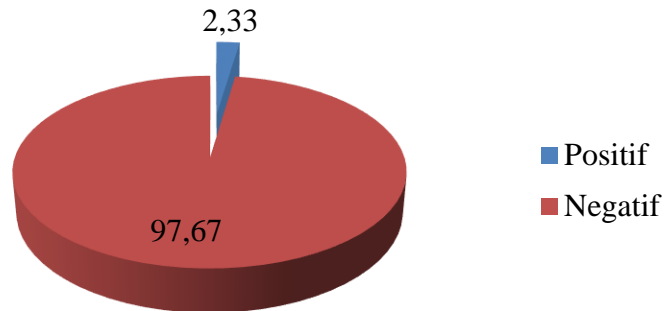
| Variabel | Kategori | Frekuensi | % |
|---------------|-----------|-----------|--------|
| Jenis kelamin | Laki-laki | 15 | 34,9% |
| | Perempuan | 28 | 65,1% |
| Dukuh | Domasan | 6 | 14% |
| | Medono | 29 | 67,4% |
| | Pundong | 2 | 4,7% |
| | Pencil | 6 | 14% |
| Umur | < 20 | 1 | 2,33% |
| | 20 – 30 | 2 | 4,65% |
| | 30 – 40 | 8 | 18,60% |
| | 40 – 50 | 9 | 20,93% |
| | 50 - 60 | 14 | 32,56% |
| | >60 | 9 | 20,93% |

Tabel 1 menggambarkan bahwa mayoritas (65,1%) responden MFS adalah perempuan dan berasal dari dukuh Medono 29 orang (67,4%), sebagian besar berada pada usia produktif, pada kelompok umur 50 – 60 tahun. Penderita malaria di wilayah kerja Puskesmas Simpenan Kabupaten Sukabumi tahun 2011 merupakan kasus *import* dan mayoritas (83%) pada usia produktif 15-44 tahun sama halnya dengan hasil Riskesdas 2013. Penderita malaria usia > 15 tahun di Kemukiman Lamteuba, Kecamatan Seulimun, Kabupaten Aceh Besar sebesar 71,4% dan di Kabupaten Pesisir Selatan sebesar 83,3%. Penderita malaria di daerah endemis tinggi seperti halnya di Desa Pamotan, Kecamatan Kalipucang,

Kabupaten Pangandaran, kelompok umur 1-5 tahun paling tinggi positif malarianya sehingga perlu menjadi prioritas pemberantasan malaria.

b. Hasil pemeriksaan mikroskopis

Hasil pemeriksaan mikroskopis menunjukkan hanya 1 (satu) penderita parasitemia, sehingga *slide positive rate* 2,33% seperti disajikan pada Gambar 1.

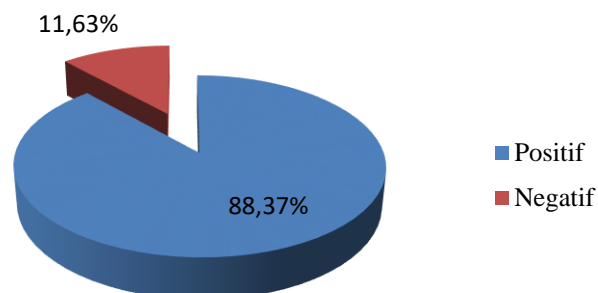


Gambar 1. Hasil pemeriksaan mikroskopis malaria di Desa Medono

Jenis *Plasmodium* yang menginfeksi adalah *P. vivax* fase trophozoit. Parasit dalam slide positif tersebut adalah 304 dengan jumlah leukosit 855 sehingga jumlah parasitnya adalah 2.844/ μ l.

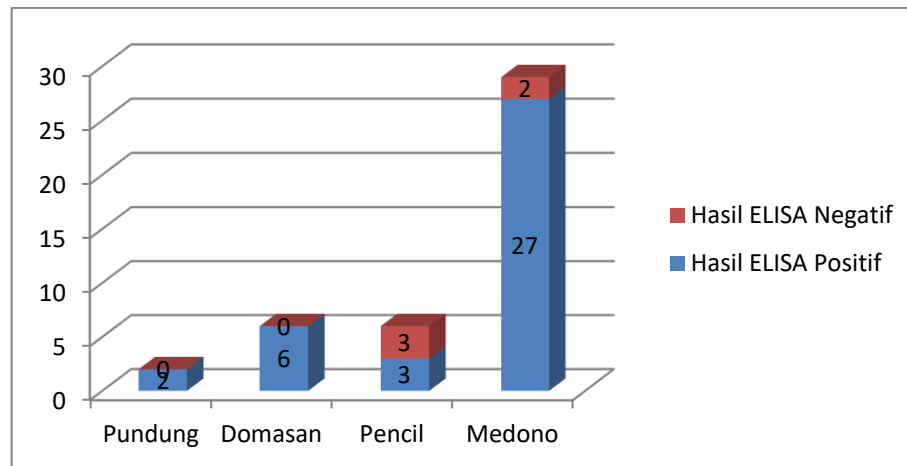
c. Hasil pemeriksaan serologis

Pemeriksaan serologis menggunakan ELISA terhadap 43 orang penduduk Desa Medono menunjukkan 38 orang (88,4%) positif dan hanya 5 orang (11,6%) yang negatif (Gambar 2). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas (88,4%) penduduk Desa Medono pernah terinfeksi malaria.



Gambar 2. Hasil pemeriksaan serologis ELISA

Hasil pemeriksaan serologis ELISA terhadap *Plasmodium spp* berdasarkan dukuh dapat dilihat dalam Gambar 3.



Gambar 3. Proporsi dan distribusi hasil pemeriksaan ELISA *Plasmodium spp* di Desa Medono

Pada Gambar 3 dapat dilihat distribusi hasil pemeriksaan serologis di masing-masing dukuh, yang menunjukkan bahwa semua dukuh merupakan daerah endemis malaria dengan seropositif antibodi *Plasmodium spp* yang tinggi. Dukuh Pundung dengan 2 sampel dan Dukuh Domasan dengan 6 sampel semuanya (100%) seropositif, sedangkan Dukuh Medono sebesar 93,1% (27 dari 29 sampel). Sedikit berbeda dari dukuh lainnya, Pencil mempunyai seropositif yang relatif lebih kecil yaitu 50% (3 sampel positif dari 6 sampel). Distribusi hasil pemeriksaan serologis berdasarkan jenis kelamin responden disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi hasil pemeriksaan serologis berdasarkan jenis kelamin responden

| Jenis Kelamin | Hasil ELISA | | Total |
|---------------|-------------|-----------|-----------|
| | Positif | Negatif | |
| Laki-laki | 24 (85,7%) | 4 (14,3%) | 28 (100%) |
| Perempuan | 14 (93,3%) | 1 (6,7%) | 15 (100%) |
| Total | 38 (88,4%) | 5 (11,6%) | 43 (100%) |

Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa seropositif antibodi *Plasmodium spp* pada laki-laki sebesar 85,7% dan perempuan 93,3%. Karakteristik responden bila dilihat dari kelompok umur dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil pemeriksaan serologis ELISA berdasarkan kelompok umur

| Kelompok Umur | Hasil ELISA | | Jumlah |
|---------------|-------------|----------|-------------|
| | Positif | Negatif | |
| < 20 | 1 (2,63%) | 0 | 1 (2,32%) |
| 20-30 | 0 | 2 (40%) | 2 (4,65%) |
| 31-40 | 7 (18,42%) | 1 (20%) | 8 (18,6%) |
| 41-50 | 9 (23,68%) | 0 | 9 (20,93%) |
| 51-60 | 13 (34,21%) | 1 (20%) | 14 (36,84%) |
| > 60 | 8 (21,05%) | 1 (20%) | 9 (20,93%) |
| Jumlah | 38 (100%) | 5 (100%) | 43 (100%) |

Tabel 3 memperlihatkan bahwa mayoritas responden (36,84%) berumur antara 51-60 tahun, dan seropositif antibodi terhadap *Plasmodium spp* paling banyak (34,21%) berada pada kelompok umur tersebut. Perbandingan hasil pemeriksaan malaria secara mikroskopis dan serologis disajikan dalam Tabel 4.

Tabel 4. Perbandingan hasil pemeriksaan malaria secara mikroskopis dan serologis

| Pemeriksaan mikroskopis | Hasil pemeriksaan ELISA | | Total |
|-------------------------|-------------------------|----------|-------------|
| | Positif | Negatif | |
| Positif | 1 (2,63%) | 0 (0%) | 1 (2,36%) |
| Negatif | 37 (97,37%) | 5 (100%) | 42 (97,64%) |
| Total | 38 (100%) | 5 (100%) | 43 (100%) |

Pada Tabel 4. menunjukkan responden yang menunjukkan positif pada pemeriksaan serologis ELISA berjumlah 38 orang dan hanya 1 (2,63%) diantaranya yang positif *Plasmodium spp* secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan secara mikroskopis menunjukkan 1 (satu) slide positif *P. vivax* (*slide positivity rate* 2,36%). Penderita berasal dari dukuh Pencil dan baru bepergian dari Kalimantan (kasus impor).

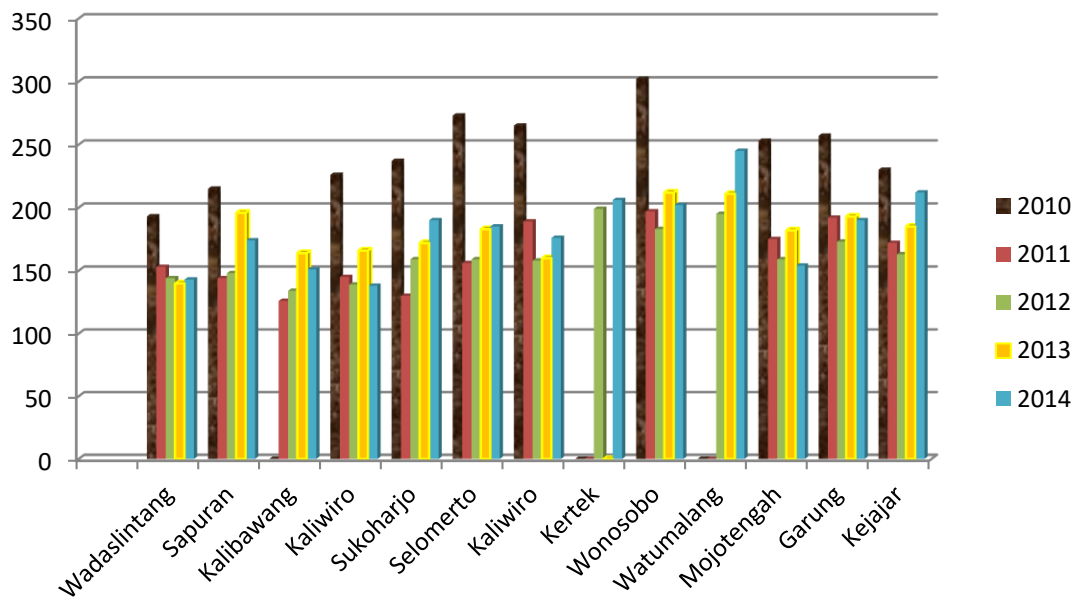
Hasil pemeriksaan ELISA menunjukkan nilai minimal *optical density* sebesar 0,070 dan nilai maksimal mencapai 4,594, dengan rata – rata nilai 1,660. Hasil perhitungan *cut of value* sebesar 0,158333 dan 0,156667 (pemeriksaan sampel dilakukan dalam 2 tahap karena jumlah *plate* tidak mencukupi untuk memeriksa seluruh sampel sekaligus). Sampel yang menunjukkan seropositif antibodi IgG *Plasmodium spp* sejumlah 38 sampel (88,4%). Penderita yang ditemukan parasitemia secara mikroskopis memiliki *optical density* sebesar 2,761 (lebih besar dari *cut of value*), yang artinya positif malaria dari hasil pemeriksaan serologis ELISA.

Uji normalitas data *optical density* menunjukkan data tersebut mempunyai distribusi yang tidak normal, sehingga uji statistik dalam analisis bivariat menggunakan non parametrik. Analisis bivariat *optical density* dengan jenis kelamin dan kelompok umur terhadap dapat dilihat dalam Tabel 5.

Tabel 5. Hasil analisis bivariat *optical density* berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur

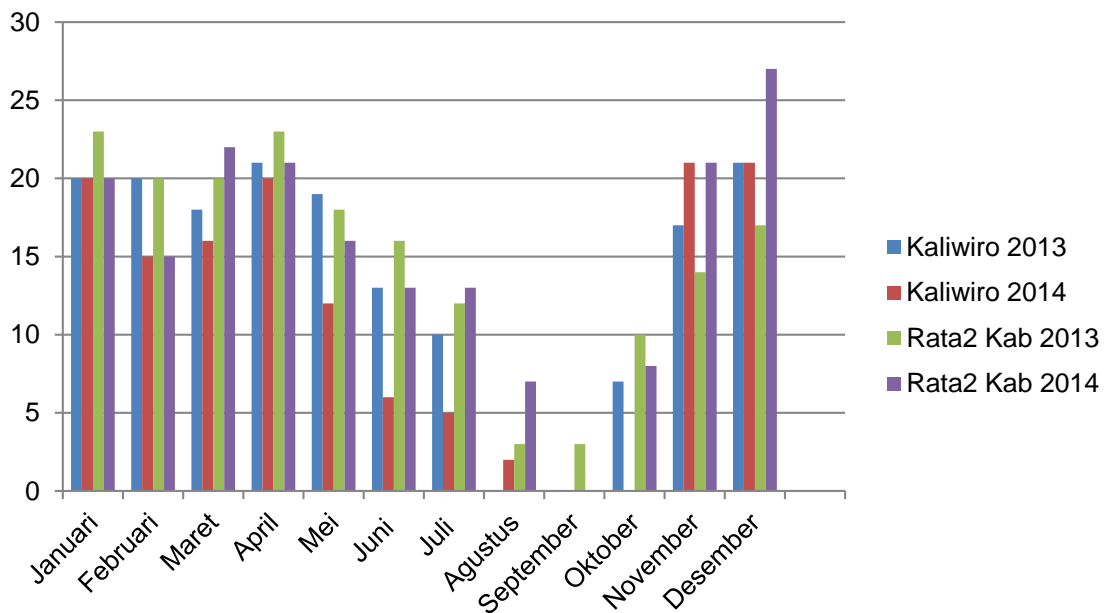
| Variabel bebas | Uji statistik | p value | |
|----------------|---------------------|---------|-----------|
| Jenis kelamin | <i>Mann Whitney</i> | 0,063 | |
| Kelompok umur | Korelasi Spearman | 0,393 | r = 0,134 |

Tabel 5. menunjukkan bahwa nilai *optical density* tidak berbeda bila dilihat dari jenis kelamin dan kelompok umur (*p value* > 0,05). Faktor yang kemungkinan terkait dengan penularan malaria antara lain adalah curah hujan, perilaku masyarakat, lingkungan, dan keberadaan sumber penularan. Data sekunder mengenai curah hujan di Kabupaten Wonosobo sejak tahun 2010-2014 disajikan pada tabel berikut ini :



Gambar 4. Banyaknya hari hujan Kabupaten Wonosobo Tahun 2010-2014 (sumber: <https://wonosobokab.bps.go.id>)

Tabel 6. Menjelaskan bahwa curah hujan di Kecamatan Kaliwiro relatif tinggi dari tahun ke tahun.



Gambar 5. Jumlah hari hujan per bulan Kecamatan Kaliwiro tahun 2013-2014

Tinggi rendahnya curah hujan terbukti berpengaruh terhadap tinggi rendahnya kepadatan menggigit nyamuk *Anopheles sundaicus* di Desa Pamotan, Kecamatan Kalipucang, Kabupaten Pangandaran.

Imunitas terhadap malaria sangat kompleks karena melibatkan hampir seluruh komponen sistem imun baik imunitas spesifik maupun non-spesifik, imunitas humoral maupun seluler yang timbul secara alami (*innate immunity*) maupun didapat (*acquired immunity*) setelah

infeksi. Imunitas spesifik mungkin timbulnya lambat dan bersifat jangka pendek (*short lived*) dan sepertinya tidak ada imunitas yang permanen. Pada malaria dapat terjadi perkembangan suatu proteksi imun, terjadinya relaps dan timbulnya penyakit erat hubungannya dengan rendahnya titer antibodi atau peningkatan kemampuan parasit melawan antibodi tersebut.

Seropositif antibodi *Plasmodium spp* di Desa Medono yang tinggi (88,4%) merupakan hal yang umum terjadi mengingat Desa Medono merupakan daerah endemis malaria. Uji ELISA yang digunakan dalam kegiatan ini tidak spesifik antibodi tertentu, tapi mendeteksi antibodi IgG, IgM dan IgA.

Seroprevalensi malaria di desa Dielmo, Senegal, sebuah daerah dengan penularan malaria yang tinggi, adalah sebesar 56%. Penduduk yang pernah terinfeksi *Plasmodium spp* menyebabkan terbentuknya antibodi di dalam tubuhnya dan akan tetap terdeteksi hingga bertahun-tahun lamanya. Sedikit berbeda dalam hal subyeknya, seroprevalensi malaria pada 40.000 donor darah di United Kingdom, 600 orang (1,5%) nya positif ELISA dan 20% diantaranya (120 orang) positif IFAT (*immunofluorescent antibody test*).

Imunitas spesifik terhadap malaria pada orang dewasa dapat terbentuk dengan cepat hanya sekitar 2 tahun setelah tiba di daerah endemis, dan terbentuknya tidak ditentukan oleh banyaknya paparan dengan parasit tetapi lebih ditentukan oleh usia dan kematangan sistem imun seseorang. Hal ini sesuai dengan situasi malaria di Desa Medono, titer antibodi cenderung semakin tinggi seiring dengan bertambahnya usia, ditunjukkan oleh prevalensi seropositif tertinggi berada pada kelompok usia 50 – 60 tahun.

Hasil pemeriksaan mikroskopis menunjukkan hanya 1 (satu) penderita parasitemia (*slide positivity rate* sebesar 2,33%), sedangkan dari hasil pemeriksaan serologis ELISA ditemukan 38 dari 43 sampel yang positif (seropositif 88,37%). Hal ini dimungkinkan karena berbagai faktor yang mempengaruhi. Antibodi spesifik untuk melawan *Plasmodium spp* dihasilkan oleh tubuh sekitar satu sampai dua minggu setelah masuknya *Plasmodium spp* ke dalam tubuh manusia. Selanjutnya sekitar 3 – 6 bulan, antibodi tersebut masih dapat dideteksi dalam darah penderita. Antibodi terhadap malaria di daerah endemis dapat bertahan dalam tubuh penderita bertahun-tahun lamanya. Respon antibodi dapat bertahan hingga beberapa tahun setelah terjadi infeksi, tidak dipengaruhi oleh perubahan musim dan tetap terdeteksi pada daerah transmisi malaria yang tidak stabil. Respon antibodi malaria di daerah endemis rendah lebih cepat terbentuk, lebih tinggi dan bertahan lebih lama daripada respon antibodi malaria di daerah endemis tinggi. Keadaan ini sesuai dengan situasi Desa Medono diketahui termasuk dalam desa endemis malaria dengan kategori MCI, sehingga jumlah penderita yang positif secara serologis jauh lebih banyak bila dibandingkan dengan jumlah penderita yang positif secara mikroskopis. Pemeriksaan secara serologis merupakan pelengkap pemeriksaan mikroskopis. Pemeriksaan mikroskopis lebih berguna dalam mendiagnosa malaria akut/aktif.

Penderita malaria yang ditemukan positif *P. vivax* secara mikroskopis di Desa Medono ini merupakan kasus *import*, berusia 52 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Pemeriksaan serologis pada penderita parasitemia menunjukkan hasil positif. Perbedaan prevalensi menurut umur dan jenis kelamin lebih berkaitan dengan perbedaan derajat kekebalan tubuh. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perempuan mempunyai respon imun yang lebih kuat dibandingkan laki-laki, namun kehamilan dapat meningkatkan risiko malaria. Kekebalan bawaan (*innate immunity*) penting untuk menurunkan penularan malaria yang berperan dalam mengurangi kekebalan perolehan khususnya malaria.

Adanya spesies *P. vivax* pada pemeriksaan mikroskopis di Desa Medono mungkin dapat menunjukkan bahwa pengobatan radikal kurang sempurna sehingga timbul rekurens, dan terjadi transmisi dini yang tinggi karena gametosit *P. vivax* muncul pada hari ke 2-3 parasitemia. Tingkat parasitemia dapat digunakan untuk menilai beratnya penyakit. Beratnya penyakit lebih ditentukan oleh jumlah parasit yang bersekuestrasi ke dalam jaringan daripada jumlah parasit dalam sirkulasi. Stadium parasit dalam apusan darah tepi menggambarkan proporsi parasit yang bersekuestrasi dan mempunyai nilai prognostik. Pada daerah endemis malaria, parasitemia yang tinggi sering ditemukan pada individu yang asimtomatik. Hal ini sesuai dengan keadaan penderita parasitemia di Desa Medono, positif mikroskopis *P. vivax* stadium trophozoit, dengan kepadatan parasit 1.300/ μ l di Desa Medono, tidak mengalami gejala klinis yang berarti. Pada malaria *P. vivax*, kepadatan parasit berhubungan dengan anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun, anemia, pendatang, dan jumlah gejala klinik yang sedikit.

Orang yang paling berisiko tertular malaria adalah anak balita, wanita hamil dan penduduk non-imun (penduduk yang tidak mempunyai imunitas alami sehingga tidak mempunyai pertahanan alam terhadap infeksi malaria) yang mengunjungi daerah endemik malaria seperti para pengunjung, transmigran, dan wisatawan (2). Sebanyak 40,29% (135 dari 335) pelancong di Portugal yang mungkin mempunyai riwayat terpapar malaria menunjukkan positif antibodi *Plasmodium spp* pada pemeriksaan serologis ELISA namun negatif pada pemeriksaan mikroskopis. Pelancong yang positif *Plasmodium spp* pada pemeriksaan mikroskopis hanya berjumlah 45 orang (13,43%).

Plasmodium vivax dapat menyebabkan anemia meskipun jumlah parasit dalam darah sedikit, khususnya pada anak-anak. Suatu studi pada lebih dari 11.000 wanita hamil di pengungsian perbatasan Thailand-Myanmar menunjukkan bahwa infeksi *P. vivax* berhubungan dengan peningkatan risiko berat bayi lahir rendah (BBLR). Sementara itu, kemoprofilaksis selama 2 tahun pada anak-anak kurang dari 5 tahun di Gambia menunjukkan level antibodi yang lebih rendah, namun tidak mengganggu perkembangan kekebalan protektif.

Angka parasit merupakan salah satu parameter penting dalam menentukan prevalensi malaria di daerah endemis. Seroprevalensi pada beberapa daerah dengan stratifikasi endemisitas malaria yang berbeda di Indonesia pada tahun 1992 menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan angka parasit diantara hipo, meso dan hiperendemis kecuali kelompok kurang dari 15 tahun.

Penelitian selama 3 (tiga) tahun pada 116 penduduk di desa hiperendemis malaria di kaki bukit di Myanmar menjelaskan kekebalan perolehan secara progresiv antibodi spesifik terhadap *P. falcifarum* dengan meningkatnya paparan infeksi. Keseluruhan serangan malaria (109) terjadi setelah 3 tahun penelitian dan banyak terjadi infeksi asimptomatik.

Perkembangan antibodi seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini seperti ditunjukkan pada masyarakat pedesaan Gambia, Afrika, seropositif antibodi terhadap (NANP) 3 malaria pada penduduk usia 1-11 tahun sebesar 9% dan usia > 30 tahun sebesar 88% yang diperiksa menggunakan ELISA. Selain kadar antibodi, parasitemia juga berubah sesuai umur. Korelasi positif antara kadar antibodi anti (NANP) 3 dan parasitemia pada anak umur 11 tahun atau kurang, tetapi angka parasit dan kepadatan tidak signifikan. Pada kelompok umur lebih dari 12 tahun, ketiadaan antibodi berhubungan dengan rata-rata parasitemia yang lebih tinggi.

Pada studi tahun 1989 di Kilombero, suatu daerah endemis malaria di Tanzania dengan vektor malaria yang berperan adalah *Anopheles gambiae* dan *An. funestus* dengan mayoritas spesies *P. falcifarum*, diketahui bahwa respon imun berhubungan dengan paparan terhadap nyamuk yang berlangsung selama beberapa bulan, sedangkan paparan yang singkat tidak mempunyai efek terhadap respon imun di daerah endemis. Dengan kata lain, level antibodi anti sporozoit tidak dapat digunakan sebagai indikator infeksi baru, terbatas hanya sebagai indikator infeksi yang sedang berlangsung. Sporozoit yang disuntikkan oleh nyamuk *Anopheles* betina beredar untuk jangka waktu yang pendek sebelum menginvasi sel hati untuk menginisiasi jaringan pada tingkat infeksi. Meskipun waktunya pendek, sporozoit spesifik antibodi dapat dideteksi untuk jangka waktu yang lama pada penduduk di daerah endemis.

Sedikit berbeda dalam hal antigen ELISA yang digunakan, hasil penelitian Sutanto, *et al.*, (1990) di daerah hipoendemik, Wonosobo, Jawa Tengah, menunjukkan 8 dari 35 orang (22,85%) positif parasitemia dan 20% (7 dari 35) serologis positif. Tidak ada perbedaan hasil ELISA yang signifikan antara kelompok parasitemia dan/atau splenomegali dengan kelompok aparasitemia dan tanpa splenomegali. Tidak sama semua orang dengan parasitemia memperlihatkan adanya zat anti skizon dalam serumnya (37,5%). Hal ini berbeda dengan laporan beberapa peneliti lain yang pada umumnya memperlihatkan hampir semua penderita parasitemia memberikan hasil ELISA yang positif dengan persentase sekitar 80% - 100%.

Penelitian yang menggunakan serologis ELISA lainnya adalah di Inggris pada pendonor darah rutin yang terpapar malaria, dengan seropositif sebesar 0,45% (24 dari 5.311) menggunakan antigen *P. falcifarum* sedangkan seropositif pada pendonor yang mungkin terpapar di daerah endemis adalah sebesar 1,5% (15 dari 1000 orang). Pada 150 pasien yang datang dengan malaria akut ke *Hospital for Tropical Diseases* di London, 73% positif antibodi *P. falciparum* dan 56% *P. vivax*. Meskipun ELISA menggunakan antigen *P. falciparum* namun dapat juga mendeteksi antibodi *P. vivax*.

Hasil uji bivariat nilai *optical density* dengan kelompok umur di Desa Medono dalam penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Nyarutovu, Rwanda, berdasarkan pemeriksaan mikroskopis dan serologis menggunakan *indirect immunofluoresence* terhadap 1.080 penduduk menunjukkan perbedaan yang signifikan berdasarkan kelompok umur.

Kasus malaria *import* yang terjadi di desa Medono selama ini tidak menimbulkan terjadinya penularan setempat karena surveilans migrasi yang berjalan dengan baik. Selain itu, dukungan terhadap pencegahan malaria tetap dilakukan, antara lain dengan memberlakukan peraturan desa (Perdes) yang mewajibkan setiap pendatang yang masuk untuk diperiksa terlebih dahulu di pos malaria desa (Posmaldes) atau pelayanan kesehatan lainnya. Meskipun demikian, tetap diperlukan kewaspadaan untuk mencegah terjadinya penularan setempat mengingat keadaan geografis mendukung keberadaan vektor. Desa Medono secara geografis merupakan daerah pertanian pada sebagian besar wilayahnya dan tercatat sebagai sentra penghasil kelapa dan gula merah dengan curah hujan yang tinggi. Desa Medono termasuk salah satu desa di Kecamatan Kaliwiro yang mempunyai topografi perbukitan dengan kemiringan lereng terjal, merupakan wilayah yang sebagian masuk dalam kawasan Cagar Alam Geologi Karangsembung. Kondisi dengan topografi perbukitan dengan tebing yang curam/terjal ini mendukung perkembangbiakan nyamuk *Anopheles maculatus* seperti di Kabupaten Sorolangun, mengingat vektor yang berperan dalam penularan malaria di wilayah Propinsi Jawa Tengah adalah *An. aconitus*, *An. maculatus* dan *An. balabacencis*. Selain itu, peningkatan curah hujan dan kelembaban akan berbanding lurus dengan kepadatan nyamuk *Anopheles*. Kasus malaria lebih banyak dilaporkan ketika curah hujan tinggi. Curah hujan Desa Medono Kecamatan Kaliwiro pada umumnya yang cukup tinggi dan kondisi topografi perbukitan potensial untuk perkembangbiakan *Anopheles*.

Program malaria di Wonosobo yang berjalan baik berupa surveilans migrasi, penemuan kasus secara dini melalui antisipasi penularan setempat dari kasus import baik dilakukan sendiri maupun menggandeng institusi lain seperti Balai Litbangkes Banjarnegara, upaya mempertahankan peran juru malaria desa sebagai lini terdepan penemuan dan pengobatan penderita, advokasi dengan pihak eksekutif dan legislatif, komitmen para stake

holder termasuk dalam penggunaan dukungan dana termasuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) telah berhasil mencapai Kabupaten Wonosobo yang bebas malaria pada tahun 2015.

PENUTUP

Jenis *Plasmodium* di Desa Medono, Kecamatan Kaliwiro, Kabupaten Wonosobo adalah *P. vivax* fase trophozoit. Seropositif antibodi *Plasmodium spp* sebesar 88,4%. *Slide positive rate* sebesar 2,33% dan jumlah parasit 2.844/μl. Nilai *optical density* tidak berbeda bermakna bila dilihat berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur. Perlu kewaspadaan dan surveilans migrasi yang aktif untuk mengantisipasi berkembangnya penularan setempat malaria yang berasal dari kasus import.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kab. Wonosobo dan jajarannya, Kepala Balai Litbangkes P2B2 Banjarnegara dan teman-teman di Instalasi Parasitologi dan Bakteriologi yang banyak membantu pelaksanaan kegiatan dan penyusunan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Avrina R, Risniati Y, Siswantoro H, Hasugian AR, Tjitra E, Delima. Hubungan kepadatan parasit dengan manifestasi klinis pada malaria *Plasmodium falcifarum* dan *Plasmodium vivax*. *Media Litbang Kesehatan*. 2011;21(3):119-126.
- Chiodini PL, Hartley S, Hewitt PE, et al. Evaluation of a Malaria Antibody ELISA and Its Value in Reducing Potential Wastage of Red Cell Donations from Blood Donors Exposed to Malaria , with a Note on a Case of Transfusion-Transmitted Malaria. *Vox Sang*. 1997;73:143-148.
- Costa RM, Sousa KP De, Atouguia J, Tavira LT, Silva MS. Prevalence and Level of Antibodies Anti- Plasmodium spp. in Travellers with Clinical History of Imported Malaria. *J Parasitol Res*. 2013;2013:1-6.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo. *Data Kasus Malaria Tahun 2009-2013*. Wonosobo; 2014.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. *Kebijakan Dan Program Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang Di Jawa Tengah.*; 2014.
- Direktorat Jenderal PPM & PL, Direktorat Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang. *Panduan Analisis Situasi Dan Penyusunan Renstra Gebrak Malaria Kabupaten/Kota.*; 2002.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang Dirjen PP&PL Kemenkes RI. *Pedoman Teknis Pemeriksaan Parasit Malaria.*; 2011.
- Fuadzy H, Santi M. Distribusi Kasus Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Simpenan Kabupaten Sukabumi Tahun 2011. *Aspirator*. 2012;4(2):92-99.
- Gascon J, Merlos A, Madrenys N, Torres JM, Sada JL. Short Epidemiology Nyarutovu (Rwanda): a clinical , parasitological and serological study. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1988;82:222.
- Gillon J. Introduction of Malaria Antibody ELISA.pdf. *Vox Sang*. 1998;75:80-81.
- Gunawan S. Epidemiologi Malaria. In: Harijanto PN, ed. *Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, & Penanganan*. EGC; 2000:9.

- Gusra T, Irawati N, Sulastri D. Gambaran Penyakit Malaria di Puskesmas Tarusan dan Puskesmas Balai Selasa Kabupaten Pesisir Selatan periode Januari - Maret 2013. *J Kesehat Andalas*. 2014;3(2):234-237.
- Hakim L. Faktor Risiko Penularan Malaria di Desa Pamotan Kabupaten Pangandaran. *Asian Pac J Trop Med*. 2013;5(2):45-54.
- Ikawati B, Yuniarto B, Djati AP. Efektifitas pemakaian kelambu berinsektisida di desa endemis malaria di Kabupaten Wonosobo. *BALABA*. 2010;6(2):1-6.
- Jouin H`ene, Rogier C, Trape J-F, MercereauPuijalon O. Fixed , epitope-specific , cytophilic antibody response to the polymorphic block 2 domain of the Plasmodium falciparum merozoite surface antigen MSP-1 in humans living in a malaria-endemic area. *Eur J Immunol*. 2001;31:539-550.
- Kilombero Malaria Project. The level of anti-sporozoite relationship with exposure to mosquitoes malaria area and its relationship with exposure to mosquitoes. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1992;86:499-50.
- Laihad FJ. Pengendalian Malaria dalam Era Otonomi dan Desentralisasi Menuju Eliminasi Malaria 2030 di Indonesia. *Bul Jendela Data dan Inf Kesehat*. 2011;1(1):17.
- Langi J, Harijanto PN, Richie TL. Patogenesis Malaria Berat. In: Harijanto PN, ed. *Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, & Penanganan*. Jakarta: EGC; 2000:119.
- Lubis CP. Seroepidemiologi Malaria Di Aceh Pidie. <http://repository.usu.ac.id>.
- Mading M, Yunarko R. Respon imun terhadap infeksi parasit malaria. *Vektor Penyakit*. 2014;8(2):45-51.
- Marsh K, Hayes RH, Carson DC, et al. Anti-sporozoite population antibodies and immunity to malaria in a rural Gambian. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1988;82:532-537.
- Mugiono, Marwanti S, Awami SN. Analisis Pendapatan Usaha Gula Merah Kelapa (Studi Kasus di Desa Medono Kecamatan Kaliwiro Kabupaten Wonosobo). *MEDIAGRO*. 2014;10(2):22-31.
- Mulligan H, Russell P, Mohan B. Specific agglutination of sporozoites. *J Malar Inst Ind*. 1940;3(513321).
- Munizar, Mudatsir, Mulyadi. Hubungan Faktor Umur dan Status Gizi dengan Kerentanan Fisik Masyarakat Terhadap Resiko Wabah Malaria di Kemukiman Lamteuba Kecamatan Seulimum Aceh Besar. *J Kedokteran Syiah Kuala*. 2015;15(1):29-35.
- Murhandarwati EEH, Fuad A, Sulistyawati, et al. Change of strategy is required for malaria elimination: A case study in Purworejo District, Central Java Province, Indonesia. *Malar J*. 2015;14(1):1-14. doi:10.1186/s12936-015-0828-7.
- Nugroho A, Harijanto PN, Datau EA. Immunologi pada malaria. In: Harijanto PN, ed. *Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, & Penanganan*. I. Jakarta: EGC; 2000:128-150.
- Nurwidayati A. Respon antibodi terhadap protein permukaan merozoit Plasmodium falcifarum dalam penentuan transmisi malaria. *J Vektor Penyakit*. 2010;IV(17-25).
- Otoo LN, Snow RW, Menon A, Byass P, Greenwood BM. Immunity to malaria chemoprophylaxis in young Gambian children after a two-year period of chemoprophylaxis. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1988;(82):59-65.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. *Malaria*.; 2016.
- Purwaningsih S. Diagnosis malaria. In: Harijanto P., ed. *Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, & Penanganan*. Jakarta: EGC; 2000:185-189.
- Raharjo PD, Hidayat E, Widiyanto K, Puswanto E, Winduhutomo S. Analisa Spasial Risiko Longsor skala Kecamatan , Studi Kasus di Kecamatan Kaliwiro , Kabupaten Wonosobo. *J Geol dan Sumber Daya Miner*. 2017;18(1):41-52.
- Rejeki DSS, Sari RA, Nurhayati N. Annual Parasite Incidence Malaria di Kabupaten Banyumas. *Kesmas (Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional)*. 2014;9(2):137-143. doi:10.21109/kesmas.v9i2.509.
- Sina B. Focus on Plasmodium vivax. *Trends Parasitol*. 2002;18(7):287-289.
- Silver KL, Higgins SJ, Mcdonald CR, Kain KC. Complement driven innate immune response

- to malaria : fuelling severe malarial diseases. *Cell Microbiol.* 2010;12(8):1036-1045. doi:10.1111/j.1462-5822.2010.01492.x.
- Soe-Soe, Druilhe P. The implications of naturally acquired immunity to malaria in
Sutanto I, Muljono R, Susanto L, Astuty H, Pribadi W, Uasidi R. Deteksi zat anti skizon Plasmodium falcifarum dengan ELISA. *Bul Penelit Kesehatan.* 1990;18(2):10-15.
- Sutanto I, Pribadi W, Muljono R, et al. Seroepidemiological studies of malaria in different endemic areas of Indonesia. *Southeast ASEAN J Trop Med Public Heal.* 1992;23(4):563-569.
- Taviv Y, Budiyanto A, Sitorus H, Ambarita LP, Mayasari R, Pahlepi RI. Sebaran Nyamuk Anopheles Pada Topografi Wilayah yang berbeda di Provinsi Jambi. *Media Litbangkes.* 2015;25(2):1-8.
- Wardah F. Kasus Malaria di Indonesia Masih Tinggi. <http://www.voaindonesia.com/content/kasus-malaria-di-indonesia-masih-tinggi/1648507.html>.
- Wisnton W. Epidemiologi Malaria. https://www.academia.edu/5177149/Epidemiologi_Malaria.

FORUM REMAJA PEDULI KESEHATAN REPRODUKSI UNTUK MENCEGAH TIGA RISIKO REMAJA DI DUSUN KAWENGEN TAHUN 2018

Tri Putri Nur Milati^{1*}, Lukman Fauzi¹, Nanik Prihati²

1. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang
2. Puskesmas Kalongan, Kabupaten Semarang

E-mail Korespondensi: triput_ri@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Secara alamiah masa remaja merupakan masa sangat ingin tahu tentang seks. Remaja perlu mendapat perhatian serius terkait Triad KRR. Triad KRR merupakan tiga risiko yang dihadapi oleh remaja seperti seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah, yaitu sebesar 30,9%. Oleh karena itu, dibentuklah forum remaja peduli kesehatan reproduksi. Program tersebut bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan remaja terkait Triad KRR.

Metode: Metode penelitian ini adalah *cross sectional*, dengan menggunakan kuesioner. Sampel penelitian sebanyak 23 sampel diambil secara *purposive sampling*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *paired t test* dan alternatifnya yaitu uji *Wilcoxon*.

Hasil: Hasil yang diperoleh dari pelaksanaan program dengan metode ceramah menunjukkan hasil *pre-test* dengan kategori baik sebanyak 9 orang (39%), sedang 12 orang (52%), dan kurang 2 orang (9%). Hasil *post-test* dengan kategori baik sebanyak 18 orang (78%) dan sedang 5 orang (22%). Selanjutnya uji *t-test* menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,005$). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan program.

Simpulan: Dengan menggunakan uji *Wilcoxon*, disimpulkan bahwa ada hubungan pemberian penyuluhan terkait Triad KRR dengan peningkatan pengetahuan remaja.

Kata Kunci: HIV/AIDS, pengetahuan, sikap, perilaku, dan Triad KRR.

ABSTRACT

Background: Naturally, adolescence is a very curious time about sex. Teenagers need to get serious attention regarding the KRR Triad. KRR Triads are three risks faced by adolescents such as sexuality, HIV / AIDS and drugs. Based on data from Village Basic Health Research (RISKESDASDES) in 2017, it shows that the level of knowledge, attitudes and behavior related to HIV / AIDS prevention in Kawengen Village is still low, which is 30.9%. Therefore, a youth forum for reproductive health was formed. The program aims to increase the knowledge of adolescents related to the KRR Triad.

Method: The design of this study was cross sectional, using a questionnaire. The research sample was 23 samples taken by purposive sampling. Data analysis was performed using paired t test and the alternative was the *Wilcoxon test*.

Results: The results obtained from the program implementation with the lecture method showed the results of the pre-test with a good category of 9 people (39%), moderate 12 people (52%), and less than 2 people (9%). Post-test results with a good category of 18 people (78%) and 5 people (22%). Furthermore, the t-test shows the value of $p = 0,000$ ($p < 0,005$). This shows an increase in knowledge before and after the program.

Conclusion: By using the *Wilcoxon test*, it was concluded that there was a relationship between the provision of counseling related to the KRR Triad with an increase in adolescent knowledge.

Keywords: HIV / AIDS, knowledge, attitude, behavior and KRR Triad.

PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi merupakan bagian penting dalam kehidupan setiap orang. Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (Depkes, 2015). Penyakit yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, antara lain infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015, jumlah kasus baru infeksi HIV di Jawa Tengah dari tahun 2013 – 2015 mengalami peningkatan, yaitu 2.322 kasus pada tahun 2013, 2.867 kasus pada tahun 2014, dan 3.005 kasus pada tahun 2015. Seseorang yang menderita HIV akan menimbulkan kumpulan gejala akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV atau sering disebut dengan HIV/AIDS. Pada gambaran kasus baru AIDS menurut kelompok umur menunjukkan bahwa sebagian besar kasus baru AIDS terdapat pada umur 20-29 tahun, 30-39 tahun, dan 40-49 tahun. Kelompok umur tersebut masuk ke dalam kelompok umur produktif yang aktif secara seksual dan termasuk kelompok umur yang menggunakan NAPZA suntik. Pada kasus yang dilaporkan pada tahun 2015, proporsi kasus AIDS dengan faktor risiko heteroseksual merupakan yang tertinggi yaitu sebesar 82,8%, diikuti oleh homoseksual sebesar 7,4% dan perinatal sebesar 4,0%. (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Jumlah kasus baru HIV-AIDS di Jawa Tengah tahun 2015 sebanyak 2.763 kasus, meningkat bila dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2014 sebanyak 2.480 kasus. Penemuan kasus HIV tahun 2015 sebanyak 1.467 kasus, lebih tinggi dibandingkan dengan penemuan kasus HIV tahun 2014 sebanyak 1.399 (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2015). Dari 963 kasus baru AIDS di Jawa Tengah pada tahun 2015, 1% (9 kasus dari 963 kasus baru) merupakan pengguna NAPZA suntikan (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). Menurut Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2015, untuk jumlah kasus kematian AIDS pada tahun 2015 sebanyak 172 kasus, lebih banyak dibandingkan kematian pada tahun 2014 yaitu sebanyak 163 kasus, dengan kasus kematian AIDS tertinggi pada umur 25 – 49 tahun.

Penyakit yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi lainnya, misalnya Sifilis. Kasus Sifilis di Jawa Tengah tahun 2015 sebanyak 1.206 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2014 sebanyak 907 kasus. Berdasarkan jenis kelamin ternyata pada perempuan lebih tinggi yaitu 65,09 persen dan laki-laki 34,91 persen. (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2015).

Di Kabupaten Semarang, jumlah penderita HIV / AIDS ditemukan pada tahun 2015 jumlahnya meningkat bila dibandingkan tahun sebelumnya. Pada tahun 2015, ditemukan sebanyak 80 kasus HIV dan 26 kasus AIDS, sedangkan pada tahun 2014 ditemukan sebanyak 63 kasus HIV dan 19 kasus AIDS (Profil Kesehatan Kabupaten Semarang, 2015).

Masa remaja merupakan masa fungsi organ reproduksi dan sistem hormonal mulai bekerja. Secara alamiah remaja menjadi sangat ingin tahu tentang seks. Remaja perlu mendapat perhatian serius karena remaja sangat berisiko terhadap masalah-masalah kesehatan reproduksi, seperti Triad KRR. Triad KRR merupakan tiga risiko yang dihadapi oleh remaja seperti seksualitas, HIV/AIDS dan NAPZA. Risiko kesehatan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya hubungan edukasi kesehatan reproduksi, pengetahuan tentang Triad KRR, dan sikap terhadap Triad KRR.

Pengetahuan terkait kesehatan reproduksi sangat penting untuk membatasi perilaku seksual yang kian bebas pada usia remaja terlebih pada masa remaja awal. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku (PSP) terkait pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah, yaitu sebesar 30,9% (Fauzi, 2018). Berdasarkan hasil analisis pemetaan masalah kesehatan remaja mengenai Triad KRR, diperoleh bahwa pada bagian kuesioner terkait HIV/AIDS masih rendah yaitu pengetahuan penggunaan alat kontrasepsi saat melakukan hubungan seksual. Dari 17 responden yang ada, semua responden tidak mengetahui pentingnya menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual.

Pada poin NAPZA, diperoleh hasil bahwa rendahnya pengetahuan pentingnya pendidikan bahaya narkoba di Dusun Kawengen. Dari 17 responden, hanya ada 1 responden yang menjawab bahwa pendidikan bahaya narkoba itu penting. Dari hasil tersebut, maka dapat disimpulkan 94% responden belum menyadari pentingnya pendidikan bahaya narkoba.

Pada poin seksualitas, terdapat beberapa masalah seperti: remaja yang masih menonton video porno (dari 17 responden terdapat 10 responden yang menonton video porno); masturbasi/onani (dari 17 responden terdapat 7 responden yang pernah mengalami); dan kurangnya pengetahuan terkait penularan Infeksi Menular Seksual (IMS) seperti pengetahuan terkait infeksi menular seksual pada WTS, oral dan anal seks merupakan faktor risiko terjadi infeksi menular seksual (IMS).

Dari data yang telah diperoleh di atas, maka dilaksanakanlah intervensi "Pembentukan Forum Remaja Peduli Kesehatan Reproduksi sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Triad KRR". Pelaksanaan kegiatan ini diikuti oleh remaja dusun Kawengen dan anggota Karang Taruna yang kemudian tergabung dalam forum remaja peduli kesehatan dengan nama Generasi Muda Kawengen. Tahap awal intervensi terlebih dahulu dilakukan penyebaran *pre-test* untuk mengukur pengetahuan awal terkait tiga risiko kesehatan yang dihadapi remaja. Kemudian dilakukan pemberian informasi atau penyuluhan terkait seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA. Berdasarkan penjelasan di atas, maka dengan diadakannya pembentukan forum remaja peduli kesehatan reproduksi ini diharapkan dapat

meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait tiga risiko masalah kesehatan remaja (Seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA) dan dapat menjadi sarana informasi bagi remaja lainnya.

METODE

Metode penelitian ini adalah *cross sectional*, dengan menggunakan kuesioner. Sumber data yang digunakan adalah data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari hasil penyebaran kuesioner terkait pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja mengenai Triad KRR (Seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA). Kuesioner dibagikan kepada remaja Dusun Kawengen untuk mengukur besaran masalah terkait Triad KRR pada remaja Dusun Kawengen. Sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan Bidan Desa. Wawancara mendalam dilakukan sebelum dilakukan intervensi untuk mengetahui kondisi perilaku Dusun Kawengen dan sarana prasarana informasi terkait kesehatan reproduksi.

Sampel sebanyak 23 sampel diambil secara *purposive sampling*. Subyek diberi kuesioner *pre-test* dilanjutkan dengan pemberian materi dengan metode ceramah dan diskusi serta menggunakan media penyampaian berupa *power point*, poster, dan *booklet*. Setelah pemberian materi selanjutnya dilakukan *post-test* untuk mengetahui keberhasilan program atau intervensi yang telah dilakukan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *paired t test* dan alternatifnya yaitu uji *Wilcoxon*.

HASIL

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner *pre-test* dan *post-test* terdapat karakteristik responden berdasarkan umur dan status perkawinan, yaitu responden dengan usia 10 – 24 tahun dan belum menikah / belum kawin. Hasil *pre-test* dan *post-test* kemudian dilakukan penilaian. Rumus yang digunakan untuk mengukur presentase dari jawaban yang di dapat dari kuesioner menurut Arikunto (2013), yaitu presentase adalah jumlah nilai yang benar dibagi jumlah soal dikalikan 100%. Menurut Arikunto (2010) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut.

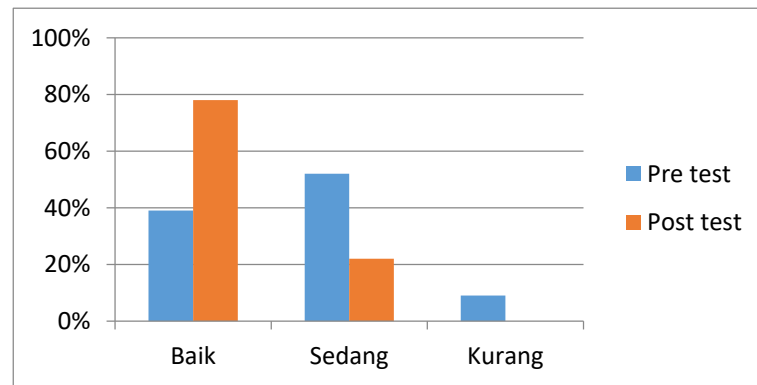
1. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $\geq 76-100$ %.
2. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya 60–75 %.
3. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya ≤ 60 %.

Hasil pengisian kuesioner *pre-test* dan *post-test* tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku mengenai Triad KRR dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Tingkat PSP mengenai Triad KRR Dusun Kawengen Tahun 2018

| Tingkat PSP Remaja tentang Triad KRR | Jumlah | Persentase (%) |
|--------------------------------------|--------|----------------|
| Pretest | | |
| Baik | 9 | 39% |
| Sedang | 12 | 52% |

| | | |
|-----------------|----|-----|
| Kurang | 2 | 9% |
| Posttest | | |
| Baik | 18 | 78% |
| Sedang | 5 | 22% |
| Kurang | 0 | 0% |



Gambar 1 Grafik Distribusi Frekuensi Tingkat PSP mengenai Triad KRR Dusun Kawengen Tahun 2018

Berdasarkan tabel 1 dan gambar 1 di atas, menunjukkan hasil *pre-test* dan *post-test* tentang pengetahuan, sikap dan perilaku terkait Triad KRR yang diberikan kepada responden mengalami peningkatan. Hasil *pre-test* dengan kategori baik sebanyak 9 orang (39%), sedang 12 orang (52%), dan kurang 2 orang (9%). Hasil *post-test* dengan kategori baik sebanyak 18 orang (78%), sedang 5 orang (22%), dan untuk kategori kurang tidak ada.

Tabel 2 Analisis Tingkat Pengetahuan dan Sikap Sebelum dan Sesudah Penyuluhan

| | Mean | Std. Deviation | IK 95% | P |
|--|--------|----------------|---------------------|-------|
| Pretest-Posttest Pengetahuan, Sikap dan Perilaku terkait Triad KRR | -2.652 | 1.027 | (-3.096) – (-2.208) | 0,000 |

*uji t test

Tabel 2 menunjukkan hasil uji hipotesis yang dilakukan menunjukkan $p=0,000$ ($p<0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait Triad KRR.

PEMBAHASAN

Sebelum mengetahui permasalahan yang ada di Dusun Kawengen, terlebih dahulu dilakukan pengumpulan data. Data yang digunakan yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil analisis pemetaan masalah kesehatan di Dusun Kawengen tahun 2018. Data sekunder menggunakan Riset Kesehatan Dasar Desa tahun 2017 di tiga desa

yaitu Desa Kawengen, Desa Kalikayen dan Desa Mluweh serta wawancara mendalam dengan Bidan Desa.

Dari hasil penentuan penyebab masalah dengan metode diskusi, diperoleh hasil bahwa penyebab masalah rendahnya pengetahuan, sikap dan perilaku terkait pencegahan HIV /AIDS antara lain tidak tersedianya sarana informasi terkait pencegahan HIV/AIDS, pengetahuan masyarakat terhadap pencegahan HIV/AIDS masih rendah dan kurangnya perhatian atau pemantauan orang tua terhadap anak. Berdasarkan hasil analisis pemetaan kuesioner mengenai Triad KRR, diketahui pula mengenai rendahnya pengetahuan pemberian sanksi kepada pengguna narkoba yang pengetahuan penggunaan kontrasepsi saat berhubungan seksual dan pengetahuan infeksi menular seksual. Dari hasil tersebut, dilakukan pencarian alternatif pemecahan masalah.

Alternatif pemecahan masalah berupa program yang nantinya dapat meningkatkan pengetahuan PSP pencegahan HIV/AIDS di masyarakat Dusun Kawengen dan sebagai sarana informasi bagi masyarakat Dusun Kawengen. Merujuk pada penyebab terjadinya PSP pencegahan HIV/AIDS yang masih rendah, maka program yang disajikan adalah Pembentukan Forum Remaja Peduli Kesehatan Reproduksi dengan sasaran remaja Dusun Kawengen.

Sebelum penyampaian informasi mengenai Triad KRR, dilakukan *pre-test* untuk mengetahui pengetahuan awal remaja. Pemberian informasi atau penyuluhan dilakukan dalam tiga pertemuan yang membahas, mengenai seksualitas, HIV/AIDS dan NAPZA. Selanjutnya, untuk mengetahui keberhasilan program, maka dilakukan *post-test*.

Hasil *pre-test* dan *post-test* yang digunakan dalam mengukur indikator keberhasilan dalam program ini menunjukkan bahwa pengetahuan tentang Triad KRR sebelum dan sesudah penyuluhan mengalami peningkatan yang baik. Dengan menggunakan uji Wilcoxon berdasarkan hasil *pre-test* dan *post-test*, didapatkan hasil bahwa ada hubungan pemberian penyuluhan terkait Triad KRR dengan peningkatan pengetahuan remaja. Penelitian ini sejalan penelitian Afifah dan Titik (2018) bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap Perubahan Pengetahuan Remaja Sebelum dan Setelah diberi Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Remaja dengan Pemberian Modul KRR (Kesehatan Reproduksi Remaja)

Selain itu, peningkatan pengetahuan terkait Triad KRR, program ini juga bertujuan sebagai pemenuhan sarana informasi terkait triad KRR di Dusun Kawengen. Pembentukan Forum Remaja Peduli Kesehatan Reproduksi diberi nama Generasi Muda Kawengen, dengan struktur organisasi sebagai berikut.

Tabel 3 Struktur Organisasi Forum Generasi Muda Kawengen.

| No | Nama | Jabatan | RT |
|----|--------|-------------|----|
| 1 | Taufiq | Pembina | 09 |
| 2 | Ibul | Ketua | 09 |
| 3 | Agus | Wakil Ketua | 09 |

| | | | |
|---|------|------------|----|
| 4 | Noni | Sekretaris | 09 |
| 5 | Yuni | Bendahara | 09 |

Selain struktur organisasi diatas, forum remaja ini juga beranggotakan beberapa remaja di Dusun Kawengen sekitar 15 orang dengan 1 orang pembina sebagai penanggung jawab dan pemberi arahan

PENUTUP

Upaya pemecahan masalah terkait pengetahuan, sikap dan perilaku HIV/AIDS yang masih rendah, dibentuklah pembentukan forum remaja peduli kesehatan reproduksi kepada remaja-remaja di Dusun Kawengen. Hasil yang diperoleh dari pelaksanaan program dengan metode ceramah menunjukkan hasil *pre-test* dengan kategori baik sebanyak 9 orang (39%), sedang 12 orang (52%), dan kurang 2 orang (9%). Hasil *post-test* dengan kategori baik sebanyak 18 orang (78%) dan sedang 5 orang (22%). Selanjutnya uji *t-test* menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,005$). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan program.

Bagi masyarakat, diharapkan program ini dapat dilanjutkan dan tetap aktif sebagai forum tentang kesehatan reproduksi serta dapat menjadi sarana informasi bagi generasi remaja berikutnya. Sehingga dapat meningkatnya pengetahuan tentang Triad KRR di Dusun Kawengen, serta mencegah terjadinya risiko masalah kesehatan reproduksi di Dusun Kawengen.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Generasi Berencana (GENRE) Tahun 2015
- Depkes, 2015. Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. www.depkes.go.id
- Johariyah A. dan Mariati T. 2018. Efektivitas Peyuluhan Kesehatan Reproduksi Remaja dengan Pemberian Modul terhadap Perubahan Pengetahuan Remaja. *Jurnal Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo* Vol. 4 No. 1.
- Lukman Fauzi. 2018. Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) Praktek Kerja Lapangan Desa Kalikayen, Desa Mluweh dan Desa Kawengen Tahun 2017.
- Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015
- Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2015
- Profil Kesehatan Kabupaten Semarang Tahun 2015
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. ISSN 2442-7659.
- Sihite, P. dkk. 2017. Pengaruh Edukasi Kesehatan Reproduksi terhadap Pengetahuan Siswa tentang Triad KRR (Seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA) di SMK Swadaya Kota Semarang Tri Wulan II Tahun 2017. *JKM (E-Journal)* Volume 5, Nomor 4 (ISSN: 2356-3346). Semarang.
- Taukhit. 2014. Pengembangan Edukasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja dengan Metode Game Kognitif Proaktif. *Jurnal Studi Pemuda* Vol. 3, No. 2.

PENINGKATAN PENGETAHUAN ANAK MELALUI SOSIALISASI PENCEGAHAN KEKERASAN SEKSUAL DI DUSUN KAWENGEN

Alya Agustini^{1*}

1. Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: alyaagustini30@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Kekerasan seksual terhadap anak adalah suatu bentuk penyalahgunaan anak di mana orang dewasa menggunakan anak untuk rangsangan seksual. Berdasarkan (RISKESDASDES) tahun 2017, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terkait pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah, yaitu sebesar 30,9%. Oleh karena itu dilaksanakannya program sosialisasi pencegahan kekerasan seksual "Aku Mandiri". Dengan tujuan untuk mempersiapkan anak-anak agar terhindar dari perilaku penyimpangan seksualitas.

Metode: Metode yang digunakan merupakan metode observasi. Penentuan prioritas masalah menggunakan metode Hanlon kuantitatif, untuk mengukur pengetahuan menggunakan hasil pretest-posttest 52 sampel untuk RA Al-Muttaqin dan 23 sampel untuk TK ABA Atarbiyah I. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon*.

Hasil: Peningkatan pengetahuan anak di lihat dari, hasil pretest-posttest RA kriteria baik 10 orang (19,2%) menjadi 32 orang (61,5%) dan hasil pretest-posttest TK kriteria baik 9 orang (39,1%) menjadi 18 orang (78,3%). Sedangkan uji *wilcoxon* RA dan TK menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,005$) ada perbedaan skor pengetahuan antara sebelum dan sesudah sosialisasi.

Simpulan: Hasil sosialisasi menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan siswa-siswi RA dan TK tentang sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh antara sebelum dan sesudah sosialisasi.

Kata Kunci: Kekerasan seksual, aku mandiri, sentuhan.

ABSTRACT

Background: Sexual violence against children is a form of child abuse in which adults use children for sexual stimulation. Based on (RISKESDASDES) in 2017, it shows that the level of knowledge, attitude and behavior (PSP) related to HIV / AIDS prevention in Kawengen Village is still low, which is 30.9%. Therefore, the "I Mandiri" sexual violence prevention program is implemented. With the aim of preparing children to avoid sexuality deviations.

Methods: The method used is the observation method. Determination of priority problems using quantitative Hanlon method, to measure knowledge using the results of 52 pretest-posttest samples for RA Al-Muttaqin and 23 samples for ABA Atarbiyah I. TK data analysis was performed using the test *Wilcoxon*.

Results: Increased knowledge of children was seen from, the results of RA pretest-posttest criteria for both 10 people (19.2%) to 32 people (61.5%) and the results of TK criteria pretest-posttest both 9 people (39.1%) became 18 people (78.3%). While the *wilcoxon* RA and TK test showed $p = 0,000$ ($p < 0,005$) there were differences in knowledge scores between before and after socialization.

Conclusion: The results of the socialization show an increase in the knowledge of RA and TK students about the touch and touch may not be between before and after socialization.

Keywords: Sexual violence, I am independent, touch.

PENDAHULUAN

Masa anak-anak merupakan masa perkembangan dan pertumbuhan. Pada masa ini, anak-anak mengalami periode perkembangan baik secara fisik maupun psikis. Di masa ini juga, anak mampu menangkap dengan baik informasi-informasi yang diberikan kepadanya. Seorang anak seharusnya mendapatkan haknya untuk mendapatkan perlindungan dari berbagai pihak, jika anak sudah berada di lingkungan sekolah, berarti anak harus mendapatkan perlindungan dari pihak sekolah. Jika anak sudah berada di lingkungan keluarganya, peran dan fungsi dari keluarga harus berjalan dengan semestinya. Namun pada kenyataannya masih banyak anak yang tidak mendapatkan haknya. Hal ini dibuktikan dengan adanya kasus pelecehan seksual pada anak dibawah umur baik itu di wilayah sekolah, keluarga, maupun masyarakat atau lingkungan sekitar.

Pelecehan seksual terhadap anak adalah suatu bentuk penyiksaan anak di mana orang dewasa atau remaja yang lebih tua menggunakan anak untuk rangsangan seksual. Pelecehan seksual pada anak akan memberikan dampak traumatik yang begitu mendalam dan sulit untuk disembuhkan. Trauma psikologi pada anak yang menjadi korban kejahatan seksual sulit dihilangkan dari ingatan anak, terutama jika pelaku masih berada dan tinggal tidak jauh dari lingkungan anak.

Menurut Data Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) dari tahun 2011 sampai tahun 2014 menunjukkan peningkatan yang signifikan. Tahun 2011 terjadi 2178 kasus kekerasan, tahun 2012 ada 3512 kasus, tahun 2013 ada 4311 kasus, dan tahun 2014 ada 5066 kasus. Berdasarkan tempat terjadi kekerasan, data KPAI menunjukkan kekerasan terhadap anak terjadi di keluarga, sekolah dan masyarakat. Hasil monitoring dan evaluasi KPAI tahun 2012 di 9 propinsi menunjukkan bahwa 91 persen anak menjadi korban kekerasan di lingkungan keluarga, 87.6 persen di lingkungan sekolah dan 17.9 persen di lingkungan masyarakat. menunjukkan 218 kasus kekerasan seksual anak pada tahun 2015. Sementara pada tahun 2016 terdapat 120 kasus kekerasan seksual terhadap anak-anak, kemudian di tahun 2017 tercatat sebanyak 116 kasus.

Berdasarkan data DP3AKB Provinsi Jawa Tengah pada 2014-2015, tercatat bahwa korban kekerasan berbasis gender dan anak di Jawa Tengah menunjukkan pada kategori "harus waspada" karena menunjukkan yang cukup tinggi baik secara kuantitas dan kualitas. Angka kekerasan pada tahun 2014 menunjukkan jumlah korban 2.689 orang yang meliputi dewasa dan anak-anak. Sedangkan Jumlah kasus pada tahun 2015 sebanyak 2630 kasus. Dari keseluruhan kasus terbanyak adalah kasus kekerasan Seksual, yakni sebanyak 846 kasus, kemudian kasus Kekerasan Fisik sebanyak 823 kasus, dan berikutnya adalah kasus kekerasan Psikis yakni sebanyak 768 kasus. Sedangkan pada tahun 2016 menurut DP3AKB

jumlah kasus kekerasan seksual pada anak usia 0-5 tahun terdapat 192 kasus, anak usia 6-12 tahun terdapat 381 kasus, dan anak usia 13-18 terdapat 877 kasus.

Berdasarkan, data dari Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terkait pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah, yaitu sebesar 30,9%. Untuk mempersiapkan anak-anak agar terhindar dari perilaku penyimpangan pada masa remajanya nanti yang meliputi seksualitas, HIV/AIDS dan NAPZA (TRIAD KRR), maka alangkah lebih baiknya diberikan pengetahuan dan pemahaman terkait bahaya perilaku menyimpang tersebut sedini mungkin. Selain itu, agar anak terhindar dari kejahatan seksual yang sekarang marak terjadi.

Mendasarkan pada hal tersebut, perlunya dilakukan upaya untuk mencegah dan melindungi anak dari ancaman pelecehan seksual di lingkungannya. Salah satunya dengan memberikan pendidikan seks kepada anak sejak dini. Hal ini yang melatar belakangi penulis untuk melakukan “Peningkatan Pengetahuan Anak Melalui Sosialisasi Pencegahan Kekerasan Seksual Di Dusun Kawengen”.

METODE

Teknik pengumpulan data analisis situasi dengan menggunakan metode observasi. Metode yang digunakan dalam penentuan prioritas masalah yaitu metode Hanlon kuantitatif, metode penentuan prioritas penyebab masalah dan penentuan alternatif pemecahan masalah menggunakan metode *brain storming*. Sementara evaluasi program menggunakan indikator keberhasilan program meliputi *input, process, output, dan outcome*. Sampel sebanyak 52 sampel untuk RA AL-Muttaqin dan 23 sampel untuk TK ABA Atarbiyah I, diambil secara *purposive sampling*. Subyek diberi kuesioner *pretest* dilanjutkan dengan penyuluhan, dan diberi kuesioner *posttest* setelah diberi penyuluhan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebelum dilakukan upaya peningkatan pengetahuan melalui sosialisasi pencegahan kekerasan seksual, “AKU MANDIRI” yang artinya Aku Mampu Menjaga Diri, terlebih dahulu responden diberi lembar pre-test. Pre test diberikan kepada anak-anak RA dan TK, untuk mengetahui pengetahuan awal anak-anak terkait bagian tubuh yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh orang lain. Soal pre-test yang diberikan berjumlah 5 item pertanyaan yang mencakup materi pada pencegahan kekerasan seksual pada anak.

Menurut Arikunto 2010, kategori pengetahuan dikatakan baik apabila responden dapat menjawab benar 76% - 100% dari soal, cukup apabila responden dapat menjawab benar 60%-75% dari soal, dan kurang apabila responden hanya mampu menjawab benar <60% dari soal.

1. Hasil Tingkat Pengetahuan Responden Di RA Al-Muttaqin

Berdasarkan pre test dan post test yang telah diberikan kepada siswa-siswi RA Al Muttaqin didapat besaran tingkat pengetahuan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Tingkat Pengetahuan siswa-siswi RA Al-Muttaqin

| Tingkat pengetahuan | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------------|--------|----------------|
| <i>Pretest</i> | | |
| Kurang | 13 | 25% |
| Cukup | 29 | 55,8% |
| Baik | 10 | 19,2% |
| <i>Posttest</i> | | |
| Kurang | 9 | 17,3% |
| Cukup | 11 | 21,2% |
| Baik | 32 | 61,5% |

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan hasil pengetahuan sebelum (pre test) dan sesudah(post test) tentang bagian anggota tubuh anak yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh mengalami peningkatan. Hasil Pre test pada kriteria kurang sebanyak 13 orang (25%), cukup 29 orang (55,8%), baik 10 orang (19,2%).

Sedangkan hasil pengetahuan sesudah diberi sosialisasi pencegahan kekerasan seksual,hasil dari post test kriteria kurang sebanyak 9 orang (17,3%), sedang 11 orang (21,2%), baik 32 orang (61,5%)

Perbedaan pengetahuan anak antara sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pencegahan kekerasan seksual pada anak dengan media (video animasi, ppt materi, dan poster) dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2. Perbedaan Pengetahuan sebelum dan sesudah diberi sosialisasi

| Pengetahuan | N | Nilai minimum | Nilai maximum | Mean |
|-------------|----|---------------|---------------|------|
| Sebelum | 52 | 0 | 5 | 2,90 |
| Sesudah | 52 | 5 | 5 | 3,83 |

Nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum diberi sosialisasi pencegahan kekerasan seksual pada anak (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh) sebesar 2,90. Setelah di beri sosialisasinila rata-rata pengetahuan menjadi sebesar 3,83. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuanresponden meningkat antara sebelum dan sesudah diberi intervensi sosialisasi pencegahan kekerasan seksual pada anak.

Tabel 3. Hasil uji wilcoxon RA Al-Muttaqin

| | Post Test - Pre Test |
|------------------------|----------------------|
| Z | -4.575 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |

Berdasarkan tabel diatas hasil uji wilcoxon yang dilakukan menunjukkan $p=0,000$ ($p<0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan pengetahuan siswa-siswi RA Al-Muttaqin antara sebelum dan sesudah diberi sosialisasi (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh).

2. Hasil Tingkat Pengetahuan Responden Di TK ABA Atarbiyah I

Berdasarkan hasil pre test dan post test yang telah diberikan kepada siswa-siswi TK ABA Atarbiyah I didapat besaran tingkat pengetahuan sebagai berikut:

Tabel 4. Distribusi Tingkat Pengetahuan siswa-siswi TK ABA Atarbiyah I

| Tingkat pengetahuan | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------------|--------|----------------|
| <i>Pretest</i> | | |
| Kurang | 6 | 26,1% |
| Cukup | 8 | 34,8% |
| Baik | 9 | 39,1% |
| <i>Posttest</i> | | |
| Kurang | 2 | 8,7% |
| Cukup | 3 | 13% |
| Baik | 18 | 78,3% |

Menurut tabel diatas menunjukkan hasil pengetahuan sebelum (pre test) dan sesudah(post test) tentang bagian anggota tubuh anak yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh mengalami peningkatan. Hasil Pre test pada kriteria kurang sebanyak 6 orang (26,1%) cukup 8 orang (34,8%), baik 9 orang (39,1%)

Sedangkan hasil pengetahuan sesudah diberi sosialisasi pencegahan kekerasan seksual,hasil dari post test kriteria kurang sebanyak 2 orang (8,7%), sedang 3 orang (13%), baik 18 orang (78,3%).

Perbedaan pengetahuan siswa-siswi TK ABA Atarbiyah I antara sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pencegahan kekerasan seksual dengan media (video animasi, ppt materi, dan poster) dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 5. Perbedaan Tingkat Pengetahuan sebelum dan sesudah diberi sosialisasi

| Pengetahuan | N | Nilai minimum | Nilai maximum | Mean |
|-------------|----|---------------|---------------|------|
| Sebelum | 23 | 1 | 5 | 3,22 |
| Sesudah | 23 | 2 | 5 | 4,48 |

Nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum diberi sosialisasi pencegahan kekerasan seksual pada anak (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh) sebesar 3,22. Setelah di beri sosialisasinya rata-rata pengetahuan menjadi sebesar 4,48. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan responden meningkat antara sebelum dan sesudah diberi intervensi sosialisasi pencegahan kekerasan seksual pada anak.

Tabel 6. Hasil uji wilcoxon TK ABA Atarbiyah I

| | Post Test - Pre Test |
|------------------------|----------------------|
| Z | -3.695 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |

Berdasarkan tabel diatas hasil uji wilcoxon yang dilakukan menunjukkan $p=0,000$ ($p<0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan pengetahuan siswa-siswi TK ABA Atarbiyah I antara sebelum dan sesudah diberi sosialisasi (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh).

Sebelum mengetahui permasalahan kesehatan yang ada di Dusun Kawengen, Desa Kawengen khususnya RT 02 RW 04, terlebih dahulu melaksanakan pengumpulan data. Pengumpulan data yang dilakukan melalui metode observasi dan wawancara dengan beberapa tokoh diantaranya Kepala Dusun, Ketua karang taruna, Kepala sekolah RA dan TK dan Bidan Desa.

Metode yang digunakan dalam menyusun prioritas masalah kesehatan adalah metode Hanlon Kuantitatif. Metode Hanlon Kuantitatif merupakan alat yang dapat digunakan untuk membandingkan berbagai masalah yang berbeda-beda dengan cara *relative* dan bukan *absolute, framework*, seadil mungkin, dan objektif sehingga diharapkan dapat diperoleh prioritas masalah berdasarkan penilaian yang sesuai dengan kondisi di lapangan. Hasil dari penentuan prioritas masalah kesehatan yang diperoleh di RT 02 RW 04, Dusun kawengen menggunakan metode hanlon kuantitatif yaitu permasalahan PSP (Pengetahuan Sikap Perilaku) pencegahan HIV/AIDS dimana sebagian warganya memiliki PSP pencegahan HIV/AIDS yang masih rendah.

Setelah mengetahui prioritas masalah kesehatan, maka selanjutnya perlu dilakukan pencarian penyebab masalah yaitu meliputi, tidak tersedianya sarana dan informasi terkait

pengecegan HIV/AIDS, pengetahuan masyarakat terkait pengecegan HIV/AIDS yang masih rendah, dan kurangnya pantauan orang tua terhadap anak. Dari hasil tersebut perlu dilakukannya pencarian alternatif pemecahan masalah dengan metode Brain Storming. Alternatif pemecahan masalah ini berupa program yang nantinya dapat meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat untuk melakukan pengecegan. Salah satu alternatif pemecahan masalah yang diperoleh adalah Sosialisasi pengecegan kekerasan seksual (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh) pada instansi pendidikan di Dusun Kawengen (RA Al-Muttaqin dan TK ABA At-Tarbiyah). Alternatif pemecahan masalah ini dipilih sebagai bentuk peningkatan pengetahuan anak sedini mungkin dan untuk mempersiapkan anak-anak agar terhindar dari perilaku penyimpangan seksualitas yang dapat berujung pada HIV/AIDS. Program tersebut dilaksanakan di rentang usia anak-anak, karena apa yang akan terjadi di masa yang akan datang (remaja) dipengaruhi oleh apa yang didapatkan dari usia dini.

Konsep Program

Sosialisasi pengecegan kekerasan seksual pada anak ini dilakukan berlandaskan pencarian prioritas masalah, penyebab masalah, dan alternatif pemecahan masalah. Sehingga didapatkan hasil intervensi mengenai program Aku Mandiri, yaitu anak mampu menjaga diri. Program ini meliputi peningkatan pengetahuan anak tentang anggota tubuh yang boleh disentuh dan yang tidak boleh disentuh, apa yang harus anak lakukan ketika ada orang lain memegang bagian tubuhnya yang tidak boleh disentuh orang lain (mulut, pantat, dada, alat kelamin, dan sekitar paha), serta bentuk kekerasan seksual lainnya.

Kegiatan Sosialisasi ini ditujukan untuk siswa-siswi RA AL-Muttaqin dan TK ABA Atarbiyah I dengan rentan usia antara 4 tahun hingga 6 tahun. Pemilihan RA dan TK sebagai tempat sosialisasi karena instansi pendidikan dirasa dapat menjadi tempat yang efektif untuk menjangkau anak-anak sebagai responden sosialisasi. Tujuan dalam sosialisasi ini yaitu meningkatkan pengetahuan anak tentang anggota tubuhnya yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh oleh orang lain, bagaimana cara anak menjaga diri, tindakan yang harus anak lakukan ketika ada orang lain yang hendak melakukan kekerasan seksual pada dirinya, sehingga apabila terjadi kekerasan seksual anak dapat melawan, menolak, berani teriak dan lari ketempat ramai, dan melaporkannya kepada orang tua.

Sebelum penyampaian materi, siswa-siswi terlebih dahulu diarahkan untuk menjawab pertanyaan pre test tentang bagian mana saja anggota tubuhnya yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh. Cara penyampaian materi yang digunakan dalam sosialisasi ini yaitu dengan metode mendongeng. Hal ini dilakukan untuk menarik perhatian anak agar memperhatikan saat diberi materi sehingga informasi dapat diterima dan dipahami oleh anak dengan baik. Kemudian anak diajak menari dan bernyanyi lagu "Ku Jaga Diriku", yang berisi

tentang anggota tubuh yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh serta apa yang harus dilakukan anak apabila ada orang lain melakukan kekerasan seksual pada dirinya. Pemilihan video nyanyian dan tarian sebagai media sosialisasi agar siswa-siswi dapat dengan mudah menerima isi materinya. Media yang digunakan meliputi ppt materi sosialisasi, video edukasi, dan poster. Setelah pemberian materi sosialisasi selesai, kemudian siswa-siswi diarahkan untuk mengisi kuesioner posttest. Sebagai bentuk cara mengukur pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan materi sosialisasi.

Evaluasi kegiatan meliputi beberapa hal, yaitu indikator input, proses, output, dan outcome. Indikator input berupa kehadiran siswa-siswi RA dan TK sebagai responden sosialisasi, kesiapan media edukasi, dan kehadiran peserta anggota tim PKL. Indikator Proses berupa pengetahuan siswa-siswi mengenai anggota tubuh yang boleh disentuh dan tidak boleh disentuh melalui jawaban pretest dan posttest. Indikator output berupa meningkatnya pengetahuan yang dapat dilihat dari hasil pretest dan posttest, sedangkan indikator outcome berupa pembagian media sosialisasi berupa poster di RA AL-Muttaqin dan TK ABA Atarbiyah I, agar nantinya informasi tersebut dapat didedukasikan lagi oleh guru kepada siswa-siswi tahun ajaran baru dilain waktu.

Pengetahuan Responden

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa hasil *pretest* dan *posttest* tentang pengetahuan mengalami perubahan, untuk RA AI-Muttaqin yang semua 10 responden dengan pengetahuan baik (19,2%) menjadi 32 responden (61,5%). Sedangkan TK ABA Atarbiyah I yang semua 9 responden dengan pengetahuan baik (39,2%) menjadi 18 responden (78,3%). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah sosialisasi. Selanjutnya hasil uji wilcoxon pada RA dan TK menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,005$), sehingga H_0 diterima, yaitu adanya perbedaan skor pengetahuan antara sebelum dan sesudah sosialisasi pencegahan kekerasan seksual pada anak.

PENUTUP

Terdapat Peningkatan pengetahuan siswa-siswi baik itu di RA AI-Muttaqin dan TK ABA Atarbiyah I tentang sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh, antara sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi "Aku Mampu, Anak Mampu Menjaga Diri"

Saran bagi instansi pendidikan, sebaiknya sekolah sebagai sarana pendidikan alangkah lebih baiknya juga memberikan edukasi tentang seksualitas sesuai dengan rentang usia, agar siswa-siswi tidak tabu, salah pengertian, dan tidak melakukan perilaku menyimpang akan hal seksualitas. Selain di sekolah, orang tua sebagai pendidikan anak yang

pertama sebaiknya juga memberikan pendidikan seksualitas kepada anak-anaknya sejak dini yang sesuai dengan usia anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Komisi perlindungan anak Indonesia (2017). *116 Kasus Kekerasan Seksual Terhadap Anak*. Jakarta
- Dinas Pemeberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana. (2016). *Indikator data kekerasan 2016*. Jawa Tengah.
- Arikunto, S. 2010. *prosedur penelitian suatu pendektan praktik* . Jakarta: Rineka Citra.
- Lukman Fauzi. 2018. Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) Praktek Kerja Lapangan Desa Kalikayen, Desa Mluweh dan Desa Kawengen Tahun 2017.

PENGGUNAAN METODE HANLON DALAM PENENTUAN PRIORITAS MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA DI DUSUN KAWENGEN TAHUN 2018

Noviya Dwi Rahayu^{1*}, Lukman Fauzi¹, Nanik Prihati²

1. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang
2. Puskesmas Kalongan, Kabupaten Semarang

E-mail Korespondensi: noviyadwi667@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Kesehatan merupakan salah satu permasalahan yang paling kompleks dalam dunia modern saat ini. Salah satu masalah kesehatan yang terjadi yaitu masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Menurut Blum (1974) ada empat faktor utama yang menentukan derajat kesehatan masyarakat, yakni : perilaku, lingkungan, pelayanan kesehatan dan hereditas, yang dapat diuraikan lagi kedalam faktor sekunder dan tersiernya. Seiring dengan kemajuan iptek dibidang kesehatan masyarakat dan kedokteran, telah memberikan berbagai macam alternatif yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah kesehatan yang terjadi dimasyarakat saat ini. Metode Hanlon merupakan alat yang dapat digunakan untuk membandingkan berbagai masalah yang berbeda-beda dengan cara *relative* dan bukan *absolute, framework*, seadil mungkin, dan objektif sehingga diharapkan dapat diperoleh prioritas masalah berdasarkan penilaian yang sesuai dengan kondisi di lapangan, selanjutnya mendapatkan pemecahan yang diinginkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan intervensi program yang paling efektif. Berdasarkan hasil analisis dengan menggunakan model Hanlon, maka dapat dihasilkan suatu alternatif program kesehatan yang sangat efektif khususnya dalam masalah kesehatan reproduksi pada remaja di dusun Kawengen.

Metode : Metode yang digunakan dalam pemetaan prioritas masalah terkait Pengetahuan Sikap dan Perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah dengan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif. Pengumpulan data menggunakan metode survei dan wawancara mendalam, metoda Hanlon dalam proses awainya menggunakan pendapat anggota secara curah pendapat (*Brain storming*) untuk menentukan nilai dan bobot. Dari masing-masing komponen diperoleh nilai dengan jalan melakukan *scoring* dengan skala tertentu, kemudian komponen tersebut dimasukkan kedalam formula dan hasil yang didapat makin tinggi nilainya maka itulah prioritas masalah yang didahulukan (menjadi prioritas masalah), kemudian akan dilanjutkan dengan intervensi sebagai pemecahan alternative masalah tersebut.

Hasil : Dari hasil analisis prioritas masalah menggunakan metode Hanlon tersebut menunjukkan bahwa prioritas masalah kesehatan masyarakat yang utama terkait Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) di Dusun Kawengen, Desa Kawengen, Kecamatan Ungaran Timur, Kabupaten Semarang terletak pada masalah PSP (Pengetahuan Sikap Perilaku) pencegahan HIV/AIDS dimana sebagian warganya memiliki PSP pencegahan HIV/AIDS yang masih rendah. Prioritas penyebab masalah utama pada rendahnya Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) pencegahan HIV/AIDS adalah tidak tersedianya sarana informasi terkait masalah tersebut.

Simpulan : Hasil dari penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode Hanlon ini adalah masalah terkait Pengetahuan Sikap dan perilaku pencegahan HIV/AIDS menjadi prioritas utama masalah, dimana ditentukan pula prioritas penyebab masalah yaitu tidak adanya sarana informasi terkait pencegahan HIV/AIDS, dengan metode ini maka dapat dibuat intervensi agar dapat memecahkan masalah tersebut yaitu Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) pencegahan HIV/AIDS.

Kata Kunci: Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP), TRIAD KRR, Remaja

ABSTRACT

Background problems that occur, namely the issue of reproductive health in adolescents. According to Blum (1974) there are four main factors that determine the degree of public health, i.e.: behavior, environment, healthcare and heredity, which can be decomposed into a secondary factor again and tersiernya. Along with the science and technology progress in the field of public health and medicine, has provided a wide range of alternatives that can be used to solve health problems that occur at this time. Hanlon's method is a tool that can be used to compare a variety of different problems with the way the relative and not absolute, framework, seadil and objective as possible, so hopefully can be obtained based on issues priority the assessment of compliance with the conditions in the field, then get the resolution it wants. The purpose of this research is to determine the most effective program interventions. Based on the results of the analysis using model Hanlon, then be produced an alternative health program is very effective especially in the issue of reproductive health in adolescents in the hamlet of Kawengen.

Methods: the methods used in the priority mapping problem regarding Knowledge Attitudes and behaviour towards HIV/AIDS prevention is to use Quantitative methods Hanlon. Data collection method survey and in-depth interview, Hanlon in the process awainya using the opinions of members in brainstorming (Brain storming) to determine value and weighting. Of each component of the retrieved value by way of doing scoring with a certain scale, Then the component is inserted into the formula and the results obtained the higher value then that's a matter of precedence (priority be priority issue) will then be followed by interventions as an alternative to solving the problem.

Results: the results of the analysis of the priority problems using methods that Hanlon indicated that a priority public health problem of major related Knowledge Attitudes and behaviors (PSP) in the hamlet of Kawengen, village Kawengen, district Ungaran Timur, Semarang is located on PSP (knowledge Attitude behavior) the prevention of HIV/AIDS where most citizens have a PSP the prevention of HIV/AIDS which is still low. The main cause of the problem on the priority of low Knowledge attitude and behavior of prevention of HIV/AIDS is not the availability of means of information related the issue.

Conclusion: the results of the determination of priority problems by using the method this is Hanlon problem regarding Knowledge attitudes and behaviors of HIV/AIDS prevention became a top priority issue, in which ditentukan also priority causes problems the absence of means of information related to prevention of HIV/AIDS with this then metode interventions can be made in order to solve those problems, namely a knowledge attitude and Behavior (PSP) the prevention of HIV/AIDS.

Key words: Knowledge Attitudes and behaviours PSP), TRIAD KRR, teens

PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak ke masa dewasa. Kehidupan remaja merupakan kehidupan yang sangat menentukan bagi kehidupan masa depan mereka. Melihat jumlahnya yang sangat besar, maka remaja sebagai generasi penerus bangsa perlu dipersiapkan menjadi manusia yang sehat secara jasmani, rohani, mental dan spiritual. Namun, masa pencarian jati diri pada remaja kadang mengalami penyimpangan khususnya penyimpangan pada sikap dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu permasalahan yang paling kompleks dalam dunia modern saat ini. Salah satu masalah kesehatan yang terjadi yaitu masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Masalah kesehatan pada remaja ada tiga masalah yang mungkin akan dihadapi yaitu terkait NAPZA, Seksualitas, dan HIV/AIDS.

Penyakit HIV/AIDS masih banyak dijumpai, di Indonesia jumlah penderita HIV dilaporkan sebanyak 14.640 orang, sedangkan untuk penderita AIDS sebanyak 4.725 orang pada tahun 2017 (KEMENKES RI, 2017). Di Jawa Tengah jumlah penderita HIV sebanyak 5.425 orang, sedangkan penderita AIDS sebesar 1.719 orang (KEMENKES RI, 2017). Di wilayah Kabupaten Semarang pada tahun 2015 angka kejadian HIV/AIDS nya masih tinggi yaitu sebesar 80 orang untuk penderita HIV, sedangkan sebanyak 26 orang yang sudah terkena AIDS (Profil Kesehatan Kabupaten Semarang, 2015). Penyakit HIV/AIDS memiliki banyak faktor resiko seperti bergonta-ganti pasangan, penggunaan narkoba dengan jarum suntik, perilaku seksual yang menyimpang dan sebagainya. HIV/AIDS merupakan salah satu jenis penyakit yang belum ditemukan obatnya, namun setidaknya dapat dilakukan pencegahannya. Pencegahan terhadap penyakit HIV/AIDS harus diketahui oleh masyarakat dari berbagai jenis golongan usia, mulai dari remaja hingga dewasa. Selain itu Pengetahuan Sikap dan Perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS juga sangat diperlukan agar dapat terhindar dari penyakit HIV/AIDS tersebut.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017 mengenai Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) terhadap pencegahan penyakit HIV/AIDS untuk tiga Desa yaitu Desa Kalikayen sebesar 29,8%, Desa Mluweh sebesar 39,1%, dan Desa Kawengen sebesar 30,9%. Dari data tersebut Desa Kawengen memiliki Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) terhadap pencegahan penyakit HIV/AIDS yang masih rendah yaitu sebesar 30,9% (Fuzi, 2018).

Rendahnya Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) remaja terhadap pencegahan HIV/AIDS di Dusun Kawengen dapat disebabkan oleh beberapa hal, untuk mengetahui penyebab rendahnya Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) remaja terhadap pencegahan penyakit HIV/AIDS maka digunakanlah metode pemetaan prioritas penyebab masalah.

Pemetaan merupakan proses pengumpulan data yang bertujuan untuk mendapatkan suatu informasi baru mengenai gambaran suatu penyakit atau masalah kesehatan agar mudah untuk dianalisis. Pemetaan menggunakan dua data, yaitu data sekunder dan primer. Data sekunder didapatkan melalui data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017. Data primer diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang disebar kepada remaja dusun Kawengen.

METODE

Metode yang digunakan dalam pemetaan prioritas masalah terkait Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) terhadap pencegahan HIV/AIDS adalah dengan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif. Metode Hanlon Kuantitatif merupakan alat yang dapat digunakan untuk membandingkan berbagai masalah yang berbeda-beda dengan cara *relative* dan bukan

absolute, framework, seadil mungkin, dan objektif sehingga diharapkan dapat diperoleh prioritas masalah berdasarkan penilaian yang sesuai dengan kondisi di lapangan. Penggunaan metoda Hanlon dalam penetapan alternatif prioritas masalah yang akan dilakukan menggunakan 4 komponen masing-masing:

1. Komponen A yaitu besarnya masalah (*Magnitude*)
2. Komponen B yaitu Tingkat kegawatan masalah (*Emergency/ Seriousness*)
3. Komponen C yaitu kemudahan penanggulangan masalah (*Causability*)
4. Komponen D yaitu dapat atau tidaknya program dilaksanakan menggunakan istilah PEARL faktor.

Seperti halnya metoda yang lain, pengumpulan data menggunakan metode survei dan wawancara mendalam, metoda Hanlon dalam proses awalnya menggunakan pendapat anggota secara curah pendapat (*Brain storming*) untuk menentukan nilai dan bobot. Dari masing-masing komponen diperoleh nilai dengan jalan melakukan *scoring* dengan skala tertentu, Kemudian komponen tersebut dimasukkan kedalam formula dan hasil yang didapat makin tinggi nilainya maka itulah prioritas masalah yang didahulukan (menjadi prioritas masalah) kemudian akan dilanjutkan dengan intervensi sebagai pemecahan alternative masalah tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebelum menemukan prioritas masalah terkait Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) terhadap pencegahan penyakit HIV/AIDS terlebih dulu menentukan prioritas masalah terhadap Pengetahuan Sikap dan Perilaku, dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel.1 Tabel Prioritas Masalah

| No | Masalah Kesehatan | Skor Kriteria | | | Skor D | | | | | NPD | NPT | Prioritas |
|----|-----------------------------|---------------|---|---|--------|---|---|---|---|-----|-----|-----------|
| | | A | B | C | P | E | A | R | L | | | |
| 1 | PSP BAB dan cuci tangan | 6 | 6 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 48 | 48 | II |
| 2 | PSP pencegahan HIV/AIDS | 8 | 6 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 112 | 112 | I |
| 3 | PSP konsumsi buah dan sayur | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 32 | 32 | IV |
| 4 | PSP aktivitas fisik | 4 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 36 | 36 | III |

Dari hasil analisis prioritas masalah tersebut menunjukkan bahwa prioritas masalah kesehatan masyarakat yang utama terkait Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) di Dusun Kawengen, Desa Kawengen, Kecamatan Ungaran Timur, Kabupaten Semarang terletak pada masalah PSP (Pengetahuan Sikap Perilaku) pencegahan HIV/AIDS dimana sebagian warganya memiliki PSP pencegahan HIV/AIDS yang masih rendah. Prioritas masalah kedua terletak pada PSP BAB dan cuci tangan, masalah ketiga terletak pada PSP konsumsi buah dan sayur. Kemudian masalah terbesar keempat terletak pada PSP aktivitas fisik.

Dari hasil penentuan prioritas masalah tersebut kemudian ditentukan analisis pemetaan prioritas penyebab masalah menggunakan metode Hanlon dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel.2 Tabel Prioritas Penyebab Masalah

| No | Masalah Kesehatan | Skor Kriteria | | | Skor D | | | | | NPD | NPT | Prioritas |
|----|---|---------------|---|---|--------|---|---|---|---|-----|-----|-----------|
| | | A | B | C | P | E | A | R | L | | | |
| 1 | Pengeatahuan masyarakat terhadap pencegahan HIV/AIDS masih rendah | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 32 | 32 | II |
| 2 | Kurangnya perhatian atau pemantauan orang tua terhadap anak | 6 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 40 | 40 | III |
| 3 | Tidak tersedianya sarana informasi | 6 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 96 | 96 | I |

Dari tabel hasil analisis pemetaan prioritas penyebab masalah tersebut diketahui bahwa prioritas penyebab masalah utama pada rendahnya Pengetahuan Sikap dan Perilaku pencegahan HIV/AIDS adalah tidak tersedianya sarana informasi terkait masalah tersebut. Sedangkan prioritas penyebab masalah yang kedua adalah pengetahuan masyarakat terhadap pencegahan HIV/AIDS masih rendah, dan prioritas penyebab masalah yang ketiga adalah kurangnya perhatian atau pemantauan orang tua kepada anaknya.

Pada pelaksanaan Praktek Kerja Lapangan Komunitas (PKL Komunitas) Ilmu Kesehatan Masyarakat tahun 2018 di dusun Kawengen terdapat beberapa proses mulai dari analisis situasi masalah, penentuan prioritas masalah, alternative pemecahan masalah, intervensi hingga evaluasi.

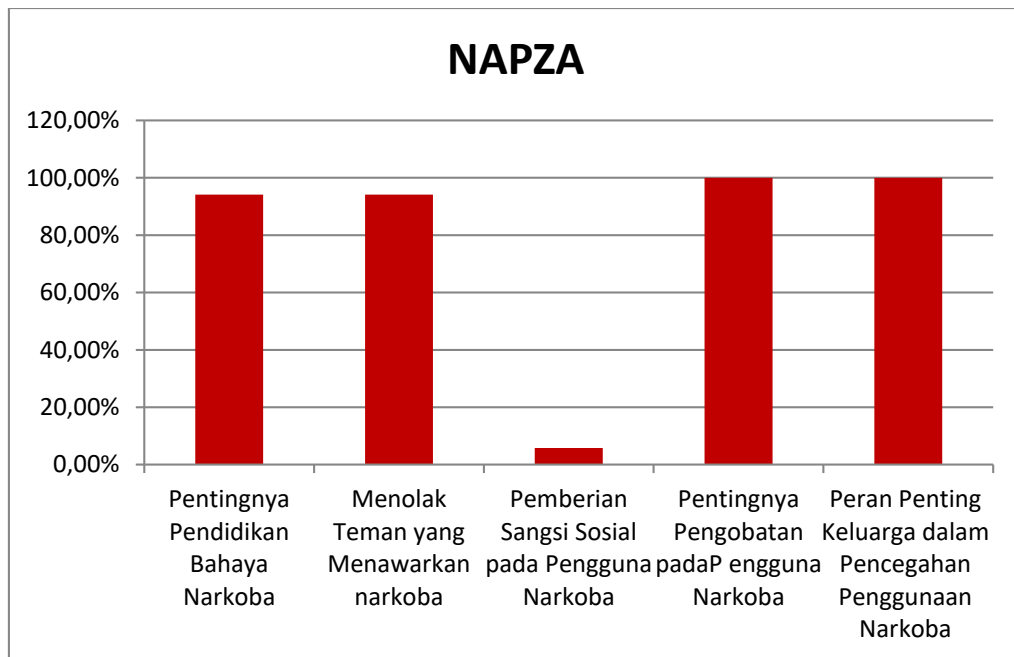
Pada tahap awal yaitu tahapan mengetahui besaran masalah yang ada di dusun kawengen dilihat dari data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017. Pada data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017 diperoleh informasi bahwa desa Kawengen memiliki beberapa masalah kesehatan salah satunya yaitu Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) yang masih rendah pada berbagai aspek upaya kesehatan. Setelah melihat data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017 penentuan prioritas masalah juga dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam kepada bidan desa untuk memperoleh informasi kesehatan yang ada di Dusun Kawengen. Dari hasil wawancara mendalam dengan bidan desa dan data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017 maka ditetapkan beberapa masalah kesehatan terkait Pengetahuan Sikap dan Perilaku yaitu terkait PSP Buang Air Besar (BAB) dan cuci tangan, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik. Setelah itu perolehan masalah tersebut didiskusikan kepada kelompok dan bidan desa untuk menentukan masalah mana yang akan dijadikan sebagai prioritas masalah. Karna pada Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017 PSP yang masih rendah adalah PSP terkait pencegahan HIV/AIDS dan sesuai hasil analisis penentuan prioritas masalah dengan metode Hanlon diperoleh skor tertinggi adalah masalah PSP Pencegahan HIV/AIDS maka yang diputuskan menjadi prioritas masalah utama adalah terkait PSP pencegahan HIV/AIDS. Selain itu prioritas masalah tersebut disetujui dikarenakan mengingat jumlah angka HIV/AIDS yang ada di Kabupaten Semarang masih tinggi, juga mengingat bahwa HIV/AIDS adalah salah satu penyakit yang belum ditemukan obatnya maka pencegahan merupakan cara utama yang penting dilakukan agar terhindar dari HIV/AIDS.

Mengetahui prioritas kesehatan yang ada di dusun Kawengen adalah PSP pencegahan HIV/AIDS, selanjutnya dilakukan pencarian penyebab masalah dilakukan dengan

metode *Brain Storming*. *Brain Storming* atau dikenal sebagaiteknik sumbang saran yaitu mengutamakan demokratisasi dalam penyampaian pendapat melalui suatu forum diskusi (Muslim, 2016). Metode ini dilaksanakan melalui *Focus Group Discussion* yang dilakukan dalam satu kelompok PKL.

Hasil dari *Focus Group Discussion* dalam penentuan analisis prioritas penyebab masalah dengan metode Hollan, didapatkan kesepakatan bahwa penyebab rendahnya Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) terkait pencegahan HIV/AIDS adalah karena tidak adanya sarana informasi yang menyediakan pengetahuan terkait pencegahan HIV/AIDS.

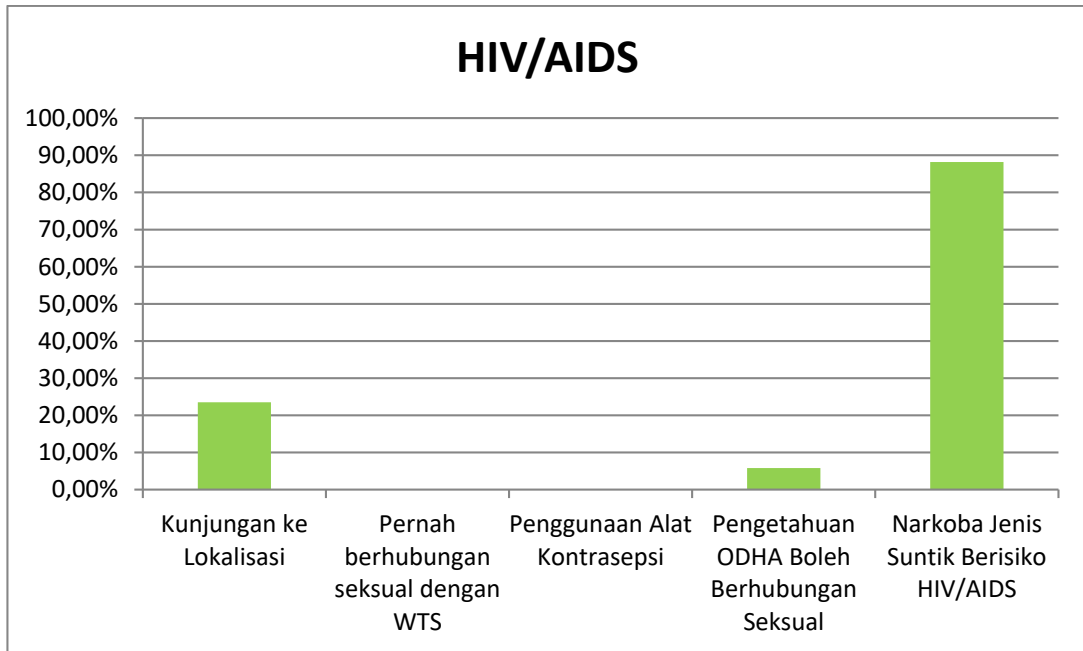
Untuk mendukung data terkait masalah tersebut maka dilakukan pencarian data dengan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada anggota karang taruna dan remaja dusun kawengen dimana kuesioner itu berisikan terkait masalah NAPZA, Seksualitas, dan HIV/AIDS. Hal ini diakukan untuk mengetahui bagaimana permasalahan terkait pengetahuan sikap dan perilaku pada masalah tersebut secara lebih intensif hingga diperoleh data seperti berikut :



Gambar 1. Presentase Pengetauan Remaja tentang NAPZA

Dari hasil analisis tersebut dapat diketahui bahwa remaja dusun Kawengen masih rendah untuk pentingnya pengetahuan tentang memberikan sanksi sosial pada pengguna narkoba. Dari 17 responden, yang menjawab perlunya sanksi sosial pada pengguna narkoba hanya sebanyak 1 orang saja, itu artinya yang menyadari pentingnya pemberian sanksi sosial pada pengguna narkoba haya sebesar 5.8%.

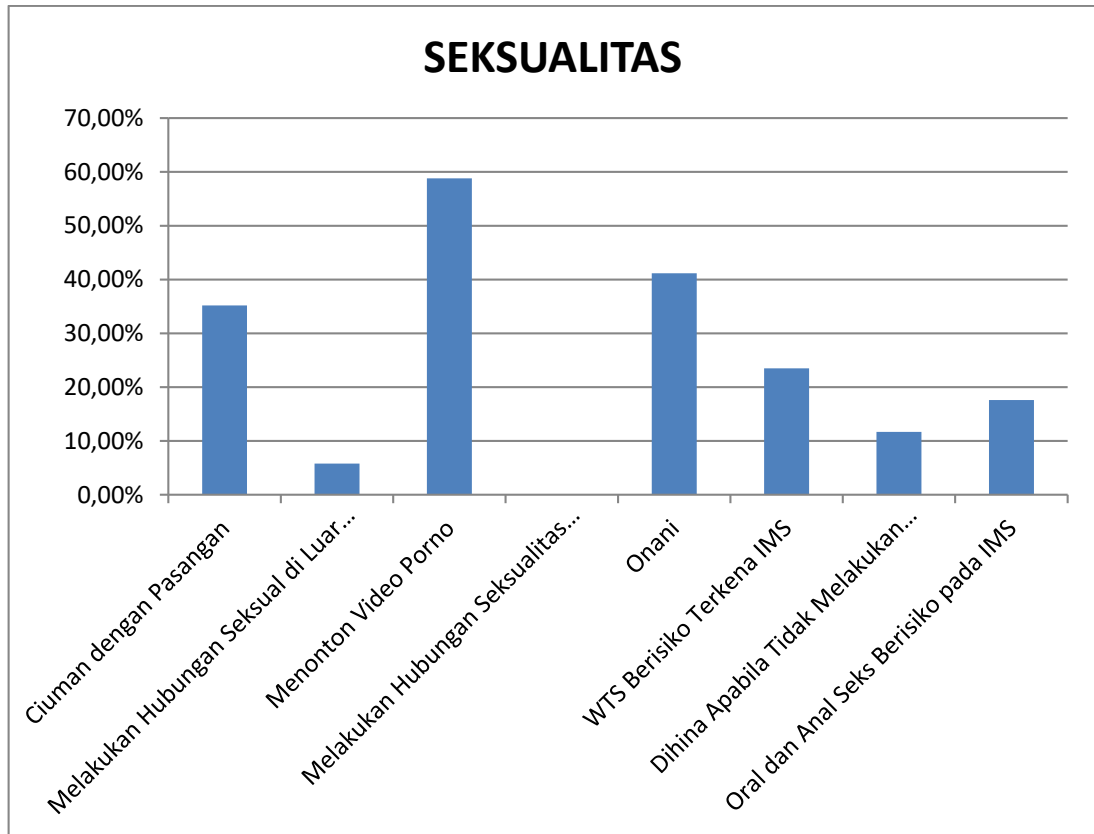
Sedangkan Pada poin HIV/AIDS didapatkan hasil analisis sebagai berikut :



Gambar 2. Presentase Pengetahuan Remaja tentang HIV/AIDS

Dari hasil analisis tersebut dapat diketahui bahwa pemuda di dusun Kawengen masih belum menyadari pentingnya penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual dalam mencegah penularan penyakit IMS dan HIV/AIDS. Dari 17 responden semuanya menjawab penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual tidak penting, itu artinya pengetahuan sikap dan perilaku remaja dusun kawengen terkait pentingnya penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual masih rendah. Dimana dari perolehan hasil analisis tersebut diperlukan intervensi kepada remaja agar dapat meningkatkan pengetahuan sikap dan perilaku terkait pentingnya penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual agar dapat mencegah penularan penyakit IMS dan HIV/AIDS.

Pada poin ketiga yaitu poin seksualitas, terdapat hasil analisis data sebagai berikut :



Gambar 3. Presentase Pengetahuan Remaja tentang Seksualitas

Dari data diatas dapat diketahui bahwa permasalahan terkait seksualitas yang ada pada remaja dusun Kawengen adalah masih banyak remaja yang menonton video pornografi. Dari 17 responden terdapat 10 orang yang menonton video pornografi, itu artinya terdapat 58% remaja masih menonton video pornografi.

Selain masalah tersebut masalah seksualitas pada remaja lainnya yaitu masih rendahnya pengetahuan remaja terkait oral seks dan anal seks yang dapat beresiko pada penularan penyakit IMS. Dimana dari data dapat diketahui bahwa dari 17 responden hanya 3 responden yang mengetahui bahwa oral dan anal seks dapat berpengaruh pada penularan IMS.

Setelah mengetahui prioritas penyebab masalah maka ditentukanlah beberapa pemecahan masalah sebagai berikut :

Tabel 3. Alternatif Pemecahan Masalah

| Bentuk Kegiatan | Rencana | | | Penanggung Jawab |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------|
| | Waktu | Tempat | Sasaran | |
| 1. Pemetaan masalah kesehatan terkait TRIAD KRR (Seksualitas, | Hari Senin, Tanggal 16 Oktober 2018 | Rumah Bapak Taufiq, ketua karang | Remaja karang taruna Dusun | Noviya Dwi Rahayu |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|----------------------|
| | NAPZA, dan HIV/AIDS) | | taruna Dusun Kawengen | Kawengen | |
| 2. | Sosialisasi pencegahan kekerasan seksual (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh) | Hari Kamis, Tanggal 18 Oktober 2018 Hari Jumat Tanggal 19 Oktober 2018 Hari Senin, Tanggal 22 Oktober 2018 | RA AL-MUTAQQIN dan TK ABA ATARBIYA HI | Siswa-siswi RA dan TK | Alya Agustini |
| 3. | Sosialisasi Infeksi Menular Seksual (IMS) pada ibu-ibu pengajian RT 02 RW 04 | Hari Kamis, 18 dan 25 Oktober 2018 | Rumah warga | Ibu-ibu pengajian RT 02 RW 04 | Tika Maelani |
| 4. | Pembentukan Forum Remaja Peduli Kesehatan Reproduksi | Hari Selasa, Tanggal 16 Oktober 2018 | Rumah Bapak Taufiq, ketua karang taruna Dusun Kawengen | Remaja karang taruna Dusun Kawengen | Tri Putri Nur Milati |
| 5. | Pembuatan media atau produk pemecahan masalah terkait TRIAD KRR (Seksualitas, NAPZA, dan HIV/AIDS) | Kondisional | Posko PKL IKM UNNES | Siswa RA dan TK, ibu-ibu pengajian, remaja karang taruna | Muhamad Alvian |

PENUTUP

Hasil dari penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode Hanlon ini adalah masalah terkait Pengetahuan Sikap dan perilaku pencegahan HIV/AIDS menjadi prioritas utama masalah, dimana ditentukan pula prioritas penyebab masalah yaitu tidak adanya sarana informasi terkait pencegahan HIV/AIDS dengan metode ini maka dapat dibuat intervensi agar dapat memecahkan masalah tersebut yaitu Pengetahuan Sikap dan Perilaku (PSP) pencegahan HIV/AIDS. Intervensi yang diberikan yaitu berupa pembentukan Forum Kesehatan Reproduksi Remaja dusun Kawengen (FKRR). dengan terbentuknya intervensi diharapkan masalah terkait masih rendahnya Pengetahuan Sikap dan Perilaku pencegahan HIV/AIDS tidak ada lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Lukman Fauzi. 2018. Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) Praktek Kerja Lapangan Desa Kalikayen, Desa Mluweh dan Desa Kawengen Tahun 2017.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- DINKES. (2015). *Profil Kesehatan Kabupaten Semarang tahun 2015*. Semarang : Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

**PENGETAHUAN, SIKAP IBU RUMAH TANGGA MENGENAI INFEKSI MENULAR
SEKSUAL (IMS) DI DUSUN KAWENGEN DESA KAWENGEN
KECAMATAN UNGARAN TIMUR TAHUN 2018**

Tika Maelani^{1*}, Lukman Fauzi¹, Nanik Prihati²

1. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang
2. Puskesmas Kalongan, Kabupaten Semarang

E-mail Korespondensi: tikamaelani303@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah di Indonesia dan di dunia. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terkait pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah, yaitu sebesar 30,9%. Tujuan dari kegiatan ini yaitu meningkatkan pengetahuan, sikap mengenai penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) pada ibu-ibudi Dusun Kawengen.

Metode: Metode dalam pengumpulan data dengan metode survei dan wawancara mendalam. Untuk mengukur pengetahuan dan sikap menggunakan rancangan quasi-experimental one group pretest-posttest design dengan sampel 21, namun dikarenakan mengalami bias didapatkan 9 sampel. Instrumen dengan lembar kuesioner *pretest* dan *posttest*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *paired t test* dan alternatifnya yaitu uji *Wilcoxon*.

Hasil: Hasil pretest dan posttest tentang pengetahuan tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) diberikan kepada responden mengalami peningkatan. Hasil analisis uji *Wilcoxon* diketahui nilai signifikansi 0,034 ($p < 0,05$), yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan pengetahuan dan sikap ibu tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) sebelum dan sesudah diberi penyuluhan.

Simpulan: Hasil sosialisasi menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan sikap ibu tentang Infeksi Menular Seksual (IMS).

Kata Kunci: Infeksi Menular Seksual (IMS), pengetahuan, sikap

ABSTRACT

Background: Sexually transmitted infections (STIs) are contagious diseases that are still a problem in Indonesia and in the world. Based on data from the Village Basic Health Research (RISKESDASDES) in 2017, shows that the level of knowledge, attitudes and behavior (PSP) related to HIV / AIDS prevention in Kawengen Village is still low, at 30.9%. The purpose of this activity is to improve the knowledge, attitudes about sexually transmitted infections (STIs) in mothers in Kawengen Hamlet.

Methods: Methods in collecting data by survey methods and in-depth interviews. Furthermore, to measure knowledge and attitude using a quasi-experimental design one group pre test-post test design with a sample of 21, but due to experiencing bias can be obtained 9 samples. Instrument with questionnaire pre test and post test. The data analysis use paired t test and its alternative method that is wilcoxon.

Results: Results of the pre-test and post-test about the knowledge of Sexually Transmitted Infections (STIs) given to respondents experienced an increase. The results of the Wilcoxon test analysis showed a significance value of 0.034 ($p < 0.05$), which means that H_0 was rejected and H_a was accepted, so that it can be concluded that there are differences in knowledge and attitudes of mothers about Sexually Transmitted Infections (STI) before and after being given counseling.

Conclusion: *The results of socialization indicate an increase in maternal knowledge and attitudes about sexually transmitted infections (STIs).*

Key Words: *Sexually Transmitted Infections (STIs), knowledge, attitude.*

PENDAHULUAN

Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)-AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah di Indonesia dan di dunia. IMS termasuk HIV/AIDS telah menjadi pandemi dan mengancam penduduk dunia dengan berbagai dampak sosial dan ekonomi yang ditimbulkan. IMS dapat mengakibatkan masalah yang besar dalam kesehatan masyarakat terutama konsekuensi terhadap kesehatan seksual dan reproduksi yang lebih berdampak kepada kalangan perempuan, anak-anak dan orang-orang miskin. Faktor yang dapat mempengaruhi kejadian IMS meliputi semua aspek epidemiologi yaitu umur, ras, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, status perkawinan, pengetahuan sikap dan praktik dalam perawatan higienegenitalia.

Saat ini perempuan yang kecil kemungkinan memiliki perilaku berisiko seperti halnya ibu rumah tangga, telah terinfeksi HIV. Kerentanan perempuan untuk tertular umumnya karena kurangnya pengetahuan dan informasi mereka tentang HIV/AIDS ataupun kurangnya akses untuk mendapatkan layanan pencegahan HIV (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008).

Ibu mempunyai peran yang sangat besar dalam rumah tangga. Ibu juga lebih mendominasi dalam hal penularan penyakit dari ibu ke anaknya. Saat ini, di Indonesia telah terjadi peningkatan jumlah ibu dengan risiko rendah terinfeksi HIV dari pasangan seksualnya, demikian pula telah lahir bayi-bayi HIV positif. Hal ini sesuai dengan laporan dari beberapa rumah sakit dan Lembaga Swadaya Masyarakat yang menunjukkan bahwa kasus penularan HIV dari ibu ke bayi jumlahnya semakin memprihatinkan. Hampir seluruh bayi HIV positif di Indonesia tertular dari ibunya. (Kemenkes RI, 2011).

Jumlah kumulatif kasus HIV yang dilaporkan sampai dengan tahun 2017 untuk wilayah Jawa Tengah sebanyak 3.721 kasus (Kementerian Kesehatan 2018). Secara kumulatif kasus HIV/AIDS pada tahun 1993 sampai dengan September 2015, Jawa Tengah menduduki urutan ke-5 yaitu dengan jumlah kasus HIV sebanyak 12.267 dan AIDS sebanyak 5.042 kasus. Sedangkan dari Januari sampai September tahun 2015, Jawa Tengah menduduki urutan ke-3 dengan jumlah kasus HIV 2.437 dan AIDS sebanyak 963 kasus (Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Tengah, 2015).

Data kasus AIDS berdasarkan jenis pekerjaan dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2010 di Kota Semarang yaitu tahun 2008 dan 2009 orang yang terdampak AIDS adalah

berjenis pekerjaan karyawan laki-laki dan berusia produktif mayoritas. Sedangkan data pada tahun 2010 menunjukkan bahwa kasus AIDS tertinggi pada ibu rumah tangga (20%), disusul wiraswasta (18%), karyawan (16%), buruh (15%), Pegawai Negeri Sipil dan pelaut (3%). (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2010).

Desa Kawengen merupakan desa yang terletak di Kecamatan Ungaran Timur Kabupaten Semarang. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2017, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terkait pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah, yaitu sebesar 30,9%. Hal ini yang melatarbelakangi penulis melakukan sosialisasi Infeksi Menular Seksual (IMS) sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan sikap Ibu. Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk upaya meningkatkan pengetahuan dan sikap Ibu tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) melalui sosialisasi kepada ibu-ibu pengajian RT 02.

METODE

Teknik pengumpulan data analisis situasi dengan menggunakan metode observasi. Metode yang digunakan dalam penentuan prioritas masalah yaitu metode Hanlon kuantitatif, metode penentuan prioritas penyebab masalah dan penentuan alternatif pemecahan masalah menggunakan metode brain storming. Sementara evaluasi program menggunakan indikator keberhasilan program meliputi input, process, output, dan outcome. Sampel pada penelitian ini sebanyak 21 sampel, dikarenakan mengalami bias didapatkan 9 sampel dengan rentang umur 21 tahun sampai tertua umur 62 tahun. Subyek diberi kuesioner pretest dilanjutkan dengan penyuluhan, dan diberi kuesioner posttest setelah diberi penyuluhan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *paired t test* dan alternatifnya yaitu uji *Wilcoxon*. Observasi dan intervensi dilakukan pada hari Kamis tanggal 16 Oktober 2018 dan hari Kamis, 25 Oktober 2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut tabel 1 mengenai hasil pengisian kuesioner pre test dan posttest tentang pengetahuan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu Dusun Kawengen RT 02 Tahun 2018

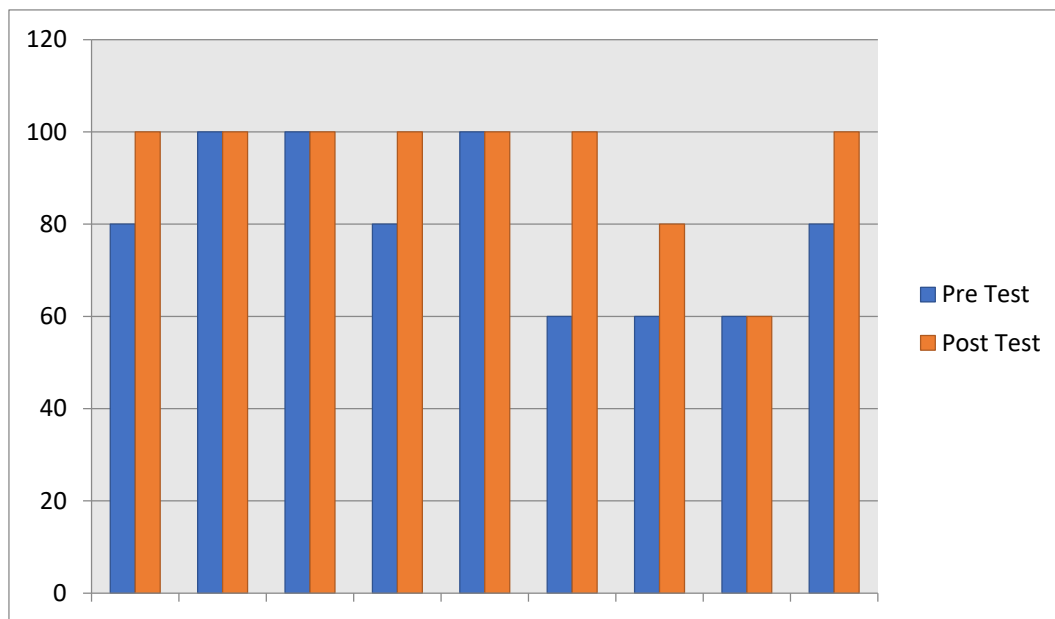
| Tingkat | Jumlah | Persentase (%) |
|------------------------|--------|----------------|
| Pengetahuan Ibu | | |
| Pretest | | |
| Baik | 6 | 66,7 |
| Cukup | 3 | 33,3 |
| Posttest | | |

| | | |
|-------|---|------|
| Baik | 8 | 88,9 |
| Cukup | 1 | 11,1 |

*Berdasarkan skor pengetahuan Arikunto (1998) :

- Baik 76-100 %
- Cukup 60-75 %
- Kurang < 60 %

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan hasil pretest dan posttest tentang pengetahuan tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) diberikan kepada responden mengalami peningkatan. Hasil Pretest dengan kategori baik sebanyak 6 orang (66,7%), dan cukup 3 orang (33,3%). Ini disebabkan karena pemahaman ibu rumah tangga di Dusun Kawengen RT 02 mengenai IMS Masih rendah sehingga tanggapan yang diberikan juga masih kurang. Hasil Posttest dengan kategori baik sebanyak 8 orang (88,9%), dan cukup 1 orang (11,1%). Berdasarkan pengumpulan data, umur responden terentang dari umur 21 tahun sampai tertua umur 62 tahun.



Gambar 1. Distribusi Tingkat Pengetahuan ibu-ibu pengajian RT 02

Data yang telah disajikan dalam diagram batang diatas menunjukkan bahwa pengetahuan responden mengalami peningkatan pada kategori baik antara sebelum (pre test) dan sesudah (post test) diberikan sosialisasi tentang penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS). Hal tersebut menunjukkan informasi yang diberikan dapat dipahami oleh ibu-ibu pengajian dengan baik, sehingga ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah sosialisasi.

Tabel 2. Analisis Bivariat Tingkat Pengetahuan dan Sikap Sebelum dan Sesudah Penyuluhan

| Test Statistics^b | |
|------------------------------------|---|
| | Pre testsebelumdiberi penyuluhan Post test sesudah diberi penyuluhan |
| Z | -2.121 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .034 |

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Tabel 2 menunjukkan hasil uji hipotesis yang dilakukan menunjukkan hasil uji Wilcoxon diketahui nilai signifikansi 0,034 ($p < 0,05$), yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan pengetahuan dan sikap ibu tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) sebelum dan sesudah diberi penyuluhan.

PEMBAHASAN

Sebelum mengetahui permasalahan kesehatan yang ada di Dusun Kawengen, Desa Kawengen khususnya RT 02 terlebih dahulu melaksanakan pengumpulan data. Pengumpulan data yang dilakukan melalui metode observasi dan wawancara dengan Kepala Dusun, dan Bidan Desa. Pemecahan masalah yang dilakukan pada saat melakukan PKL dilakukan dengan metode Hanlon kuantitatif. Metode Hanlon Kuantitatif digunakan untuk membandingkan berbagai masalah yang berbeda-beda dengan cara *relative* dan bukan *absolute, framework*, seadil mungkin, dan objektif sehingga diharapkan dapat diperoleh prioritas masalah berdasarkan penilaian yang sesuai dengan kondisi di lapangan.

Mengetahui prioritas masalah kesehatan yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku dilakukan pencarian penyebab masalah dilakukan dengan Metode *Brain Storming*. *Brain Storming* atau dikenal sebagai Teknik sumbang saran yaitu mengutamakan demokratisasi dalam menyampaikan pendapat melalui suatu forum diskusi (Muslim, 2016). Metode ini dilaksanakan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan dalam satu kelompok PKL.

Hasil dari *Focus Group Discussion* didapatkan kesepakatan bahwa penyebab rendahnya pengetahuan, dan sikap tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) yaitu kurangnya pemberian informasi. Hasil tersebut dilakukan pencarian alternatif pemecahan masalah dengan metode *Brain Storming*. Alternatif pemecahan masalah ini berupa program yang

nantinya dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat untuk melakukan pencegahan. Maka program yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap dan perilaku yaitu sosialisasi yang dilakukan pada ibu-ibu pengajian RT 02 di Dusun Kawengen.

Kegiatan sosialisasi Infeksi Menular Seksual (IMS) sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan sikap ibu terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS). Sosialisasi dapat disebut juga Penyuluhan Kesehatan. Penyuluhan kesehatan merupakan suatu kegiatan yang mempunyai masukan (input) dan proses dan keluaran (output). Kegiatan penyuluhan guna mencapai tujuan yaitu perubahan perilaku masyarakat agar selalu hidup sesuai dengan norma-norma kesehatan dapat dilakukan melalui strategi pemberian informasi atau ceramah dan diskusi serta partisipasi. Kesemua hal di atas merupakan dasar dari konsep penyuluhan tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) pada masyarakat yang akan dikemukakan (Notoatmodjo, 2012).

KONSEP PROGRAM

Konsep sosialisasi tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) yaitu terlebih dahulu mendiagnosa pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) di Desa Kawengen. Diagnosa berdasarkan hasil Riskesdades 2017 menunjukkan 30,9%. Sosialisasi diberikan pada ibu-ibu yang ada di Dusun Kawengen RT 02. Sosialisasi dilakukan pada ibu-ibu pengajian RT 02 sebagai tindakan preventif. Tujuan sosialisasi yaitu meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) dan menimbulkan perilaku masyarakat tentang cara pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS).

Metode yang digunakan dalam kegiatan ini yaitu ceramah untuk memberi informasi tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) dilanjutkan diskusi tanya jawab mengenai materi yang disampaikan. Sebelum melakukan ceramah, terlebih dahulu dilakukan pengisian kuesioner pretest tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) Selanjutnya dilakukan pemberian media poster berisi tentang pengertian Infeksi Menular Seksual (IMS), bahaya IMS, jenis-jenis IMS, dan pencegahan. Setelah kegiatan penyuluhan selesai, dilakukan pengisian posttest untuk mengukur pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah diberikan materi penyuluhan.

Evaluasi kegiatan meliputi beberapa hal, yaitu indikator input, proses, output, dan outcome. Indikator input berupa kehadiran peserta sosialisasi, kesiapan media edukasi, dan kehadiran peserta anggota tim PKL. Indikator Proses berupa pengetahuan dan sikap ibu tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) yang dapat diketahui melalui pengisian pretest dan posttest. Indikator output berupa meningkatnya pengetahuan dan sikap yang dapat dilihat dari hasil pre test dan posttest.

PENUTUP

Simpulan

Berdasarkan intervensi yang sudah dilaksanakan dapat disimpulkan bahwa: Pengetahuan ibu rumah tangga mengenai Infeksi Menular Seksual (IMS) di Dusun Kawengen, Desa Kawengen RT 02 cukup baik dengan hasil peningkatan sebesar 66,7%. Hasil analisis uji Wilcoxon diketahui nilai signifikansi 0,034 ($p < 0,05$), yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan pengetahuan dan sikap ibu tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) sebelum dan sesudah diberi penyuluhan.

Saran

Berdasarkan intervensi yang sudah dilaksanakan dapat diberikan saran sebagai berikut:

1. Ibu rumah tangga untuk membiasakan menjaga kebersihan genetalia.
2. Diperlukan adanya pemberian informasi kepada masyarakat dengan jangkauan yang lebih luas tidak hanya di RT 02, melalui media internet.
3. Pemberian informasi yang rutin pada pertemuan rutin ibu-ibu PKK atau membentuk kelompok khusus.
4. Bagi Dinas Kesehatan *stake holder* agar meningkatkan pemberian informasi Infeksi Menular Seksual (IMS) terutama mengenai perilaku berisiko Infeksi Menular Seksual (IMS) kepada masyarakat umum.

DAFTAR PUSTAKA

- Abhinaja, W. G.I, Astuti S. A. P. (2013). Pengetahuan, Sikap Ibu Rumah Tangga Mengenai Infeksi Menular Seksual Termasuk HIV/AIDS Serta Perilaku Pencegahannya Di Kelurahan Sanur, Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar Tahun 2013. *Community Health*, 1(3): 218-228.
- Arikunto, Suharsimi. (1998). *Prosedur Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Azinar, M., Kiswanti, A. (2017). Sms *Reminder* Untuk Peningkatan Perilaku Pencegahan HIV/AIDS dan IMS. *Jurnal of Health Education*, 2(1).
- Kumalasari, Anies, Setyawan, Widjanarko, Sofro. (2017). Higiene Genetalia Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Infeksi Menular Seksual Pada Ibu Rumah Tangga (Studi Kasus Puskesmas Bandarharjo Semarang). *Jurnal Ilmiah PANMED*, 12(1).
- KPA Kota Semarang. (2015). Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang.
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Dasar Infeksi Menular Seksual dan Reproduksi Lainnya pada Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2010). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2010*. Semarang : Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Muslim, A. (2016). Pengambilan Keputusan Partisipatif Kepala Sekolah di MTS NW Nurul Ihsan Tilawah. *Jurnal Paedagogy*, 3(2), 79–83.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Riskesdasdes. (2017). Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) Praktik Kerja Lapangan Desa Kawengen Tahun 2017.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. (2014). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi kelima. Jakarta: CV. Sagung Seto.

HUBUNGAN LAMA PENGGUNAAN KB SUNTIK DMPA DENGAN PERUBAHAN TEKANAN DARAH PADA AKSEPTOR KB SUNTIK

Duwi Sulistiani

Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail korespondensi: sulistianidwi01@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: KB suntik Depo Medroxyprogesterone Asetat (DMPA) yang berisi depo medroxyprogesterone asetat 150 mg dengan daya guna 3 bulan. Efek samping dari kandungan hormon progesteron yang berlebihan pada sisten kardiovaskuler dapat menyebabkan perubahan tekanan darah. Resiko terjadinya tekanan darah tinggi akan meningkat dengan bertambahnya umur, lama pemakaian kontrasepsi, dan bertambahnya berat badan. Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

Metode: Desain penelitian korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi pada penelitian ini meliputi seluruh ibu akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang pada bulan Januari 2017, rata-rata perbulan sebanyak 68 akseptor. Sampel 32 responden dengan teknik purposive sampling. Instrumen penelitian lembar rekap data. Uji analisis univariat dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Analisis bivariat menggunakan uji chi square.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar lama menggunakan KB suntik sebanyak 22 responden (68,8%). Sebagian besar perubahan tekanan darah adalah tetap sebanyak 18 responden (56,3%). Ada hubungan antara lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang ($p=0,016$).

Simpulan: Bagi akseptor KB diharapkan lebih meningkatkan pengetahuannya dengan mendapat informasi tentang KB suntik DMPA dari Bidan sehingga mengetahui efek samping KB suntik DMPA.

Kata kunci: Lama penggunaan KB suntik DMPA, perubahan tekanan darah

ABSTRACT

Background: *Injectables Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) contains depo medroxyprogesterone acetate 150 mg with the usagedurattion 3 months. Side effects of excessive progesterone hormone in cardiovascular system can cause changes in blood pressure. The risk of high blood pressure increases with age, duration of using contraception and weight gain. The research objective was to determin the correlation to use injectable DMPA and changes in blood pressure at Sofia BPM S.SiT at Candirejo Village District west Ungaran west Semarang regency.*

Method: *It used Correlational research design with cross sectional approach. The population in this study was all acceptors using injectable DMPA in BPM Sofia S.SiT at Candirejo Village District was Ungaran Semarang regenar in January 2017, the monthly average as much as 68 acceptors. Samples of 32 respondents used purposive sampling technique. The research instrument used recap sheet. Test of univariate analysis used the form of frequency distribution and percentage. Bivariate analysis used chi square test.*

Results: *The results showed that respondent used inicetable eontraception 68 many 22 respondents (68.8%). Most of the changes in blood pressure wea fixed many as much as 18 respondents (56.3%). There was correlation between the duration to use injectable DMPA with*

changes in blood DMPA acceptors BPM Sofia S.SiT at Candirejo Village District West pressure in injectable Ungaran Semarang regenery ($p = 0.016$).

Conclusion: *Family planning acceptors are expected to further improve their knowledge by getting information about injectable DMPA to Midwives to know the side effects of injectable DMPA.*

Key Words: *Long use of injectable DMPA, changes in blood pressure*

PENDAHULUAN

Metode kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi. Hormonal yang terkandung dalam kontrasepsi ini adalah hormon sintetik estrogen dan progesteron. Metode kontrasepsi hormonal terdiri dari pil, suntik dan implant. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) merupakan suatu alat yang dimasukkan kedalam rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi, AKDR terdiri dari dua jenis yaitu AKDR non-hormonal dan yang mengandung hormonal. Metode kontrasepsi mantap ada 2 yaitu Metode Operatif Pria (MOP) dan Metode Operatif Wanita (MOW), sedangkan kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dipakai setelah senggama oleh wanita (Handayani, 2010).

Metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh peserta KB aktif di Indonesia adalah suntikan (47,54%) dan terbanyak ke dua adalah pil (23,58%). IUD (11,7%), implan (10,46%), metoda operasi pria (MOP) sebanyak 0,69%, MOW (3,52%) dan kondom sebanyak 3,15% (Profil kesehatan Indonesia, 2015). Data pengguna KB aktif di Jawa Tengah adalah suntikan (56,7%), pil (14,5%), IUD (8,7%), implan (11,5%), MOP (1,0%), MOW (5,3%) dan kondom (3,15%) (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2015). Data Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang didapatkan pengguna KB aktif tahun 2014 sebanyak 83,20%. Data yang diperoleh dari Puskesmas Bergas terdapat 158 akseptor KB aktif diantaranya menggunakan metode kontrasepsi yang bersifat jangka panjang yaitu IUD sebanyak 12 akseptor (8,1%), implan 5 akseptor (3,3%), metode kontrasepsi mantap (Kontap) MOW 5 akseptor (3,3%), metode kontrasepsi suntik 80 akseptor (47,3%), pil 44 akseptor (29,8%) dan kondom 12 akseptor (8,1%).

Salah satu metode kontrasepsi hormonal dengan menggunakan suntik yang sesuai data yang dijabarkan sebelumnya adalah KB suntik. KB suntik yang banyak diminati adalah *Depo Medroxyprogesterone Asetat* (DMPA) yang berisi depo *medroxyprogesterone* asetat 150 mg dengan daya guna 3 bulan. Mekanisme kerja dari DMPA adalah menekan ovulasi, mengentalkan lendir servik, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi dan mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi (Handayani, 2010).

Kontrasepsi suntik DMPA memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan dari kontrasepsi DMPA ini adalah efektifitasnya tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-

tahun, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri dan tidak memiliki pengaruh terhadap ASI (Saifuddin, 2010). Kekurangan dari kontrasepsi suntik DMPA adalah terganggunya pola haid diantaranya adalah amenorhea, menoragia dan muncul bercak (spotting), terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian dan peningkatan berat badan. (Hartanto, 2010). Efek samping dari kandungan hormon progesteron pada sistem reproduksi adalah servisitis dan pada kondisi umum dapat menimbulkan nafsu makan meningkat, depresi, kelemahan, serta libido menurun sedangkan pada sistem kardiovaskuler dapat menyebabkan perubahan tekanan darah (Varney, 2006).

Pada sistem kardiovaskuler efeknya sangat sedikit, ada sedikit peninggian dari kadar insulin dan penurunan HDL kolesterol. Kolesterol tidak larut air atau darah. Kolesterol diangkut ke berbagai jaringan dalam tubuh dengan bantuan senyawa yang tersusun atas lemak dan protein yakni *lipoprotein*. Kolesterol LDL (*low density lipoprotein*) cenderung tersimpan dalam arteri. Kondisi ini berakibat buruk karena jika kadar kolesterol LDL > 130 mg/dl sedangkan HDL mengalami penurunan yaitu < 40 mg/dl maka ini merupakan risiko akan terjadinya peningkatan tekanan darah (Hartanto, 2003).

Peningkatan tekanan darah karena pengaruh hormone Gonadotropin dan hormone progesterone pada akseptor KB membuat jantung memompa lebih kuat, arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku dalam bersirkulasi sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menjadi meningkat. Begitu pula sebaliknya, apabila aktivitas memompa jantung berkurang dan arteri mengalami pelebaran dalam bersirkulasi, maka dapat menyebabkan tekanan darah menjadi menurun. Oleh karena itu, perlu dideteksi secara dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala, yang dapat dilakukan pada waktu check-up kesehatan atau pada saat periksa.

Data di BPM Sofia S.ST Candirejo didapatkan jumlah akseptor KB suntik paling tinggi dimana data bulan Januari-Juni akseptor KB 3 bulan sebanyak 310 ibu dan KB 1 bulan 176 ibu. Wawancara dengan bidan mengatakan ada ibu yang meningkat tekanan darahnya tetapi ada pula yang turun. Banyaknya peminat kontrasepsi suntik menjadi daya tarik tersendiri bagi peneliti untuk mengetahui dampak yang muncul terhadap para pengguna kontrasepsi, khususnya KB suntik DMPA. Berdasarkan kajian terhadap beberapa sumber ditemukan kelebihan, kekurangan serta efek samping dari kandungan kontrasepsi suntik DMPA tetapi peneliti akan lebih focus terhadap efek samping yang berkaitan dengan peningkatan tekanan darah.

METODE PENELITIAN

Berdasarkan permasalahan dan tujuan maka penelitian ini merupakan penelitian studi deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah populasi dalam penelitian ini

yaitu total responden pada pada bulan Januari 2017, rata-rata perbulan sebanyak 68 akseptor dan sampel pada penelitian ini pada bulan januari sebanyak 32 responden. Dalam penentuan jumlah sampel menggunakan teknik *purposive sampling*.

Yang termasuk kedalam Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu responden :

1. Ibu yang sejak pertama kali menggunakan KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang
2. Penggunaan KB suntik DMPA minimal 4 kali suntikan.
3. Umur 20-35 tahun.
4. IMT normal (TB (cm)/BB²) (IMT 18,5-25,0).
5. Tersedia data lengkap tekanan darah dari setiap kunjungan.

Dan yang termasuk kedalam Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu responden :

1. Ibu yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi

Setelah dilakukan pemilahan terhadap jumlah populasi yang ada yaitu sebanyak 32 akseptor menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan jumlah sampel sebanyak 36 responden.

Penelitian ini menggunakan data primer yaitu lama pemakaian KB dan Tekanan darah dan data sekunder dari kartu status peserta KB yang diperoleh melalui studi dokumentasi. Dalam penelitian yang dilakukan menggunakan analisa univariat yaitu distribusi frekuensi dan persentase.

Dalam penelitian yang dilakukan menggunakan analisa univariat yaitu distribusi frekuensi dan persentase.

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

Keterangan : N : jumlah skor total
 P : prosentase
 X : jumlah skor yang didapat

Analisis bivariat menggunakan uji *Chi Square* yaitu uji yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fh)^2}{fh}$$

Keterangan :
 X^2 : Chi kuadrat
 fo : Frekuensi yang diobservasi
 fh : Frekuensi yang diharapkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Analisis Univariat

Tabel 1. Lama penggunaan KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

| Lama KB Suntik | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------|-----------|----------------|
| > 2 tahun | 22 | 68,8 |
| ≤ 2 tahun | 10 | 31,3 |
| Total | 32 | 100,0 |

Data diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden menggunakan KB suntik > 2 tahun sebanyak 22 responden (68,8%).

a. Perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

| Perubahan | | |
|---------------|-----------|----------------|
| Tekanan Darah | Frekuensi | Persentase (%) |
| Menurun | 3 | 9,4 |
| Tetap | 18 | 56,3 |
| Meningkat | 11 | 34,4 |
| Total | 32 | 100,0 |

Data menunjukkan bahwa sebagian besar perubahan tekanan darah adalah tetap sebanyak 18 responden (56,3%).

2. Analisis Bivariat

Tabel 2. Hubungan lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

| Lama KB Suntik | Perubahan Tekanan Darah | | | | | | Total | | <i>P value</i> |
|----------------|-------------------------|------|-------|------|-----------|------|-------|-------|----------------|
| | Menurun | | Tetap | | Meningkat | | f | % | |
| | f | % | F | % | f | % | | | |
| > 2 tahun | 1 | 4,5 | 10 | 45,5 | 11 | 50,0 | 22 | 100,0 | 0,016 |
| ≤ 2 tahun | 2 | 20,0 | 8 | 80,0 | 0 | 0,0 | 10 | 100,0 | |
| Total | 3 | 9,4 | 18 | 56,3 | 11 | 34,4 | 32 | 100,0 | |

Data diatas menunjukkan bahwa tekanan darah meningkat lebih banyak terjadi pada responden yang > 2 tahun menggunakan KB suntik DMPA nya sebanyak 11 responden (50,0%) daripada responden yang ≤ 2 tahun menggunakan KB suntik DMPA sebanyak 0 responden (0,0%).

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai $p = 0,016 < \alpha = 0,05$ sehingga ada hubungan antara lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat

1. Waktu penggunaan KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 22 responden (68,8%) menggunakan KB suntik DMPA untuk jangka waktu > 2 tahun. Alasan responden banyak menggunakan KB suntik DMPA dalam waktu > 2 tahun karena disuntikkan setiap 3 bulan. Kontrasepsi suntikan (Saifuddin, 2011) adalah alat pencegah kehamilan yang pemakaiannya dilakukan dengan jalan menyuntikkan obat tersebut pada ibu yang masih subur.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar perubahan tekanan darah adalah tetap sebanyak 18 responden (56,3%), meningkat sebanyak 11 responden (56,3), dan yang paling sedikit adalah menurun sebanyak 3 responden (9,4%). Ibu yang mengalami perubahan tekanan darah sebanyak 14 responden yaitu 11 dari 14 ibu yang menggunakan KB suntik DMPA mengalami peningkatan tekanan darah dari 120/90 mmHg ↑ menjadi 150/90 mmHg sebanyak 1 orang sedangkan tekanan darah normal adalah 120/70 mmHg-140/100 mmHg, tekanan darah dari 120/90 mmHg ↑ menjadi 140/90 mmHg sebanyak 7 orang dan masih dalam batas normal serta tekanan darah dari 100/70 mmHg ↑ menjadi 130/90 mmHg sebanyak 3 orang sedangkan tekanan darah normal adalah 120/70 mmHg-140/100 mmHg.

Hasil penelitian diperoleh informasi bahwa responden yang menggunakan KB suntik ≤ 2 tahun sebanyak 10 responden (31,3%). Hal ini disebabkan responden baru berganti KB atau baru mulai ber KB untuk mencegah kehamilan.

2. Perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

Ibu yang mengalami penurunan tekanan darah dari 130/90 mmHg ↓ menjadi 100/70 mmHg sebanyak 2 orang dan tekanan darah dari 120/100 mmHg ↓ menjadi 110/90 mmHg sebanyak 1 orang. Tekanan darah adalah kekuatan yang ditimbulkan pada dinding pembuluh darah arteri. Tekanan darah arteri adalah pengukuran tekanan darah sebagai akibat pulsasi darah melalui arteri (Kozier, 2009). tekanan darah (TD) merupakan hasil perkalian dari *cardiac output* (CO) dan resistensi vaskuler perifer (R), jadi bisa dirumuskan dengan $TD = CO \times R$ (Perry and Potter, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah menurut Perry and Potter (2009) adalah sebagai berikut. Tekanan darah akan semakin meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Bertambahnya usia dihubungkan dengan berkurangnya elastisitas pembuluh darah arteri. Dinding arteri akan semakin kaku, sehingga tahanan pada arteri semakin besar dan meningkatkan tekanan darah. Ansietas, takut, nyeri dan stress emosional

akan merangsang syaraf simpatik, mengakibatkan peningkatan denyut jantung serta peningkatan resistensi atau tahanan arteri. Stress juga menyebabkan vasokonstriksi arteri. Adanya latihan atau aktivitas dapat meningkatkan cardiac output dan tekanan darah. Ada beberapa obat yang bisa menyebabkan peningkatan atau penurunan tekanan darah. Seperti jenis obat analgetik akan menurunkan tekanan darah.

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang. Peningkatan tekanan darah terjadi pada responden menggunakan KB suntik DMPA > 2 tahun sebanyak 11 responden (50,0%) daripada responden yang ≤ 2 tahun menggunakan KB suntik DMPA sebanyak 0 responden (0,0%).

Gangguan kardiovaskuler yang ditimbulkan akibat pemakaian kontrasepsi suntik salah satunya adalah dapat menurunkan High Density Lipoprotein-kolesterol (HDL-kolesterol) yang bisa menyebabkan terjadinya arterosklerosis (Hartanto, 2010).

Teori menyebutkan kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi tekanan darah, estrogen maupun progestin bisa mempengaruhi tekanan darah yaitu terjadinya peninggian sedikit tapi bermakna tekanan darah. Estrogen merupakan salah satu hormon yang dapat meningkatkan retensi elektrolit di ginjal, sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan air yang menyebabkan hipervolemia kemudian curah jantung menjadi meningkat dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Progestin dapat merendahkan kadar HDL-kolesterol serta meninggikan kadar LDL-kolesterol, terjadinya aterosklerosis dipercepat oleh kadar LDL-kolesterol yang tinggi di dalam darah, aterosklerosis diketahui dapat menyebabkan menyempitnya lumen pembuluh darah dan resistensi perifer pembuluh darah yang kemudian mengakibatkan peningkatan tekanan darah (Silbernagl, 2006; Hartanto, 2010).

Hasil penelitian Nengah Runiari (2012) diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama pemakaian kontrasepsi suntikan progestin (Depoprovera) dengan tekanan darah pada akseptor KB di Puskesmas II Denpasar Selatan. Penelitian Ningsih (2012) menunjukkan bahwa sebagian besar akseptor KB suntik DMPA di Puskesmas Mergangsan memakai KB suntik DMPA dengan kategori lama atau >2 tahun 57 akseptor (62,6%), dan sebagian 2 besar akseptor mengalami perubahan tekanan darah dengan kategori naik 57 akseptor (62,6%). Hasil uji korelasi Kendall Tau diperoleh nilai p value 0,01 dengan τ hitung sebesar -0,441. Oleh karena p value $0,01 < \alpha$ (0,05), maka ada hubungan yang signifikan antara lama pemakaian

kontrasepsi suntik DMPA (Depo Medroksi Progesteron Asetat) dengan perubahan tekanan darah di Puskesmas Mergangsan.

SIMPULAN

1. Sebagian besar ibu yang menggunakan KB suntik DMPA > 2 tahun sebanyak 22 responden (68,8%). Sedangkan ibu yang menggunakan KB suntik DMPA ≤ 2 tahun sebanyak 10 responden (31,3%).
2. Sebagian besar ibu yang mengalami perubahan tekanan darah yang menurun sebanyak 3 responden (9,4%), tetap sebanyak 18 responden (56,3%), dan meningkat sebanyak 11 responden (34,4%).
3. Ada hubungan antara lama penggunaan KB suntik DMPA dengan perubahan tekanan darah pada akseptor KB suntik DMPA di BPM Sofia S.SiT Desa Candirejo Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang ($p=0,016$).

UCAPAN TERIMA KASIH

Penyusunan penelitian ini tentunya telah dibantu oleh beberapa pihak di mana peneliti mengucapkan banyak terima kasih atas bantuannya. Beberapa pihak yang membantu diantaranya adalah pihak institusi pendidikan Universitas Ngudi Waluyo yang telah memberikan kesempatan untuk menuntut ilmu, kemudian kepada dosen pembimbing dan penguji yang telah melakukan bimbingan dalam penyusunan, kepada pihak BPM yang telah memperbolehkan dilakukannya penelitian, kepada semua teman dan keluarga yang terlibat membantu dalam penyusunan laporan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. (2010). *Prosedur penelitian Suatu Pendekatan*. Jakarta : Rhineka Cipta.
- BKKBN. (2008). *Peningkatan Akses Dan Pelayanan KB*. BKKBN.
- Ganong, W. F. (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 22*. Jakarta: EGC.
- Handayani. (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Pustaka Rihama.
- Hartanto. (2010). *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Kozier, Barbara, dkk. (2010). *Buku Ajar Fundamental keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik, Edisi 7, Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan.edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo. (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Potter, Patricia A. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Volume 2, Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan Indonesia 2015.
- Profil Kesehatan Jawa Tengah 2015.
- Profil Kabupaten Kabupaten Semarang 2014.
- Rukiyah. (2011). *Asuhan Kebidanan III (Nifas)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Saifuddin. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo : Jakarta.

- Sherwood, L. (2009). *Human Physiology: From Cells to Systems. 7th Ed.* Canada: Yolanda Cossi.
- Silbernagl Stefan, Lang Florian. (2007). *Color Atlas Of Pathophysiology.* Jakarta:EGC
- Sugiyono. (2011). *Statistika Untuk Penelitian.* Bandung : alfabetha; 2010.
- Varney, H., (2006). *Buku ajar Asuhan Kebidanan Edisi.* Jakarta: EGC.

FAKTOR PENGARUH PENDIDIKAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH TERHADAP PRAKTIK PERILAKU GIZI SEIMBANG

Wiranto^{1*}

1. Program Studi Ilmu Gizi, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: wiranto.xtkj3@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Anak usia sekolah rentan terjadi permasalahan baik fisik, psikis, sosial dan kesehatan gizi. Permasalahan gizi ganda yakni gizi lebih dan gizi kurang merupakan masalah gizi yang terjadi pada anak usia sekolah. Menurut Riskesdas (2013) prevalensi masalah kegemukan dan kekurusannya menurut IMT/U anak usia 5-12 tahun secara nasional berturut-turut adalah 18,8% dan 11,2%. Faktor penyebabnya adalah kebiasaan makan, pemahaman gizi, kesukaan makanan tertentu, promosi makanan cepat saji, makanan impor, konsumsi garam, gula dan lemak tinggi, serta rendahnya konsumsi buah, sayur, protein (nabati dan hewani) dan zat gizi lainnya. Pendidikan gizi merupakan cara untuk meningkatkan pengetahuan gizi. Untuk dapat merubah perilaku konsumsi yang sesuai dengan PGS harus memperhatikan berbagai faktor pengaruh pendidikan gizi anak usia sekolah terhadap praktik gizi seimbang.

Hasil: Faktor pengaruh terdiri atas faktor internal (fisik dan psikis) dan faktor eksternal (suasana lingkungan, metode pembelajaran, keluarga, ekonomi, dan sosial).

Simpulan: Untuk mencapai tujuan pendidikan gizi perlu diperhatikan faktor-faktor pengaruhnya terhadap praktik gizi seimbang.

Kata Kunci : Pendidikan Gizi, Faktor Pengaruh, Praktik Gizi Seimbang

ABSTRACT

Background: School-age children are susceptible to physical, psychological, social and nutritional health problems. Double burden nutrition, like the over nutrition and malnutrition, is a nutritional problem that occurs in school-age children. According to Riskesdas (2013) the national prevalence of obesity and emaciation problems (according to BMI / U) for age children aged 5-12 years is 18.8% and 11.2%, respectively. The influence factors are eating habits, understanding nutrition, preferences for certain foods, promotion of fast food, imported food, consumption of salt, sugar and fat highly, and low consumption of fruits, vegetables, protein (from vegetable and animal) and other nutrients. Nutrition education is a strategic to improve nutrition knowledge. To be able to change the consumption behavior that is in accordance with PGS, it must pay attention to various factors influencing the nutrition education of school-age children to the practice of balanced nutrition.

Results: Influence factors consist of internal factors (physical and psychological) and external factors (environmental atmosphere, learning methods, family, economy, and social).

Conclusion: To achieve the goal of nutrition education, it is necessary to pay attention to the influence factors for the practice of balanced nutrition.

Key Words : Nutrition Education, Influence Factors, Balance Nutrition Practice

PENDAHULUAN

Anak usia sekolah dalam periode kehidupan digambarkan sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak menjadi dewasa. Menurut Permenkes No 25 (2014), anak usia sekolah

adalah anak dengan umur lebih dari 6 tahun sampai sebelum berusia 18 tahun. Oleh sebab itu, anak usia sekolah dapat dikatakan merupakan masa dengan 2 periode kehidupan yakni periode kehidupan anak dan remaja. Karena pada umumnya, anak mulai sekolah di sekolah dasar pada umur sekitar 6 tahun dan selesai menempuh sekolah menengah pada kisaran usia 18 tahun.

Pada masa anak usia sekolah, telah terjadi pertumbuhan yang sangat cepat. Mental, fisik, dan emosional bertumbuh cukup signifikan (Irnaini H. & Sinaga T., 2017). Pertumbuhan yang terjadi secara tiba-tiba di masa ini, mengakibatkan munculnya kebingungan pada anak. Akibat ini yang justru menjadi penyebab masalah-masalah lain yang terjadi pada anak usia sekolah. Hal ini sesuai dengan pernyataan Arisman (2009) bahwa dimasa inilah anak rentan terjadi permasalahan fisik, psikis, sosial dan kesehatan gizi.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) gizi merupakan faktor penentu kualitas sumber daya manusia. Gizi yang baik akan menciptakan SDM yang baik pula, yakni SDM dengan kualitas yang mumpuni baik kesehatan, kecerdasan, kekuatan fisik, maupun produktifitasnya. Oleh sebab itu, sangat penting bagi setiap negara untuk memperhatikan status gizi sedini mungkin, karena pada hakekatnya untuk pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas juga harus dimulai sedini mungkin, salah satunya anak usia sekolah.

Terdapat beberapa masalah gizi yang sampai sekarang belum tuntas terselesaikan di Indonesia yakni masalah gizi ganda. Permasalahan gizi ganda terdiri atas gizi lebih dan gizi kurang. Menurut Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa prevalensi masalah kegemukan dan kekurangan menurut IMT/U anak usia 5-12 tahun secara nasional. Prevalensi kegemukan masih menunjukkan angka yang sangat tinggi yakni 18,8%, 10,8% yang termasuk gemuk sedangkan 8,8% diantaranya termasuk obesitas. Prevalensi kurus menunjukkan pada 11,2% yang terdiri dari 4% sangat kurus dan 7,2% termasuk kurus.

Permasalahan gizi ganda pada anak usia sekolah dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kebiasaan makan yang buruk, kurangnya pemahaman tentang gizi, rasa suka yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan tertentu, promosi makanan cepat saji di media masa yang berlebihan, dan maraknya produk makanan impor. Selain itu, masalah gizi ganda juga disebabkan oleh konsumsi garam, gula dan lemak tinggi yang meningkat serta kurangnya konsumsi buah, sayur, protein (nabati dan hewani) dan zat gizi yang membantu proses pertumbuhan anak (Sulistyoningsih, 2012; Badan Pengembangan Kesehatan, 2013). Hal tersebutlah yang patut diperhatikan demi peningkatan status gizi anak.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor penting penyebab terjadinya masalah gizi ganda. Semakin tinggi pengetahuan seseorang terkait gizi, makan akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang dipilih untuk konsumsi (Setyawati &

Setyowati, 2015). Sehingga perlu adanya cara untuk meningkatkan pengetahuan anak usia sekolah terkait gizi seimbang, pendidikan gizi salah satunya.

Pendidikan gizi yang dilakukan terhadap anak usia sekolah terbilang sangat baik. Hal ini karena anak di usia sekolah mulai serius untuk mengekspresikan ide menjadi lebih objektif dan mulai belajar menerima hal-hal baru dilihat dan didengar. Selain itu anak sekolah juga sangat tepat menjadi sasaran pada pendidikan gizi karena sangat mudah dalam menerima dan menerapkan suatu informasi baru (Amrah dalam Irnaini H., & Sinaga T., 2017). Pendidikan gizi yang dilakukan kepada anak usia sekolah memiliki tujuan supaya dapat merubah perilaku konsumsi anak usia sekolah menjadi lebih baik dengan mengikuti Pedoman Gizi Seimbang, yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2014 sebagai penyempurnaan dari Pedoman Umum Gizi Seimbang 2003.

Pendidikan, pengetahuan dan praktik gizi saling berhubungan (Irnaini H. & Sinaga T., 2017). Pendidikan gizi berperan sebagai cara komunikasi, informasi dan edukasi dengan memberikan materi pedoman gizi seimbang kepada anak usia sekolah sehingga dapat meningkatkan pengetahuan anak. Pengetahuan dianggap sebagai tolak ukur keberhasilan dari pendidikan gizi. Setelah itu, yang perlu dilihat dari keberhasilan pendidikan gizi adalah perubahan perilaku dengan praktik mengaplikasikan pesan gizi seimbang sehari-hari. Oleh sebab itu, tidak selalu pendidikan gizi mampu benar-benar mampu merubah perilaku anak menjadi sesuai dengan pedoman gizi seimbang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis bermaksud mencari faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan gizi anak usia sekolah terhadap praktik gizi seimbang. Setelah ditemukan faktor-faktor tersebut, penulis berharap tujuan penulisan ini dapat dicapai. Adapun tujuan penulisan ini adalah memperbaiki prosedur pendidikan gizi berdasarkan analisis dari faktor-faktor yang berpengaruh antara pendidikan gizi anak usia sekolah terhadap praktik gizi seimbang. Sehingga, dimasa yang akan mendatang diharapkan pendidikan gizi dapat diimplementasikan secara maksimal guna merubah perilaku konsumsi menjadi lebih baik, yakni sesuai dengan Pedoman Gizi Seimbang bukan lagi Pedoman Umum Gizi Seimbang, apalagi slogan 4 Sehat 5 Sempurna.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pendidikan gizi merupakan salah satu cara guna meningkatkan pengetahuan seseorang terkait gizi. Pendidikan gizi formal maupun non formal sangat diperlukan karena status gizi seseorang juga sangat dipengaruhi oleh pengetahuan pangan dan gizi (Sulistyoningsih, 2012). Pendidikan gizi dilaksanakan dengan tujuan mampu merubah perilaku anak usia sekolah supaya mempraktikkan gizi seimbang dalam kehidupan sehari-hari. Namun,

untuk mencapai tujuan dari pendidikan gizi tidak mudah. Hal ini karena ada beberapa faktor yang dapat berpengaruh pada tujuan pendidikan gizi.

Berdasarkan hasil *literature review*, penulis dapat menyimpulkan bahwa faktor pengaruh pendidikan gizi anak usia sekolah terhadap praktik gizi seimbang adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri atas fisik dan psikis. Sedangkan faktor eksternal terdiri atas suasana/kondisi lingkungan saat pendidikan, teknik/metode penyampaian materi (pembelajaran), dukungan keluarga, ekonomi, dan hubungan sosial.

Berikut analisis faktor-faktor yang berpengaruh pada pendidikan gizi anak usia sekolah terhadap praktik gizi seimbang :

1. Faktor Internal

- a. Fisik

Faktor fisik memiliki pengaruh yang sangat penting pada pendidikan gizi sehingga anak dapat mengaplikasikan praktik gizi seimbang. Faktor fisik tidak hanya terfokus pada proses penerimaan informasi melainkan proses praktik juga sangat berpengaruh. Aspek fisik meliputi keadaan alat indra, kesehatan jasmani, dan kondisi anggota tubuh (Irnaini H. & Sinaga T., 2017).

Masalah fisik sangat berpengaruh karena materi yang disampaikan ketika pendidikan gizi tidak hanya dapat dipahami melalui satu alat indra saja. Misalkan pada materi empat pilar gizi seimbang yang dijelaskan oleh pemateri terdapat produk-produk makanan beragam yang diperlihatkan sebagai contoh melibatkan insra penglihatan, penciuman, perasa, dan peraba, terdapat video contoh perilaku hidup bersih yang tak hanya dilihat namun juga diperdengarkan, praktik pengukuran berat badan yang melibatkan indra penglihatan dan pendengaran. Oleh karena itu ketika kedua/salah satu dari indra ini bermasalah maka dipastikan pemahaman anak akan terganggu. Menurut Notoatmodjo (2007) sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh dari mata dan telinga. Kesehatan jasmani dan kondisi anggota tubuh juga memiliki pengaruh penting, karena kondisi tubuh yang sakit dan/atau anggota tubuh kurang lengkap akan berpengaruh pula pada kemampuannya dalam beraktivitas.

Ketika hal-hal diatas mempengaruhi pengetahuan, hal ini juga berimbasnya pada praktik gizi seimbang menjadi terhambat. Karena apabila informasi yang disampaikan tidak dipahami oleh anak, maka anak juga sangat sulit untuk mengaplikasikan informasi gizi seimbang dalam kehidupannya sehari-hari. Selain itu, faktor fisik juga dapat langsung berpengaruh pada praktik gizi seimbang. Fisik yang tidak dalam keadaan sehat, akan menghambat praktik gizi seimbang, misalkan untuk mengaplikasikan salah satu dari empat pilar gizi seimbang yakni melakukan fisik. Fisik yang bermasalah akan mempersulit bahkan

membuat anak menjadi malas untuk melakukan sesuatu walaupun ia mengetahui informasi terkait gizi seimbang.

b. Psikis

Kondisi psikis anak usia sekolah memiliki pengaruh besar pada keberhasilan pendidikan gizi, sehingga anak mampu mengaplikasikan pesan yang disampaikan oleh informan terkait gizi seimbang. Kondisi psikologi ini, termasuk pada tingkat kecerdasan, pembawaan, keadaan emosi, kemauan, daya fantasi dan logika. (Irnaini H. & Sinaga T., 2017).

Kondisi psikis yang bermasalah akan mengakibatkan turunnya konsentrasi anak. Sehingga ketika proses penyampaian pesan pada saat pendidikan gizi anak sekolah menjadi cukup sulit dipahami. Karena masalah psikis tersebut akan berefek pada emosional anak, sehingga pembawaan anak akan bermasalah pula saat menerima informasi (pendidikan gizi). Tingkat kecerdasan setiap anak sekolah juga berbeda-beda, mulai yang tingkat kecerdasannya tinggi hingga dibawah rata-rata. Hal inilah yang mengakibatkan anak kurang bisa mengaplikasikan informasi pendidikan gizi yang telah disampaikan informan.

2. Faktor Eksternal

a. Suasana/kondisi Lingkungan

Faktor ini terkait pada suasana lingkungan yang berlangsung pada saat proses pendidikan gizi berlangsung. Suasana yang bising/ramai akan mengurangi konsentrasi pada anak, baik kondisi yang berasal dari dalam kelas maupun luar kelas. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Amalia N pada tahun 2008 di SD Jakarta Timur, bahwa jumlah siswa dapat mempengaruhi kondisi kelas dan pengontrolan siswa saat proses penyampaian materi. Sehingga semakin banyak siswa semakin tidak kondusif suasana kelas dan semakin sulit untuk pengontrolan siswa. Selain itu, kondisi dari luar seperti bunyi-bunyian juga merupakan faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemahaman anak. Bunyi-bunyian yang dimaksud adalah suara kebisingan yang ditimbulkan dari orang-orang atau benda-benda luar ruang pembelajaran (Irnaini H. & Sinaga T., 2017). Penurunan konsentrasi anak akan berakibat pada pemahaman yang kurang juga. Sehingga anak hanya bisa mengaplikasikan apa yang ia pahami bahkan tidak mengaplikasikannya sama sekali.

b. Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran memang merupakan hal penting dalam dunia pendidikan, demi keberhasilan anak/siswa dalam memahami apa yang ia pelajari. Ada berbagai metode yang biasa digunakan, seperti ceramah, TGT (*Team Game Tournament*), diskusi, debat, dan sebagainya. Namun, pada umumnya metode yang sering digunakan adalah metode ceramah. Metode ini dinilai cukup efisien untuk meningkatkan pemahaman siswa, namun metode pembelajaran ini mengakibatkan siswa lebih pasif sehingga menimbulkan suasana pendidikan gizi yang monoton dan menyebabkan kebosanan pada anak (Pasaribu, 2005).

Metode yang membosankan akan menjadikan siswa menjadi malas untuk mengikuti pembelajaran, sehingga pesan tidak dapat diterima siswa secara maksimal. Oleh karena itu penting adanya metode yang melibatkan sang anak sehingga anak dapat aktif dalam proses pembelajaran. Metode pembelajaran dapat merupakan gabungan dari berbagai metode agar dapat saling melengkapi antar metode. Misalnya dengan menggabungkan metode TGT, yakni metode dengan melibatkan anak sebagai tutor teman sebaya dan terdapat pembelajaran berbasis permainan (Mulyatiningsih, 2010). Sehingga anak lebih rileks dan dapat memahami pesan pendidikan gizi secara maksimal. Karena anak akan dapat lebih mengaplikasikan gizi seimbang, ketika ia memahami pesan yang ia terima.

c. Keluarga

Walaupun anak telah memahami tentang pesan gizi seimbang yang disampaikan saat pendidikan gizi sekolah, tetap saja ada kemungkinan praktik gizi seimbang tidak dilakukan. Hal ini salah satunya adalah faktor dukungan keluarga akan kebiasaan konsumsinya. Karena anak akan lebih mengonsumsi makanan yang telah disediakan oleh orangtua (Thasim, 2013). Sehingga apabila dari pihak keluarga pemahaman akan gizi seimbang tidak mumpuni maka anak kurang bisa mempraktikkan perilaku gizi seimbang, karena dari pihak keluarga tidak menyediakan makanan yang memenuhi pedoman gizi seimbang. Oleh karena itu, selain memberikan pemahaman gizi seimbang pada anak, keluarga juga harus memahami tentang gizi seimbang. Hal ini bertujuan guna menumbuhkan dukungan keluarga terhadap praktik perilaku gizi seimbang.

d. Ekonomi

Faktor ekonomi dikatakan sebagai faktor pengaruh terhadap praktik perilaku gizi seimbang setelah dilakukannya pendidikan gizi, dikarenakan ketersediaan makanan erat kaitannya dengan keuangan. Menurut Irnaini (2017) yang melakukan penelitian tentang praktik gizi seimbang, salah satu faktor yang menyebabkan anak tidak mempraktikkan gizi seimbang setelah dilaksanakannya pendidikan gizi adalah ketersediaan makanan keluarga. Sehingga anak hanya bisa mengonsumsi makanan yang tersedia didalam keluarganya.

Namun, bukan berarti orang kaya juga selalu dapat mengaplikasikan praktik gizi seimbang. Justru dengan kecukupan ekonominya, akan berakibat apabila keluarga dengan mudah memberikan makanan pokok cepat saji, jajanan/cemilan, serta makanan dengan kandungan gula, garam dan lemak yang tinggi, kepada anaknya. Ketersediaan pangan yang berlebihan sedangkan orangtua sibuk bekerja dapat berakibat fatal, seperti obesitas pada anak karena kurangnya perhatian dari orangtua. Bahkan sangat sering dijumpai anak yang obesitas berasal dari keluarga yang mampu, biasanya terlihat pada keluarga pedagang maupun pegawai atau karyawan menengah keatas (Misnadiarly, 2007).

e. Sosial

Hubungan sosial antar anak juga memiliki faktor yang sangat berpengaruh. Pengaruh teman sebaya berperan penting dalam pemenuhan nutrisi, khususnya saat makan siang. Pilihan makanan sering dipengaruhi oleh teman-teman disekolah. Anak-anak cenderung mengikuti untuk memakan makanan yang kebanyakan temannya makan (Sharlin J. & Edelstein S., 2014). Hal ini yang menyebabkan anak cukup sulit mempraktikkan gizi seimbang apabila lingkungan sekitar terutama teman sebayanya juga tidak mempraktikkan perilaku gizi seimbang. Karena terbentuknya perilaku juga dipengaruhi oleh lingkungan, salah satunya adalah dukungan sosial (Contento dalam Maduretno, 2015).

PENUTUP

Anak usia sekolah digambarkan sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak menjadi dewasa dengan rentan usia 6 sampai 18 tahun. Usia anak sekolah sangat anak rentan terjadi permasalahan baik fisik, psikis, sosial maupun kesehatan gizi. Masalah gizi yang kerap terjadi pada anak usia sekolah yaitu masalah gizi kurang dan gizi lebih. Ada pelbagai faktor penyebab, diantaranya adalah kebiasaan makan buruk, kurangnya pemahaman tentang gizi, rasa kesukaan makanan, promosi makanan cepat saji, dan produk makanan impor. Oleh karena itu perlu adanya strategi pendidikan gizi disekolah guna meningkatkan pengetahuan anak terhadap gizi seimbang sehingga dapat mengaplikasikan pengetahuannya.

Namun, untuk mencapai tujuan dari pendidikan gizi tidaklah mudah karena ada beberapa faktor yang dapat berpengaruh pada tujuan pendidikan gizi. Faktor tersebut yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Yang termasuk dalam faktor internal adalah kondisi fisik dan psikis. Sedangkan yang termasuk dalam faktor eksternal adalah suasana lingkungan, metode pembelajaran, keluarga, ekonomi, dan hubungan sosial. Oleh sebab itu, perlu adanya pertimbangan secara intensif terhadap faktor tersebut sebelum melakukan pendidikan gizi terhadap anak sekolah supaya anak dapat mengaplikasikan pengetahuannya secara maksimal.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada keluarga Program Studi Ilmu Gizi, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang dan Forum Ilmiah Mahasiswa Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES yang telah membantu dalam penyelesaian paper ini.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia N. (2008). Perbedaan Skor Pengetahuan Gizi Antara Siswa yang diberikan Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Siswa yang diberikan Penyuluhan dengan Metode "Playing by Learning" melalui Media "Seri Petualangan Dino dan Dina Saatnya

- Sehat” di Sekolah Dasar Jakarta Timur Tahun 2018. [Skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Arisman. (2009). Gizi dalam Daur Kehidupan Edisi 2. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013
- Depkes RI. (2005). Pedoman Perbaikan Gizi Anak Sekolah Dasar, dan Madrasah Ibtidaiyah. Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat
- Irnani H., & Sinaga T. (2017). Pengaruh Pendidikan Gizi Terhadap Pengetahuan, Praktik Gizi Seimbang dan Status Gizi pada Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Gizi Indonesia*, 6(1) : 58-64
- Mduretno IS dkk. (2015). Niat dan Perilaku Pemilihan Jajanan Anak Sekolah yang Mendapat Pendidikan Gizi Metode Ceramah dan Metode TGT. *Indonesian Journal of Human Nutrition*, 2(1): 23 – 37.
- Misnadiarly. (2007). Obesitas Sebagai Faktor Resiko Beberapa Penyakit. Jakarta : Pustaka Obor Popular.
- Mulyatiningsih E. (2010). Pembelajaran Aktif, Kreatif, Inovatif, Efektif dan Menyenangkan (PAIKEM) dalam Diklat Peningkatan Kompetensi Pengawas dalam Rangka Penjaminan Mutu Pendidikan dan Kependidikan. Yogyakarta : Universitas Negeri Yogyakarta.
- Notoatmodjo S. (2007). Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Pasaribu HER. (2005). Perbandingan Penyuluhan Kesehatan Metode CeramahTanya Jawab dengan Penyuluhan Kesehatan Menggunakan Buku Kecacingan dalam Mencegah Reinfeksi *Ascaris lumbricoides* pada Anak Sekolah Dasar. [Tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak
- Sharlin J. & Sari Edelstein. (2014). Buku Ajar Gizi dalam Daur Kehidupan. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Styawati, V. & Setyowati M. 2015. Karakter Gizi Remaja Putri Urban dan Rural di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Kemas*, 11(1): 43-52.
- Sulistyoningsih H. (2012). Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Thasim dkk. (2013). Pengaruh Edukasi Gizi Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Asupan Gizi pada Anak Gizi Lebih di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013. Makassar : Universitas Hasanuddin.

MEDIA CETAK SEBAGAI UPAYA PROGRAM PUSAT INFORMASI DAN KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Muhamad Alvian^{1*}, Lukman Fauzi¹, Nanik Prihati²

1. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang
2. Puskesmas Kalongan, Kabupaten Semarang

E-mail Korespondensi: malvian19@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: PIK-KRR merupakan suatu wadah yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja dalam memperoleh informasi dan pelayanan konseling tentang kesehatan reproduksi. Terdapat tiga tahapan dalam PIK-KRR yaitu Tumbuh-Tegak-Tegar. Salah satu kriteria yang harus ada di setiap tahapan adalah menggunakan media cetak. Tujuan dari penggunaan media cetak pada PIK-KRR adalah untuk mempermudah penyampaian materi dan memperlancar komunikasi dengan sasaran. Output media cetak promosi kesehatan terdiri dari output pasif dan output aktif.

Metode: Teknik pengumpulan data analisis situasi dengan observasi dan menggunakan data survey RISKESDASDES tim PKL IKM UNNES tahun 2018. Metode yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah dan prioritas penyebab masalah adalah Metode Hanlon Kuantitatif, penyusunan prioritas alternatif pemecahan masalah menggunakan metode *Brain-Storming*, sementara evaluasi program intervensi menggunakan metode wawancara dengan pengurus dan anggota Generasi Muda Kawengen.

Hasil: Pelaksanaan program media cetak berdasarkan wawancara dengan pengurus dan anggota forum Generasi Muda Kawengen mengenai evaluasi media cetak poster, dan booklet; adanya visualisasi gambar memudahkan forum memahami materi. Sementara evaluasinya adalah Materi yang disajikan sudah cukup jelas dan mudah dipahami, materi dapat lebih dikembangkan lagi untuk program kedepannya, belum dibuat mading/sarana untuk menempel pamflet/brosur agar informasi melalui media cetak bisa disebarluaskan kepada masyarakat, media yang dibuat perlu dikembangkan lagi hingga juga mencakup media elektronik.

Simpulan: forum sudah bisa memahami materi yang disampaikan melalui media cetak. Pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR di dusun Kawengen diharapkan dapat terus aktif mulai dari tahapan Tumbuh hingga mencapai tahapan Tegar dan bisa menjadi percontohan.

Kata kunci: PIK-KRR, media, remaja

ABSTRACT

Background: PIK-KRR is a container that managed from, by, and for teenager in gaining information and counseling about reproduction health. There is three phases in PIK-KRR that is Tumbuh-Tegak-Tegar. One of the criteria that has to be exist in every phase is using print media. The purpose of using print media is to make it easier in delivery of material and smoothen communication with target. Output of the print media of health promotion consist of passive output and active output.

Methods: technique that used in data collection of situation analysis is by observation and using survey data of RISKESDASDES team PKL IKM UNNES 2018. Methods that used to determine problem priority and priority problem cause is Quantitative Hanlon method, making of problem solver priority alternative using Brain-Storming method, meanwhile program evaluation using interview method with caretaker and member of Generasi Muda Kawengen forum.

Results: implementation of print media program based on interview with caretaker and member of Generasi Muda Kawengen forum about evaluation of print media poster and

booklet. presence of visualization pictures make it easier for forum to understand the material. Meanwhile the evaluation is picture that used material can be developed for next program, there is no wall magazine/medium to glue pamphlet so the information through print media can be shared to people, media is made need to be developed and covers electronical media.

Conclusion: *forum already able to understand the content of material that delivers through print media. Developing and managemet of PIK-KRR in Dusun Kawengen expected to be keep active from phase Tumbuh until reached phase Tegar and can be used as a good example.*

Keywords: PIK-KRR, print media, teenager

PENDAHULUAN

Indonesia sebagai Negara berkembang masih memiliki berbagai macam permasalahan salah satunya di bidang kesehatan. Masalah kesehatan di Indonesia masih meninggalkan banyak *pekerjaan rumah* baik bagi tenaga/institusi kesehatan maupun pemerintah selaku pemangku kebijakan. Salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi concern di Indonesia adalah mengenai HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome). HIV/AIDS merupakan salah satu jenis Infeksi Menular Seksual (IMS) karena virus dan jumlah pengidapnya di Indonesia terus bertambah tiap tahunnya. Keadaan ini menjadi tantangan berat untuk mencapai tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) tahun 2030 (Kompas, 2017).

Berdasarkan data Laporan Perkembangan HIV/AIDS Direktorat Jendral (Ditjen) Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI, pada tahun 2010-2014 penderita HIV karena aktivitas heteroseksual menduduki jumlah tertinggi. Dalam data P2PL sepanjang 2016 hingga trimester kedua 2017 jumlah pengidap laki-laki lebih banyak dibanding perempuan yaitu hampir 65 persen dari jumlah kasus keseluruhan. Hingga Juni 2017 Kemenkes RI mencatat jumlah pengidap HIV terbanyak adalah provinsi DKI Jakarta dengan 48502 orang, diikuti Jawa Timur dengan 35168 orang, Papua 27052 orang, Jawa Barat 26066 orang, Jawa Tengah 19272 orang, serta Bali 15873 orang.

Pengidap HIV di wilayah Jawa Tengah tergolong masih tinggi. daerah Kabupaten Semarang juga tidak luput dari pengidap HIV termasuk di Desa Kawengen Kecamatan Ungaran Timur. Berdasarkan data yang diperoleh dari wawancara dengan bidan desa pernah ditemukan kasus 1 warga Desa Kawengen yang terinfeksi HIV, namun telah meninggal pada tahun 2017. Selain itu persentase RT berdasarkan pengetahuan tentang HIV/AIDS di Desa Kawengen menunjukkan angka 8,62% untuk penularan dan 3,09% untuk pencegahan sehingga dinilai masih kurang (RISKESDASDES, 2018).

Penularan HIV terjadi melalui aktivitas seksual berisiko, baik aktivitas heteroseksual maupun homoseksual. Untuk menanggulangi hal tersebut pemerintah menargetkan 3 Zero, yakni bebas infeksi HIV baru, bebas diskriminasi dan stigma pada pengidap HIV, serta bebas

kasus kematian karena AIDS. dalam upaya tercapainya 3 Zero, pemerintah melakukan berbagai upaya penanggulangan, salah satunya dengan sasaran remaja. Remaja merupakan generasi yang akan menjadi penerus bangsa dan sangat rentan untuk mengalami permasalahan mengenai seksualitas, IMS, dan NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif) yang kemudian dikenal dengan TRIAD KRR. Penanganan terhadap TRIAD KRR dapat dilakukan dengan panduan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang dikeluarkan oleh Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN.

PIK-KRR merupakan suatu wadah yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja dalam memperoleh informasi dan pelayanan konseling tentang kesehatan reproduksi. Tujuan dari panduan PIK-KRR adalah untuk meningkatkan akses dan kualitas pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR dengan memberikan informasi Kesehatan Reproduksi Remaja, memberikan pendidikan ketrampilan/kecakapan hidup (life skill) untuk remaja, serta pelayanan konseling dan rujukan KRR. Terdapat 3 tahapan dalam PIK-KRR yaitu Tumbuh-Tegak-Tegar, dengan tiap tahapan memiliki beberapa kriteria yang berkembang dan berkelanjutan. Luaran akhir dari PIK-KRR Tegar Remaja dalam rangka tercapainya Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera. Salah satu kriteria yang harus ada di setiap tahapan adalah menggunakan media cetak.

Menurut KBBI, media cetak adalah sarana media massa yang dicetak dan diterbitkan secara berkala. Dalam pelaksanaan PIK-KRR, media cetak yang digunakan merupakan media promosi kesehatan seperti poster, booklet, dan lain-lain. Tujuan media promosi kesehatan antara lain (Notoatmodjo, 2005):

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
3. Media dapat memperjelas informasi
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik
6. Media dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
7. Media dapat memperlancar komunikasi

Program media cetak promosi kesehatan memiliki 2 output yaitu output pasif dan output aktif. Output pasif dapat berupa penyerahan media cetak kepada sasaran, sedangkan output aktif dapat berupa pelatihan membaca media cetak atau penyampaian poin penting dari media cetak kepada sasaran.

Belum terlaksananya PIK-KRR dan tidak adanya media cetak promosi KRR menjadi permasalahan yang melatarbelakangi penulis membuat media promosi KRR berupa media cetak sebagai upaya pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR di Dusun Kawengen.

METODE

Teknik pengumpulan data analisis situasi dengan observasi dan menggunakan data survey RISKESDASDES tim PKL IKM UNNES tahun 2018. Observasi dilakukan dengan mengamati secara langsung kondisi masyarakat terutama kalangan remaja di dusun Kawengen serta dengan mewawancarai tokoh masyarakat seperti Kepala Dusun, Ketua Karang Taruna, Bidan Desa, dan data dari Balai Desa Kawengen.

Metode yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah dan prioritas penyebab masalah adalah Metode Hanlon Kuantitatif, penyusunan prioritas alternatif pemecahan masalah menggunakan metode *Brain-Storming*, sementara evaluasi program intervensi menggunakan metode wawancara dengan pengurus dan anggota Generasi Muda Kawengen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan, masalah yang ditemukan di Dusun Kawengen adalah kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku tentang pencegahan HIV/AIDS, BAB dan cuci tangan, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik.

Masalah pertama yaitu kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terhadap pencegahan HIV/AIDS. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Desa (RISKESDASDES) tahun 2018, PSP terhadap pencegahan HIV/AIDS di Desa Kawengen masih rendah yaitu sebesar 30,9%, sedangkan di dusun Kawengen sendiri masih terdapat beberapa kenakalan remaja, seperti perilaku menyimpang pada pasangan remaja.

Masalah yang kedua yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terhadap BAB dan cuci tangan sudah cukup baik. Namun, masih diperlukan peningkatan PSP terhadap kebiasaan mencuci tangan, karena berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Desa (Risksedasdes) tahun 2017 masih rendah yaitu sebesar 4,93%.

Masalah ketiga yaitu kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terhadap konsumsi buah dan sayur. Untuk konsumsi sayur di Desa Kawengen sudah baik yaitu 91,17%, namun untuk konsumsi buah masih rendah yaitu sebesar 43,79% (Risksedasdes, 2018). Masalah yang keempat yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) terhadap aktivitas fisik, dimana presentase aktivitas fisik di Desa Kawengen masih rendah dibandingkan Desa Kalikayen dan Desa Mluweh yaitu sebesar 46,29%.

Prioritas utama adalah alternatif yang mempunyai nilai total terbanyak. Banyaknya masalah kesehatan belum tentu semua masalah sama pentingnya. Oleh karena itu perlu dilakukan proses penentuan urutan prioritas terhadap masalah-masalah kesehatan. Metode yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah di Dusun Kawengen, Desa Kawengen,

Kecamatan Ungaran Timur, Kabupaten Semarang tahun 2018 yaitu menggunakan metode Hanlon Kuantitatif.

Penentuan prioritas masalah terhadap permasalahan-permasalahan di bidang kesehatan dan lingkungan Dusun Kawengen, Desa Kawengen Kecamatan Ungaran Timur dengan Metode Hanlon Kuantitatif sebagai berikut:

Tabel 1. Penentuan Prioritas Masalah

| No | Masalah Kesehatan | Skor Kriteria | | | Skor D | | | NPD | NPT | Prioritas | | |
|----|-----------------------------|---------------|---|---|--------|---|---|-----|-----|-----------|-----|-----|
| | | A | B | C | P | E | A | | | | R | L |
| 1 | PSP BAB dan cuci tangan | 6 | 6 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 48 | 48 | II |
| 2 | PSP pencegahan HIV/AIDS | 8 | 6 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 112 | 112 | I |
| 3 | PSP konsumsi buah dan sayur | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 32 | 32 | IV |
| 4 | PSP aktivitas fisik | 4 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 36 | 36 | III |

Tabel 1 menunjukkan bahwa prioritas masalah kesehatan masyarakat yang utama di Dusun Kawengen, Desa Kawengen, Kecamatan Ungaran Timur, Kabupaten Semarang terletak pada masalah PSP (Pengetahuan Sikap Perilaku) pencegahan HIV/AIDS dengan hasil NPD dan NPT 112, dimana sebagian warganya memiliki PSP pencegahan HIV/AIDS yang masih rendah. Prioritas masalah kedua terletak pada PSP BAB dan cuci tangan dengan hasil NPD dan NPT 48, masalah ketiga terletak pada PSP aktivitas fisik dengan hasil NPD dan NPT 36. Kemudian masalah terbesar keempat terletak pada PSP konsumsi buah dan sayur dengan hasil NPD dan NPT 32.

Dari beberapa prioritas masalah diatas, penulis menemukan prioritas masalah kesehatan di dusun Kawengen yaitu Pengetahuan, Sikap dan Perilaku (PSP) pencegahan HIV/AIDS. Beberapa penyebab masalah kesehatan tersebut adalah:

1. Tidak tersedianya sarana dan informasi terkait pencegahan HIV/AIDS.
2. Pengetahuan masyarakat terkait pencegahan HIV/AIDS yang masih rendah.
3. Kurangnya pantauan orang tua terhadap anak.

Penyusunan prioritas penyebab masalah di Dusun Kawengen, Desa Kawengen, Kecamatan Ungaran Timur, Kabupaten Semarang 2018 didasarkan pada hasil Hanlon Kuantitatif yaitu sebagai berikut:

Tabel 2. Penentuan Prioritas Penyebab Masalah

| No | Masalah Kesehatan | Skor Kriteria | | | | | Skor D | | | NPD | NPT | Prioritas |
|----|---|---------------|---|---|---|---|--------|---|---|-----|-----|-----------|
| | | A | B | C | P | E | A | R | L | | | |
| 1 | Pengeatahuan masyarakat terhadap pencegahan HIV/AIDS masih rendah | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 32 | 32 | II |
| 2 | Kurangnya perhatian atau pemantauan orang tua terhadap anak | 6 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 40 | 40 | III |
| 3 | Tidak tersedianya sarana informasi terkait pencegahan HIV/AIDS | 6 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 96 | 96 | I |

Dari keempat masalah kesehatan, diambil satu prioritas penyebab masalah yang akan diselesaikan melalui program intervensi. Prioritas tersebut mengacu pada masalah kesehatan terbesar di Dusun Kawengen yaitu Tidak tersedianya sarana informasi terkait pencegahan HIV/AIDS dengan NPD dan NPT 96.

Berdasarkan prioritas penyebab masalah yang telah ditetapkan, berikut adalah alternatif pemecahan masalah yang dilakukan di Dusun Kawengen:

1. Pembentukan forum remaja peduli kesehatan reproduksi (FRPKR) dengan nama Generasi Muda Kawengen sebagai kader TRIAD KRR.
2. Sosialisasi pencegahan kekerasan seksual (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh) pada instansi pendidikan di Dusun Kawengen (RA Al-Muttaqin dan TK ABA At-Tarbiyah).
3. Sosialisasi penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) kepada Jamaah Pengajian Ibu-Ibu Dusun Kawengen.

Penyusunan prioritas didasarkan atas Musyawarah Masyarakat Dusun dan disetujui oleh anggota Karang Taruna Dusun Kawengen pada waktu yang bersamaan. Selain itu, penyusunan prioritas masalah kesehatan juga telah disetujui pada saat Musyawarah Masyarakat Desa. Metode yang dilakukan dengan metode diskusi atau *Brainstorming Technique*. Pemimpin diskusi pada Musyawarah Masyarakat Desa yaitu Bapak Kepala Desa dan dihadiri tokoh masyarakat Desa Kawengen. Sedangkan untuk Musyawarah Masyarakat Dusun dipimpin oleh Ketua Karang Taruna Dusun Kawengen serta dihadiri oleh anggota

Karang Taruna dan remaja Dusun Kawengen. Berikut adalah program intervensi pemecahan masalah yang dilakukan:

1. Pembentukan forum remaja peduli kesehatan reproduksi (FRPKR) dengan nama Generasi Muda Kawengen sebagai upaya peningkatan dan penyediaan sarana informasi terkait Pengetahuan, Sikap dan Perilaku (PSP) terhadap pencegahan HIV/AIDS.
2. Sosialisasi pencegahan kekerasan seksual (sentuhan boleh dan sentuhan tidak boleh) pada instansi pendidikan di Dusun Kawengen (RA Al-Muttaqin dan TK ABA At-Tarbiyah) sebagai upaya pencegahan dini terhadap pelecehan seksual dan perilaku seksual menyimpang.
3. Sosialisasi penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) kepada Jamaah Pengajian Ibu-Ibu Dusun Kawengen sebagai upaya peningkatan pengetahuan terhadap penyakit menular seksual, dan peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku peran orang tua terhadap pelecehan seksual pada anak.

Dari ketiga program intervensi tersebut, forum Generasi Muda Kawengen menjadi focus utama intervensi sesuai dengan panduan pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR dari BKKBN untuk mengatasi TRIAD KRR. Dalam pelaksanaannya, intervensi tidak terlepas dari media promosi KRR terutama media cetak. Media cetak dipilih sebagai sarana penyampaian dan penyebarluasan materi KRR karena merupakan tahap awal dalam penyampaian materi KRR sebagaimana tercantum dalam panduan pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR tahapan Tumbuh. Media cetak yang digunakan untuk intervensi forum Generasi Muda Kawengen berupa poster, brosur, dan output akhir booklet tentang TRIAD KRR.

Konsep pembuatan media cetak KRR menggunakan materi dari kegiatan intervensi forum Generasi Muda Kawengen. Materi yang disampaikan merupakan materi dasar sebagai pengenalan karena program PIK-KRR Generasi Muda Kawengen baru dilaksanakan pada intervensi ini dengan substansi materi berisi hak-hak reproduksi, Infeksi Menular Seksual, dan NAPZA. Cetakan poster, brosur, dan booklet kepada pengurus dan anggota forum Generasi Muda Kawengen, tujuannya agar dapat disebarluaskan kepada masyarakat terutama remaja serta sebagai pedoman dalam menghadapi permasalahan TRIAD KRR.

Evaluasi adalah suatu proses pemeriksaan pencapaian dari satu program. Evaluasi program merupakan suatu cara mengumpulkan, menafsirkan serta melakukan analisis data secara sistematis dengan tujuan untuk menempatkan nilai dari suatu program atau sebuah kebijakan sosial, kegiatan ini bertujuan untuk pengambilan keputusan suatu program atau kebijakan (Lala, 2015).

Evaluasi media cetak PIK-KRR ini menggunakan metode wawancara, dengan informannya adalah pengurus dan anggota forum Generasi Muda Kawengen. Menurut pengurus forum Generasi Muda Kawengen materi yang disajikan sudah cukup jelas dan mudah dipahami, hanya saja gambar yang digunakan dinilai menjijikkan karena menampilkan foto penyakit IMS.

“...materinya sudah bagus sih mas, tulisannya juga to the point dan gambarnya pas sama materinya, tapi yo rodo marakke pengen muntah...(R1-T)”

Meski demikian gambar asli (foto) tetap digunakan dalam media poster dan booklet karena penggunaan gambar yang merupakan gambar asli menarik perhatian pembaca, membantu mempermudah dan mengingat pesan yang disampaikan (Amalia, 2013).

Pengurus forum Generasi Muda Kawengen juga berpendapat materi dapat lebih dikembangkan lagi untuk program kedepannya karena tahun kemarin sudah pernah mendapat materi seperti ini dengan forum berbeda dan tanpa panduan PIK-KRR.

“...tahun depan materinya kalo bisa ganti, soalnya tahun kemarin udah ada kayak gini, materinya bahas yang jadi polemik di masyarakat juga misale soal Luwak White Coffee...(R2-I)”

Pendapat tersebut juga dimaksudkan agar grup dan forum tidak sepi setelah PKL dan bisa membahas materi mengenai kesehatan lain tidak hanya kesehatan reproduksi remaja serta mahasiswa PKL diharapkan bisamembantu klarifikasi hoax yang beredar di masyarakat terutama yang berhubungan dengan kesehatan.

Setelah pembuatan dan penyebarluasan media cetak promosi KRR, Tim PKL menyadari masih terdapat kekurangan dalam pelaksanaannya. Oleh karena itu penulis menilai terdapat beberapa evaluasi yang tidak disampaikan oleh pengurus forum Generasi Muda Kawengen:

1. Belum dibuat mading/sarana untuk menempel pamflet/brosur agar informasi melalui media cetak bisa disebarluaskan kepada masyarakat.
2. Media yang dibuat perlu dikembangkan lagi hingga juga mencakup media elektronik.

PENUTUP

Media cetak merupakan salah satu jenis media promosi kesehatan yang perlu digunakan pada tahap awal pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR. Menggunakan media cetak juga termasuk salah satu kriteria dalam panduan PIK-KRR. Media cetak yang digunakan dalam intervensi forum Generasi Muda Kawengen berupa brosur, poster, dan booklet. Hasil Pelaksanaan program media cetak adalah Berdasarkan wawancara dengan pengurus dan anggota forum Generasi Muda Kawengen mengenai evaluasi media cetak pamphlet/brosur,

poster, dan booklet, forum sudah bisa memahami materi yang disampaikan; adanya visualisasi gambar memudahkan forum memahami materi. Sementara evaluasinya adalah Materi yang disajikan sudah cukup jelas dan mudah dipahami, hanya saja gambar yang digunakan dinilai menjijikkan karena menampilkan foto penyakit IMS; materi dapat lebih dikembangkan lagi untuk program kedepannya; belum dibuat mading/sarana untuk menempel pamflet/brosur agar informasi melalui media cetak bisa disebarluaskan kepada masyarakat; media yang dibuat perlu dikembangkan lagi hingga juga mencakup media elektronik.

Bagi remaja dan masyarakat Dusun Kawengen diharapkan bisa memahami dan menyebarluaskan materi yang didapat di dalam forum Generasi Muda Kawengen. Pengembangan dan pengelolaan PIK-KRR di dusun Kawengen juga diharapkan dapat terus aktif mulai dari tahapan Tumbuh hingga mencapai tahapan Tegar dan bisa menjadi percontohan. Pendampingan remaja dusun Kawengen oleh mahasiswa juga diharapkan dapat berlanjut tidak hanya saat PKL tetapi juga saat perkuliahan sebagai tugas kuliah di lapangan mengingat Desa Kawengen termasuk Dusun Kawengen juga merupakan Laboratorium lapangan jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Kompas. (2017, November 28). *Pengidap HIV Terus Meningkat, Akankah SDGs Tercapai*. Retrieved October 26, 2018, from <https://amp.kompas.com/sains/read/2017/11/28/184300223/pengidap-hiv-terus-meningkat-akankah-sdgs-tercapai->.
- Ditjen P2PL. (2017). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS Direktorat Jendral (Ditjen) Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Retrieved October 26, 2018, from siha.depkes.go.id.
- Tim PKL IKM. (2018). Hasil RISKESDASDES 2018 Desa Kalikayen, Mluweh, Kawengen. Semarang: UNNES.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Amalia, Icca Stella. (2013). Evaluasi Media Poster Hipertensi pada Pengunjung Puskesmas Talaga Kabupaten Majalengka. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNNES*.
- Lala, Handy. (2015). Evaluasi Program Kesehatan Reproduksi Remaja "DAKU!" (Dunia Remajaku Seru) di SMU. *Jurnal Pendidikan Sains Vol.3 No.2, Juni 2015, Hal 90-97*.

GAMBARAN PERNIKAHAN DINI DI KABUPATEN REMBANG

Efa Nugroho^{1*}, Evi Widowati¹, Dwi Yunanto Hermawan², Najib³,
Puput Kusumawardani Moehas⁴

1. Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang, Indonesia
2. PKBI Provinsi Jawa Tengah, Indonesia
3. BKKBN Provinsi Jawa Tengah, Indonesia
4. Mahidol University, Thailand

E-mail Korespondensi: efa.nugroho@mail.unnes.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Dalam budaya pernikahan dini di Rembang terdapat proses perjodohan anak sejak kecil yang dikenal dengan istilah nontoni dan ngemblok. Posisi perempuan dalam adalah sebagai orang yang dipilih, ditunjuk, dan dinikahi, tanpa memiliki hak untuk menolak atau mempertimbangkan. Penelitian ini untuk mengetahui faktor predisposing, reinforcing, dan enabling pernikahan dini di Kabupaten Rembang.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan kuantitatif dan kualitatif melalui pendekatan etnografi komunikasi. Populasi dalam penelitian adalah remaja di Kabupaten Rembang yang melakukan praktik pernikahan dini sejak tahun 2014-2017. Sample dihitung menggunakan rumus Slovin sehingga didapatkan jumlah sample 180 remaja. Sample dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Pada penelitian kualitatif di analisis menggunakan teori Creswell dengan cara deskripsi, analisis, dan interpretasi.

Hasil: Aspek sosial budaya, agama dan ekonomi diklaim sebagai penyebab utama pernikahan anak. Sejumlah 31% perempuan yang mendaftarkan pernikahan mereka di KUA (Kantor Urusan Agama) pada tahun 2015, menikah ketika mereka berusia 18 tahun atau di bawahnya - dengan 47 gadis menikah antara 10 - 16 tahun. Rata-rata usia perkawinan di antara laki-laki secara signifikan lebih tinggi daripada perempuan. Proporsi perempuan yang pertama kali menikah sebelum mencapai 18 tahun lebih dari tiga puluh kali dari laki-laki.

Simpulan: Ada hubungan antara faktor predisposing, reinforcing, dan enabling pernikahan dini di Kabupaten Rembang.

Kata Kunci: pernikahan dini, budaya, kesehatan reproduksi

ABSTRACT

Background: In the culture of early marriage in Rembang there is a process of arranged child marriage since childhood, known as nontoni and ngemblok. The position of women were as people who were chosen, appointed and married without having the right to refuse or consider. This study was to determine the factors of predisposing, reinforcing, and enabling early marriage in Rembang Regency.

Method: This study used quantitative and qualitative designs through an ethnographic approach to communication. The population in the study were adolescents in the Rembang Regency who practiced early marriage from 2014-2017. Samples were calculated using the Slovin formula to obtain a sample of 180 adolescents. The sample was selected using a purposive sampling technique. In qualitative research analyzed using Creswell's theory by means of description, analysis, and interpretation.

Results: Socio-cultural, religious and economic aspects were claimed to be the main cause of child marriage. 31% of women who registered their marriages at the KUA (Office of Religious Affairs) in 2015, married when they were 18 or under - with 47 married girls between 10-16 years. The average age of marriage among men is significantly higher than that of women. The proportion of women who were first married before they reached 18 years was more than thirty times that of men.

Conclusion: *There was a relationship between the factors predisposing, reinforcing, and enabling early marriage in Rembang Regency.*

Key Words: *early-age marriage, culture, reproduction health*

PENDAHULUAN

Pernikahan adalah kesepakatan antara seorang pria dan seorang wanita untuk membentuk sebuah keluarga dan dari perkawinan ini manusia dapat meneruskan generasi mereka. Selain dibutuhkan kematangan emosi, dalam pernikahan dibutuhkan pula kematangan fisik terutama bagi wanita. Dalam ilmu kedokteran, kematangan fisik seorang wanita terjadi pada usia 20 tahun karena pada usia tersebut alat reproduksi wanita dapat bekerja secara maksimal. Pada kenyataannya masih banyak ditemukan pasangan yang melakukan perkawinan saat usianya masih sangat muda yaitu dibawah 20 tahun, sehingga resiko kematian bagi ibu dan bayi menjadi lebih tinggi (Putu, 2012).

Sebanyak 7,4% wanita di Indonesia menikah pada usia 15-19 tahun dan 49,9% wanita menikah di usia 20-24 tahun. Usia pertama wanita berhubungan seksual pada usia 15 tahun sebesar 3,2%, usia 18 tahun sebesar 22,60%, usia 20 tahun sebesar 39,90%, dan usia 22 tahun sebesar 48%. Wanita yang tinggal di perdesaan mempunyai kecenderungan melakukan pernikahan dan hubungan seksual pertamanya diusia yang lebih muda dibandingkan dengan wanita di perkotaan. Median usia pernikahan dan seks pertama meningkat seiring dengan peningkatan pengetahuan dan ekonomi (SRPJMN, 2017).

Tingginya angka pernikahan dini menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Ibu yang hamil berusia dibawah 18 tahun memiliki 35% sampai 55% resiko yang lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) dibandingkan dengan ibu yang berusia diatas 19 tahun. Angka kematian bayi 60% lebih tinggi pada ibu yang masih berusia dibawah 18 tahun. Anak dari ibu muda memiliki 28% resiko kematian dibawah 5 tahun yang lebih besar. Kejadian kesakitan dan kematian ini diakibatkan oleh nutrisi ibu yang kurang baik, fisik dan psikis ibu yang belum matang, kurangnya akses bermasyarakat dan akses pelayanan kesehatan reproduksi dan resiko tinggi akan penyakit infeksi (Nour, 2009).

Pernikahan dini bertentangan dengan Undang-Undang Perkawinan No. 1 Tahun 1974 pada pasal 7 ayat (1) yang menyatakan bahwa pasangan calon pengantin pria dapat melangsungkan perkawinan apabila telah berusia 19 tahun dan calon pengantin wanita telah berusia 16 tahun. Meskipun batasan usia perkawinan telah ditetapkan, namun pada kenyataannya masih banyak dijumpai kasus perkawinan pada usia dini. Angka pernikahan dini di Jawa Tengah sebesar 19,92%. Pada tahun 2016 setidaknya terdapat 30.128 pengajuan dispensasi untuk pernikahan anak dibawah 16 tahun dengan berbagai faktor yang

melatarbelakanginya. Menurut data SRPJMN (2017), sebanyak 22,1% remaja di Jawa Tengah tidak mengetahui dampak pernikahan dini.

Rembang merupakan kabupaten di Jawa Tengah dengan angka Kehamilan Remaja (Teenage Pregnancy) yang tinggi. Dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang pada tahun 2017 terdapat 479 kasus kehamilan remaja yang beberapa diantaranya Kehamialan Tidak Diinginkan (KTD), 556 kasus persalinan remaja, 14 kasus kematian ibu, dan 135 kasus kematian bayi (DKK Rembang, 2017).

Tingginya angka KTD juga diduga berpengaruh terhadap tingginya angka pernikahan dini di Kabupaten Rembang. Jumlah remaja yang mengajukan dispensasi dan menikah dini ada tahun 2014-2017 berjumlah 328 remaja, sedangkan yang melakukan nikah siri jumlahnya belum bisa terdata (Departemen Agama Kabupaten Rembang, 2017). Kasus pernikahan dini di Kabupaten Rembang diduga juga disebabkan karena masih adanya budaya perjudohan atau yang disebut nontoni dan ngemblok.

Berbagai upaya dilakukan oleh pemerintah belum mencapai hasil yang maksimal. Upaya mencegah pernikahan dini dengan pembaharuan Undang-undang perkawinan, bimbingan kepada remaja, penyuluhan kepada orang tua dan masyarakat, bekerja sama dengan tokoh agama dan masyarakat, serta model desa percontohan pendewasaan usia perkawinan. Melihat fenomena tersebut maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang faktor predisposing, enabling, dan reinforcing yang berhubungan dengan perkawinan dini pada Remaja di Kabupaten Rembang.

Penelitian bertujuan mengetahui faktor predisposing, enabling, dan reinforcing yang berhubungan dengan praktik pernikahan dini pada remaja di Kabupaten Rembang.

METODE

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara komprehensif mengenai Praktik Pernikahan Dini pada Remaja di Kabupaten Rembang. Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2018 dengan melibatkan tim peneliti dari Universitas Negeri Semarang, PKBI Provinsi Jawa Tengah, dan BKKBN Provisi Jawa Tengah.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan studi etnografi komunikasi. Metode etnografi komunikasi ini bermaksud untuk menggambarkan, menganalisa, dan menjelaskan perilaku komunikasi dari suatu kelompok sosial yang akhirnya membentuk sebuah budaya (Sugiyono, 2011).

Populasi dalam penelitian kuantitatif adalah remaja di Kabupaten Rembang yang melakukan pernikahan dini pada tahun 2014-2017 berjumlah 328 remaja. Sample dalam penelitian dihitung menggunakan rumus Slovin sehingga didapat sample sejumlah 180 remaja. Remaja dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data kuantitatif dengan cara mengisi kuesioner untuk mengetahui gambaran mengenai faktor *predisposing*,

reinforcing, dan *enabling* yang berhubungan dengan praktik pernikahan dini. Selanjutnya, data kuantitatif dianalisis secara bivariat untuk mendapatkan hubungan antar variabel.

Pada penelitian kualitatif pengumpulan data yang dibutuhkan peneliti menggunakan teknik observasi, wawancara mendalam, dan dokumentasi yang kemudian dianalisa menggunakan teori Creswell dengan cara deskripsi, analisis, dan interpretasi (Saryono, 2011). Informan yang dilibatkan dalam penelitian adalah Remaja di Kabupaten Rembang, yang melakukan praktik pernikahan dini. Informan dipilih berdasarkan faktor yang melatar belakangi mereka melakukan praktik pernikahan dini tersebut.

Kemudian untuk memeriksa keabsahan data yang sudah dianalisis menggunakan teknik triangulasi data dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD). Adapun informan triangulasi dari penelitian ini adalah perwakilan dari pemerintah, dinas terkait, kepala desa, orang tua, guru, bidan, serta pengelola program kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Rembang.

Fokus penelitian dalam pandangan penelitian kualitatif bersifat holistik (menyeluruh, tidak dapat dipisah-pisahkan), sehingga penelitian kualitatif tidak akan menetapkan penelitiannya hanya berdasarkan variabel penelitian, tetapi keseluruhan situasi sosial yang diteliti yang meliputi aspek tempat, pelaku, dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergis (Sugiyono, 2011).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rembang saat ini merupakan salah satu Kabupaten dengan prevalensi pernikahan anak tertinggi di Indonesia. Aspek sosial budaya, agama dan ekonomi diklaim sebagai penyebab utama pernikahan anak. Para pemangku kepentingan menyatakan bahwa situasi pernikahan anak saat ini di Rembang lebih baik dari sebelumnya. Sebelumnya, orang tua - terutama mereka yang tinggal di akses rendah ke informasi, sumber ekonomi, dan pendidikan - cenderung khawatir ketika mereka 15 tahun putri tunggal. Sekarang, dengan peningkatan infrastruktur, dan akses ke informasi, tingkat perkawinan anak cenderung menurun.

Menurut data MP3I (*Majelis Permusyawaratan Pengasuh Pesantren Indonesia*), pada tahun 2014, ada 1.216 anak di bawah 18 tahun yang menikah di Rembang - 33 di antara mereka yang menikah sebelum mereka yang ulang tahun yang ke 16. Sementara itu, hampir 31% perempuan yang mendaftarkan pernikahan mereka di *KUA* (*Kantor Urusan Agama*) pada tahun 2015, menikah ketika mereka berusia 18 tahun atau di bawahnya - dengan 47 gadis menikah antara 10 - 16 tahun (Tabel 5-1).

Tabel 5-1 Jumlah laki-laki dan perempuan yang mendaftarkan pernikahan mereka di KUA, berdasarkan tahun.

| Usia pernikahan | Tahun | | | | | |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
| | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Perempuan |
| 10 - 16 tahun | 0 | 26 | | 33 | | 47 |
| 17 - 18 tahun | 26 | 1643 | 44 | 1183 | 23 | 1463 |
| 19 - 25 tahun | 2246 | 2648 | 2051 | 2547 | 2171 | 2190 |
| 26 - 30 tahun | 2273 | 867 | 2166 | 974 | 1657 | 632 |
| 31 - 35 tahun | 1405 | 702 | 1281 | 832 | 656 | 262 |
| > 36 tahun | | | 70 | 19 | 563 | 349 |

Di kecamatan Kragan, selama tahun 2014 - 2016, ada peningkatan jumlah anak perempuan yang mendaftarkan pernikahan mereka pada usia 18 tahun atau lebih muda yang terdaftar di KUA. Sebaliknya, jumlah mutlak anak laki-laki yang menikah ketika mereka lebih muda dari 19 tahun mengalami penurunan selama periode tersebut (Tabel 5-2).

Tabel 5-2 Jumlah anak perempuan dan anak laki-laki yang terdaftar dalam pernikahan mereka di KUA Kragan, 2014 - 2016, berdasarkan kelompok umur.

| Tahun | Perempuan | | Laki-laki | |
|-------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | berusia <16 | | <19 tahun | 19-24 tahun |
| | berusia <16 | 16-18 tahun | <19 tahun | 19-24 tahun |
| 2014 | 7 | 162 | 7 | 240 |
| 2015 | 8 | 143 | 5 | 197 |
| 2016 | 10 | 131 | 3 | 189 |

Dalam survei rumah tangga kami yang dilakukan di Kabupaten Rembang, rata-rata usia perkawinan di antara laki-laki secara signifikan lebih tinggi daripada perempuan (23,8 tahun pada laki-laki & 17,6 tahun pada perempuan, $p < 0,001$). Proporsi perempuan yang pertama kali menikah sebelum mereka mencapai 18 tahun lebih dari tiga puluh kali dari laki-laki (33,1% pada perempuan & 1,4% pada laki-laki, $p < 0,01$). Meskipun tingginya prevalensi perkawinan anak di wilayah intervensi ini, kecenderungan untuk menikah pada usia yang lebih muda terbukti menurun di antara kelompok usia yang lebih muda, baik untuk laki-laki dan perempuan.

Lebih lanjut, survei yang dilakukan di kalangan dewasa muda berusia 12 - 24 tahun, mengungkapkan bahwa di antara mereka yang saat ini sudah menikah Rata-rata usia pernikahan antara laki-laki dan perempuan adalah 20,3 tahun dan 18 tahun. Proporsi total mereka yang menikah sebelum mereka mencapai ulang tahun ke 18 adalah 6,5%. Wawancara kami dengan informan kunci mengungkapkan bahwa tren pernikahan anak di Rembang cenderung menurun dalam beberapa tahun terakhir.

Data diperoleh dari Puskesmas Sedan mengungkapkan bahwa di antara 330 perempuan yang melahirkan di Puskesmas pada tahun 2016, 66 dari mereka (~ 20%) lebih

muda dari 20 tahun. Sementara itu, di Woro, hampir 35% perempuan yang kehamilannya dipantau oleh bidan desa pada tahun 2016 (20 dari 58 perempuan), lebih muda dari 20 tahun.

Sementara prevalensi pernikahan anak di antara kelompok usia termuda relatif rendah, prevalensi kehamilan remaja (<24 tahun) jauh lebih tinggi. Lebih dari setengah perempuan hamil dalam kelompok usia ini memiliki kehamilan pertama mereka sebelum mereka mencapai ulang tahun yang ke 20. Sebaliknya dengan pernikahan anak yang cenderung lebih rendah di antara kelompok usia yang lebih muda, tingkat kehamilan remaja relatif konstan di seluruh usia. Usia kehamilan pertama ini berkisar antara 12 hingga 35 tahun (rata-rata = 19,5 tahun; SD = 2,9). Hasilnya konsisten dengan survei kami di antara individu berusia 12 - 24 tahun di empat desa ini - dengan 13 dari 22 perempuan hamil ketika mereka lebih muda dari 20 tahun (usia mulai dari 16 - 19 tahun).

Kami mengidentifikasi penduduk yang berisiko berdasarkan Data Sensus Penduduk Rembang 2010, kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu dari survei rumah tangga. Secara umum, temuan ini menunjukkan bahwa perkawinan anak lebih umum di antara anak perempuan, mereka yang berpendidikan rendah, bekerja di sektor pertanian, yang ayahnya memiliki pendidikan rendah (mewakili rumah tangga sosial ekonomi bawah), dan memiliki anggota keluarga yang menikah pada usia muda.

Data Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa di Rembang, 94% anak perempuan dan 87% anak laki-laki berusia 12 hingga 18 tahun yang pernah menikah memiliki pendidikan di bawah tingkat menengah atas. Untuk kedua jenis kelamin, mayoritas dari mereka memiliki gelar menengah pertama yang tidak cukup jika daya saing di pasar tenaga kerja menjadi perhatian.

Selanjutnya, survei menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mendorong tingginya pernikahan anak dan kehamilan remaja adalah 'keluarga'. Seorang anak akan memiliki kesempatan lebih tinggi untuk menikah pada usia yang lebih muda (<18 tahun), jika ada anggota keluarga lainnya (misalnya ibu, nenek, saudara kandung) yang sebelumnya menikah di bawah 18 tahun. Dua puluh lima persen anak-anak yang menikah ketika mereka lebih muda dari 18 tahun, menyatakan bahwa mereka menikah karena orang tua mereka meminta mereka untuk melakukannya - dibandingkan dengan 56,3% yang menyebutkan bahwa mereka menikah berdasarkan keputusan mereka sendiri, dan 18,8% karena alasan lain.

Hasil di atas selaras dengan wawancara dengan informan kunci. Para peserta mencatat bahwa penyebab pernikahan anak meliputi: kurangnya akses ke pendidikan dan faktor-faktor yang terkait dengan ekonomi, dan dominasi orang tua dalam mengatur pernikahan anak-anak mereka. Lebih lanjut, seorang peserta menyoroti bahwa usia hukum saat ini bagi perempuan untuk menikah lebih rendah daripada kriteria usia untuk pernikahan anak (16 vs 18 tahun). Ini menunjukkan bahwa pernikahan anak (menikah di bawah 18 tahun

untuk anak perempuan) adalah "sah" di Indonesia. Bahkan ketika seorang anak di bawah umur (mengacu pada UU No.1 / 1974), mereka dapat meminta pengecualian dari KUA.

PENUTUP

Aspek sosial budaya, agama dan ekonomi diklaim sebagai penyebab utama pernikahan anak. Sejumlah 31% perempuan yang mendaftarkan pernikahan mereka di KUA (Kantor Urusan Agama) pada tahun 2015, menikah ketika mereka berusia 18 tahun atau di bawahnya - dengan 47 gadis menikah antara 10 - 16 tahun. Rata-rata usia perkawinan di antara laki-laki secara signifikan lebih tinggi daripada perempuan. Proporsi perempuan yang pertama kali menikah sebelum mereka mencapai 18 tahun lebih dari tiga puluh kali dari laki-laki.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada Rektor Universitas Negeri Semarang dan Ketua LP2M Universitas Negeri Semarang, yang telah memberi kesempatan dan memfasilitasi kegiatan ini. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang telah mendanai kegiatan penelitian ini. PKBI Provinsi Jawa Tengah dan PKBI Kabupaten Rembang, yang telah mengizinkan dan membantu kegiatan ini. Tim Enumerator Kabupaten Rembang yang terlibat dalam pengambilan data di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. (2017). Survei Kependudukan, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja dan Pembangunan Keluarga di Kalangan Remaja Indonesia: Jakarta
- Departemen Agama Kabupaten Rembang. (2017). *Data Kasus Pernikahan dini Kabupaten Rembang tahun 2014*. Rembang: Departemen Agama Kabupaten Rembang
- DKK Rembang. (2017). *Profil Kesehatan Kabupaten Rembang tahun 2014*. Rembang: Dinkes Kabupaten Rembang
- DPR RI. 1974. *Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan*: Jakarta
- Nour, N. M. (2009). Child Marriage: A Silent Health and Human Right Issue. *Women's Health in the Developing World*, 2(1): 51-56
- Saryono. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Mitra Cendikia Press: Jogjakarta.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

GAMBARAN PERILAKU SANTRIWATI YANG TERKENA SKABIES DI PONDOK PESANTREN AL-IKHSAN BEJI PURWOKERTO

Yuliarti^{1*}, Syarah Mufidah¹

1. Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah
Purwokerto

ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit skabies merupakan penyakit kulit menular yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei* var *homins*. Di pondok pesantren Al-Ikhsan Beji Purwokerto terdapat beberapa santriwati yang terkena skabies.

Tujuan: Menganalisis perilaku santriwati yang terkena skabies di pondok pesantren Al-Ikhsan Beji Purwokerto.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini menggunakan snowball sampling. pengambilan data menggunakan metode wawancara mendalam. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 6 informan yang berusia 12-15 tahun, pendidikan 5 informan MTs dan 1 informan MA serta berasal dari dalam dan luar Kabupaten Banyumas.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa gambaran perilaku santriwati yang terkena skabies kurang baik. karena kebiasaan perilaku santriwati dalam sehari-hari kurang diperhatikan. Baik dari perilaku kesehatan personal hygiene, perilaku kebiasaan seperti cara berpakaian yang saling meminjam, mandi 1 kali dalam sehari dan mandi bersama. Maupun perilaku informan yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan, baik tempat tidur maupun lingkungan pondok pesantren.

Simpulan: Perilaku santriwati yang terkena skabies kurang diperhatikan dengan baik seperti, perilaku personal hygiene, perilaku kebiasaan sehari-hari para santriwati, maupun perilaku dalam menjaga kebersihan lingkungan.

Kata Kunci : santriwati, perilaku, skabies

ABSTRACT

Background: Scabies is an infectious disease caused by *Sarcoptes scabiei* var *homins*. There some female students in Islamic boarding school Al-ikhsan Beji Purwokerto suffering from scabies.

Aim: To analyse behaviour of female students with scabies in Islamic boarding school Al-ikhsan Beji Purwokerto.

Method : This is a descriptive research with qualitative approach. Snowball sampling is used as the sampling method. The data was taken by in-depth interview. Informants in this study consisted of 6 informants aged 12-15 years old, 5 of them studied in MTs while 1 of them studied in MA, they came from inside and outside area of Banyumas regency.

Result : The result of the research showed that the behaviour of female students with scabies was not very good, it was due to their habit. They did not really care to their daily activities, their personal hygienic, and their daily behaviour such as borrowing clothes from other female students, having shower once a day, and having shower together. It can also happen because they were not concerned to the clean environment either their room or surrounding the Islamic boarding school.

Conclusion: *The female students with scabies did not really care to their personal hygiene behaviour, their daily life behaviour, and their awareness behaviour for the clean environment.*

Key Words : *female students, behaviour, scabies*

PENDAHULUAN

Kejadian penyakit kulit skabies pada pondok pesantren sudah banyak ditemukan, adapun kejadian skabies yang ditemukan oleh peneliti yaitu di Pondok pesantren Al-Ikhsan Beji Purwokerto. Kejadian skabies ini dapat terjadi karena beberapa faktor, salah satunya yaitu kebiasaan sehari-hari para santriwati dalam menjaga kebersihannya, baik kebersihan diri sendiri seperti pola hidup bersih dan sehat para santriwati dalam melakukan personal hygiene dan peralatan individu yang mereka gunakan maupun kebersihan lingkungan seperti kebersihan tempat tidur, kamar mandi dan sirkulasi udara yang masuk.

Peneliti juga melihat para santriwati menjemur pakaian tidak diluar ruangan sehingga pakaian yang basah dijemur tidak terkena sinar matahari langsung, kemudian keadaan ruangan yang lembab dan gelap tidak terdapat cahaya yang masuk, dan sirkulasi udara yang kurang, serta kurangnya perawatan lingkungan kamar mandi. Permasalahan pada lingkungan tersebut dapat menimbulkan pertanyaan pada peneliti: kalau lingkungan dalam pondok pesantren seperti itu, bagaimana para santri tidak mudah terjangkit atau tertular skabies.

Peneliti kemudian melakukan survey pendahuluan di pondok pesantren Al-Ikhsan Beji Purwokerto dengan cara wawancara kepada beberapa informan yang ada dilapangan. Hasil yang diperoleh peneliti membuktikan bahwa beberapa informan terkena skabies, dari jumlah santriwati 135 orang, terdapat 15% atau 20 orang terkena skabies, dan tiap tahunnya bertambah 5%, dari angka tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan pondok dan kebersihan diri sendiri sangat berpengaruh pada kesehatan mereka.

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi kehidupan manusia. Kesehatan dapat dikemukakan dengan dua pengertian sehat, terutama dalam arti sempit dan arti luas. Secara sempit sehat diartikan bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Sedangkan secara luas, sehat berarti sehat secara fisik, mental maupun sosial. Sedangkan menurut World Health Organization (WHO), sehat adalah keadaan sejahtera sempurna fisik, mental dan sosial, yang tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja (WHO, 2010).

Penyakit berbasis lingkungan yaitu fenomena penyakit yang terjadi pada sebuah kelompok masyarakat, yang berhubungan, berakar, atau memiliki keterkaitan erat dengan satu atau lebih komponen lingkungan pada sebuah ruang dimana masyarakat tersebut tinggal atau beraktivitas dalam jangka waktu tertentu (Achmadi, 2012). Kebersihan merupakan suatu perilaku yang diajarkan dalam kehidupan manusia untuk mencegah timbulnya penyakit dan menjaga kesehatannya (Riris, 2010).

Skabies merupakan penyakit tropis menular yang seringkali diabaikan dan paling umum terjadi di negara berkembang dengan kondisi tingkat penduduk

yang tinggi dan kondisi kebersihan yang rendah (Campebell & Campbell 2007). Faktor yang berpengaruh terhadap prevalensi skabies diantaranya adalah usia, jenis kelamin, higienitas pribadi yang buruk, pengetahuan yang rendah, kontak dengan penderita, kelembaban dan kepadatan hunian yang tinggi (Imartha 2016; Audhah 2012; Hilma & Ghazali 2014).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yaitu penelitian tentang data yang dikumpulkan dan dinyatakan dalam bentuk kata-kata dan gambar, kata-kata disusun dalam kalimat, misalnya kalimat hasil wawancara antara peneliti dan informan.

Tempat yang digunakan dalam penelitian ini adalah pondok Pesantren Al-Ikhsan Beji Purwokerto, sedangkan waktu dilakukan penelitian pengambilan data dengan wawancara yaitu pada bulan Juli 2018.

Penentuan informan pada penelitian ini menggunakan snowball sampling, dimana teknik pengambilan sampel sumber data yang pada awalnya jumlahnya sedikit, lama-lama menjadi besar. Dan jumlah informan pada penelitian ini yaitu sebanyak 6 informan.

PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

| No | Kode (Informan) | Nama | Alamat Asal | Usia | Jenis Kelamin | Pendidikan Terakhir | Lama Tinggal (tahun) |
|----|-----------------|-------|-------------|------|---------------|---------------------|----------------------|
| 1. | I | Nn. A | Pemalang | 13 | Wanita | SD | 2 |
| 2. | II | Nn. F | Kalimantan | 12 | Wanita | SD | 1,5 |
| 3. | III | Nn. C | Jakarta | 14 | Wanita | SD | 2,5 |
| 4. | IV | Nn. T | Cilacap | 13 | Wanita | SD | 1,5 |
| 5. | V | Nn. N | Purwokerto | 15 | Wanita | SMP | 3 |
| 6. | VI | Nn. S | Banyumas | 12 | Wanita | SD | 1,5 |

Berdasarkan hasil wawancara dengan 6 informan diperoleh data bahwa informan berumur 12-15 tahun. Dengan pendidikan 5 informan masih duduk dibangku MTs (Madrasah tsanawiyah), dan 1 informan duduk dibangku MA (Madrasah Aliyah). Informan dalam penelitian ini juga berasal dari bermacam-macam daerah seperti Pemalang, Jakarta, Kalimantan, Cilacap, Purwokerto, dan Banyumas. Semua informan sudah tinggal lebih dari satu tahun di pondok pesantren Al-Ikhsan Beji purwokerto.

Personal Hygiene para Santri

Pada tujuan penelitian personal hygiene para santriwati yang terkena skabies, peneliti akan membahas bagaimana para infonnan melakukan personal hygiene. Setiap santriwati di pondok pesantren mempunyai perlengkapan personal hygiene sendiri-sendiri setiap individu, namun tetap saja ada beberapa informan yang terkadang meminjam atau meminta peralatan mandi seperti sabun mandi, shampo dan pasta gigi. Salah satu kebiasaan rutinitas personal hygiene yang hampir setiap hari dilakukan adalah cuci tangan, namun pada hasil wawancara membuktikan bahwa masih ada informan yang kurang memperdulikan kebersihan tangan ketika akan makan. Salah seorang informan mengatakan jika kita akan makan menggunakan sendok maka kita tidak perlu cuci tangan, walaupun para informan sudah mengetahui bagaimana cara cuci tangan yang benar.

Dalam penelitian ini semua cara informan mengerti cara membersihkan badan dengan cara mandi, hampir semua informan mandi dua kali sehari, adapun informan yang sudah trauma terkena penyakit skabies dan itu membuat informan lebih menjaga kebersihan, seperti cuci tangan dan kaki beserta sikat gigi sebelum tidur. Namun ada juga informan yang mengatakan bahwa terkadang mandi hanya satu kali dalam sehari dan ada juga yang mandi secara bersama-sama dengan teman untuk menghemat waktu.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Fidyah Nurul Firlana (2014) yang menyatakan dalam penelitiannya bahwa beberapa personal hygiene santri yang dapat berpotensi terhadap kejadian skabies adalah mandi bersama, pemakaian handuk dan pakaian bersama serta tidur dengan alas tidur yang sama. Personal hygiene adalah cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka. Perneliharaan hygiene perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Praktek hygiene sama dengan meningkatkan kesehatan (Potter dan Perry, 2012).

Menurut Perdalin (2010), Cuci tangan merupakan suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun atau antiseptik dibawah air mengalir atau dengan menggunakan handscrub yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara.

Personal hygiene adalah cara perawatan diri untuk memelihara kesehatan. Dalam sehari-hari sangatlah penting bagi kita untuk melakukan personal hygiene karna dengan kita melakukan personal hygiene berarti kita menjaga kebersihan badan dari berbagai macam kotoran yang menempel pada tubuh. Karena kotoran itu adalah sumber penyakit, dan jika tidak dibersihkan tubuh akan mudah terserang penyakit baik penyakit yang menular maupun yang tidak menular.

Kebersihan Lingkungan

Kebersihan lingkungan adalah salah satu faktor penyebab penyakit, seperti halnya penyakit skabies. Pada penelitian ini terlihat bagaimana lingkungan sekitar pondok, seperti halnya mereka menjemur cucian pakaian di atas tumpukan sampah ditambah infonnan menjemumya tidak dibawah sinar matahari langsung.

Selain itu, informan juga mengatakan bahwa kegiatan pondok yang sibuk menyebabkan informan hampir tidak menjemur peralatan tidur mereka seperti bantal dan seprai. Informan juga mengatakan bahwa mereka jarang mengganti sarung bantal mereka, ada informan yang mengganti atau mencuci sarung bantal hanya saat liburan panjang, dan ada juga yang mengganti sarung bantal ketika sudah bosan dan mencium bau pada sarung bantal yang mereka gunakan.

Dalam penelitian Putri Anugrahening, Rr (2009) menjelaskan sebagian ada subyek penelitian yang kurang baik dalam praktek, seperti tempat tidur tidak memakai seprai, dan kasurnya tidak pernah dijemur. Menurut Marwali (2010, Kondisi kebersihan lingkungan yang kurang terjaga, sanitasi yang buruk, kurang gizi, dan kondisi ruangan yang lembab, dan kurang mendapat sinar matahari secara langsung. Penyakit skabies juga menular dengan cepat pada komunitas yang tinggal bersama. Skabies ditularkan oleh kutu betina yang telah dibuahi melalui kontak fisik yang erat.

Kurangnya kesadaran setiap individu tentang kebersihan lingkungan pesantren baik kamar tidur dan lingkungan sekitarnya dapat mempengaruhi setiap kesehatan individu. Karena kebersihan lingkungan sekitar merupakan salah satu faktor dari kesehatan tubuh, maka dari itu kita perlu menjaga kebersihan lingkungan demi kesehatan tubuh. Karena jika lingkungan bersih resiko kita terserang penyakit pun lebih kecil.

Kebiasaan Perilaku Santriwati Sehari-hari

Pada umumnya semua informan dalam penelitian ini mempunyai pakaian ganti sehari-hari baik dalam maupun luar namun jumlah pakaian mereka berbeda-beda. Sehingga menyebabkan informan kekurangan pakaian dan membuat informan saling meminjam pakaian kepada temannya, ada juga yang beralasan bahwa meminjam pakaian untuk mensesuaikan warna pakaian yang informan gunakan sehingga terlihat lebih serasi.

Putri Anugrahening, Rr (2009) dalam penelitiannya menemukan praktek para santri sebagian besar baik bahwa tidur menggunakan selimut tidak bersamaan dengan teman, mengganti pakaian, pakaian yang selalu disetrika dan memakai handuk sendiri. Masih terdapat praktek yang buruk, seperti saling tukar pakaian, pakaian tidak selalu disetrika, memakai handuk bersamaan dengan teman. Menurut teori Rohmawati (2010), penyakit skabies ini dapat dicegah dengan cara selalu menjaga kebersihan lingkungan dan menjaga kebersihan diri sendiri, mencuci bersih baju, handuk, seprei penderita skabies bahkan lebih baik apabila dicuci menggunakan air panas kemudian menjemurnya sampai kering, menghindari pemakaian baju, handuk, seprai secara bersama-sama. Dan yang lebih utama adalah enggan memutuskan mata rantai penularan penyakit skabies dengan cara mengobati penderita sampai tuntas. Kebiasaan perilaku buruk yang dilakukan oleh para informan dalam kehidupan sehari-hari dapat menimbulkan berbagai macam penyakit, seperti penyakit skabies yang mudah ditularkan melalui cara informan yang saling pinjam-meminjam peralatan individu kepada temannya.

Respon Para Santriwati yang Terkena Skabies

Respon atau tanggapan setiap individu berbeda-beda dalam menyikapi adanya penyakit. Seperti halnya penyakit skabies, para informan berbeda-beda dalam menanggapi. Ada juga informan yang menjadi rajin dalam membersihkan badan mereka, karena trauma dengan penyakit skabies yang pernah dialaminya. Namun, salah satu informan juga mengatakan bahwa dirinya hanya diam saja dan membiarkan penyakit skabies, karena dia menganggap lama-kelamaan penyakit itu hilang dengan sendirinya. Informan akan pergi ke dokter untuk berobat jika skabies itu lama tak kunjung sembuh.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ahmad Dilan Setiawan (2017), dengan hasil, seluruh informan beranggapan bahwa penyakit skabies merupakan penyakit yang sudah biasa dikalangan santri dan sebagian santri yang pernah tinggal di pondok pesantren pasti pernah mengalami penyakit skabies. Selain itu juga informan beranggapan bahwa penyakit skabies merupakan penyakit yang tidak berbahaya hanya saja penyakit tersebut sangat mengganggu aktifitas bagi penderitanya.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil wawancara penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan peneliti dengan 6 informan yang terkena skabies, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Karakteristik informan dalam penelitian ini berusia 12-15 tahun, beberapa informan berpendidikan MTs (Madrasah tsanawiyah) dan juga informan yang berpendidikan MA (Madrasah Aliyah). Informan tinggal di Pondok Pesantren Al-Ikhsan Beji sudah 1-3 tahun lamanya, asal tempat tinggal informan berbeda-beda ada yang dari dalam Purwokerto ada juga yang dari luar Purwokerto.
2. Setiap informan memiliki peralatan personal hygiene sendiri-sendiri, namun terkadang ada beberapa informan yang saling minta kepada teman. Dalam melakukan personal hygiene sehari-hari kebanyakan informan sudah melakukan dengan benar, tetapi ada beberapa informan yang kurang peduli dengan perilaku personal hygiene.
3. Lingkungan pondok pesantren masih kurang mendukung kebersihannya, seperti halnya pada tempat menjemur cucian yang dekat dengan tumpukan sampah, kemudian penggunaan alat tidur yang kurang dijaga kebersihannya seperti, jarang mengganti sarung bantal informan, kasur yang tidak bersprei, dan bantal yang tidak dijemur. Kurangnya pencahayaan ruangan.
4. Perilaku informan yang kurang baik dapat memicu adanya penyakit skabies, seperti saling meminjam peralatan individuseperti pakaian, alat sholat, jaket dan mandi bersama-sama. Respon informan yang terkena skabies dalam penelitian ini bermacam-macam, ada informan yang peduli dengan kesehatannya sehingga menjaga kesehatan mereka, dengan rajin melakukan personal hygiene. Namun ada juga informan yang kurang memperdulikan kesehatannya, sehingga informan hanya membiarkan skabies menyerang, jika dirasa tak kunjung sembuh baru informan memeriksakan penyakitnya.

SARAN

Saran dari penelitian ini yaitu :

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih lanjut terkait perilaku santriwati yang terkena skabies, seperti faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku buruk santriwati terhadap kejadian skabies agar dapat lebih berkembang dan spesifik.

2. Bagi informan

Diharapkan informan untuk merubah kebiasaan-kebiasaan yang kurang baik, sehingga informan dapat menjaga kesehatannya setidaknya untuk meminimalisir terjangkitnya penyakit.

3. Bagi Pondok Pesantren

Memberikan informasi yang menyeluruh kepada semua santri tentang personal hygiene dan pelatihan mengenai kebersihan badan, peralatan individu dan lingkungan sekitar pondok pesantren. Melakukan pengawasan yang konsisten dalam mengawasi dan menindak setiap pelanggar peraturan yang berkaitan dengan personal hygiene dengan melibatkan pengurus organisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi, 2012. *Dasar-dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Anugrahening. (2009). Faktor-faktor yang melatarbelakangi kejadian skabies di pondok pesantren Darul Abror Pasar Batang Brebes. *Artikel Ilmiah*. Universitas Dian Nuswantoro.
- Audhah N. 2012. *Faktor risiko skabies pada siswa pondok pesantren*. Jurnal penyakit Bersumber Binatang. 4 (1): 14-22.
- Campbell T. & Campbell A. 2007. *Emerging disease burdens and the poor in cities in the developing world*. J Urban Health. 84: i54-i63.
- Firlana. (2014). Studi deskriptif sanitasi dan kejadian skabies di pondok pesantren Roudlotus Solichin Desa Kalijaran Kecamatan Karanganyar Kabupaten Purbalingga. *Artikel Ilmiah*. Universitas Jendral Soedirman Purwokerto.
- Hilma U & Ghazali L. 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian skabies di pondok Pesantren Mlangi Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. JKKI. 6(3): 148-57.
- Imartha AG. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian skabies di pondok Pesantren Jabal An-Nur Al-Islami Kecamatan Teluk Betung Barat Kota Bandar Lampung [Skripsi]. Bandar Lampung: Universitas Lampung.
- Marawali Harahap, (2010). *Ilmu Penyakit Kulit: Acne vulgaris*. Jakarta: Hipokrates
- Riris, N. R (2010). *Hubungan Antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku Dengan Kejadian Skabies di pondok pesantren Al-Muayyad Surakarta*. Surakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Rohmawati, R. 2010. Hubungan antara Faktor pengetahuan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies pada Santri di *pondok pesantren Al-Muayyad Surakarta*. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Setiawan. (2017). Persepsi pengelolaan pondok pesantren walisongo kecamatan pontianak kota terhadap penanganan kasus skabies. *Artikel Ilmiah*. Universitas Tanjungpura.
- Who, 2010. Masalah Kesehatan. Jakarta : Anomimous.
- Perdalin. (2010). Handoat pengendali Infeksi Nosokomial. Jakarta: EGC.
- Perry, A.G., B. Potter, P. (2012). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

**KARAKTERISTIK PENDERITA TUBERKULOSIS
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GAMPING I DAN PUSKESMAS GAMPING II,
KABUPATEN SLEMAN, YOGYAKARTA TAHUN 2015-2017**

Desto Arisandi^{1*}, Nurlaili Farida Muhajir¹

3. Prodi D3 Analis Kesehatan, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

E-mail Korespondensi: destoarisandi@gunabangsa.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi menular yang masih menjadi masalah kesehatan dan penyebab utama kematian di negara berkembang. Indonesia termasuk dalam *high burden country* dengan peringkat ke empat terhadap prevalensi TB di dunia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik penderita TB tahun 2015-2017 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

Metode: Jenis penelitian deskriptif menggunakan data rekam medis penderita TB tahun 2015-2017 sebanyak 121 orang di Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II, Sleman, Yogyakarta. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, serta grafik.

Hasil: Penderita TB lebih banyak pada laki-laki (53%) dan kelompok usia 15-55 tahun (usia produktif) (74%). Status akhir pengobatan dengan kategori sembuh (59%) dan pengobatan lengkap (34%). Trend kejadian TB di wilayah Puskesmas Gamping I cenderung menurun, sedangkan di Puskesmas Gamping II cenderung meningkat.

Simpulan: Kejadian TB lebih banyak terdapat pada laki-laki, kelompok usia 15-55 tahun, dan keberhasilan pengobatan (93%).

Kata Kunci: usia, jenis kelamin, tuberkulosis

ABSTRACT

Background: Tuberculosis (TB) is a communicable disease that remains a health problem and a major causing mortality in development country. Indonesia was on the fourth rank high burden country TB prevalence in the world. The aim is to describe characteristic of TB patients on 2015-2017 period in Gamping I and Gamping II Public Health Center.

Methods: Descriptive study used 121 medical record TB patients in Gamping I and Gamping II public health center on 2015-2017. Data was analyzed by descriptive and explain in frequent distribution and graphic.

Results: The research results show that most of the TB patients were male (53%) and 15-55 years old (74%). Treatment success with cured (59%) and completed treatment (34%). TB patient in Gamping I Public health center commonly decrease but in Gamping II commonly increase.

Conclusion: The most of TB patient were male, age group 15-55 years old, and treatment succes (93%).

Key Words: age, sex, tuberculosis

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan merupakan penyebab utama kematian di beberapa negara di dunia, terutama negara-negara berkembang seperti Indonesia (Achmadi, U.F, 2008; WHO, 2010). Insiden kasus TB di dunia diperkirakan sebanyak 8,6 juta orang dan 1,3 juta orang diantaranya meninggal pada tahun 2012. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) diketahui bahwa Indonesia berada di peringkat ke empat setelah India, Cina, dan Afrika Selatan diantara 22 negara penyumbang kasus TB baru tertinggi (*high burden country*) setiap tahun di dunia (WHO, 2012).

Berbagai usaha yang dilakukan untuk penanggulangan TB di Indonesia meliputi kegiatan surveilans, deteksi dini, dan *Directly Observed Treatment Short-course Therapy* (DOTS) yang direkomendasikan oleh WHO. Komponen kunci dari DOTS terdiri dari komitmen politis, pemeriksaan dahak secara mikroskopis yang terjamin mutunya, pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tata laksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan, jaminan ketersediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang bermutu, sistem pencatatan, dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan (Depkes, RI, 2011).

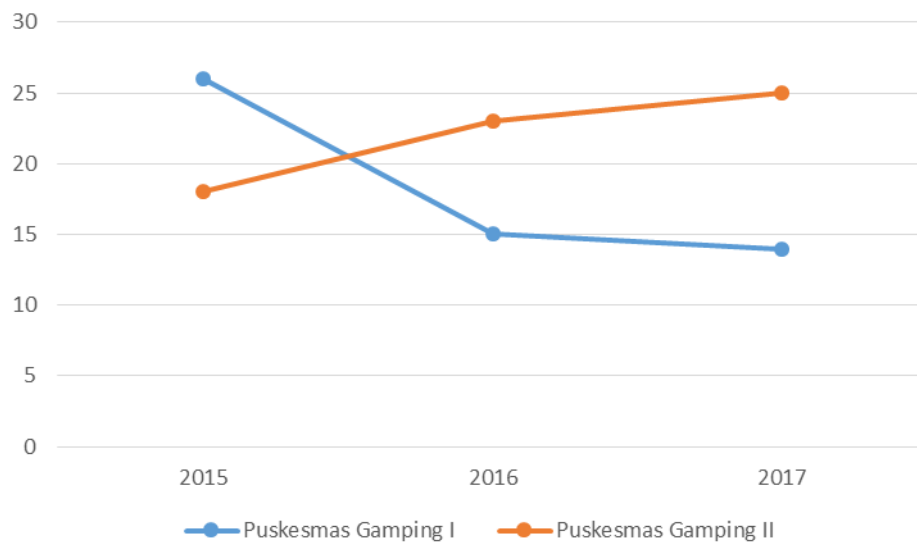
Kejadian tuberkulosis di masyarakat dapat diketahui dengan baik melalui studi epidemiologi untuk mengetahui besaran masalah kesehatan di suatu wilayah sehingga dapat membantu petugas kesehatan dalam membuat perencanaan, monitoring, dan surveilans (Bustan, N.M, 2006; Fisher, R.P., Myers, B.A., 2011). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik penderita TB tahun 2015-2017 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

METODE

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif untuk mengetahui distribusi kejadian penyakit di masyarakat atau populasi. Subjek penelitian yaitu penderita TB tahun 2015-2017 yang diperoleh dari data rekam medis di Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II, Kabupaten Sleman, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, serta grafik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping I terletak di Kecamatan Gamping, Kabupaten Sleman, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Penderita TB tahun 2015-2017 di Puskesmas Gamping I sebanyak 55 orang dan Puskesmas Gamping II sebanyak 66 orang.



Gambar 2. Grafik Trend Kejadian TB di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

Kejadian TB menurut distribusi waktu dari tahun 2015-2017 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I menunjukkan bahwa trend jumlah kasus cenderung mengalami penurunan, namun di wilayah kerja Puskesmas Gamping II cenderung mengalami peningkatan. Waktu merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan suatu kejadian penyakit berdasarkan konsep penyebab penyakit dalam epidemiologi. Adanya perubahan pola penyakit dari waktu ke waktu pada masyarakat serta keberhasilan usaha pencegahan dan penanggulangan penyakit berkaitan erat dengan ukuran epidemiologi suatu penyakit (Noor, N.N, 2006).

1. Distribusi kejadian TB berdasarkan karakteristik jenis kelamin

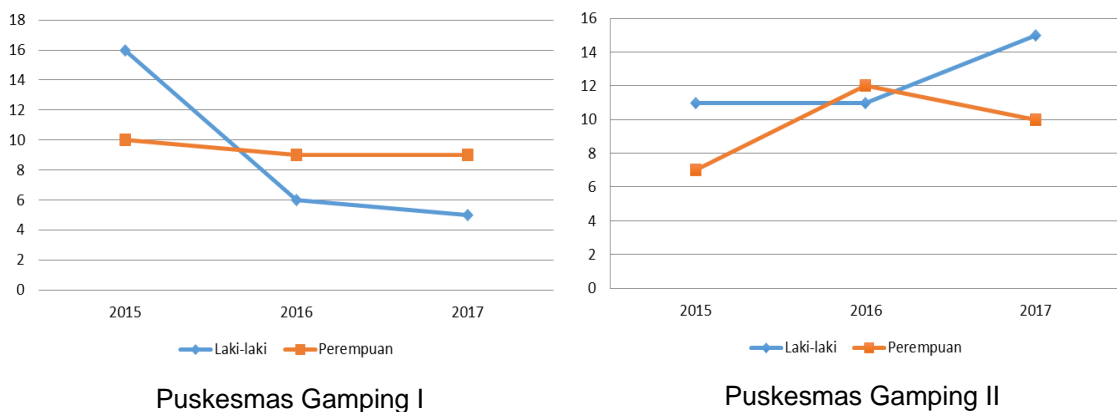
Karakteristik penderita TB berdasarkan jenis kelamin tahun 2015-2017 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskemas Gamping II cenderung lebih banyak terdapat pada laki-laki sebanyak 64 orang (53%) dibandingkan dengan perempuan sebanyak 57 orang (47%). Hal ini kemungkinan dapat dipengaruhi oleh faktor hormon estrogen yang dimiliki oleh perempuan yang memiliki peranan dalam sistem kekebalan tubuh.

Tabel 1. Karakteristik penderita TB berdasarkan jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

| Kategori | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Puskesmas Gamping I | | | |
| Laki-laki | 16 (62) | 6 (40) | 5 (38) |
| Perempuan | 10 (38) | 9 (60) | 9 (62) |
| Total | 26 (100) | 15 (100) | 14 (100) |
| Puskesmas Gamping II | | | |
| Laki-laki | 11 (61) | 11 (49) | 15 (60) |
| Perempuan | 7 (39) | 12 (51) | 10 (40) |
| Total | 18 (100) | 23 (100) | 25 (100) |

Penelitian yang dilakukan oleh Unita dan Haryono (2015) menyatakan bahwa kejadian TB lebih berisiko 2 kali lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Unita, H., Haryoto, V., 2015). Hal ini kemungkinan dapat dipengaruhi oleh mobilitas yang tinggi pada laki-laki serta kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol, sehingga berisiko terhadap penurunan sistem kekebalan tubuh (Jendra, D.F.J., Sapulete, M.R., Kandou, G.D., 2015).

Berdasarkan data WHO diketahui juga bahwa penderita TB lebih banyak terdapat pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan (WHO, 2012). Hal ini senada dengan laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi penderita TB lebih banyak pada laki-laki sebesar 20% dibandingkan dengan perempuan (Balitbangkes, RI, 2013).



Gambar 2. Grafik Trend Kejadian TB berdasarkan jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

2. Distribusi kejadian TB berdasarkan karakteristik usia

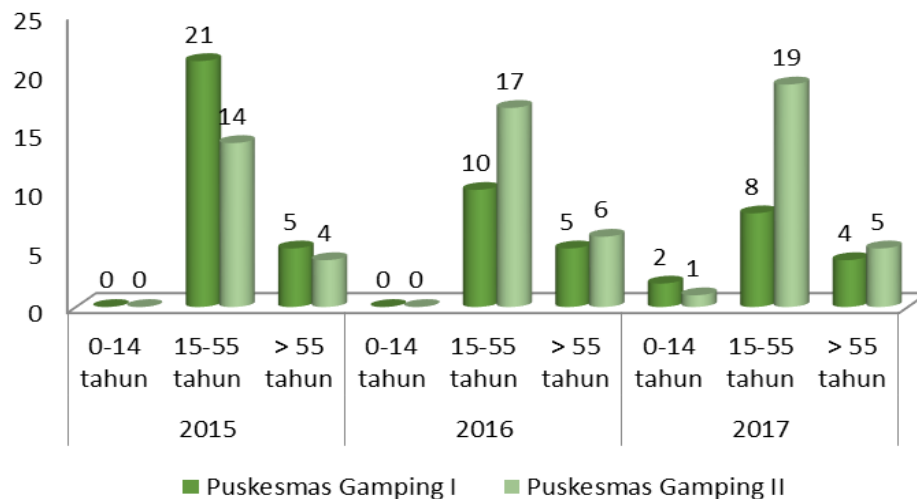
Usia merupakan salah satu variabel yang cukup penting dalam studi epidemiologi. Informasi mengenai perbedaan adanya variasi ukuran frekuensi penyakit dapat digunakan

sebagai gambaran tentang faktor risiko penyebab suatu penyakit serta bahan pertimbangan pemerintah dalam menentukan sasaran prioritas program pemberantasan penyakit TB (Noor, N.N, 2006).

Tabel 2. Karakteristik penderita TB berdasarkan usia di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

| Kategori | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Puskesmas Gamping I | | | |
| 0-14 tahun (anak-anak) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (14) |
| 15-55 tahun (usia produktif) | 21 (81) | 10 (67) | 8 (57) |
| > 55 tahun (usia non produktif) | 5 (19) | 5 (33) | 4 (29) |
| Total | 26 (100) | 15 (100) | 14 (100) |
| Puskesmas Gamping II | | | |
| 0-14 tahun (anak-anak) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (4) |
| 15-55 tahun (usia produktif) | 14 (78) | 17 (74) | 19 (76) |
| > 55 tahun (usia non produktif) | 4 (22) | 6 (26) | 5 (20) |
| Total | 18 (100) | 23 (100) | 25 (100) |

Karakteristik penderita TB tahun 2015-2017 berdasarkan kategori usia di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II yaitu kelompok anak-anak yang berusia 0-14 tahun sebanyak 3 orang (2%), kelompok usia remaja dan dewasa yang berusia 15-55 tahun (usia produktif) sebanyak 89 orang (74%), dan kelompok usia lansia yang berusia > 55 tahun (usia non produktif) sebanyak 29 orang (24%).



Gambar 3. Distribusi karakteristik penderita TB berdasarkan kategori usia di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

Penelitian yang dilakukan oleh Korua, dkk. (2014) menyatakan bahwa kejadian TB lebih berisiko sebanyak 1,5 kali terjadi pada usia produktif (15-55 tahun) dibandingkan dengan usia anak-anak (< 15 tahun) dan usia non produktif (>55 tahun) (Korua, E.S., Kapantow, N.H., Kawatu, P.A., 2014). Laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun

2013 juga menunjukkan bahwa penderita TB lebih banyak terdapat pada kelompok usia 25-34 tahun (21%), 35-44 tahun (19%), dan 45-54 tahun (19%) (Balitbangkes, RI, 2013).

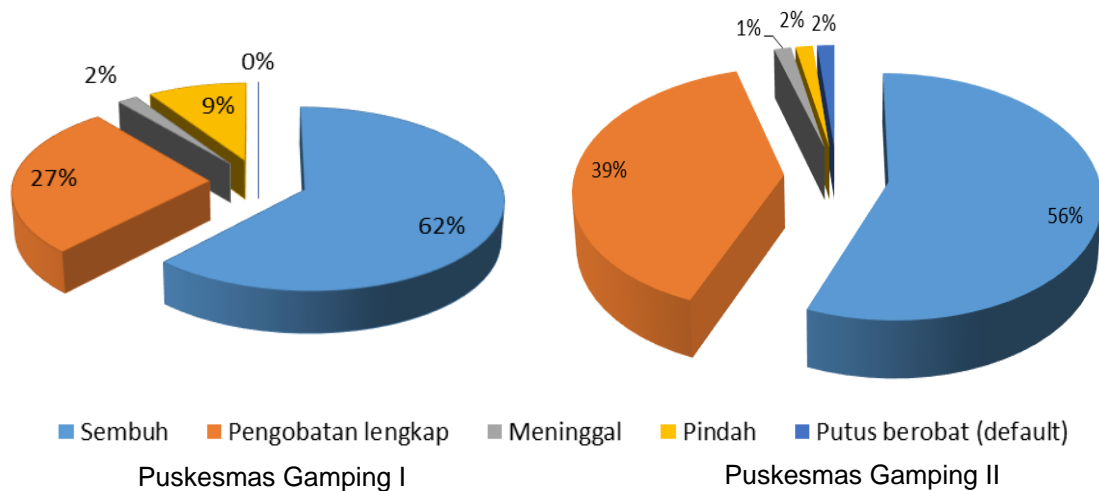
3. Distribusi hasil akhir pengobatan TB

Distribusi status akhir pengobatan TB tahun 2015-2017 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II dengan kategori sembuh diketahui terdapat sebanyak 71 orang (59%), pengobatan lengkap sebanyak 41 orang (34%), meninggal sebanyak 2 orang (2%), pindah sebanyak 6 (5%), dan putus berobat sebanyak 1 orang (1%).

Tabel 3. Distribusi status akhir pengobatan TB di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

| Kategori | Puskesmas Gamping I | Puskesmas Gamping II |
|-------------------------|---------------------|----------------------|
| | n (%) | n (%) |
| Sembuh | 34 (62) | 37 (56) |
| Pengobatan lengkap | 15 (27) | 26 (39) |
| Meninggal | 1 (2) | 1 (2) |
| Pindah | 5 (9) | 1 (2) |
| Putus berobat (default) | 0 (0) | 1 (2) |
| Gagal | 0 (0) | 0 (0) |
| Total | 55 (100) | 66 (100) |

Penelitian yang dilakukan di benua Eropa dan Afrika menyatakan bahwa kelompok usia produktif memiliki tingkat keberhasilan pengobatan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok usia lanjut (Falzon, D., Strat Y.L., Belghiti F., Infuso, A., 2005; Tessema, B., Muche, A., Bekele, A., Reissig, D., Emmrich, F., Sack, U., 2009), sehingga sangat penting menekankan pengembangan strategi untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan pada usia lanjut untuk mendapatkan konseling yang baik.



Gambar 4. Diagram Distribusi Status Pengobatan TB di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II tahun 2015-2017

PENUTUP

Karakteristik penderita TB tahun 2015-2017 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II lebih banyak terdapat pada jenis kelamin laki-laki (53%) dan kelompok usia produktif (15-55 tahun) (74%). Keberhasilan pengobatan dengan kategori sembuh sebanyak 71 orang (59%) dan pengobatan lengkap sebanyak 41 orang (34%). Kejadian TB di wilayah kerja Puskesmas Gamping I cenderung mengalami penurunan, sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Gamping II cenderung mengalami peningkatan setiap tahun. Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan penyuluhan terkait pencegahan penyakit TB secara berkala terutama pada masyarakat usia produktif sebagai upaya penurunan kasus penderita TB.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih diucapkan kepada Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Ristekdikti yang telah membantu pendanaan penelitian, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman serta pengelola program TB di Puskesmas Gamping I dan Puskesmas Gamping II, Sleman, Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U.F. (2008). *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: UI Press.
- Balitbangkes, RI. (2013). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Bustan, N.M. (2006). *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Depkes, RI. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Falzon, D., Strat Y.L., Belghiti F., Infuso, A. (2005). Exploring the determinants of treatment success for tuberculosis cases in Europe. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 9(11): 1224–1229.
- Fisher, R.P., Myers, B.A. (2011). Free and Simple GIS As Appropriate for Health Mapping In A Low Resource Setting: A Case Study In Eastern Indonesia. *Internasional Journal of Health Geographics*, volume 10.
- Jendra, D.F.J., Sapulete, M.R., Kandou, G.D. (2015). Hubungan Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Penyakit TB Paru di Desa Wori Kecamatan Wori. *Jurnal Kedokteran dan Komunitas Tropik*, Volume 3 Nomor 2, 57–65.
- Korua, E.S., Kapantow, N.H., Kawatu, P.A. (2014). *Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin, dan Kepadatan Hunian Dengan Kejadian Tb Paru Pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan*. Manado, Sulawesi Utara: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Noor, N.N. (2006). *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tessema, B., Muche, A., Bekele, A., Reissig, D., Emmrich, F., Sack, U. . (2009). Treatment outcome of tuberculosis patients at Gondar University Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. A five-year retrospective study. *BMC Public Health*, 9: 371-378.

- Unita, H., Haryoto, V. (2015). Tuberkulosis Paru di Palembang, Sumatera Selatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 5(5).
- WHO. (2010). *Global Tuberculosis Control: WHO report 2010*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2012). *Global Tuberculosis Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

CONTROL EMOTIONAL RESPONSES (IMPULSE) PADA ORANG DENGAN HIV AIDS

Fandi Rosi Sarwo Edi^{1*}, Rezkiah Diandra¹

1. Program Studi Psikologi, Universitas Trunojoyo Madura

E-mail Korespondensi: rosi_fandi@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Gaya hidup modern telah mengubah kehidupan masyarakat terutama pada generasi muda. Salah satu pengaruh yang dirasakan adalah bergesernya nilai dan norma yang semula bersifat tradisional ke arah nilai-nilai yang dianggap modern, seperti misalkan gaya hidup hedonis, pergi ke klub-klub malam, mengadakan pesta narkoba, hingga melakukan seks bebas menjadi hal yang sering sekali dijumpai pada saat ini. Kondisi tersebut berisiko terkena penyakit kelamin dan berisiko terkena kanker rahim bagi wanita yang sering melakukan hubungan seksual diluar nikah, hingga terkena risiko terinfeksi HIV-AIDS yang disebabkan karena hubungan seks heteroseksual, diikuti Pengguna Napza Suntik (penasun) dan Lelaki hubungan Seks dengan Lelaki (LSL). Artikel bertujuan untuk mengetahui *Control Emotional Responses (Impulse) Pada Orang Dengan HIV AIDS* melalui kajian literatur.

Pembahasan: Seseorang yang mempunyai ciri-ciri emosi yang tidak stabil dan menderita penyakit berat seperti HIV-AIDS akan membutuhkan *Control Emotional Responses (Impulse)* untuk memunculkan emosi positif dalam dirinya hal tersebut akan membuat dirinya menjadi lebih baik. *Control emotional responses (impulse)* yaitu dapat menampilkan respon emosi dengan tepat meskipun merasakan emosinegatif. *Control emotional responses (impulse)* dapat dilihat dari cara penderita HIV-AIDS mengontrol emosi yang dirasakannya sehingga dapat menampilkan respon emosi (fisiologis, tingkah laku, nada suara) dengan baik.

Penutup: Orang dengan HIV-AIDS dapat mengontrol respon emosi yang ditampilkan dengan baik dengan menggunakan strategi modulasi respon yang dilakukan dengan cara meremas-remas benda sekitar, menghirup nafas panjang, menenangkan diri dengan memeluk orang lain dan lain sebagainya.

Kata Kunci: *Control emotional responses, HIV, AIDS*

ABSTRACT

Background: *Modern lifestyle has changed people's lives, especially in the younger generation. One of the influences that was felt was the shifting of traditional values and norms towards values that were considered modern, such as hedonic lifestyles, going to nightclubs, having drug parties, and having free sex became a common thing. at this time. This condition is at risk of getting venereal disease and is at risk of developing uterine cancer for women who often have sexual intercourse outside of marriage, to be exposed to the risk of being infected with HIV-AIDS due to heterosexual sex, injecting drug users and men having sex with men. The article aims to find out Emotional Responses (Impulse) Control in People With HIV AIDS through a literature study.*

Discussion: *Someone who has emotional characteristics that are unstable and suffering from serious illnesses such as HIV-AIDS will need Control Emotional Responses (Impulse) to bring positive emotions in him that will make him better. Control of emotional responses (impulse) that can display emotional responses appropriately despite feeling emotional negative. Control of emotional responses (impulse) can be seen from the way HIV-AIDS sufferers control the emotions they feel so that they can display emotional responses (physiological, behavioral, tone of voice) well.*

Conclusion: *People with HIV-AIDS can control emotional responses that are displayed well by using a response modulation strategy that is done by wringing around objects, breathing deeply, calming themselves by hugging others and so on.*

Key Words: *Emotional Responses Control, HIV, AIDS*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Perilaku seks bebas, pesta minuman keras, pesta narkoba, dan lain sebagainya itu dijadikan sebagai gaya hidup bagi sebagian generasi muda pada saat ini. Perilaku-perilaku gaya hidup semula dianggap tabu dan tidak bermoral pada saat ini dianggap biasa dan wajar. Hal tersebut menimbulkan dampak yang merusak generasi muda seperti hamil di luar nikah dan tidak jarang memutuskan untuk melakukan aborsi, sakau akibat kecanduan narkoba, melakukan tindakan kriminal karena pengaruh alkohol atau mencuri untuk memenuhi kebutuhan hura-huranya, berisiko terkena penyakit kelamin dan berisiko terkena kanker rahim bagi wanita yang sering melakukan hubungan seksual diluar nikah, hingga terkena risiko terinfeksi HIV-AIDS yang disebabkan karena hubungan seks heteroseksual, diikuti Pengguna Napza Suntik (penasun) dan Lelaki hubungan Seks dengan Lelaki (LSL).

Berdasarkan kelompok berisiko, kasus AIDS di Indonesia paling banyak terjadi pada kelompok heteroseksual (61,5%), diikuti pengguna narkoba injeksi (IDU) sebesar 15,2%, dan Homoseksual (2,4%). Sedangkan sisanya adalah faktor risiko yang tidak diketahui (Dirjen PP & PL. Kemenkes RI, 2014 dalam InfoDatin AIDS, 2014).

Diantara berbagai virus yang dikenal saat ini, yang paling berbahaya adalah HIV (Human Immunodeficiency Virus) yang menyebabkan AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Tidak seperti virus lain, mikroorganisme ini secara total melumpuhkan aktivitas sistem kekebalan tubuh manusia. HIV menyebabkan kerusakan yang belum dapat diperbaiki pada tubuh manusia yang disebabkan karena rusaknya sistem kekebalan, yang membuat tubuh menjadi lebih rentan terhadap segala penyakit yang masuk, dan mengakibatkan kondisi yang sangat fatal (Hasan, 2008).

Pola penularan HIV berdasarkan jenis kelamin memiliki pola yang hampir sama dalam 7 tahun terakhir yaitu lebih banyak terjadi pada kelompok laki-laki dibandingkan kelompok perempuan (Dirjen PP & PL. Kemenkes RI, 2014 dalam InfoDatin AIDS, 2014). Berdasarkan laporan provinsi, jumlah kumulatif kasus infeksi HIV yang dilaporkan sejak 1987 sampai September 2014 yang terbanyak adalah Provinsi DKI Jakarta (32.782 kasus). 10 besar kasus HIV terbanyak ada di provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Bali, Sumatera Utara, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Kepulauan Riau, dan Sulawesi Selatan (Dirjen PP & PL. Kemenkes RI, 2014 dalam InfoDatin AIDS, 2014). Dapat dikatakan penyebaran virus HIV sudah menyebar merata di seluruh wilayah Indonesia.

Berdasarkan golongan umur dari data statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia dilaporkan dari tahun 2010 s/d September 2014 yang bersumber Ditjen PP & PL Kemenkes RI hasilnya

adalah terbanyak pada kelompok usia 20-29 tahun sebanyak 18,352 ribu, diikuti kelompok usia 30-39 tahun sebanyak 15,890ribu kemudian pada kelompok usia 40-49 tahun sebanyak 5,974 ribu. Peringkat selanjutnya sebanyak 1,717 ribu pada kelompok usia 15-19 tahun. Pada kelompok usia 15-19 yang dapat dikategorikan usia remaja jumlah angka penderita AIDS memang tidak sebanyak kelompok usia 20-29 tetapi juga jangan dianggap sebelah mata (www.spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf).

Masa remaja dengan kondisi emosi yang tidak stabil apalagi dengan dideritanya HIV-AIDS akan memberikan dampak tertentu bagi dirinya. Orang dinyatakan sebagai ODHA, secara tidak langsung akan mengalami banyak permasalahan. Selain permasalahan yang muncul dari dalam dirinya sendiri juga bisa berasal dari penolakan masyarakat, penolakan keluarga, dikucilkan dari lingkungan sosial, diskriminasi dan juga ketidakmampuan ODHA untuk menerima penyakit ini karena keyakinan mereka menganggap bahwa HIV-AIDS tidak dapat disembuhkan (Paputungan, 2013).

Mereka yang mengalami AIDS harus bertahan dari ketakutan akan prasangka dari masyarakat umum, terutama jika mereka pekerja seks, gay ataupun pengguna narkoba jarum suntik. Banyak orang menyalahkan korban HIV-AIDS. Masyarakat juga sering kali secara irasional takut tertular dengan penderita padahal tidak terlibat kontak langsung. Penolakan ini memberikan perasaan tidak nyaman bagi para penderita, yang turut mempengaruhi kondisi fisik mereka secara umum. Selain itu, penderita juga harus menghadapi diagnosis kematian (Hasan, 2008).

Tidak hanya remaja, orang yang sudah dewasa pun pasti akan mengalami proses psikologis berupa perasaan rasa bersalah, marah, dan bahkan tidak berdaya bahwa dirinya telah terinfeksi penyakit mematikan ini. Berdasarkan teori masa remaja dikenal dengan masa yang ditandai dengan ketegangan emosi yang tinggi sebagai akibat dari perubahan fisik dan kelenjar. Faktor lain yang menyebabkan meningginya emosi karena adanya tekanan sosial, menghadapi kondisi dan lingkungan baru dan kurang mempersiapkan diri untuk kondisi dan lingkungan baru tersebut (Nurihsan & Agustin, 2011). Jika masa emosi yang tinggi tersebut kemudian dihadapi dengan masalah terinfeksi virus HIV-AIDS, maka harus melakukan regulasi emosi. Salah satu aspek dari regulasi emosi yang bisa dilakukan oleh orang dengan HIV-AIDS yaitu *Control Emotional Responses (Impulse)* digunakan seseorang dalam menghadapi keadaan yang sulit termasuk menghadapi penyakit berat seperti HIV-AIDS, apalagi jika yang menghadapinya adalah remaja.

Dengan demikian seseorang yang mempunyai ciri-ciri emosi yang tidak stabil dan menderita penyakit berat seperti HIV-AIDS akan membutuhkan *Control Emotional Responses (Impulse)* untuk memunculkan emosi positif dalam dirinya hal tersebut akan membuat dirinya menjadi lebih baik. *Control Emotional Responses (Impulse)* menurut Gross (2007) kemampuan

individu untuk dapat mengontrol emosi yang dirasakannya dan respons emosi yang ditampilkan (respons fisiologis, tingkah laku dan nada suara), sehingga individu tidak akan merasakan emosi yang berlebihan dan menunjukkan respons emosi yang tepat.

Pasien HIV-AIDS pada harus mempertahankan keadaan fisik dan emosi yang dimilikinya, Bagi orang dengan HIV-AIDS tentu akan sulit untuk mempertahankan keadaan emosi apalagi untuk mengontrol emosi positif dan negatifnya jika tidak diimbangi dengan lingkungan yang mendukung. Dengan dilakukannya kajian literatur yang telah dijelaskan dilatar belakang diatas maka peneliti merasa perlu untuk membahas tentang *Control Emotional Responses (Impulse)* pada menderit HIV-AIDS.

Landasan Teori

a. Definisi Regulasi Emosi

Gross (2007) menyatakan bahwa regulasi emosi ialah strategi yang dilakukan secara sadar ataupun tidak sadar untuk mempertahankan, memperkuat atau mengurangi satu atau lebih aspek dari respons emosi yaitu pengalaman emosi dan perilaku. Seseorang yang memiliki regulasi emosi dapat mempertahankan atau meningkatkan emosi yang dirasakannya baik positif maupun negatif. Selain itu, seseorang juga dapat mengurangi emosinya baik positif maupun negatif.

b. Aspek-aspek regulasi emosi

Menurut Gross (2007) ada empat aspek yang digunakan untuk menentukan kemampuan regulasi emosi seseorang yaitu :

- 1) *Strategies to emotion regulation (strategies)* ialah keyakinan individu untuk dapat mengatasi suatu masalah, memiliki kemampuan untuk menemukan suatu cara yang dapat mengurangi emosi negatif dan dapat dengan cepat menenangkan diri kembali setelah merasakan emosi yang berlebihan.
- 2) *Engaging in goal directed behavior (goals)* ialah kemampuan individu untuk tidak terpengaruh oleh emosi negatif yang dirasakannya sehingga dapat tetap berpikir dan melakukan aktivitas dengan baik.
- 3) *Control emotional responses (impulse)* ialah kemampuan individu untuk dapat mengontrol emosi yang dirasakannya dan respons emosi yang ditampilkan (respons fisiologis, tingkah laku dan nada suara), sehingga individu tidak akan merasakan emosi yang berlebihan dan menunjukkan respons emosi yang tepat.
- 4) *Acceptance of emotional response (acceptance)* ialah kemampuan individu untuk menerima suatu peristiwa yang menimbulkan emosi negatif dan tidak merasa malu merasakan emosi tersebut.

c. Definisi HIV-AIDS

Yayasan Spritia (2012) menjelaskan HIV adalah *Human Immunodeficiency Virus*. HIV hanya menular antar manusia. Ada virus yang serupa yang menyerang hewan, tetapi virus ini tidak dapat menular pada manusia, dan HIV tidak dapat menular pada hewan. HIV menyerang sistem kekebalan tubuh, yaitu sistem yang melindungi tubuh terhadap infeksi. Orang yang terinfeksi virus HIV pada tahun-tahun pertama setelah terinfeksi tidak ada gejala atau tanda infeksi, kebanyakan orang yang terinfeksi HIV tidak mengetahui bahwa dirinya telah terinfeksi. Segera setelah terinfeksi, beberapa orang mengalami gejala yang mirip gejala flu selama beberapa minggu. Penyakit ini disebut sebagai infeksi HIV primer atau akut. Selain itu tidak ada tanda infeksi HIV. Tetapi, virus tetap ada di tubuh dan dapat menular pada orang lain. AIDS adalah *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Mendapatkan infeksi HIV menyebabkan sistem kekebalan menjadi semakin lemah. Keadaan ini akan membuat orang mudah diserang oleh beberapa jenis penyakit (sindrom) yang kemungkinan tidak mempengaruhi orang dengan sistem kekebalan tubuh yang sehat. Penyakit tersebut disebut sebagai infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik termasuk jamur pada mulut, jenis kanker yang jarang, dan penyakit tertentu pada mata, kulit dan sistem saraf.

d. Dampak Virus HIV-AIDS

Hasan (2008) menjelaskan bahwa pasien HIV-AIDS dengan penyakit mematikan yang dialaminya akan menghadapi tiga tantangan utama sebagai dampak dari penyakit yang dideritanya. Tiga tantangan utama tersebut, yaitu :

1) Menghadapi reaksi terhadap penyakit yang memiliki stigma

Orang dengan HIV-AIDS harus bertahan dari ketakutan akan prasangka dari masyarakat umum, terutama jika mereka homoseksual atau pengguna narkoba jarum suntik. Banyak orang menyalahkan korban HIV-AIDS. Masyarakat juga sering kali secara irasional takut tertular oleh penyakit ini, meskipun mereka tidak memiliki kontak langsung dengan penderita HIV-AIDS. Penolakan ini memberikan perasaan tidak nyaman bagi para penderita, yang turut mempengaruhi kondisi kesehatan fisik mereka secara umum.

2) Berhadapan dengan kemungkinan waktu kehidupan yang terbatas

Pasien HIV-AIDS harus menghadapi diagnosis kematian. Hal ini dapat mendorong mereka mengalami stress atau depresi, yang dapat membuat mereka mengisolasi diri dari orang lain. Beberapa pasien bahkan terdorong untuk melakukan bunuh diri karena takut akan menderita sakit ketika mengalami penyakit ini lebih lanjut. Pada kenyataannya, mereka masih dapat hidup cukup lama sampai di atas sepuluh tahun.

3) Mengembangkan strategi untuk mempertahankan kesehatan fisik dan emosi

Pasien HIV-AIDS harus berusaha untuk mempertahankan kesehatan fisik dan emosi yang dimilikinya. Dukungan sosial yang diberikan sangat membantu mereka menghadapi stress yang dialaminya. Menjaga kesehatan fisik dan emosi dengan cara-cara tertentu dapat

membantu mereka untuk hidup seperti orang normal lainnya dan memiliki kemungkinan bertahan hidup lebih lama.

PEMBAHASAN

Gross dan Thompson (2007) mengungkapkan regulasi emosi ialah serangkaian proses dimana emosi diatur sesuai dengan tujuan individu, baik dengan cara otomatis atau dikontrol, disadari atau tidak disadari dan melibatkan banyak komponen yang bekerja terus menerus sepanjang waktu. Regulasi emosi melibatkan perubahan dalam dinamika emosi atau waktu munculnya, besarnya, lamanya dan mengimbangi respon perilaku, pengalaman atau fisiologis. Regulasi emosi dapat mempengaruhi, memperkuat atau memelihara emosi, tergantung pada tujuan individu.

Seseorang yang dinyatakan mengidap penyakit yang memiliki diagnosis kematian tentu saja akan merasakan emosi negatif seperti sedih, takut, marah dan lain sebagainya. Hal ini pula yang dirasakan oleh orang dengan HIV-AIDS saat pertama kali terdiagnosis positif HIV. Mereka merasakan perasaan sedih, marah, menyalahkan keadaan, rasa bersalah dan putus asa. Hal ini seperti yang dijelaskan oleh Hutapea (2011) yang mengatakan bahwa seseorang yang menderita AIDS sering mengalami masalah-masalah psikologis, terutama kecemasan, depresi, rasa bersalah, marah, dan timbulnya dorongan untuk bunuh diri.

Perasaan sedih yang dirasakan orang dengan HIV-AIDS karena beberapa alasan, diantaranya adalah menghadapi penyakit dengan diagnosis kematian, kehilangan kedua orang tua karena penyakit yang sama, tidak dapat bekerja, tidak mempunyai teman, mendapat gunjingan dan dikucilkan orang lain, dengan kata lain yang memicu kesedihan tersebut karena disebabkan oleh kehilangan. Ekman (2003) menjelaskan maksud dari kehilangan yang dapat memicu kesedihan; penolakan oleh seorang teman, kehilangan harga diri karena gagal mencapai tujuan dalam pekerjaan, kehilangan kesehatan, dan kehilangan fungsi tubuh karena penyakit.

Ekman (2003) kembali mengungkapkan bahwa kesedihan merupakan salah satu emosi yang berlangsung lebih lama. Setelah sebuah periode penderitaan mendalam yang disertai ungkapan protes, biasanya ada sebuah periode menghentikan kesedihan, yang didalamnya orang merasa tidak berdaya; dan kemudian, periode penderitaan itu pun muncul kembali dan begitu seterusnya. Hal tersebut sesuai dengan yang dialami oleh orang dengan HIV-AIDS, setelah merasa baik-baik saja kadang kala ada masa dimana dia merasakan kesedihan mendalam yang muncul tiba-tiba kemudian menghilang, kembali pada perasaan baik-baik saja dan perasaan kesedihan tersebut kembali muncul meskipun lebih dapat dikendalikan dari sebelumnya. Beda lagi dengan masa remaja dengan HIV-AIDS

mengungkapkan kesedihan lewat tangisan. Ketika mereka sedang merasa sedih tanpa mereka sadari mereka menangis.

Menurut Hasan (2008) pasien HIV-AIDS harus berusaha mempertahankan kesehatan fisik dan emosi yang dimilikinya. Selain itu, pasien HIV-AIDS juga harus menghadapi diagnosis kematian. Menurut Gross (2007) ada empat aspek yang digunakan untuk menentukan kemampuan regulasi emosi seseorang yaitu; *Strategis to emotion regulation (strategies)*, *Engaging in goal directed behavior (goals)*, *Control emotional responses (impulse)* dan *Acceptance of emotional response (acceptance)*. Jika ke empat aspek tersebut terpenuhi dapat dikatakan seseorang tersebut memiliki kemampuan untuk melakukan regulasi emosi.

Salah satu aspek dari regulasi emosi yang harus diperhatikan pada orang dengan HIV-AIDS adalah aspek *Control emotional responses (impulse)*. Menurut Gross (2007) *Control emotional responses (impulse)* ialah kemampuan individu untuk dapat mengontrol emosi yang dirasakannya dan respon emosi yang ditampilkan (respon fisiologis, tingkah laku dan nada suara), sehingga individu tidak akan merasakan emosi yang berlebihan dan menunjukkan respon emosi yang tepat.

Banyak permasalahan yang dialami oleh orang dengan HIV AIDS sehingga memunculkan emosi yang berlebihan tetapi disisi lain penderita HIV-AIDS harus menampilkan respon emosi yang tepat supaya tidak ada kecurigaan yang muncul dari orang lain. Salah satunya adalah merasa cemas dan takut setiap kali bertemu/berkenalan dengan orang baru karena mewaspadai orang yang akan membocorkan statusnya kepada orang lain bahwa dia adalah orang dengan HIV-AIDS. Hal ini sama halnya yang di ungkapkan oleh Hutapea (2011) bahwa sering dijumpai perlakuan yang berbeda-beda dalam lingkungan sekitarnya kepada anak-anak yang tertular HIV, dan sering dihindarkan di sekolah, ditepisikan teman maupun tetangganya.

Orang dengan HIV-AIDS merespon emosinya dengan menampilkan respon fisiologis, tingkah laku dan nada suara. Respon emosi tersebut biasanya terjadi secara spontan dan tidak disadari oleh dirinya. Seperti penjelasan Ekman (2003) bahwa ketika kita merasakan sebuah emosi, ada perubahan-perubahan terjadidalam hitungan detik tanpa adanya pilihan atau kesadaran langsung dari kita. Perubahan tersebut ditunjukkan melalui sinyal-sinyal emosi di wajah dan suara, aksi-aksi yang sudah terbentuk sebelumnya, aksi-aksi yang dipelajari, aktivitasistem saraf otonomis yang mengatur tubuh kita.

Respon secara fisiologis yang muncul pada saat emosi marah adalah tangan menjadi gemetar dan secara otomatis menggenggam. Sedangkan secara nada suara yang muncul ketika marah adalah mengeluarkan nada yang lebih tinggi. Cara mengontrol supaya respon tersebut hilang dan dapat menenangkan diri kembali dengan cara melampiaskan ke benda

lain dengan cara meremas-remas benda lain di sekitarnya. Adapun cara lain yang dilakukan untuk menenangkan diri adalah dengan cara memeluk ibunya.

Respon secara fisiologis yang muncul ketika sedang sedih adalah menangis hingga menjadi sesak nafas. Cara mengontrol supaya respon tersebut hilang dan membuat individu menjadi tenang kembali adalah dengan cara menarik nafas panjang dan meminum air putih. Cara-cara diatasi menggunakan strategi modulasi respon. Gross (2007) menjelaskan bahwa modulasi respon terjadi dalam proses yang dapat menghasilkan emosi, setelah kecenderungan respon telah dimulai. Modulasi respon mengacu pada pengaruh fisiologis dan pengalaman atau perilaku dalam menanggapi selangsung mungkin. Upaya untuk mengatur aspek fisiologis dan pengalaman emosi emosi cukup umum.

Individu yang dapat meregulasi dirinya adalah individu yang dapat menerima apa pun yang terjadi termasuk emosi yang dirasakan. Menurut gross (2007) seseorang yang memiliki aspek penerimaan diri (*acceptance*) ialah individu yang memiliki kemampuan untuk menerima suatu peristiwa yang menimbulkan emosi negatif dan tidak merasa malu merasakan emosi yang dirasakannya tersebut.

Sesuai dengan penjelasan Gross (2007), individu dengan HIV-AIDS sudah dapat menerima dirinya sebagai penderita HIV-AIDS dan menerima segala situasi yang muncul seperti diskriminasi orang lain terhadap penderita HIV, menderita penyakit indikator dan oportunistik, harus menjalankan pengobatan dengan rutin dan teratur seumur hidup, menghadapi berbagai penolakan dan masih banyak masalah-masalah lainnya dan individu dengan HIV-AIDS tentu juga harus dapat menerima peristiwa-peristiwa tersebut yang akan menimbulkan berbagai macam emosi termasuk emosi negatif yang muncul.

PENUTUP

Strategi to emotion regulation yang dilakukan orang dengan HIV-AIDS untuk dapat mengatasi suatu masalah dan mengurangi emosi negatif dengan cara memodifikasi situasi seperti melakukan banyak kegiatan sehingga emosi negatif yang muncul dapat teralihkan dan dengan cara mengubah cara berpikir menjadi lebih positif sehingga tidak memikirkan hal-hal yang dapat memicu timbulnya emosi-emosi negatif seperti marah, sedih dan putus asa. Dengan cara tersebut, orang dengan HIV-AIDS dapat mengurangi emosi negatif dan dapat dengan cepat menenangkan diri setelah merasakan emosi yang berlebihan. Aspek *Control emotional responses (impulse)* dapat dilihat dari cara penderita HIV-AIDS mengontrol emosi yang dirasakannya sehingga dapat menampilkan respon emosi (fisiologis, tingkah laku, nada suara) dengan baik. Orang dengan HIV-AIDS dapat mengontrol respon emosi yang ditampilkan dengan baik dengan menggunakan strategi modulasi respon yang dilakukan

dengan cara meremas-remas benda sekitar, menghirup nafas panjang, menenangkan diri dengan memeluk orang lain dan lain sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2014). *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Artikel.
- Ekman, Paul. (2003). *Membaca Emosi Orang*. Jogjakarta: Think.
- Gross, James J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Oxford University Press.
- Gross, James J., Thompson, Ross A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. New York: The Guilford Press.
- Hasan, A.B.P. (2008). *Pengantar Psikologi Kesehatan Islami*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hutapea, Ronald. (2011). *AIDS & PMS dan Pemerkosaan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- InfoDatin AIDS. (2014). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Artikel.
- Nurihsan, Achmad J & Agustin, M. (2011). *Dinamika Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: Refika Aditama.
- Paputungan, K. (2013). *Dinamika Psikologis Pada Orang Dengan HIV Dan AIDS (Odha)*. Universitas Ahmad Dahlan. (Diakses 17 September 2015).
- www.spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf (Diakses 26 Oktober 2015).
- Yayasan Spiritia. (2012). *Lembarn Informasi Tentang HIV/AIDS untuk Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS (ODHA)*.

ANALISIS IMPLEMENTASI KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI LABORATORIUM INSTALASI TENAGA LISTRIK

Iman Setiono¹

1. Prodi Teknik Elektro, Sekolah Vokasi Universitas Diponegoro

E-mail Korespondensi : imansetionoms@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: dari tulisan ini adalah berdasarkan pengalaman, bahwa bekerja di dalam lingkungan yang menggunakan tenaga listrik harus penuh dengan kehati-hatian saja tidaklah cukup. Dalam berbagai kasus sering terjadi kecelakaan kerja karena listrik yang dianggap sebagai biag keladinya adalah listriknya sendiri, padahal justru sikap dan pengetahuan dari para pengguna listrik juga ikut andil dalam kecelakaan karena listrik ini. Atas dasar itulah maka tulisan ini dipersembahkan untuk para pihak yang berkepentingan dengan dunia kelistrikan.

Tujuan dari tulisan ini adalah untuk ikut memberikan andil ilmu pengetahuan tentang kesehatan dan keselamatan di laboratorium yang menggunakan tenaga listrik, seperti laboratorium instalasi tenaga listrik, terutama bagi para mahasiswa sebagai praktikan dan tenaga Pranata Laboratorium Pendidikan (PLP) sebagai instruktur.

Metode: yang digunakan adalah studi literatur, dengan mempelajari dari berbagai sumber pustaka untuk selanjutnya di padukan dengan pengetahuan dan pengalaman penulis untuk disajikan dalam bentuk tulisan ini.

Hasil: dapat menambah wawasan dan pengetahuan para mahasiswa dan PLP, sehingga terjadi perubahan sikap di dalam menggunakan tenaga listrik.

Simpulan: yang dapat disampaikan adalah perlu adanya pelatihan khusus tentang K3 untuk para mahasiswa dan tenaga PLP, sehingga pada memperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

Kata Kunci: kesehatan dan keselamatan, laboratorium instalasi tenaga listrik, praktikan

ABSTRACT

Background: is based on experience, that is working in an environment that uses electricity must be full of caution is not enough. In many cases work accidents often occur because electricity is considered as the biag is the electricity itself, even though the attitudes and knowledge of the electricity users also contribute to this electricity accident. On this base, this paper is an interest in the world of electricity.

In the electricity use laboratories, such as electric power installation laboratories, especially for students as practitioners and staff of the Education Laboratory Staff (PLP) as instructors.

Method: used to study the literature, by studying from various library sources to be further combined with the author's knowledge and experience to be presented in the form of this paper.

Result: the students and PLP are very insightful and knowledgeable, so that there is a change in attitude in using electricity.

Conclusion: that can be conveyed to the need for special training on K3 for students and PLP staff, so that obtaining deeper knowledge.

Key Words: health and safety, electric power installation laboratory, practitioner

PENDAHULUAN

Latar belakang

Kemajuan dan kecanggihan teknologi pada kondisi dewasa ini membawa suatu konsekuensi akan adanya dampak, baik positif maupun negatif. Dampak positif adalah menjadikan hidup lebih nyaman, sedangkan dampak negatif menyebabkan keamanan dan keselamatan manusia menjadi terganggu. Khususnya pada penggunaan peralatan yang menggunakan tenaga listrik apabila tidak diwaspadai dan hati-hati dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan karena tersengat listrik. Demikian pula halnya dengan keadaan di laboratorium instalasi tenaga listrik. Pada laboratorium instalasi tenaga listrik penggunaan tenaga listrik untuk mencoba rangkaian instalasi tenaga listrik mutlak diperlukan, karena tanpa tenaga listrik maka instalasi tenaga listrik tidak dapat diuji kebenarannya. Dampak penggunaan tenaga listrik inilah yang harus diwaspadai, karena listrik datang antara manfaat dan bahayanya datang bersama-sama, bagaikan dua sisi mata uang yang tidak dapat dipisahkan. Bahaya karena listrik yang mengenai tubuh manusia dapat menyebabkan sakit, bahkan bisa sampai wafat. Oleh karena itulah maka pentingnya pengetahuan tentang kesehatan dan keselamatan kerja pada laboratorium instalasi tenaga listrik. Laboratorium merupakan sarana untuk melaksanakan kegiatan penelitian ilmiah guna meningkatkan ketrampilan pemakaian dan pemanfaatan alat-alat laboratorium. Tempat dengan segala kelengkapan peralatannya yang berpotensi menimbulkan bahaya kepada penggunanya. (Santi, 2009) Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan perlindungan tenaga kerja dari segala aspek yang berpotensi membahayakan dan sumber yang berpotensi menimbulkan penyakit akibat dari jenis pekerjaan tersebut, pencegahan kecelakaan dan penserasian peralatan kerja, dan karakteristik pekerja serta orang yang berada di sekelilingnya. Tujuannya agar tenaga kerja mencapai ketahanan fisik, daya kerja, dan tingkat kesehatan yang tinggi sehingga menciptakan kenyamanan kerja dan keselamatan kerja yang tinggi. (Anonimus, 2017). Tidak ada sesuatu di tempat kerja yang terjadi secara kebetulan tetapi karena ada alasan-alasan yang jelas dan dapat diperkirakan sebelumnya. Pengawasan terhadap alat maupun terhadap pekerja harus dilakukan secara teratur dan berkesinambungan tenaga listrik mutlak sangat diperlukan. Dalam pelaksanaan K3 laboratorium perlu memperhatikan dua hal yakni indoor dan outdoor. Baik perhatian terhadap konstruksi gedung beserta perlengkapannya dan operasionalisasinya terhadap bahaya kebakaran serta kode pelaksanaannya maupun terhadap jaringan elektrik dan komunikasi, kualitas udara, kualitas pencahayaan, kebisingan, tata ruang dan alat, sanitasi, psikososial, pemeliharaan maupun aspek lain mengenai penggunaan alat laboratorium.

Program keselamatan dan kesehatan kerja yang baik adalah program yang terpadu untuk melaksanakan pekerjaan sehari-hari pada lingkungan pekerjaan dimana seseorang bekerja. Kasus kecelakaan yang terjadi di Indonesia meningkat setiap tahunnya

yaitu mencapai 93.000 kasus.(www.bpjsketenagakerjaan.go.id). Menurut data Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi menyebutkan, sampai tahun 2013 di Indonesia tidak kurang dari enam pekerja meninggal dunia setiap hari akibat kecelakaan kerja. Angka tersebut tergolong tinggi dibandingkan negara Eropa hanya sebanyak dua orang meninggal dua per hari karena kecelakaan kerja. Sementara menurut data Internasional Labor Organization (ILO),di Indonesia rata-rata per tahun terdapat 99.000 kasus kecelakaan kerja(ILO.2013).JakartaDari total jumlah itu, sekitar 70 persen berakibat fatal yaitu kematian dan cacat seumur hidup.(Suara Pembaharuan 2014) Faktor penyebab kecelakaan karena adanya keterbatasan fasilitas keselamatan kerja dan juga karena kelemahan pemahaman faktor-faktor prinsip yang perlu diterapkan perusahaan. Makna keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah memandang setiap karyawan di perusahaan memiliki hak atas perlindungan kehidupan kerja yang nyaman dan ketenangan dalam melaksanakan pekerjaan. Makna K3 ini belum sepenuhnya dipahami baik oleh pihak manajemen maupun karyawan. Usaha yang harus ditanamkan adalah kesadaran jiwa bahwa keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan bentuk kebutuhan.

Pendidikan yang menerapkan upaya mendorong budaya K3 adalah pendidikan yang berbasis terapan yaitu Sekolah Vokasi. Menurut UUPT No 12 tahun 2012 Sekolah Vokasi merupakan Perguruan Tinggi yang menyelenggarakan pendidikan vokasi dalam berbagai rumpun Ilmu Pengetahuan dan/atau Teknologi dan jika memenuhi syarat, Sekolah Vokasi dapat menyelenggarakan pendidikan profesi. Undang-undang tersebut mengisyaratkan dalam kedudukannya sebagai perguruan tinggi, merupakan bagian dari sistem pendidikan nasional yang bertujuan mempersiapkan mahasiswa menjadi anggota masyarakat yang memiliki kompetensi kemampuan profesional yang bertanggung jawab, Harapannya lulusan dapat menerapkan, mengembangkan, budaya profesional dalam bekerja. Sekolah Vokasi merupakan pendidikan profesional yang diarahkan pada kesiapan penerapan keahlian tertentu.

Pelaksanaan pembelajaran di laboratorium sangat berorientasi pada capaian kompetensi, keterampilan dan kemampuan profesional dalam bekerja. Ruang lingkup pekerjaan lulusan jurusan teknik mesin tentunya tidak lepas dari penggunaan alat dan bahan-bahan atau material yang mengandung kimia. Laboratorium yang ada di Prodi Teknik Elektro disesuaikan dengan kebutuhan yang ada di perusahaan, seperti peralatan dan perlengkapan yang disediakan bisa dijadikan simulasi sehingga mahasiswa bisa belajar seperti situasi di perusahaan. Kesadaran dan motivasi K3 bagi mahasiswa sudah harus dibangun sejak awal agar ada kesiapan ketika memasuki dunia kerja dan bahkan saat bekerja tidak akan sulit untuk menyesuaikan. Berbagai prosedur dalam penggunaan alat, kelayakan tempat, kelayakan alat dan posisi ergonomis dalam bekerja harus sudah disampaikan dan dipraktikan oleh mahasiswa. Pelaksanaan pembelajaran simulasi dan

praktik dengan memenuhi kaedah dan prosedur K3 dengan benar maka mahasiswa akan menjadi tenaga kerja terampil (*Skilled labour*). Sesuai dengan konvensi pokok ILO 2012-2015 bahwa Indonesia akan memiliki peluang dan tantangan besar untuk lebih memajukan agenda pekerjaan layak di tahun-tahun mendatang, termasuk komitmen dan persiapan Indonesia menuju Komunitas. ASEAN 2015 (kebebasan arus barang, jasa, investasi, pekerja terampil dan modal). Mandat ILO adalah mempromosikan kesempatan bagi semua perempuan dan laki-laki untuk memperoleh pekerjaan layak dan produktif dalam kondisi bebas, sejahtera, aman dan bermartabat. (Anonimus. 1997). Semua kalangan tak terkecuali para mahasiswa perlu mengetahui dan memahami administrasi ketenagakerjaan menyediakan layanan yang efektif untuk meningkatkan kondisi dan lingkungan kerja sejak awal dan penerapan K3 yang lebih baik di tempat kerja, sehingga mahasiswa tidak merasa terbebani dan melakukan dengan kesadaran sendiri dalam meksanakan budaya K3 saat pembelajaran di Laboratorium. (Shinta Wahyu Hati. 2015).

Tujuan dari tulisan: ini adalah untuk mengetahui pemahaman dan kesadaran mahasiswa dan Tenaga PLP dalam pembelajaran di laboratorium program Studi Teknik Elektro, Departemen Teknologi Industri Sekolah Vokasi Universitas Diponegoro, sebagai masukan untuk sekolah vokasi untuk menyusun kurikulum, serta sebagai masukan juga bagi sekolah vokasi untuk meningkatkan kompetensi setiap mahasiswa melalui metode pembelajaran di laboratorium yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja sesuai dengan standar yang ditetapkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Sekolah Vokasi

Gambaran umum Laboratorium Instalasi Tenaga Listrik Sekolah Vokasi Universitas Diponegoro.

Laboratorium Instalasi Tenaga Listrik Berada di Lingkungan Sekolah Vokasi, Kampus Undip Tembalang.

Ruang laboratorium Instalasi Tenaga Listrik berukuran 6 x 20 meter, dengan atap asbes dan dinding tembok (sebagian), dan berlantai beton, dan penangkal petir.

Di dalam laboratorium Instalasi Tenaga Listrik ini terdapat beberapa peralatan, yaitu :

- 1) Papan percobaan untuk melakukan praktek memasang instalasi tenaga listrik, 10 Buah papan
- 2) Alat Pemadam Api Ringan (APR), 1 buah
- 3) Kotak P3K, 1 buah
- 4) Sumber listrik 3 fasa, dengan tegangan 380 volt (antar fasa) dan 220 (fasa dengan nol)
- 5) Lampu penerangan, model fitting gantung setinggi 5 meter

- 6) Stop kontak , sebanyak 30 buah pada papan percobaan.
- 7) Kipas angin model Tornado, sebanyak 3 buah
- 8) Ventilasi sepanjang ruangan, setinggi 5 meter
- 9) Pintu sorong , selebar 4 meter.
- 10) Meja tulis 5 buah
- 11) Kursi 4 buah
- 12) Kursi bulat 8 buah
- 13) Alamari bahan praktek 2 buah
- 14) Alamari alat 1 buah.

Kegiatan Praktikum

Kegiatan praktikum dilaksanakan dalam semester gasal saja, sesuai dengan kurikulum. Praktikum dilaksanakan secara kelompok besar, kemudian tiap kelompok dibagi dalam sub kelompok. Satu kelas terdiri atas 4 kelompok besar, Tiap kelompok besar terdiri atas 10 sub kelompok, dan tiap sub kelompok terdiri atas 3 orang mahasiswa praktikan. Praktikum dilaksanakan selama 4 jam (a 60 menit) mulai jam 08.00 s.d. 12.00 WIB setiap hari , selama 5 hari per minggu, selama satu semester.

Metode pembelajaran

Metode pembelajaran menggunakan metode eksperimen, dimana mahasiswa melakukan percobaan pemasangan pada papan percobaan yang tersedia. Selesai pemasangan dilanjutkan dengan pengamatan dan pengukuran dari besaran-besaran listrik yang ada, diantaranya :

- 1) Tegangan sumber dari PLN
- 2) Tegangan tiap stop kontak
- 3) Tegangan tiap lampu
- 4) Arus tiap lampu
- 5) Kecepatan putaran KWh meter
- 6) Tahanan isolasi

Pada unit praktikum motor 3 fasa , pengukurannya adalah

- 1) Arus Start
- 2) Arus Normal
- 3) Tegangan antar fasa
- 4) Tegangan antara fasa dengan nol
- 5) Tahanan isolasi
- 6) Kecepatan putaran motor (Rpm) saat start
- 7) Kecepatan putaran motor (Rpm) saat kerja normal.

Aspek kesehatan dan keselamatan (k3)

Untuk itulah, Pelaksanaan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah salah satu bentuk upaya untuk menciptakan tempat kerja yang aman, sehat, bebas dari pencemaran lingkungan, sehingga dapat mengurangi dan atau bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja. Inilah beberapa syarat umum laboratorium yang aman :

1. Kondisi lantai dilapisi epoxy, tersedia grounding, penerangan cukup dan ada kap lampu, bersih, tidak licin, dan tidak rusak (berlubang)
2. Disain laboratorium harus mempunyai sistem ventilasi yang memadai dengan sirkulasi udara yang kuat.
3. Terdapat pintu darurat yang tidak terkunci, terdapat tanda yang jelas, lancar (tidak ada penghalang / barang yang menghalangi), terhubung langsung dengan tangga darurat (apabila ada tangga darurat), ada lampu darurat, dan dilengkapi dengan informasi arah menuju pintu keluar terdekat. Dua buah jalan keluar harus disediakan untuk keluar dari kebakaran dan terpisah sejauh mungkin.
4. Tersedia emergency shower dengan air standar air minum, debit 30 l/menit, aliran tidak berhenti dengan otomatis, dan secara periodic dilakukan pemeriksaan (2 minggu sekali/sebulan sekali)
5. Terdapat ruang P3K. Tanda arah ruang P3K terpasang dengan jelas
6. Memiliki alat pemadam kebakaran
7. Tempat penyimpanan di disain untuk mengurangi sekecil mungkin risiko oleh bahan-bahan berbahaya dalam jumlah besar.
8. Tersedia telepon darurat, nomor darurat tercantum di dekat telepon
9. Dalam pelaksanaan K3 laboratorium perlu memperhatikan dua hal yakni indoor dan outdoor. Baik perhatian terhadap konstruksi gedung beserta perlengkapannya dan operasionalisasinya terhadap bahaya kebakaran serta kode pelaksanaannya maupun terhadap jaringan elektrik dan komunikasi, kualitas udara, kualitas pencahayaan, kebisingan, tata ruang dan alat, sanitasi, psikososial, pemeliharaan maupun aspek lain mengenai penggunaan alat laboratorium

Fasilitas Perlindungan Pekerja (Praktikan)

1. Jas Praktikum, merupakan pengaman langsung, terbuat dari bahan yang baik, yaitu tidak mudah terbakar, tidak berupa bahan konduktor listrik maupun panas, tahan bahan kimia.
2. Ventilasi, desain laboratorium yang baik harus memiliki ventilasi yang cukup dan memadai dengan sirkulasi udara segar yang baik.

3. Alat Pemadam Kebakaran, mutlak dimiliki setiap laboratorium karena kebanyakan laboratorium telah terhubung dengan arus listrik tegangan tinggi sebagai sumber energinya terhadap alat praktikum yang digunakan didalamnya

Peningkatan Kemampuan Praktikan

Memberikan pengetahuan praktis kepada mahasiswa tentang prosedur penggunaan alat serta prosedur melakukan kegiatan laboratorium yang sesuai dengan penerapan keselamatan kerja.

Penanganan Kecelakaan

1. Penyediaan P3K, meskipun penerapan prosedur keselamatan kerja telah diberlakukan, bukan tidak mungkin terjadi kecelakaan yang tidak diinginkan.
2. Pengadaan Tanda-tanda Peringatan Bahaya, mengurangi statistik kecelakaan dalam laboratorium dengan alarm, kode tertulis seperti poster dan sebagainya.

PEMBAHASAN

Dari hasil studi lapangan diperoleh data seperti yang di tampilkan pada tabel 1

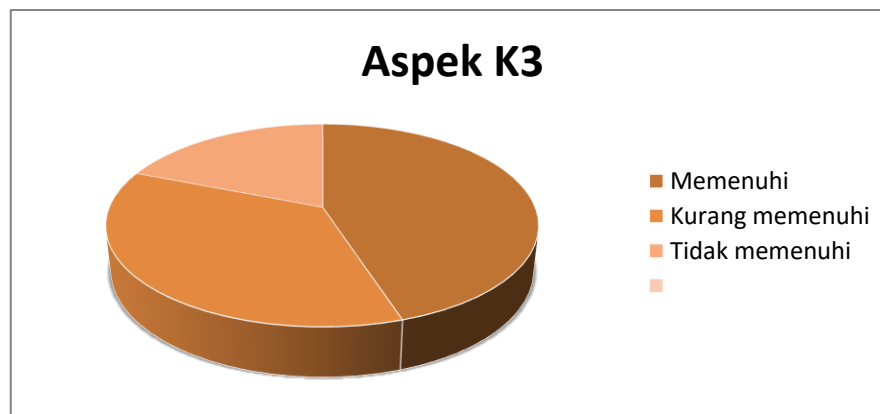
Tabel 1. Hasil pengamatan implementasi K3 di laboratorium ITL

| No | Aspek K3 | Kondisi Laboratorium ITL | Keterangan |
|-----------|--|---|-------------------|
| 1. | Kondisi lantai dilapisi epoxy, tersedia grounding, penerangan cukup dan ada kap lampu, bersih, tidak licin, dan tidak rusak (berlubang) | Lantai beton, ada gounding,penerangan cukup | memenuhi |
| 2. | Disain laboratorium harus mempunyai sistem ventilasi yang memadai dengan sirkulasi udara yang kuat. | Ventilasi kurang (masih terasa panas) walaupun ada kipas angin | Kurang memenuhi |
| 3. | Terdapat pintu darurat yang tidak terkunci, terdapat tanda yang jelas, lancar (tidak ada penghalang / barang yang menghalangi), terhubung langsung dengan tangga darurat (apabila ada tangga darurat), ada lampu darurat, dan dilengkapi dengan informasi arah menuju pintu keluar terdekat. Dua buah jalan keluar harus disediakan untuk keluar dari kebakaran dan terpisah sejauh mungkin. | Hanya ada satu pintu saja. Tidak ada pintu darurat, dan tidak mengarah ke jalan besar | Tidak memenuhi. |

| | | | |
|-----|--|---|-----------------|
| 4. | Tersedia emergency shower dengan air standar air minum, debit 30 l/menit, aliran tidak berhenti dengan otomatis, dan secara periodic dilakukan pemeriksaan (2 minggu sekali/sebulan sekali) | Tidak ada shower , yang ada kran air biasa dalam posisi sangat rendah, dari atas tanah 25 cm. | Kurang memenuhi |
| 5. | Terdapat ruang P3K. Tanda arah ruang P3K terpasang dengan jelas | Hanya ada kotak P3K saja | Kurang memenuhi |
| 6. | Memiliki alat pemadam kebakaran | Ada APAR | Memenuhi |
| 7. | Tempat penyimpanan di disain untuk mengurangi sekecil mungkin risiko oleh bahan-bahan berbahaya dalam jumlah besar. | Tidak ada gudang | Tidak memenuhi |
| 8. | Tersedia telepon darurat, nomor darurat tercantum di dekat telepon | Ada HP di masing- masing orang | memenuhi |
| 9. | Konstruksi gedung beserta perlengkapannya dan operasionalisasinya terhadap bahaya kebakaran serta kode pelaksanaannya maupun terhadap jaringan elektrik dan komunikasi, kualitas udara, kualitas pencahayaan, kebisingan, tata ruang dan alat, sanitasi, psikososial, pemeliharaan maupun aspek lain mengenai penggunaan alat laboratorium | Yang belum ada sanitasi | Kurang memenuhi |
| 10 | Jas Praktikum, merupakan pengaman langsung, terbuat dari bahan yang baik, yaitu tidak mudah terbakar, tidak berupa bahan konduktor listrik maupun panas, tahan bahan kimia. | Sudah ada | Memenuhi |
| 11. | Pengadaan Tanda-tanda Peringatan Bahaya, mengurangi statistik kecelakaan dalam laboratorium dengan alarm, kode tertulis seperti poster dan sebagainya. | Sudah ada poster | Memenuhi |

Dari analisis dapat dihitung besarnya aspek yang terpenuhi atau yang belum, sebagai berikut :

1. Yang memenuhi ada 5 aspek , atau : $5/11 \times 100 \% = 45 \%$
2. Yang kurang memenuhi ada 4 aspek , atau $4/11 \times 100 \% = 36 \%$
3. Yang tidak memenuhi ada 2 aspek, atau $2/11 \times 100 \% = 19 \%$



Memenuhi 45 %, kurang memenuhi 36 % dan tidak memenuhi 19 %

Gambar 1. Grafik hasil analisis penerapan K3

PENUTUP

Dari data yang dikumpulkan, ternyata belum semua aspek K3 dapat dilaksanakan di laboratorium Instalasi Tenaga Listrik, hal ini disebabkan karena sejak desain awal dari pembangunan gedung dari ruangan laboratorium tidak didesain sesuai dengan ketentuan yang seharusnya, dengan demikian maka jumlah pintu yang ada hanya satu , baik untuk masuk maupun keluar, walaupun pintu ini berkonstruksi pintu harmonika (lipat-dorong). Demikian pula dengan gudang memang belum ada tersedia, selama ini bahan dan alat untuk praktikum disimpan langsung di almari di dalam laboratorium.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonimus.2017.*Dasar-dasar kesehatan kerja dan peraturan perundangan kesehatan kerja*.Direktorat Pengawasan norma keselamatan dan kesehatan kerja Direktorat Jendral Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan dan K3. Kementrian Ketenagakerjaan RepublikIndonesia.
- Anonimus. 1997.*Training Material K3 Bidang Kesehatan kerja*, Depnaker RI. Ditjen Binawas.
- Keselamatan dan Kesehatan Kerja Sarana Untuk Produktivitas.(2013). International Labour Organization Jakarta
- Shinta Wahyu Hati.2015.*Analisis keselamatan dan kesehatan kerja (k3) pada pembelajaran di laboratorium program studi teknik mesin politeknik negeri batam*. Prosiding SNE” Pembangunan Manusia Melalui Pendidikan Dalam Menghadapi ASEAN Economic Community 2015.
- Santi.*Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan perlindungan tenaga laboratorium telah terhubung dengan arus listrik tegangan tinggi*. Artikel .keselamatan dan kesehatan kerja K3 laboratorium.blog.uns.ac.id/2010/02/28/
- Undang-Undang Republik Indonesia no 12, tahun 2012 tentang *Perguruan Tinggi*.
www.bpjsketenagakerjaan.go.id (diakses tanggal 9 maret 2014).
- <http://www.suarapembaruan.com/ekonomidanbisnis/ancaman-kecelakaan-kerjakerjadi-indonesia-masih-tinggi/43132> (diakses pada tanggal 17 April 2014).



ISBN 978-602-53410-8-3



9 786025 341083