

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326161240>

# Prosiding Seminar dan Saresehan Nasional Kesehatan Masyarakat "Pembangunan berwawasan kesehatan untuk peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia"

Conference Paper · July 2018

CITATIONS

0

READS

1,158

4 authors, including:



**Mamik Sri Sumarmi**

Airlangga University

64 PUBLICATIONS 35 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Nutrition in pregnant woman [View project](#)



The role of micronutrients on hoxa-10 gene expression [View project](#)

**"Pembangunan Berwawasan Kesehatan  
untuk Peningkatan Kualitas Hidup  
Manusia Indonesia"**

# Prosiding

Seminar & Sarasehan Nasional  
Kesehatan Masyarakat

Sri Sumarmi  
Hidayatus Soliha  
Rahmadiani Wijayanti  
Oky Nor Sahana  
(Editor)



Surabaya, 16-17 Oktober 2015  
Grand Kahuripan (300) Lt. 3 Rektorat Universitas Airlangga

**Prosiding Seminar & Sarasehan Nasional Kesehatan Masyarakat**  
**"Pembangunan Berwawasan Kesehatan**  
**untuk Peningkatan Kualitas Hidup Manusia Indonesia"**

**Editor**

**Sri Sumarmi**  
**Hidayatus Soliha**  
**Rahmadiani Wijayanti**  
**Oky Nor Sahana**



**Health Advocacy**

Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Prosiding Seminar dan Sarasehan Nasional Kesehatan Masyarakat  
"Pembangunan Berwawasan Kesehatan untuk Peningkatan Kualitas Hidup Manusia  
Indonesia"

©2016 health advocacy

Editor

Sri Sumarmi  
Hidayatus Soliha  
Rahmadiani Wijayanti  
Oky Nor Sahana

Buku ini diterbitkan atas kerjasama:

**HEALTH ADVOCACY**

Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat  
Jl. Bibis Karah I/41 Surabaya 60232  
Email: [healthadvocacy@information4u.com](mailto:healthadvocacy@information4u.com)

dengan

**Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI)  
Pengurus Daerah Provinsi Jawa Timur**

Sekretariat:  
MTKP Provinsi Jawa Timur  
Jl. A. Yani Nomor 118 Surabaya  
Tel./Fax. : 031-8291745  
Email : [persakmi\\_jatim@yahoo.co.id](mailto:persakmi_jatim@yahoo.co.id)  
Website : [www.persakmi.or.id](http://www.persakmi.or.id)

Cetakan 1, April 2016

Desain Cover : Ilham Akhsanu Ridlo

Penata Letak : ADL

ISBN 978-602-6958-01-3

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apa pun, termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari penerbit.

# KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Warohkmatullahi Wabarokaatuh*

Salam Sehat!

Kami berbahagia menyambut kehadiran rekan sejawat Sarjana kesehatan Masyarakat pada Seminar dan Sarasehan Nasional Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia dengan tema "Pembangunan Berwawasan Kesehatan untuk Peningkatan Kualitas Hidup Manusia Indonesia", yang diselenggarakan selama 2 hari (16-17 Oktober 2015) oleh Pengurus Daerah Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI) Provinsi Jawa Timur bekerjasama dengan Ikatan Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Kegiatan ini berisi serangkaian acara yaitu *plenary session*, kiprah dan karya inovasi Sarjana Kesehatan Masyarakat, seminar nasional serta sarasehan perkembangan pendidikan kesehatan masyarakat.

Kegiatan ini merupakan salah satu jawaban atas kompleksitas tantangan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Berbagai temuan teknologi intervensi terhadap penyakit telah banyak memberikan hasil yang cukup memuaskan namun fenomena angka kesakitan dan kematian di tengah masyarakat masih dirasakan cukup tinggi, seperti angka kematian ibu dan bayi, prevalensi gizi buruk serta prevalensi penyakit lainnya.

Pada tahun 2014 upaya penurunan angka kematian dan kesakitan seakan mengalami situasi yang sulit dan membutuhkan satu terobosan baru. Dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional diharapkan mampu mengatasi masalah pembiayaan, namun pada sisi lain kebijakan ini cenderung mendorong sikap masyarakat ke arah kuratif, dan mengabaikan upaya preventif dan promotif. Pada titik inilah Sarjana Kesehatan Masyarakat dituntut berperan strategis untuk tetap konsisten pada PARADIGMA SEHAT, sekaligus membuktikan peran penghematan pembiayaan kesehatan melalui rekayasa sosial, pendekatan preventif-promotif dengan menjaga kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup daripada hanya mengandalkan pengobatan.

Pengurus Daerah PERSAKMI Provinsi Jawa Timur bertekad terus berupaya berkontribusi untuk meningkatkan peran kepedulian dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat, penguatan organisasi dan kemitraan bersama stakeholder bidang kesehatan lainnya dalam upaya bersama terwujudnya masyarakat Indonesia yang sehat, berkeadilan dan berkemajuan.

Akhirnya kami segenap Pengurus Daerah PERSAKMI Jawa Timur menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada rekan-rekan Seperjuangan Sarjana Kesehatan Masyarakat dan semua pihak yang telah berpartisipasi atas terselenggaranya Seminar dan Sarasehan Nasional Kesehatan Masyarakat tahun 2015.

Salam Sehat!

*Wassalamu'alaikum Warokhmatullaahi Wabarokaatuh.*

Surabaya, April 2016

Muhammad Yoto, S.KM., M.Kes  
Ketua PERSAKMI Jawa Timur

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar (Ketua Persakmi Provinsi Jawa Timur)	iii
Daftar Isi	v
<i><u>Keynote Speech</u></i>	1
Pembangunan Kesehatan Kunci Kesejahteraan Bangsa <i>Prof. Dr. Haryanto Suyono, M.A., Ph.D</i>	3
<i><u>Plenary Session</u></i>	13
Peran Strategi SDM Kesehatan SKM dalam Pembangunan Berwawasan Kesehatan <i>Prof. Dr. Ridwan Amirudin, S.KM., M.Kes., MSc.PH (Ketua 1 PP Persakmi/Guru Besar Universitas Hasanudin)</i>	15
Peran Sarjana Kesehatan Masyarakat dalam penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan untuk menurunkan stunting dan kematian ibu dan anak <i>Sri Sumarmi, S.KM., M.Kes (Dosen FKM Universitas Airlangga)</i>	20
<i><u>Sarasehan Kesehatan Masyarakat</u></i>	31
Kilas Balik Sarjana Kesehatan Masyarakat dan Tantangan Era Masyarakat Ekonomi ASEAN <i>Prof. Dr. Rika Subarniati T, dr., S.KM (Dekan Pertama FKM Universitas Airlangga)</i>	33
Kesiapan PERSAKMI dalam Membina Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Era Masyarakat Ekonomi ASEAN <i>Hanifa M. Denny, S.KM., M.PH., Ph.D (Ketua Umum PP PERSAKMI/Dekan FKM Universitas Diponegoro)</i>	37
Kiprah Sarjana Kesehatan Masyarakat di Non Government Organization/NGO <i>Meytha Nurani, S.KM (Aktivis dan Founder Plato Foundation)</i>	43
<i><u>Makalah Bebas: Presentasi Oral</u></i>	47
Pengaruh Pemberian Materi Dampak Pernikahan Usia Dini dan Kesehatan Reproduksi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Anak Sekolah Dasar dalam Kesehatan Reproduksi <i>Sri Winarni</i>	49

<i>Surveillance and Counseling Software (SCS-HIV/AIDS) Inovasi Teknologi Kesehatan sebagai upaya Promotif, Preventif dan Pengawasan Prevalensi HIV/AIDS Di Indonesia</i> <i>Khairul Anwar, Rohmati, Aminatul Laila</i>	59
Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Terhadap Gambar Penyakit Akibat Merokok yang terdapat pada Kemasan Rokok dengan Perilaku Merokok Masyarakat di Kelurahan Purwosari <i>Choiri, Yuli Kusumawati, Anisa Catur Wijayanti</i>	67
<u>Makalah Bebas; Artikel Poster</u>	77
Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bojonegoro Jawa Timur Tahun 2015 <i>Rahmat Junaidi</i>	79
Analisis Spasial HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali 2013 <i>Zaima Amalia, Noor Alis Setiyadi, Giat Purwoatmodjo</i>	91
Kadar <i>Acetil Cholinesterase</i> dan Kejadian Anemia pada Petani Tembakau di Kabupaten Jember <i>Isa Ma'rufi, Erdi Istiaji, Eri Witcahyo</i>	98
Indeks Transmisi Transovarial Virus Dengue pada Nyamuk <i>Aedes Albopictus</i> di Kecamatan Tembalang Kota Semarang <i>Djoko Nugroho, Dwi Sutiningsih</i>	107
Penggunaan Internet sebagai Alat dalam Melakukan Komunikasi Kesehatan pada Populasi yang Beragam di Amerika <i>Ratih Indraswari</i>	115
Pacaran dan Pengalaman Seksual Santri Studi pada Beberapa Pondok Pesantren di Kota Semarang <i>Priyadi Nugraha Prabamurti</i>	122
Hubungan Kadar Glukosa Darah dengan Kejadian Karies Gigi pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Cibabat Cimahi Tahun 2015 <i>Budiman, Dyan Kunthi Nugrahaeni, Dara Krisantya</i>	134
Penyuluhan Kesehatan Berjalan dengan Maskot Rumah Sakit untuk Mewujudkan Rumah Sakit Bebas Asap Rokok di RSUD Waluyo Jati Kraksaan <i>Kurnia Ramadhani</i>	142
Perilaku Pengasuh Anak dalam Upaya Pemenuhan Gizi Anak dengan HIV& AIDS di Kota Semarang. <i>Kusyogo Cahyo, Adhinnyas R.R., Syamsulhuda Bm.</i>	149
	163



Pengaruh Motivasi Intrinsik, Ekstrinsik dan Kemampuan Perawat Terhadap Kualitas Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Cibabat <i>Rita Sugiarti Marlian</i>	157
Evaluasi Sistem Pencatatan dan Pelaporan <i>Unmet Need</i> Keluarga Berencana <i>Yudhy Dharmawan</i>	167
Wabah dan Pertahanan Negara <i>Masdalina Pane</i>	175
Perilaku Masyarakat dalam Mengonsumsi Obat Anti Filaria <i>Yuliana Maria Goreti, Arip Ambulan Panjaita</i>	181
Analisis Pelaksanaan Regional Sistem Rujukan di Jawa Timur <i>Mirza Esvanti</i>	193



# ***KEYNOTE SPEECH***





## **Pengembangan Budaya Hidup Sehat Kunci Kesejahteraan Bangsa**

Prof. DR. Haryono Suyono, MA, PhD  
Guru Besar Universitas Airlangga, Surabaya,  
Ketua Yayasan Damandiri, Jakarta

Pokok-Pokok Uraian tentang Pemberdayaan Keluarga dan Penduduk  
pada Seminar Nasional dan Sarasehan Kesehatan Masyarakat

### **Pendahuluan**

Selama ini penduduk Indonesia termasuk empat atau lima besar di dunia setelah Republik Rakyat China, India, Amerika Serikat dan kemudian Indonesia. Sejak lama potensi itu disadari oleh bangsa kita. Namun, karena kualitasnya yang rendah masih diperlukan upaya besar-besaran untuk meningkatkan kualitas dan dinamikanya. Upaya ini dilakukan dengan program peningkatan kualitas agar penduduk yang besar dapat mengisi kemerdekaan dengan kualitas yang dapat dipertanggung jawabkan yaitu mempunyai *tingkat kesehatan yang prima*, tingkat pendidikan yang tinggi dan mampu bekerja keras dalam industri dan perdagangan dengan membawa keuntungan yang besar.

Karena itu sejak tahun 1970 pemerintah mulai memperbaiki kualitas masyarakat dan keluarga melalui pembangunan kependudukan secara terpadu, yaitu program KB, kesehatan, pendidikan, dan pemberdayaan keluarga. Bersamaan dengan berbagai program pembangunan lainnya, program terpadu itu telah membawa dampak yang menggembirakan. Tingkat kelahiran dan tingkat kematian dapat diturunkan sehingga pertumbuhan penduduk dapat dikendalikan, jumlah anggota keluarga dapat diperkecil, *tingkat kesehatan masyarakat*, utamanya tingkat kematian bayi, tingkat kematian anak balita dan tingkat kematian ibu hamil, bertambah baik. Akibatnya usia harapan hidup yang semula berada di bawah angka 50 tahun pada tahun 1970-an, berhasil dinaikkan menjadi sekitar 70 tahun pada tahun ini, tingkat partisipasi pendidikan dasar dan ketrampilan makin diperbaiki sehingga penduduk makin bisa mempergunakan kesempatan yang terbuka.

Hasil-hasil pembangunan itu mengantar penduduk Indonesia memasuki proses transformasi dalam struktur dan ciri yang lebih menguntungkan dibandingkan keadaannya di masa lalu. Tingkat pendidikan dan tingkat kemiskinan secara umum

bertambah baik. Namun harus diakui bahwa dalam beberapa hal, tingkat pendidikan dan tingkat kemiskinan yang baru itu masih bersifat awal dan sangat rentan, sehingga hanya dengan gangguan sedikit saja, misalnya krisis sosial ekonomi yang berkepanjangan, keluarga Indonesia goncang, tidak bisa bertahan, tidak berdaya dan jatuh miskin kembali. Oleh karena itu tidak ada alasan untuk menunda lagi peningkatan daya tahan, kemampuan dan dinamika penduduk dan keluarga Indonesia agar segera mampu menjadi kekuatan pembangunan yang lebih dapat diandalkan. Penduduk dan keluarga Indonesia harus ditingkatkan kualitas dan dinamikanya. Karena itu penduduk harus menjadi titik sentral pembangunan.

Dimasa lalu pelaksanaan berbagai program itu dapat dilakukan dengan lancar karena pemerintah memberikan dukungan komitmen yang sangat tinggi disertai adanya lembaga tingkat pusat dan daerah, termasuk dukungan pemerintah daerah, alim ulama, generasi muda dan swasta, yang berkerja sama dengan sangat erat. Selama masa pembangunan tidak kurang dari 32 tahun dalam masa orde baru, dalam pembangunan kependudukan, Pemerintah dan Presiden RI, mendapat berbagai penghargaan internasional. Penghargaan internasional yang pertama disumbangkan oleh keberhasilan kaum petani dalam swa sembada beras yang diserahkan oleh Dirjen FAO di Roma. Penghargaan kedua adalah penghargaan PBB yang diserahkan oleh Sekjen PBB di New York adalah karena keberhasilan Program KB. Dan penghargaan ketiga adalah karena keberhasilan upaya pengentasan kemiskinan yang diserahkan oleh Dirjen UNDP di Jakarta. Dari uraian ini dapat disimak bahwa masyarakat dunia sangat menghargai upaya-upaya pemberdayaan yang menempatkan penduduk sebagai titik sentral pembangunan. Upaya-upaya yang secara global membawa makna kemanusiaan dalam rangka pencapaian *Millennium Development Goals (MDGs)* yang disepakati bersama oleh negara-negara anggota PBB.

Penting kiranya diberikan penekanan bahwa dalam pembangunan berbasis kependudukan, dewasa ini acapkali didengungkan bahwa elemen terpenting dalam pembangunan sosial, termasuk bidang kesehatan, adalah pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Mereka tidak lagi hanya dijadikan sasaran, tetapi sekaligus juga penyandang minat dan subyek pembangunan itu sendiri.

## **Penduduk Indonesia**

Menurut Hasil Sementara Sensus Penduduk Indonesia tahun 2000, penduduk Indonesia tercatat sebanyak 201 juta, atau setelah dimasukkan mereka yang tidak tercatat dan koreksi lainnya, penduduk Indonesia pada tahun 2000 dinyatakan sebanyak 206 juta jiwa. Proyeksi secara sederhana menghasilkan penduduk pada tahun 2015 sebanyak 255,5 juta jiwa lebih.

Upaya pembangunan untuk meningkatkan mutu penduduk itu dilakukan dengan dukungan pembangunan di segala bidang, dimana selama limabelas tahun terakhir ini mengacu pada upaya pembangunan Abad Millennium (MDGs). Mulai akhir bulan September 2015, PBB memutuskan bahwa pembangunan itu mengacu pada Sustainable Development Goals (SDGs), dimana upaya pengentasan kemiskinan dan penanggulangan

kelaparan menempati urutan yang tertinggi dengan target jumlah penduduk miskin nol persen pada akhir tahun 2030. struktur dan ciri-ciri penduduk. Selanjutnya dari keputusan strategi pembangunan Global itu harus segera dikembangkan rencana pembangunan yang berwawasan kependudukan dengan memperhatikan berubahnya struktur dan ciri-ciri yang penduduk dengan adanya luapan penduduk muda usia 15 – 60 tahun dan lansia di atas usia 60 tahun. Seluruh potensi itu perlu diberdayakan agar siap berkiprah dalam pembangunan.

- 1) Sebagai potensi untuk berperan dalam pembangunan serta sekaligus sebagai pasar produk domestik untuk kebutuhan manusia, penduduk Indonesia besar jumlahnya. Lebih dari itu pertumbuhannya setiap tahun juga masih sangat besar;
- 2) Dalam lingkungan keluarga pertumbuhannya relatif rendah sehingga mudah ditangani. Pada tingkat masyarakat biarpun pertumbuhannya lamban tetapi secara fisik bertambah dengan jumlah yang besar. Namun juga dicatat bahwa tingkat kelahiran dan tingkat kematian juga rendah. Dengan demikian, apabila kita memberi kepercayaan kepada keluarga, potensi orang tua, laki-laki dan perempuan bisa maksimal karena tingkat kelahiran yang rendah itu.
- 3) Upaya peningkatan kualitas penduduk bisa dimulai dari usia yang sangat dini karena tidak terlalu berkejaran dengan pertumbuhan yang tinggi. Pengeluaran keluarga tidak hilang percuma karena tingkat kesakitan, kematian dan tingkat kelahiran yang rendah;
- 4) Struktur Penduduk Indonesia tidak lagi tergolong muda, tetapi lebih dewasa dan lebih siap bekerja sehingga setiap penduduk bisa diberdayakan untuk menghasilkan sesuatu untuk dirinya sehingga tidak membebani keluarga dan masyarakat pada umumnya;
- 5) Penduduk usia dewasa merupakan potensi paling tinggi yang dengan penanganan dan pemberdayaan kualitas yang baik dapat menghasilkan peningkatan pendapatan nasional yang sangat besar. Peningkatan jumlah penduduk usia dewasa lebih dari dua kali lipat dibandingkan dengan jumlah penduduk usia sama pada tahun 1970-an. Apabila diikuti dengan program pemberdayaan yang benar diharapkan dapat memberi sumbangan yang tinggi terhadap pendapatan keluarga dan bangsa secara menyeluruh;
- 6) Penduduk perkotaan makin besar jumlah dan prosentasenya karena berubahnya daerah dan karena perpindahan penduduk pedesaan ke daerah perkotaan. Prosentase penduduk perkotaan yang besar ini merangsang pola ekonomi yang lebih rasional dibandingkan dengan penduduk yang mayoritas tinggal di daerah pedesaan saja;
- 7) Biarpun partisipasi pendidikan dasar sudah tinggi tetapi penduduk usia sekolah menengah atas dan usia di atasnya, sebagian besar masih belum sekolah dan mencari kerja;
- 8) Bagi penduduk Indonesia yang masih miskin dan mempunyai ketrampilan yang sangat terbatas apabila disertai pemberdayaan yang tepat, akan bisa dengan mudah meningkatkan pendapatan penduduk dan menambah kesejahteraan keluarga;
- 9) Jumlah generasi tua atau lansia berlipat dan sebagian besar masih mempunyai potensi ikut menyumbang dalam pembangunan. Dengan model seperti Singapore dan Jepang, yaitu lansia yang tetap bekerja, potensi tenaga lansia bisa diarahkan kepada usaha

yang mempunyai nilai tambah yang lebih besar apabila lansia mendapat kesempatan kerja sesuai dengan kemampuannya.

## **Pembangunan Bidang Kesehatan**

Tujuan pembangunan kesehatan tidak bisa dipisahkan dari tujuan pembangunan lainnya. Hubungan antara manusia dan lingkungannya menjadi dasar untuk pendekatan sosioekologi, sosioekonomi dan sosiobudaya terhadap penerimaan dan pengembangan budaya hidup sehat atau kesehatan pada umumnya. Prinsip dasar kehidupan dunia, negara, wilayah dan masyarakat adalah sama, yaitu kebutuhan untuk saling menjaga dan atau memelihara hubungan antara manusia dengan alam lingkungan dalam arti luas, termasuk ekonomi dan budaya bangsanya. Asesment atas dampak terhadap kesehatan akibat perubahan lingkungan yang cepat - terutama dibidang teknologi, pekerjaan, produksi energi dan urbanisasi - adalah penting dan harus diantisipasi untuk menjamin manfaat terhadap kesehatan masyarakat. Perlindungan lingkungan alam dan bangunan, dan terhadap sumber daya alam dan konservasi sumber sumber alami, harus dimasukkan dalam strategi promosi kesehatan. Promosi kesehatan yang memperhatikan aspek-aspek yang luas itu akan menghasilkan kondisi lingkungan tempat tinggal dan tempat berkerja yang aman, menggairahkan, memuaskan dan menyenangkan sehingga merangsang dan menjamin hidup sehat yang lestari dan dinamik.

Dalam kondisi demikian, perlu segera dikembangkan program dan kegiatan yang memungkinkan keluarga Indonesia berperan secara positif dalam upaya pembudayaan hidup sehat dan sejahtera. Program strategis yang perlu dilaksanakan adalah upaya mengembangkan masyarakat, keluarga dan penduduk Indonesia merubah *mindset*, merubah sikap dan tingkah laku diri sendiri mengadopsi sikap dan perilaku hidup sehat.

Hal yang tidak dapat diungkiri adalah bahwa sejak kemerdekaan hingga kini, teristimewa masa kini, masyarakat dan individu Indonesia berada dalam apa yang sering disebut dengan "*self destruct mode*". Yang dimaksud adalah bahwa sebagian manusia dan masyarakat bersikap dan berperilaku mengabaikan kesehatan mereka sendiri dan masyarakat sekitarnya. Merusak lingkungan seakan manusia bisa hidup mandiri tanpa lingkungan sekitarnya.

Acapkali mereka tahu bahwa yang mereka lakukan tidak akan menguntungkan, bahkan bisa merugikan masyarakat sekelilingnya, namun tetap saja dilakukan karena menjadi biasa melakukannya. Contoh yang paling nyata adalah kebiasaan membuang sampah rumah tangga dan sampah pribadi. Kebiasaan merokok yang kurang mengindahkan dampak negatipnya bagi lingkungan dan "perokok pasif". Dalam hal demikian salah satu obsesi kita adalah menciptakan kondisi dimana masyarakat dan individu menyadari, mau dan mampu mengenal, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat terbebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan oleh penyakit, oleh lingkungan yang tidak sehat maupun oleh bencana alam.

Untuk mengatasi masalah tersebut diatas, dalam beberapa tahun yang akan datang diperlukan program pemberdayaan dengan kegiatan advokasi yang gencar



membangun komitmen pemerintah daerah, lembaga-lembaga sosial, ekonomi, budaya, masyarakat luas pada umumnya, keluarga dan penduduk atau individu-individu agar mampu dan sanggup menjadi pelaku aktif mengembangkan promosi kesehatan untuk membudayakan pola hidup sehat bagi dalam masyarakat luas. Dengan pemeran yang luas dan bermutu, visi dan misi pembangunan manusia seutuhnya seperti disepakati sebagai sasaran *Millennium Development Goals (MDGs)*, atau *human development (HD)* atau *Sustainable Development Goals (SDGs)*, dapat diselesaikan dengan baik.

Melalui proses pemberdayaan yang luas dan terarah sampai ke tingkat keluarga dan individu tersebut, pembangunan kesehatan nasional, "*Mewujudkan Masyarakat Mandiri Untuk Hidup Sehat*" akan terwujud. Lembaga-lembaga keluarga seperti Pos Pemberdayaan Keluarga (Posdaya), bahkan individu, yang menerima pemberdayaan dengan baik akan mampu dan mau melaksanakan promosi kesehatan dengan sasaran suatu kondisi dimana masyarakat **menyadari**, **mau**, dan **mampu**, mengenali, mencegah, dan mengatasi **permasalahan kesehatan**, sehingga manusia bebas dari gangguan penyakit yang disebabkan oleh gangguan kesehatan akibat bencana, atau lingkungan, dan mendukung serta melaksanakan pola hidup sehat dan sejahtera.

Jajaran kesehatan dan para lulusan Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) memikul mandat yang lebih luas sesuai tuntutan budaya setempat. Dalam orientasi pelayanan kesehatan itu perlu diperhatikan hasil berbagai penelitian kesehatan dan perubahan dalam pendidikan dan pelatihan kesehatan maupun bidang-bidang lain yang mempengaruhi sikap dan perilaku atau budaya hidup sehat. Semua ini akan membuat perubahan *mindset*, sifat dan organisasi pelayanan kesehatan yang terfokus pada pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan total seseorang sebagai manusia seutuhnya.

Kegiatan pemberdayaan untuk pembuat keputusan diarahkan melalui *advokasi*, sedangkan kepada masyarakat sifatnya lebih pada proses *pemberdayaan* yang berkelanjutan secara tahap demi tahap. Proses advokasi merupakan sebuah upaya yang dilakukan orang-orang yang bekerja dibidang yang luas, termasuk di bidang kesehatan, yang bisa mempengaruhi para pembuat kebijakan agar lebih mengetahui dan menempatkan manusia sebagai titik sentral pembangunan dengan memperhatikan segi kesehatannya. Advokasi ini biasanya dilakukan untuk mempengaruhi agar para pembuat kebijakan membuat peraturan-peraturan, program, kegiatan dan dukungan dana yang berpihak dan memberi dukungan pada proses pelebagaan dan pembudayaan pola hidup sehat, dengan titik sentral dan ukuran keberhasilan keluarga atau penduduk. Proses ini perlu dikembangkan melalui lingkungan kondusif yang mendukung perilaku hidup sehat di masyarakat.

Pemberdayaan perlu secara langsung diikuti promosi kesehatan dengan melibatkan setiap anggota masyarakat dan institusi yang ada di dalamnya aktif berpartisipasi agar upaya meningkatkan kesehatan bukan saja merupakan hak asasi tetapi juga kewajiban setiap orang. Diharapkan dengan tingginya partisipasi masyarakat suatu program kesehatan dapat lebih tepat sasaran dan memiliki daya ungkit yang besar

bagi perubahan perilaku masyarakat sehingga nilai dan budaya hidup sehat yaitu "*hidup sehat dari kita dan untuk kita*" terwujud dengan mulus.

Dalam upaya pemberdayaan yang berhasil akan berkembang budaya hidup sehat dan sejahtera yang dianut dan dilaksanakan oleh masyarakat dengan dukungan dan sangsi moral lingkungannya. Akan tumbuh kesadaran dan kewajiban pada setiap individu mempromosikan kesehatan sebagai upaya pengembangan kesehatan sebagai hak asasi dan kewajiban setiap warga negara. Program dan kegiatan promosi kesehatan oleh pemerintah akan bersambut secara mandiri oleh masyarakat dengan mengusahakan agar setiap keluarga dan anggotanya dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan penerimaan budaya hidup sehat melalui promosi kesehatan yang dikerjakan oleh kalangan yang sangat luas akan merubah gaya hidup, dan dukungan sosioekonomi dan lingkungan masyarakatnya untuk menjamin pola hidup sehat dan sejahtera tersebut.

Promosi kesehatan akan lebih berhasil dan efektif bila masyarakat menentukan prioritas, mengambil keputusan, dan merencanakan strategi dan melaksanakannya. Oleh karena itu perlu dikembangkan dan dilakukan program dan kegiatan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) dan advokasi yang gencar agar proses pemberdayaan masyarakat mendapat perhatian yang tinggi. Pemberdayaan meningkatkan kemampuan setiap anggota masyarakat untuk menolong diri sendiri dan orang lain, dan memperkuat partisipasi masyarakat dalam mengatasi masalah masalah kesehatan. Karena itu proses KIE dan advokasi harus disertai dukungan akses terhadap informasi yang lengkap, berkesinambungan, kesempatan mempelajari masalah kesehatan, melakukan langkah atau kegiatan untuk membangun budaya hidup sehat serta dukungan dana.

Promosi kesehatan, yang berorientasi sikap dan tingkah laku nyata, juga akan mendukung pengembangan kemampuan perorangan dan sosial melalui penyediaan informasi, pendidikan kesehatan, dan peningkatan ketrampilan hidup (*life skills*). Dengan demikian, seseorang akan mempunyai pilihan lebih banyak tentang cara mengendalikan kesehatan dan lingkungannya, agar bisa membuat pilihan yang kondusif untuk kesehatannya.

Berlandaskan pola pikir demikian, perlu ditegaskan bahwa di masyarakat kini tengah berkembang paradigma baru untuk mewadahi aspirasi masyarakat kearah kokohnya pemberdayaan masyarakat dan keluarga (sebagai unit terkecil dalam masyarakat), melalui kelembagaan *POSDAYA (Pos Pemberdayaan Keluarga)* sebagai wadah komunikasi-advokasi-musyawarah dalam berbagai upaya pembangunan, termasuk bidang kesehatan. Posdaya dalam masyarakat itu akan mengadakan kerjasama dengan Posyandu dan lembaga-lembaga pedesaan lainnya untuk membangun kebersamaan dan saling keterkaitan.

## **Analisa Situasi Pemberdayaan Masyarakat**

Kegiatan pemberdayaan masyarakat yang sebetulnya sangat strategis untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat telah dirintis sejak tahun 1983 di Indonesia melalui pengembangan Pos Pelayanan Terpadu (**Posyandu**). Posyandu merupakan pelembagaan dari upaya "*dari, oleh, dan untuk masyarakat di bidang KB dan kesehatan*". Tetapi akhir-

akhir ini Posyandu difungsikan sebagai kepanjangan tangan pemerintah, lembaga *treatment*, di masyarakat. Anggapan ini menghambat perkembangan Posyandu sebagai pusat partisipasi masyarakat dalam bidang KB dan kesehatan.

Setelah desentralisasi, kewenangan yang didelegasikan ke provinsi dan ke kabupaten/kota mestinya memungkinkan munculnya kreativitas daerah untuk melakukan promosi KB dan kesehatan yang lebih inovatif dan adaptif. Kegiatan yang dilakukan provinsi dan kabupaten/kota untuk merancang program pendidikan KB dan kesehatan, serta fungsi koordinatif dalam promosi KB dan kesehatan melemah. Mengidentifikasi masalah yang muncul, merancang pendidikan KB dan kesehatan serta media yang sesuai, dan mengimplementasikan pendidikan KB dan kesehatan tidak terlalu gencar. Pemberdayaan yang diharapkan bisa meningkatkan fungsi koordinasi, *advokasi* dan *lobbying* agar kegiatan pendidikan KB dan kesehatan dapat berjalan secara komprehensif dan didukung oleh program lintas sektor sangat disederhanakan.

Namun dapat juga dicatat bahwa sebelum desentralisasi promosi kesehatan praktis dilakukan dalam bentuk Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM). Pemerintah secara umum *belum merasa perlu* melakukan advokasi kepada pembuat kebijakan di daerah pedesaan dan kurang mengakomodasi partisipasi masyarakat untuk menentukan kesehatan diri mereka. Kegiatan PKM yang dilakukan biasanya sudah dibakukan oleh Kementerian Kesehatan di tingkat pusat, baik cara melaporkan frekuensi penyuluhannya, lokasi kegiatan dan kepada kelompok sasaran mana saja dilakukan. Kegiatan PKM tersebut telah terlaksana sesuai petunjuk dari pusat, tetapi dampak kegiatan belum pernah diukur. Lebih lanjut kelangsungan program belum terjaga. Misalnya, apakah masyarakat telah mengubah perilaku menerima pola hidup ehat sesuai isi penyuluhan, apakah masyarakat melanjutkan perilaku sehat yang disarankan? Ukuran keberhasilannya adalah program dilaksanakan dengan baik tetapi bukan prosentase keluarga yang telah melembagakan pola hidup sehat secara berkelanjutan seperti halnya peserta KB lestari yang akhirnya menghasilkan penurunan tingkat kelahiran dan tingkat kematian.

Promosi kesehatan yang lebih sistematis telah dilakukan sesuai dengan rencana strategis Kementerian Kesehatan RI 2005-2009. Renstra Kementerian Kesehatan menggariskan bahwa tujuan program promosi kesehatan adalah memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat. Kegiatan pokoknya adalah Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mencakup pengembangan media promosi kesehatan, dan melaksanakan dukungan administrasi dan operasional pelaksanaan program promosi kesehatan. Di samping itu, pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat terus dilakukan, seperti pos pelayanan terpadu, pondok bersalin desa, Pos Upaya Kesehatan Kerja, Warung Obat Desa, dan usaha kesehatan sekolah. Model promosi kesehatan menurut spesifik daerah juga ditumbuhkan dan dikembangkan.

Permasalahannya adalah, petugas kesehatan di pusat, provinsi dan kabupaten/kota yang terbiasa melakukan promosi kesehatan dengan model instruksional seperti PKM, menganggap promosi kesehatan sekarang sebagai program dengan tugas tidak jelas.

*Program-program kesehatan lain* (misalnya: malaria, TBC, gizi dll) telah melakukan kegiatan pendidikan kesehatan masyarakat, dan mempertanyakan peran promosi kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota.

## **Issue Strategis**

Advokasi, secara umum, adalah suatu pendekatan kepada seseorang atau badan/organisasi yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kelancaran pelaksanaan suatu kegiatan. Secara operasional, "advokasi" adalah kombinasi antara gerakan perorangan dan masyarakat yang dirancang untuk memperoleh komitmen politis, dukungan kebijakan, penerimaan gagasan, atau dukungan terhadap sistem, untuk suatu tujuan atau program tertentu (WHO). Advokasi dan komunikasi yang efektif dapat berhasil bila mampu mempengaruhi pembuatan kebijakan dan implementasinya terhadap berbagai unsur *stakeholder*, utamanya yang memiliki pengaruh atau memegang jabatan pada masyarakat luas.

Pemberdayaan masyarakat sebagai isu sentral dalam pembangunan kesehatan biasanya dilupakan karena ada kecenderungan pemangku tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan merasa sangat bertanggung jawab dan khawatir penanganan yang tidak benar menimbulkan akibat yang lebih fatal. Oleh karena itu dipandang perlu perhatian pada pemberdayaan agar kemampuan masyarakat untuk mengetahui secara dini sesuatu kejadian yang bisa berakibat fatal itu meningkat. Penanganan dengan komitmen dan kasih sayang, melalui pelibatan masyarakat yang tulus dalam pelayanan kesehatan akan memberi keihlasan dalam partisipasi. Rasa takut bahwa masyarakat yang kurang profesional melakukan kesalahan dapat dikurangi dengan pembatasan pada bidang-bidang yang dapat diserahkan kepada rakyat. Advokasi kepada para pemimpin desa tidak perlu diragukan karena justru akan meningkatkan komitmen yang lebih luas.

Dalam program pemberdayaan ini perlu diketahui dengan sungguh-sungguh keinginan sasaran sehingga siapapun yang ditugasi untuk memberikan tumpahan KIE selalu harus dimulai seakan-akan adalah dalam rangka memenuhi kebutuhan sasaran. Apabila petugas dan atau relawan mendapat kesulitan untuk memulai dari sesuatu yang menjadi kebutuhan sasaran, maka harus dicarikan akal agar sasaran tidak menjadi jemu dan tidak mau mendengarkan pesan yang disampaikan oleh petugas atau relawan yang bersangkutan.

Disamping itu perlu juga diketahui sumber pendukung kegiatan advokasi atau KIE tersebut yang tidak memiliki hubungan politik atau budaya yang menyebabkan umpan balik yang kurang sedap. Pemilihan bahan yang digunakan dalam melakukan advokasi dan komunikasi juga merupakan hal yang menentukan keberhasilan pelaksanaan advokasi dan komunikasi dalam bidang kesehatan.

Dalam setiap kegiatan KIE atau advokasi kita perlu menempatkan penduduk sebagai sasaran sebagai titik sentral dengan menciptakan suasana seakan sasaran itu adalah raja yang perlu dihormati dan diberikan penjelasan seakan kita bicara dengan bahasanya. Kita perlu menciptakan lingkungan yang memberi kesan seakan sasaran kita

itu merasa nyaman, tidak bersifat menyalahkan apa yang pernah dikerjakannya dalam bidang kesehatan, tetapi justru dari yang dikerjakannya itu menambah agar lebih sempurna dan baik. Kegiatan masyarakat yang diikutinya harus merupakan perkuatan dari anjuran yang kita berikan kepadanya. Tidak boleh sekali-kali menyalahkan biarpun apa yang terjadi salah, tetapi kita berikan alternatif yang lebih baik. Siapa tahu pendukung kejadian yang disalahkan itu adalah seseorang yang sangat dikagumi oleh sasaran.

Proses pemberdayaan itu tidak diukur berapa seraingnya kita berpidato atau melakukan kegiatan KIE, tetapi dari hasilnya dalam masyarakat luas, yaitu bagaimana masyarakat mengikuti ajakan untuk mengembangkan ketrampilan individu dan keluarganya untuk hidup sehat, dan memelihara lingkungannya menjamin hidup sehat bagi seluruh keluarganya.

Oleh karena itu pendekatan pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan harus diawali tahap *penyadaran seluruh lapisan masyarakat bukan hanya tentang adanya masalah kesehatan di antara mereka*, tetapi yang lebih penting adalah bahwa sasaran *bisa dan mau berperilaku hidup sehat*. Kegiatan KIE itu harus bisa menumbuhkan motivasi bahwa sasaran bisa menyelesaikan kegiatan hidup sehat itu secara mandiri. Proses ini dilakukan melalui tahapan yang meyakinkan dan bisa dilakukan oleh masyarakat, serta diakhiri dengan menunjukkan adanya perubahan sosial penerimaan pola hidup sehat dan sejahtera. Oleh karena itu pemberdayaan masyarakat membutuhkan kesadaran dan lebih-lebih partisipasi masyarakat yang tidak diwakilkan. Biarpun kesadaran dan pengetahuan tidak terlalu penuh, apabila sasaran telah bersedia melakukan kegiatan seperti diarahkan dalam budaya hidup sehat, kita tidak usah terlalu pesimis karena masyarakat Indonesia, utamanya pada tingkat bawah, tidak selalu berpikir linear, sadar dan bertambah pengetahuannya dulu, baru menerima sesuatu inovasi yang baru untuk hidup sehat.

Prinsip KIE pertama-tama harus ditujukan kepada usaha pengembangan wadah untuk didatangi kembali dalam kegiatan promosi atau kegiatan KIE sebelumnya. Wadah itu disebut sebagai forum pemberdayaan keluarga (Posdaya) yang dikelola oleh dan dimiliki oleh masyarakat. Melalui wadah Posdaya dan lingkaran-lingkaran kecil disekitarnya kegiatan promosi itu dilakukan dengan gencar sampai kegiatan itu diambil alih oleh sasaran sendiri. Kegiatan KIE tidak perlu tergesa-gesa dan memberikan segala sesuatu tentang pola hidup sehat sekaligus, tetapi para petugas dan relawan dapat memberikannya secara bertahap. Karena bertahap tidak perlu khawatir bahwa sasaran akan salah mengerti, kegiatan KIE harus dilakukan sesering mungkin agar bisa dimengerti dan dilaksanakan dengan hasil yang lumayan.

Kegiatan itu harus didukung dengan promosi yang gencar guna meningkatkan kredibilitas petugas dan memberi tahu kepada khalayak bahwa yang dikerjakan petugas atau relawan kesehatan adalah sebuah usaha maha besar dan berharga. Promosi mengedepankan peran institusi kesehatan dan pemimpin daerah untuk secara bertanggung jawab berada di depan sebagai pelopor yang memberi kepercayaan dan

pendampingan yang bermutu kepada masyarakat yang giat melaksanakan promosi atau mengambil alih manajemen pelayanan kesehatan pada tingkat akar rumput.

## **Penutup**

Pembangunan terpadu di masa lalu berhasil mengantar pengendalian pertumbuhan, struktur dan ciri-ciri penduduk. Karena itu perlu disegarkan dan dilanjutkan dengan strategi baru yang lebih dinamis. Strategi itu adalah dengan prioritas untuk meningkatkan motivasi, mutu, kemampuan dan dinamika sumber daya manusia yang melimpah jumlahnya, bertambah dengan jumlah yang besar, berciri makin urban, makin dewasa, agar kekayaan berupa sumber daya manusia yang melimpah itu segera mampu berpartisipasi secara profesional membangun bangsa.

Strategi Pembangunan Berkelanjutan yang baru saja diputuskan oleh PBB bertumpu pada manusia menempatkan prioritas yang tinggi pada upaya pengentasan kemiskinan, pembebasan penduduk dari kelaparan dan peningkatan upaya dalam bidang kesehatan, KB, pendidikan, dan pemberdayaan wirausaha serta pengembangan dukungan yang memihak keluarga dan penduduk yang kurang beruntung, di pedesaan dan di perkotaan. Upaya pemberdayaan itu disertai dengan suasana demokratisasi yang memberi kesempatan kepada setiap individu penduduk memilih proses pemberdayaan sesuai dengan aspirasi dan cita-citanya sehingga proses itu sendiri merupakan upaya kolaborasi yang mandiri mengantar kebahagiaan dan kesejahteraan yang berbudaya. Pencapaian berbagai upaya itu diharapkan menghasilkan sumber daya manusia yang mandiri, profesional, berkarakter dan berbudaya, dan masyarakat damai dan sejahtera dalam negara yang adil, makmur dan bersatu dalam wadah negara dan bangsa yang berdaulat berdasarkan Pancasila.

Program dan kegiatan yang menempatkan manusia sebagai titik sentral pembangunan akan mendapat dukungan masyarakat dan keluarga secara luas karena menyentuh harkat dan martabat manusia yang hakiki. Program-program itu memudahkan rakyat banyak mencapai cita-cita sesuai dengan aspirasi pribadi yang dimungkinkan berkembang dalam alam demokratis yang marak. Dukungan lembaga internasional diharapkan akan mengalir kembali karena pelaksanaan berbagai program yang menempatkan manusia sebagai titik sentral tersebut merupakan langkah strategis dalam upaya peningkatan mutu manusia sesuai dengan dimensi yang menyuburkan penghargaan terhadap manusia yang beradab sesuai target universal hak-hak azasi manusia.

Penting kiranya disimpulkan bahwa di akar rumput perlu dibina dan dilembagakan sinergi dan harmoni antara berbagai penyandang minat pemberi pelayanan dan penyandang minat penerima/penikmat pelayanan. Hal ini sangat dapat dilaksanakan melalui paradigma pemberdayaan yang secara generik disebut sebagai POSDAYA.

# ***PLENARY SESSION***





# Peran Strategis SDM Kesehatan SKM dalam Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., MSc.PH  
Departmen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat  
University Hasanuddin  
Tamalanrea Makassar - 90245

## Pendahuluan

Berkembangnya laju pembangunan sektor kesehatan di berbagai sektor dan wilayah telah memberikan dampak nyata terhadap perubahan kesehatan masyarakat secara global. Hal tersebut dapat dilihat dari terjadinya transisi penyakit dari pola penyakit menular utama bergeser ke pola penyakit tidak menular (NCD) sebagai penyebab utama kematian penduduk.

Mengapa transisi epidemiologi menjadi isu penting dalam perkembangan masalah kesehatan? Tentu hal ini tidak dapat dilepaskan dari akselerasi perubahan pola penyakit dari penyakit menular ke pola penyakit tidak menular yang lebih cepat 2-3 generasi di dibandingkan dengan transisi epidemiologi di negara maju. Pola penyakit tidak menular pada dewasa ini di Indonesia di dominasi oleh stroke, DM, ischemic heart disease, hipertensi, road injury dan chirosis.

Percepatan transisi epidemiologi tersebut bersinergi dengan keluarnya program pemerintah berupa jaminan kesehatan nasional yang bersifat mandatory per Januari 2014 yang merupakan leburan dari askes dan berbagai sumber pembiayaan lainnya. Tekanan transisi epidemiologi terletak pada besarnya pembiayaan kesehatan untuk setiap penyakit tidak menular.

Sebagai ilustrasi untuk hipertensi tahun 2013 pada usia 18 tahun sebanyak 25.8% atau sebanyak 40.31 juta penderita dan yang menyadari dirinya sedang hipertensi hanya 9.5%. Dampak ekonomi hipertensi dengan situasi tersebut lebih dari Rp.300 triliun untuk biaya obat dan hilangnya produktifitas yang tentu akan membebani sistem sosial yang sedang dirintis pemerintah.

Sementara penyakit tersebut dapat di dikendalikan melalui pendekatan "public health" yang murah, mudah dan efisien. Upaya kesehatan tersebut diantaranya; bergaya hidup sehat, menghindari obesitas, mengendalikan penggunaan tembakau/rokok, aktifitas fisik yang cukup dan istirahat.

Mencermati berbagai faktor risiko penyakit tidak menular tersebut hampir semuanya bersifat "*modifiable*" yang dapat di ubah. Secara sederhana dengan pendekatan promosi kesehatan, dengan meningkatkan kualitas kesehatan penduduk yang sudah sehat, pencegahan khusus terhadap penyakit tertentu dan deteksi dini terhadap

berbagai penyakit kronik tersebut serta upaya pengobatan yang tepat. Dengan upaya-upaya tersebut maka tekanan terhadap JKN dapat di kurangi.

Pembangunan sektor kesehatan selain telah mempercepat arah transisi kesehatan hal ini juga berdampak nyata pada aspek lain diantaranya health disparitas, emerging dan re emerging infectiuos disease dan emerging non communicable disease yang bergerak dinamis dan berdampak nyata pada mutu status kesehatan masyarakat.

Strategi yang harus dilakukan untuk mengendalikan Transisi Penyakit di Indonesia adalah sebagai berikut:

**1. Menggerakkan dan Memberdayakan Masyarakat Untuk Hidup Sehat.**

Sasaran utama strategi ini adalah seluruh desa dan perkotaan menjadi desa siaga, seluruh masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat serta seluruh keluarga sadar gizi.

**2. Meningkatkan Akses Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Yang Berkualitas.**

Sasaran utama strategi ini adalah setiap orang miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu; setiap bayi, anak, dan kelompok masyarakat risiko tinggi terlindungi dari penyakit; di setiap desa tersedia SDM kesehatan yang kompeten; di setiap desa tersedia cukup obat esensial dan alat kesehatan dasar; setiap Puskesmas dan jaringannya dapat menjangkau dan dijangkau seluruh masyarakat di wilayah kerjanya; pelayanan kesehatan di setiap rumah sakit, Puskesmas dan jaringannya memenuhi standar mutu.

**3. Meningkatkan Sistem Surveillans, Monitoring Dan Informasi Kesehatan.**

Sasaran utama dari strategi ini adalah setiap kejadian penyakit dilaporkan secara cepat kepada desa/lurah untuk kemudian diteruskan ke instansi kesehatan terdekat; setiap kejadian luar biasa (KLB) dan wabah penyakit tertanggulangi secara cepat dan tepat sehingga tidak menimbulkan dampak kesehatan masyarakat; semua ketersediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan memenuhi syarat; terkendalinya pencemaran lingkungan sesuai dengan standar kesehatan; dan berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence based* di seluruh Indonesia.

**4. Meningkatkan Pembiayaan Kesehatan.**

Sasaran utama dari strategi ini adalah : pembangunan kesehatan memperoleh prioritas penganggaran pemerintah pusat dan daerah; anggaran kesehatan pemerintah diutamakan untuk upaya pencegahan dan promosi kesehatan; dan terciptanya sistem jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi rakyat miskin.

## **Arah Kebijakan Kesehatan**

Arah pembangunan kesehatan menurut Sistem Kesehatan adalah suatu kebijakan dan pengaturan tentang tatalaksana pembangunan kesehatan di daerah. Didalam Sistem Kesehatan terkandung strategi pembangunan kesehatan yang telah dipilih dan ditentukan untuk dilaksanakan.

Carl J. Federick sebagaimana dikutip Leo Agustino (2008:7) mendefinisikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu. Kebijakan pada dasarnya untuk

menyelesaikan hambatan (kesulitan) dan memanfaatkan kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pendapat ini juga menunjukkan bahwa ide kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksud dan tujuan yang merupakan bagian penting definisi kebijakan. Bagaimanapun kebijakan harus menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada hal yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

Richard Rose (2007) juga menyarankan bahwa kebijakan hendaknya dipahami sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai keputusan yang berdiri sendiri. Pendapat kedua ahli tersebut setidaknya dapat menjelaskan bahwa kebijakan harus dipatuhi dan dilaksanakan, karena pada dasarnya kebijakan dipahami sebagai arah atau pola kegiatan dan bukan sekadar suatu keputusan untuk melakukan sesuatu.

Urgensi melakukan studi kebijakan publik adalah untuk menggambarkan, menganalisis, dan menjelaskan secara cermat berbagai sebab dan akibat dari tindakan-tindakan pemerintah. Studi kebijakan publik menurut Thomas R. Dye, adalah sebagai berikut:

“Studi kebijakan publik mencakup menggambarkan upaya kebijakan publik, penilaian mengenai dampak dari kekuatan-kekuatan yang berasal dari lingkungan terhadap isi kebijakan publik, analisis mengenai akibat berbagai pernyataan kelembagaan dan proses-proses politik terhadap kebijakan publik; penelitian mendalam mengenai akibat-akibat dari berbagai kebijakan politik pada masyarakat, baik berupa dampak kebijakan publik pada masyarakat, baik berupa dampak yang diharapkan (direncanakan) maupun dampak yang tidak diharapkan.”

Pembangunan sebagai suatu usaha untuk meningkatkan kesejahteraan. Sebagai suatu usaha, pembangunan merupakan tindakan aktif yang harus dilakukan oleh suatu negara dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, sangat dibutuhkan peran serta masyarakat, pemerintah, dan semua elemen yang terdapat dalam suatu negara untuk berpartisipasi aktif dalam proses pembangunan. Demikian pula dalam hal pembangunan kesehatan. Hal ini dilakukan karena peningkatan derajat kesehatan masyarakat mencerminkan perbaikan dalam kesejahteraan masyarakat.

Oleh karena itu, setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan kesehatan harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan pembangunan kesehatan, namun pada hakikatnya faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu (i) faktor ekonomi dan (ii) faktor nonekonomi. Faktor ekonomi yang mempengaruhi

pertumbuhan dan pembangunan kesehatan diantaranya adalah (i) sumber daya alam, (ii) sumber daya manusia, (iii) sumber daya modal, dan (iv) keahlian atau kewirausahaan.

Sumber daya alam meliputi tanah dan kekayaan alam seperti kesuburan tanah, keadaan iklim/cuaca, hasil hutan, tambang, dan hasil laut. Keberadaannya sangat mempengaruhi pertumbuhan industri suatu negara terutama dalam hal penyediaan bahan baku produksi. Sementara itu, keahlian dan kewirausahaan dibutuhkan untuk mengolah bahan mentah dari alam menjadi sesuatu yang memiliki nilai lebih tinggi (disebut juga sebagai proses produksi). Sumber daya manusia juga menentukan keberhasilan pembangunan nasional melalui jumlah dan kualitas penduduk. Jumlah penduduk yang besar merupakan pasar potensial untuk aktivitas pembangunan, sementara kualitas penduduk menentukan seberapa besar produktivitas yang ada.

Sementara itu, sumber daya modal dibutuhkan manusia untuk mengolah bahan mentah tersebut. Pembentukan modal dan investasi ditujukan untuk menggali dan mengolah kekayaan. Sumber daya modal berupa barang modal sangat penting bagi perkembangan dan kelancaran pembangunan kesehatan karena barang modal juga dapat meningkatkan produktivitas di sektor kesehatan. Faktor non-ekonomi mencakup kondisi sosial kultur yang ada di masyarakat, keadaan politik, kelembagaan, dan sistem yang berkembang dan berlaku.

Pelaksanaan Sistem Kesehatan yang baik ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Dalam hal inilah eksistensi sarjana kesehatan masyarakat sangat di harapkan kehadirannya. Memberih sumbangsih positif dalam percepatan pembangunan kesehatan holistik, terutama penguatan pemberdayaan masyarakat untuk hidup mandiri, meningkatkan upaya kesehatan masyarakat untuk meningkatkan akses dan cakupan serta meniadakan kesenjangan wilayah dalam pemberian pelayanan kesehatan bermutu.

Dalam pelaksanaan dan peran profesi kesehatan masyarakat yang sangat mulia, masih menemui berbagai kendala baik secara pengakuan profesi maupun dari potensi yang belum di optimalkan. Dalam pelaksanaan tugas pengabdian pelayanan kesehatan masyarakat profesi kesehatan mengalami kendala sebagai berikut;

- 1) Jumlah tenaga kesehatan terus meningkat namun kebutuhan dan pemerataan distribusinya belum terpenuhi, terutama di daerah terpencil , tertinggal dan daerah bermasalah kesehatan serta daerah tidak diminati masih kurang
- 2) Belum semua jenis tenaga kesehatan ada di fasilitas pelayanan kesehatan, contohnya banyak puskesmas yang belum mempunyai tenaga teknis kefarmasian, analis kesehatan, sanitarian,epidemiolog, penyuluh kesehatan, nutrisi, serta apoteker
- 3) Mutu atau kualitas tenaga kesehatan masih rendah, yang dibuktikan dengan masih banyaknya lulusan pendidikan tenaga kesehatan yang belum lulus uji kompetensi
- 4) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan fasilitas pelayanan kesehatan masih banyak yang belum membuat perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dalam bentuk sistem informasi yang baik ;
- 5) Penempatan tenaga kesehatan belum sesuai dengan kompetensinya

- 6) Kinerja SDM Kesehatan yang masih rendah, baik pada layanan UKM maupun UKP dalam ranah etika dan kompetensi.
- 7) Pengembangan karier tenaga kesehatan belum optimal, antara lain jabatan fungsional dan struktural belum sesuai ; pendidikan dan pelatihan belum dilaksanakan secara maksimal
- 8) Tidak adanya sistim informasi berjenjang terkait data tenaga kesehatan berlisensi yang dikeluarkan oleh pemerintah kabupaten/kota
- 9) Pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan, termasuk tenaga kesehatan Warga Negara Asing (WNA) belum optimal.
- 10) Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan belum optimal.
- 11) Sistem penghargaan dan sanksi bagi tenaga kesehatan belum berjalan sebagaimana mestinya.

Berdasarkan tantangan tersebut maka dapat dijadikan acuan untuk menata kembali tenaga kesehatan masyarakat secara profesional. Bahwa sesungguhnya tenaga kesehatan masyarakat yang sebenarnya berpihak pada sekto promotif dan preventif itu di dominasi oleh pada Sarjana Kesehatan Masyarakat. Jadi berbicara kesehatan masyarakat adalah membahas tentang eksistensi SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT, yang masih bergelut dengan pengembangan profesinya sendiri. Pembahasan tentang SKM adalah penguatan terhadap sistem kesehatan nasional yang tentu harus di dukung penuh oleh wadah tunggal profesinya yaitu Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Demikian arah pemikiran saya tentang posisi SDM kesehatan khususnya Sarjana Kesehatan Masyarakat, semoga dapat menjadi inspirasi bagi seluruh SKM di seluruh tana air untuk membangun konsolidasi diri memaksimalkan peran dalam mendukung pembangunan kesehatan nasional.

# **Peran Sarjana Kesehatan Masyarakat dalam Gerakan Penyelamatan 1000 Hari Pertama Kehidupan untuk Menurunkan *Stunting* dan Angka Kematian Ibu**

Sri Sumarmi, S.KM., M.Kes  
Departemen Gizi Kesehatan – FKM Universitas Airlangga  
Kampus C Mulyorejo, Surabaya - 60115  
Email : msrisumarmi@gmail.com

## **Abstrak**

Gerakan penyelamatan 1000 (seribu) hari pertama kehidupan (1000 HPK) di Indonesia merupakan pangejawantahan gerakan besar *Scaling Up Nutrition (SUN movement)* yang diprakarsai oleh *Maternal and Child Nutrition Study Group* dari John Hopkins Bloomberg School of Public Health pada tahun 2010 dan di publikasi secara *massive* oleh Jurnal terkemuka the Lancet. Gerakan ini menjadi salah satu motor bagi upaya penurunan angka kematian ibu dan anak, serta masalah *stunting* secara global di 35 negara, termasuk Indonesia. Seribu hari pertama kehidupan yaitu periode yang diawali sejak masa konsepsi hingga usia 2 tahun, merupakan periode kritis awal kehidupan yang menentukan kualitas hidup di masa yang akan datang. Program intervensi gizi yang difokuskan pada periode 1000 hari pertama kehidupan akan memberikan dampak yang lebih besar terhadap indikator kesehatan pada masa dewasa. Gerakan ini memerlukan berbagai pendekatan program dan intervensi, yang meliputi *nutrition-specific intervention/ programmes* dan *nutrition-sensitive intervention/programmes*, serta melibatkan berbagai sektor. Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) sebagai salah satu praktisi kesehatan dapat mengambil peran di kedua pendekatan program tersebut, dengan berbagai posisi dan di berbagai level. Mulai dari perancang dan perencana program, pelaksana hingga sebagai evaluator maupun peneliti untuk menguatkan gerakan ini dalam rangka upaya penurunan angka kematian ibu dan anak serta menurunkan prevalensi *stunting* di Indonesia.

Kata Kunci : 1000 HPK, *Scaling Up Nutrition*, Angka kematian ibu, *stunting*

## **Pendahuluan**

Angka kematian ibu melahirkan merupakan salah satu indikator yang sangat sensitif untuk menilai derajat kesehatan suatu penduduk di wilayah tertentu. Saat ini Indonesia masih menghadapi tingginya angka kematian ibu melahirkan di beberapa Propinsi. Masalah lain yang saat ini sedang menjadi fokus perhatian di berbagai negara sedang berkembang adalah tingginya prevalensi *stunting* pada balita. Kedua masalah ini

sesungguhnya saling terkait dan menimbulkan kompleksitas masalah kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Masalah kesehatan ibu dan anak melibatkan berbagai faktor yang sangat kompleks, karena masalah tersebut tidak hanya terjadi antar generasi dari ibu ke anak, namun juga terjadi secara trans-generasi atau dari nenek ke cucu (Achadi, 2013). Gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan merupakan nasional untuk memutus mata rantai masalah kesehatan ibu dan anak. Gerakan besar ini tentu harus didukung berbagai sektor, serta berbagai profesi. Tidak hanya profesi kesehatan, namun juga profesi lainnya seperti para pendidik, akademisi, profesi yang bergerak di bidang pertanian, bahkan para pengusaha serta profesi lainnya. Sarjana Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu praktisi bidang kesehatan tentunya dapat berperan dalam gerakan ini di berbagai lini.

### **Kematian Ibu Melahirkan dan Stunting pada Balita**

Saat ini Indonesia mengalami kegagalan dalam pencapaian target penurunan angka mortalitas maternal. Sejak tahun 1994 telah terjadi penurunan angka kematian ibu secara bertahap dari 390 per 100 000 kelahiran hidup menjadi 334 per kelahiran hidup pada tahun 1997, dan semakin turun pada tahun 2007 menjadi 228 per 100 000 kelahiran hidup (Bappenas, 2012), namun terjadi peningkatan drastis pada tahun 2012. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian ibu melonjak sangat signifikan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2013).

Penyebab dari mayoritas kasus kematian ibu sesungguhnya dapat dicegah, dan diperkirakan lebih dari 40% wanita hamil memiliki risiko kelainan obstetri yang tidak terlalu fatal. Sekitar 15% kelahiran terjadi komplikasi karena keadaan fatal yang membutuhkan perawatan emergensi (WHO, 1999; WHO, 2001). Menurut Bale *et al.*, (2003), ada 5 penyebab terbesar kematian ibu di negara sedang berkembang, yaitu perdarahan, eklampsia/pre eklampsia, sepsis, aborsi (*unsafe abortion*), dan obstruksi kelahiran. Kelima penyebab tersebut mencakup dua per tiga dari seluruh kematian ibu. Penyebab tidak langsung kematian ibu berkontribusi sekitar 20% dari angka kematian, termasuk keadaan atau penyakit yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing condition*).

Masalah besar lainnya adalah tingginya prevalensi gizi kurang (*undernutrition*) dan *stunting* atau pendek. Data global menyebutkan 3,1 juta balita meninggal setiap tahun karena gizi kurang, dan jumlah ini menyumbang 45% dari total angka kematian anak di dunia (Black *et al.*, 2008; Black *et al.*, 2013). Indonesia memiliki jumlah anak dengan hambatan pertumbuhan terbanyak kelima di dunia. Diperkirakan sekitar 165 juta anak dibawah usia lima tahun di Indonesia pendek dan terhambat pertumbuhannya (Unicef, 2013). Data Riskesdas menunjukkan adanya peningkatan prevalensi stunting pada anak balita, dari 35,6% pada tahun 2010 menjadi 37,2% pada tahun 2013. Tujuh provinsi memiliki prevalensi sangat tinggi (40% atau lebih), sedangkan 17 provinsi memiliki prevalensi tinggi antara 30-39% (Badan Litbang Kemenkes RI, 2007; Badan Litbang Kemenkes RI, 2010, Badan Litbang Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan data yang diuraikan di atas, nampaknya pencapaian *Millenium Development Goals* (MDG's) tahun 2015 di Indonesia masih belum memuaskan. *Goal* ke-4 tentang penurunan angka kematian anak dan goal ke-5 tentang perbaikan kesehatan ibu yang menjadi "jantung" area pekerjaan di bidang kesehatan jelas belum tercapai. Hal ini tentu menjadi tantangan semakin besar dalam menghadapi era pasca MDGs dengan target yang ditetapkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), yang tidak hanya berupa indikator kesehatan, namun juga menggunakan indikator kesejahteraan (United Nation, 2015).

## **Apa yang Terjadi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan?**

Periode 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) adalah periode yang dimulai dari peristiwa konsepsi sampai dengan usia dua tahun (Black *et al.*, 2008). Konsep ini dikenalkan oleh Kelompok Studi Gizi Ibu dan Anak (*the Maternal and Child Nutrition Study Group*) dari Johns Hopkins Bloomberg *School of Public Health*. Konsep 1000 HPK pertama kali dikenalkan dalam *The Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition*, edisi Juli 2008.

Seribu hari pertama kehidupan terdiri dari 270 hari selama masa di dalam kandungan dan 730 hari selama 2 tahun pertama pasca lahir (Achadi, 2003). Apa yang terjadi pada 1000 hari pertama, sesuatu benar atau salah yang terjadi pada janin di dalam kandungan dan bayi setelah lahir selama periode ini akan memberikan dampak permanen untuk kehidupan selanjutnya. Oleh karena itu periode ini disebut sebagai periode emas (*golden period*).

Kehamilan terjadi setelah peristiwa konsepsi yaitu pembuahan sel telur oleh sel sperma yang terjadi di ampulla tuba falopii. Setelah konsepsi berjalan dengan sukses, selanjutnya terjadi beberapa tahap perkembangan janin di dalam kandungan. Perkembangan janin dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap pre-implantasi, tahap implantasi dan plasentasi, serta tahap embriogenesis atau organogenesis (Guyton & Hall, 2006).

Pada awal kehamilan terjadi proses implantasi, yaitu menempelnya calon janin ke dinding rahim. Proses ini akan diikuti dengan pembentukan plasenta. Plasenta adalah organ sebagai tempat dua sirkulasi, sirkulasi darah maternal dan darah janin saling melintas. Fungsi utama plasenta adalah memfasilitasi transfer zat gizi dan oksigen dari sirkulasi darah ibu menuju darah janin, dan memfasilitasi keluarnya produk ekskreta dari janin kembali ke sirkulasi darah ibu (Ahokas & McKinney, 2008). Plasenta tumbuh sangat cepat pada awal kehamilan dan mencapai ukuran maksimum sekitar minggu ke-12 (Atkinson *et al.*, 2006).

Tahap pertama pertumbuhan plasenta berakhir pada minggu ke-36, yang ditandai dengan peningkatan jaringan parenkim dan jaringan non-parenkim. Jaringan parenkim terdiri dari ruang extravili (*intravillous space*), jaringan trofoblas dan fetal kapiler dari perifer vili. Jaringan non parenkim terdiri dari desidua, jaringan ikat, septa inter *cotyledon*, pembuluh darah janin, dan cadangan fibrin. Tahap kedua perkembangan plasenta mulai minggu ke-36 hingga kelahiran, disebut fase maturasi (pematangan). Tahap pematangan



pertumbuhan plasenta ditandai dengan pertumbuhan janin tanpa disertai peningkatan fungsi plasenta. Tahap pematangan hanya terjadi peningkatan jaringan non parenkim (non fungsional). Perkembangan plasenta yang pesat pada awal kehamilan, dibutuhkan untuk pertumbuhan janin pada trimester akhir kehamilan (IOM, 2009).

Pertumbuhan janin di dalam kandungan merupakan suatu mekanisme yang lebih kompleks dibandingkan pertumbuhan setelah lahir. Janin diberi makan melalui suatu alur suplai yang kompleks yang melibatkan banyak faktor seperti, kondisi gizi ibu, termasuk apa yang di makan dan diserap, adaptasi kardiovaskular, pertumbuhan plasenta serta fungsinya, faktor janin, termasuk berbagai hormon yang dihasilkan oleh janin makanan, serta faktor genetik (Fall *et al.*, 2003).

Berbagai hormon berperan dalam mendukung pertumbuhan janin, diantaranya adalah hormon insulin-like growth factor (IGF), dan human placental lactogen (hPL). Hormon IGF terdiri dari IGF-1 dan IGF-2 membentuk kerja sistem IGF, dimana kedua hormon ini dalam menunjang pertumbuhan janin bekerja melalui jalur yang berbeda. Hormon IGF-1 dapat menurunkan simpanan lemak dalam jaringan adipose ibu, serta mengatur transfer zat gizi dari sirkulasi darah ibu ke janin melalui plasenta, sedangkan IGF-2 menunjang pertumbuhan janin dengan cara meningkatkan struktur dan kapasitas fungsional plasenta (Sferruzzi-Perri *et al.*, 2006).

Hormon hPL memiliki efek somatotropik langsung pada jaringan fetus, yang akan mengubah metabolisme karbohidrat dan lemak untuk menyediakan kebutuhan zat gizi serta membantu merangsang proliferasi sel mammae (Walker *et al.*, 1991). Selain itu, hPL berperan sangat besar untuk mendukung proses pertumbuhan janin, dan aksi hormon ini mungkin dengan menstimulasi produksi IGF (Handwerger & Freemerk, 2000).

Pertumbuhan janin dalam kandungan dapat terhambat karena kekurangan suplai zat gizi dari ibu, sehingga menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Kasus BBLR banyak dijumpai di negara sedang berkembang. Di negara sedang berkembang BBLR lebih sering disebabkan oleh IUGR (Norton, 2008; Black *et al.*, 2008; Beck *et al.*, 2010; Black *et al.*, 2013). Intervensi gizi dengan pemberian suplemen multi mikronutrien selama kehamilan terbukti dapat meningkatkan berat badan bayi lahir dibandingkan hanya pemberian suplemen zat besi folat saja (Osrin *et al.*, 2005; Kaestel *et al.*, 2005; Gupta *et al.*, 2007; Sunawang *et al.*, 2009; Sri Sumarmi *et al.*, 2014a), serta menurunkan angka prematuritas (Catove *et al.*, 2007; Villar *et al.*, 2003; Sri Sumarmi *et al.*, 2015).

### **Scaling Up Nutrition Movement**

*Scaling Up Nutrition Movement (The SUN Movement)* diluncurkan pertama kali pada bulan April tahun 2010 dan diluncurkan di depan *United Nation General Assembly* pada bulan Oktober 2010. Gerakan ini sebagai respon untuk mengatasi kompleksnya masalah gizi dan kesehatan ibu dan anak yang dipublikasi oleh *the Maternal and Child Nutrition Study Group* yang dipimpin oleh Robert E Black dalam *the Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition* Januari 2008. Peluncuran gerakan ini dilakukan dalam pertemuan Bank Dunia (*World Bank*) dan *International Monetary Fund (IMF)*. Pada saat

itu dikenalkan suatu kerangka kerja sebagai solusi untuk mengatasi masalah malnutrisi dalam upaya yang bersifat kolektif dan terpadu dimana semua stakeholder, termasuk pemerintah, akademisi, masyarakat, organisasi dibawah *United Nation* (WHO, UNICEF, FAO dan lainnya), *Development Bank*, dan kelompok bisnis, mengambil peran spesifik masing-masing untuk menjamin bahwa intervensi dilaksanakan secara merata dan dalam skala masing-masing (Nabarro, 2013).

Kerangka kerja ini kemudian menjadi suatu kebijakan global yang dikenal sebagai *SUN Framework*, dengan meletakkan tahap untuk transformasi permasalahan gizi secara global yang terjadi saat ini. Dalam perjalanan advokasi *partnership* program 1000 hari di berbagai negara, *road map* SUN yang dipersiapkan pada tahun 2010 kemudian direvisi pada tahun 2012 (*Secretariat SUN Movement*, 2012). Pada bulan April 2013, 35 negara telah bergabung dalam *SUN movement*, dengan komitmen kebijakan yang segaris dengan *road map* dan *SUN Framework* (Nabarro, 2013). Beberapa fondation besar seperti *The Bill & Melinda Gates Foundation*, *W.K. Kellogg Foundation*, *The David & Lucile Packard Foundation* dan *fondation* lainnya serta Departemen dalam Negeri Amerika Serikat telah menjadi *founding partners* untuk gerakan ini. Selain partner *founding partners*, berbagai *Non Government Organization* (NGO) telah bergabung sebagai *program partners* (Thousanddays.org, 2013).

*SUN Framework* di masing-masing negara diterjemahkan sebagai strategi dan program gizi tingkat nasional, dengan memperluas intervensi yang berbasis bukti (*evidence based intervention*) dan intervensi yang bersifat *cost-effective*, mengintegrasikan program gizi di dalam strategi dan berbagai program nasional antara lain strategi dan program untuk kesetaraan gender, program di bidang pertanian, ketahanan pangan, perlindungan sosial, pendidikan, penyediaan air bersih sanitasi, pelayanan kesehatan dan program lainnya (Nabarro, 2013).

Bentuk intervensi dan program untuk mengatasi masalah gizi ibu dan anak yang bersifat multi sektor dan multi pendekatan dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu intervensi yang bersifat spesifik (*nutrition-specific intervention and programmes*) dan intervensi yang bersifat sensitif (*nutrition-sensitive intervention and programmes*). *Nutrition-specific intervention/programmes* adalah suatu intervensi atau program yang ditujukan untuk memperbaiki determinan jangka pendek (*immediate determinants*) dari kondisi gizi janin dan anak serta perkembangannya. Contoh dari program jenis ini adalah pemberian makanan tambahan pada ibu hamil dan balita, suplementasi mikronutrien pada kelompok remaja, wanita usia subur pada masa prakonsepsi dan pada masa kehamilan, fortifikasi, penanganan malnutrisi akut tingkat berat (*severe acut malnutrition*) pencegahan penyakit dan manajemen gizi pada kondisi darurat. *Nutrition-sensitive intervention/programmes* adalah suatu bentuk intervensi atau program yang ditujukan untuk mengatasi determinan jangka panjang atau penyebab dasar (*underlying determinants*) kondisi gizi janin dan anak serta perkembangannya. Contoh program kategori ini antara lain berbagai program di bidang pertanian, ketahanan pangan, jaring penyelamatan sosial (*social safety net*), kesehatan mental ibu, pemberdayaan

perempuan, perlindungan anak, penyediaan air bersih dan sarana sanitasi, kebersihan lingkungan dan keluarga berencana (Ruel *et al.*, 2013; Andersen, 2013).

## **Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan di Indonesia**

Indonesia merupakan salah satu negara yang telah bergabung dalam SUN movement pada tahun 2013. Di Indonesia *SUN Framework* telah dijadikan sebagai dasar kebijakan pemerintah dalam penuntasan masalah gizi dan kesehatan ibu dan anak. Kebijakan pemerintah ini dituangkan dalam Peraturan Pemerintah No. 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Pada tanggal 30 Oktober 2013 telah diluncurkan “Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan” oleh Presiden Republik Indonesia di Padang Sumatera Barat.

Mengacu pada SUN Framework, sebagian besar dari 13 intervensi di bidang gizi yang terbukti paling *cost effective* sudah dilaksanakan di Indonesia, namun hasilnya tidak efektif. Hal ini terutama karena masalah gizi sementara ini dianggap sebagai tanggung jawab sektor kesehatan semata. Sesungguhnya hanya 30% masalah gizi yang bisa diselesaikan oleh sektor kesehatan, sedangkan 70% lainnya harus dikerjakan oleh sektor lainnya. Karena sifatnya yang sangat multi faktorial dan multi sektoral, maka diperlukan satu kerangka kerja yang bersifat “*Three Ones*” atau Tiga-Satu yang telah disepakati, yaitu: 1) Satu kerangka kerja sebagai dasar untuk koordinasi kerja semua mitra; 2) Satu otoritas koordinasi tingkat nasional; 3) satu sistem monitoring dan evaluasi tingkat nasional (Achadi, 2013).

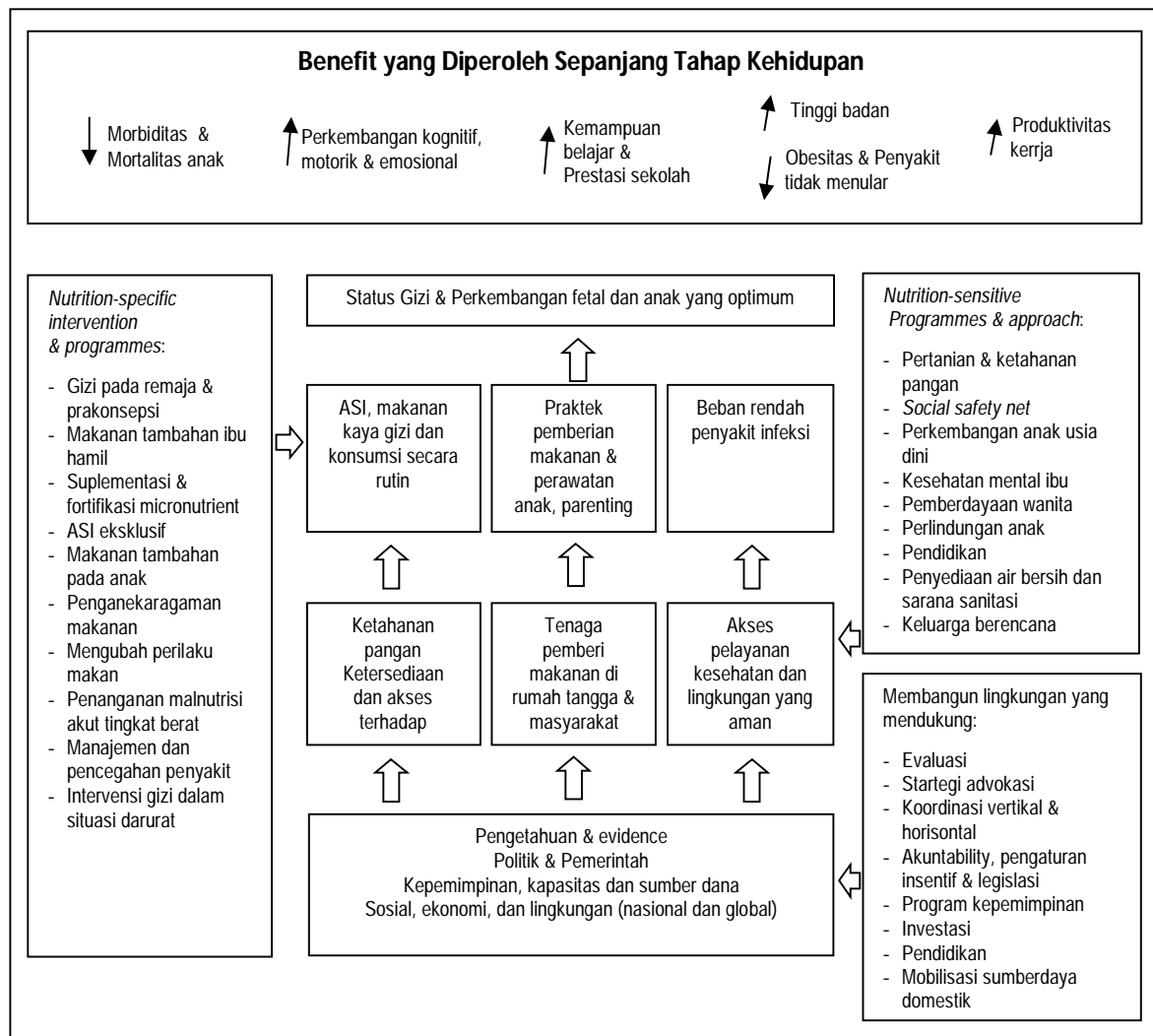
## **Peran Sarjana Kesehatan Masyarakat dalam *SUN Movement***

Berbagai profesi terlibat dalam gerakan *scaling up nutrition* dalam rangka penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan. Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) sebagai salah satu tenaga kesehatan telah menjadi tulang punggung dalam pembangunan kesehatan di Indonesia bersama dengan profesi kesehatan lainnya. Mengacu SUN *framework* yang telah disusun sebagai landasan untuk aksi penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan dengan berbagai intervensi, maka S.KM dapat berperan di berbagai posisi dan berbagai bidang. Sarjana Kesehatan Masyarakat dapat bekerja pada 7 bidang di area kesehatan masyarakat, yaitu bidang epidemiologi, kesehatan lingkungan, bidang gizi, promosi kesehatan, administrasi dan kebijakan kesehatan, keselamatan kerja, serta biostatistik dan kependudukan.

Dalam *nutrition-specific intervention* S.KM yang bergerak di bidang gizi dapat berperan dalam merancang, merencanakan serta mengimplementasikan program penanggulangan masalah gizi pada remaja dan prakonsepsi, program suplementasi dan fortifikasi, penganeekaragaman makanan dan program spesifik lainnya. Program manajemen dan pencegahan penyakit akan melibatkan peran tenaga di bidang epidemiologi.

*Nutrition-sensitive program* memerlukan keterlibatan S.KM dalam program social safety net, perkembangan anak usia dini, penyediaan air bersih dan sarana sanitasi dan

keluarga berencana. Program ini juga membutuhkan peran profesi dan sektor lain. Kategori program ini lebih banyak memerlukan peran sektor lain diluar kesehatan. Lihat Gambar 1.



Gambar 1. Kerangka kerja untuk aksi dalam mencapai status gizi dan perkembangan janin dan anak yang optimum dalam *SUN movement* (Sumber: Black *et al.*, 2013).

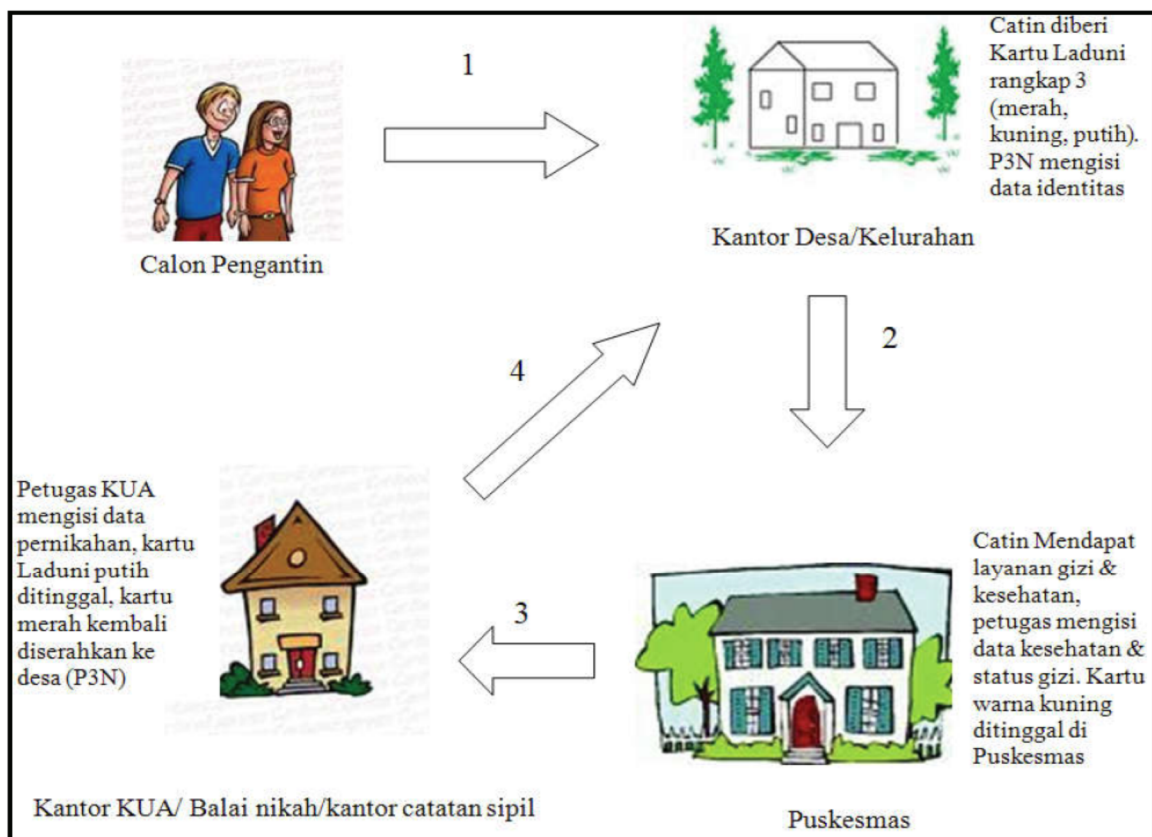
Program pendidikan dan perkembangan anak usia dini tentu memerlukan peran guru maupun profesi lain seperti psikolog. Program perlindungan anak melibatkan peran sektor sosial maupun peran NGO yang bergerak untuk menangani hak asasi manusia (HAM) dan perlindungan anak.

Mengingat gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan dilakukan dengan pendekatan multi sektor, maka S.KM harus dapat menjadi perancang program yang bersifat terpadu. Kompetensi S.KM dalam berkomunikasi dan berkoordinasi serta kemampuan advokasi akan sangat diperlukan dalam menyusun perencanaan terpadu (*integrated planning*) dan untuk mengimplementasikan suatu program terpadu (*intergrated program*) yang melibatkan berbagai sektor.

## Sistem Layanan Terpadu Pra-nikah (Laduni), Sebuah “Lesson Learn”

Salah satu bentuk intervensi yang bersifat terpadu dalam melibatkan multi sektor dalam *nutrition-specific intervention* yang dilaksanakan di tingkat lokal adalah sistem **Layanan Terpadu Pra-nikah** atau disingkat **Laduni** yang dikembangkan di Kabupaten Probolinggo pada tahun 2010. Laduni adalah pelayanan pra-nikah yang bersifat menyeluruh kepada calon pengantin yang akan melangsungkan pernikahan, yang meliputi pelayanan administratif, pelayanan kesehatan dan pelayanan konseling (Sri Sumarmi *et al.*, 2014b).

Laduni dikembangkan dengan tujuan untuk mengatasi masalah tingginya angka kematian ibu dan bayi, prevalensi BBLR dan anemia pada ibu hamil dan pad awanita usia subur. Pilot project ini disusun dengan dukungan dana dari Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaetn Probolinggo, Provinsi Jawa Timur. Dalam mengembangkan sistem layanan terpadu ini melibatkan berbagai sektor atau lembaga, antara lain Departemen Agama, mulai dari tingkat desa dengan melibatkan petugas pencatat pernikahan (P3N), petugas kantor Urusan Agama (KUA), Dinas Kesehatan yang melibatkan petugas Puskesmas dan bidan desa. Laduni diimplementasikan di 9 kecamatan di kabupaten Probolinggo. Alur pelayanan Laduni dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Pelayanan pranikah Laduni di Kabupaten Probolinggo, alaur layanan mulai dari desa, Puskesmas hingga KUA (Sumber: Sri Sumarmi *et al.*, 2014.b).

Laduni merupakan contoh program pelayanan prakonsepsi (*preconception care*). *Preconception care* adalah serangkaian intervensi untuk mengidentifikasi dan modifikasi biomedik, perilaku dan risiko sosial terhadap kesehatan wanita dan pasangan sebelum terjadinya konsepsi (WHO, 2013). Dengan pemeriksaan kesehatan prakonsepsi diharapkan seorang wanita yang menginginkan atau merencanakan kehamilan akan mencapai derajat kesehatan yang baik sejak sebelum hamil, sehingga akan mendapatkan *outcomes* kehamilan yang berkualitas. Pelayanan ini tidak hanya menekankan aspek kesehatan, tetapi lebih jauh lagi menerapkan konsep kesejahteraan sebelum hamil (*preconception wellness*).

Upaya pengembangan sistem layanan terpadu dalam pelayanan pranikah ini seperti Laduni yang dikembangkan di Kabupaten Probolinggo merupakan salah satu bentuk intervensi yang sangat mendukung gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan, dengan intervensi berupa suplementasi multi mikronutrien selama periode prakonsepsi. Sasaran intervensi adalah pasangan calon pengantin, dan sasaran suplementasi adalah calon pengantin wanita. Implementasi dari sistem ini sesungguhnya telah berjalan dengan baik di 9 kecamatan selama kurun waktu tahun 2010 hingga tahun 2014, namun keberlanjutan dari pilot project ini sangat ditentukan oleh komitmen pemerintah kabupaten sendiri. Apabila pemerintah setempat tidak memiliki komitmen yang tinggi dalam mensukseskan gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan, maka upaya yang telah dirintis ini akan sia-sia. Peran para S.KM di daerah menjadi sangat penting, terutama untuk melakukan advokasi kepada Bupati ataupun lembaga legislatif tentang pentingnya 1000 hari pertama kehidupan untuk menentukan kondisi kesehatan di masa yang akan datang.

## Daftar Pustaka

- Achadi EL. 2013. Seribu hari yang menentukan masa depan bangsa. *Orasi Guru Besar tetap Gizi Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*.
- Ahokas RA and McKinney ET. (2008). Development and physiology of placenta and membranes. *Glob. Libr. Women's med.* (ISSN:1766-2228), 2008; DOI 10.3843/GLOWM 10101.
- Andersen PP. 2013. Nutrition-sensitive food systems: from rhetoric to action. *The Lancet*. Published online on June 6 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61053-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61053-3).
- Atkinson DE, Boyd RDH and Sibley CP. (2006) Placental transfer. In Neill (ed). *Knobil and Neill's Physiology of Reproduction Third Edition*. Academic Press-Elsevier. San Fransisco. pp.2787-2827.
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta. BPS.
- Badan Litbangkes Kemenkes RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Badan Litbangkes Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bale JR, Stoll BJ and Lucas AO. 2003. *Improving Birth Outcomes*. Washington DC. Nantional Academic Press.

- Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, Rubens C, Menon R and Van Look PFA. (2010) The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*, 88:31-38.
- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. Publish Online January 17, 2008. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
- Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. Published Online June 6, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X) 2013.
- Catove JM, Bodnar LM, Ness RB, Markovic N, and Roberts JM. (2007). Association of periconceptional multivitamin use and risk of preterm or small-for-gestational-age births. *Am J Epidemiol*, 166(3):296-303.
- Fall CHD, Yajnik CS, Rao S, Davies AA, Brown N and Farrant HJW. 2003. Micronutrient and fetal growth. *J. Nutr*, 133:1747S-56S.
- Gupta P, Ray M, Dua T, Radhakrishnan G, Kumar R, and Sachdev HPS. (2007) Mutimicronutrient supplementation for undernourished pregnant women and the birth size of their offspring. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161: 58-64.
- Guyton AC and Hall JE. 2006. *Textbook of Medical Physiology 11<sup>th</sup> edition*. Elsevier Saunders. Philadelphia, pp1027-1038.
- Handwerker S and Freemark M. (2000).. The roles of placental growth hormone and placental lactogen in the regulation of human fetal growth and development. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 13(4):343-56.
- Kaestel P, Michaelson KF, Aaby P, Friis H. 2005. Effect of prenatal multimicronutrient supplements on birth weight and perinatal mortality: a randomized controlled trial in Guinea-Bissau. *Eur J. Clin Nutr*, 59:1081-89.
- Kawai, Spiegelman D, Shankar AH, and Fawzi WW. 2011. Maternal multiple micronutrient supplementation and pregnancy outcomes in developing countries: meta-analysis and meta-regression. *Bull World Health Organ*, 89:402–411B.
- Nabarro D. 2013. Global child and maternal nutrition-The SUN rises. *The Lancet*. Publish online June 6, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61053-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61053-3).
- Norton R. (2008) Maternal nutrition during pregnancy as it affects infant growth, development and health. ACC/SCN. [www.scn.org](http://www.scn.org) sitasi tanggal 26 Februari 2008.
- Osrin D, Valdya A, and Shrestha Y. 2005. Effect of antenatal multiple micronutrient supplementation on birth weight and gestational duration in Nepal: double blind randomized controlled trial. *Lancet*, 365: 955-62.
- Ruel MT, Alderman H, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Nutrition-sensitive intervention and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*. Published online on June 6 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0).
- Sferruzzi-Perri AN, Owens JA, Pringle KG, Robinson JS, and Robert CT. (2006) maternal insulin-like growth factors-I and -II act via different pathways to promote fetal growth. *Endocrinology*, 147:3344-3355.

- Secretariat of the Scaling Up Nutrition Movement. 2012. SUN Movement: Revised Road Map. [http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-Movement-Road-Map-September-2012\\_en.pdf](http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-Movement-Road-Map-September-2012_en.pdf). Disitasi tanggal 3 Januari 2016.
- Sri Sumarmi, Hadi H, Lestariana W, Nurdiana DS, and Wirjatmadi B. 2014a. Preconceptional supplementation of multi micronutrient to improve maternal iron status and pregnancy outcomes. *Report*. Danone Institute Indonesia and Airlangga University.
- Sri Sumarmi, Puspitasari N, Walono T, dan Maria A. 2014b. Pengembangan sistem layanan terpadu pranikah (Laduni) di Kabupaten Probolinggo. *Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi X*. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. Jakarta. pp. 1301-1318.
- Sri Sumarmi, Wirjatmadi B, Kuntoro, Gumilar E, Adriani M, and Retnowati E. 2015. Micronutrients Supplementation during Preconception Period Improves Fetal Survival and Cord Blood Insulin-like Growth Factor 1. *Asian J Clin Nutr*, 7(2): 33-44.
- Sunawang UB, Utomo B, Hidayat A, Kusharisupeni, Subarkah. 2009. Preventing low birthweight through maternal multiple micronutrient supplementation: a cluster-randomized, controlled trial in Indramayu, West Java. *Food Nutr Bull*,30(Suppl):S488–95.
- Thousanddays.org. 2013. The 1000 days partnership. <http://thousanddays.org/about/partners/> Disitasi tanggal 3 Januari 2016.
- Unicef Indonesia. 2013. Kemajuan global menunjukkan bahwa jumlah balita pendek bisa dikurangi. [http://www.unicef.org/indonesia/id/media\\_20795.html](http://www.unicef.org/indonesia/id/media_20795.html). Disitasi tanggal 2 Januari 2016.
- United Nation (UN). 2015. Sustainable Development Goals, 17 Goals to transform our world. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/Sustainable-development-goals/> Disitasi tanggal 2 Januari 2016.
- Villar J, Merialdi M, Gulmezoglu AM, Abalos E, Carroli G, Kulier R and de Onis M. 2003. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: An overview of randomized controlled trials. *J. Nutr*, 133: 1606S-1625S.
- Walker WH, Fitzpatrick SL, Barrera-Saldaña HA, Resendez-Perez D, and Saunders GF. (1991) The human placental lactogen genes: structure, function, evolution and transcriptional regulation. *Endocr Rev*, 12(4):316-28.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2001. *Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2013. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. *Meeting report*. Geneva: WHO.



***SARASEHAN KESEHATAN  
MASYARAKAT***



# **Kilas Balik “Sarjana Kesehatan Masyarakat” Dan Tantangan Era Masyarakat Ekonomi Asean (MEA)**

Prof. Dr. Rika Subarniati Triyoga, dr., SKM.  
Guru Besar Emiritus Bidang Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga  
Kampus C Mulyorejo – Surabaya 60115

## **Pendahuluan**

Dalam acara Sarasehan para Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) yang terhimpun dalam PERSAKMI dan diadakan pada hari Sabtu 17 Oktober 2015 di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Airlangga (Unair) saya diminta sebagai salah satu nara sumber untuk menyajikan materi dengan judul seperti di atas.

## **Asal “Fakultas Kesehatan Masyarakat”**

Sebagai seorang dokter asisten dosen bagian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran (FK) Unair yang baru, saya wajib bekerja sebagai pimpinan Puskesmas, waktu itu saya ditempatkan di Puskesmas Semampir Kecamatan Semampir Kotamadya Surabaya selama hampir 3 tahun (1971 – 1974, dengan tugas sebagai berikut:

- 1, Melakukan Pelayanan Medis meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis, menulis resep berikut memberika pendidikan kesehatan kepada pasien / pengantarnya. Bila kondisi akut & gawat atau dinilai perlu pemeriksaan penunjang ataupun dokter spesialis, maka pasien perlu dirujuk.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat. l. berupa pendidikan / penyuluhan kesehatan di masyarakat luas, berbagai jenis panti (jompo, Asuhan Anak, dll). Rapat lintas sektor, serta pemberdayaan masyarakat, Usaha Kesehatan Sekolah, Kesehatan Ibu & Anak, Gizi Masyarakat, Kesehatan Kerja & Sanitasi Lingkungan, dll.
3. Melakukan kerja Administratif, a.l. membuat laporan dan pencatatan kegiatan pelayanan, keuangan, pemeliharaan sarana, dll
4. Melakukan pendidikan lapangan para calon tenaga kesehatan, misal dokter
5. Melakukan pengabdian masyarakat, khususnya pada hari Kesehatan Nasional maupun Internasional.

Sebagai asisten dosen, selain wajib Pimpin PusKesMas 2-3 tahun, sesudah selesai setiap dosen wajib melakukan Tugas Utama: Tri Dharma Perguruan Tinggi. Sebagai dosen junior dalam bidang 1) Pendidikan: Latihan Beri Kuliah, Membimbing PBL & Menguji. Selain itu juga wajib mengikuti pendidikan Strata 2 di dalam atau di luar Negeri. Saya

belajar S2 di UI, satunya yang ada waktu itu. Semula FKM-UI membuka Program Studi Strata 2 (Prodi S2) dengan lulusan yang menyandang gelar akademis SKM, termasuk saya adalah lulusan Prodi S2 FKM-UI minat studi *Health Educator* (sebagai *HE-Specialist*) tahun 1976. Waktu itu ada kerja sama antara FKM-UI dengan beberapa FKM di Luar Negeri a.l. *School of Public Health University of Hawaii*, sehingga ada dosen dari luar negeri. Saya merupakan angkatan terakhir program pendidikan *HE Specialists* yang umumnya harus kuliah di luar Negeri yaitu a.l. di Amerika Serikat. Semua mahasiswa program ini mendapat beasiswa.

Dalam bidang 2). Penelitian : wajib menampilkan hasil penelitian dalam a) seminar Lokal, b). seminar regional, Nasional, dimana dalam kesempatan ini saya rintis dengan menghubungi peserta dari lain universitas untuk melakukan penelitian *Multi Centres Research*, yang juga dapat diajukan dalam c). seminar Internasional, dimana dalam kesempatan ini juga saya rintis dengan menghubungi peserta dari negara lain untuk melakukan penelitian *Multi Countries Research*

Dalam bidang 3) Pengabdian Masyarakat berupa kegiatan pelayanan kesehatan/ pemberdayaan Masyarakat berdasar teori Pendidikan/Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku (PKIP) & riset yang pernah dilakukan sendiri/peneliti lain! Pengalaman yang didapat selama melaksanakan pengabdian masyarakat dapat untuk memperkaya materi kuliah yang diampu para dosen. Dengan demikian pengalaman melaksanakan TriDharma PT sangat membantu pengembangan kompetensi seorang dosen, karena ketiga komponen Tri Dharma PT merupakan *circulus vitiosus*.

Dari mengikuti berbagai seminar dan sering *sharing* pengalaman khususnya sebagai Kepala PusKesMas, para senior akhirnya mengadakan diskusi pentingnya ada jenis tenaga kesehatan (NaKes) baru yang mempunyai kompetensi berbeda tapi berkaitan dengan kompetensi NaKes yang sudah ada yang umumnya lebih menekankan pada aspek klinis.

Dari hasil diskusi para senior Ahli Kesehatan Masyarakat yang pada umumnya dokter dengan minimal lulusan Prodi S2 KesMas dan para pprofesor dari bagian IKM-KP dari 5 FK dari 5 Universitas merupakan God Fathers, yang membuat kesepakatan akan dibuka pendidikan S1 Kesmas dengan gelar SKM (ini sesuai peraturan dari KeMenDikBud waktu itu bahwa "Sarjana" untuk gelar lulusan Prodi S1, sedang untuk gelar lulusan Prodi S2 adalah "Magister". Sehubungan dengan kesepakatan tersebut di atas, maka Universitas Indonesia (UI), Universitas Airlangga (UNAIR), Universitas Diponegoro (UNDIP), Universitas Sumatera Utara (USU) dan Universitas Hasanuddin (UNHAS), membuka Prodi S1 IKM (PS-IKM) di masing FK sebagai persiapan FKM dimasing-masing universitas tersebut, berdiri berdasar SK DirJen Dikti Depdikbud RI No: 117/DIKTI/Kep/1984 tgl 24 September th 1984 (para mahasiswa berasal dari lulusan D3 linier: Akademi Keperawatan, Akademi Gizi, Akademi Penilik Kesehatan (APK), Akademi Kesehatan Lingkungan, Selanjutnya diperluas non-linier: D3 Anestesi, Kebidanan, Radiologi).

Segala persiapan termasuk a.l. penyusunan kurikulum, pendidikan lanjutan para dosen (untuk pendidikan S2 & S3) maupun kesempatan *short causes* dan memberi kuliah

di beberapa *Schools of Public Health* dari beberapa Universitas di Amerika Serikat bagi para senior, pelatihan para teknisi, penyediaan sarana & prasarana serta konsultan yang diperlukan diatur bersama dengan berusaha mendapat bantuan dana dari USAID untuk ke lima Universitas tersebut di atas dalam forum National Planning Meeting/ Workshop..

Dalam beberapa tahun pertama, pertemuan perencanaan tahunan (*National Planning Meeting*) secara rutin oleh masing-2 kelompok dosen dari setiap bagian tertentu dari Prodi S1 IKM FK ke 5 universitas tersebut. Disamping itu juga ada saling melakukan kunjungan kerja dari Prodi S1 IKM ke 5 Universitas tersebut yang masih didukung dana bantuan USAID

Sampai sekarang masih terasa adanya ikatan batin proses pengembangan FKM ke 5 Universitas tersebut dalam bentuk undangan sebagai dosen penguji luar untuk ujian Prodi S3, kuliah tamu atau promotor mahasiswa S3. Saya kira hal ini baik sekali, selain sebagai penyambung ikatan batin dan silahturrachmi juga untuk studi banding dan saling membantu proses pengembangan dalam rangka penyetaraan kualitas pendidikan.

## **Tantangan Era Masyarakat Ekonomi Asean (MEA)**

MEA yang terkait Perdagangan, 88% sudah relatif tidak bermasalah, karena sudah lama berbagai jenis barang sudah keluar & masuk Indonesia, meskipun demikian agar pedagang local tidak kalah bersaing, khususnya karena NaKer luar negeri lebih menguasai bahasa Inggris disamping kemampuan *human interrelationship* yang bersifat multi negara, secara perorangan/individu kita perlu mengembangkan lebih mengutamakan berbagai produk dalam negeri.

MEA terkait Jasa (khususnya praktisi medis Dokter, perawat, dokter gigi): sekitar 12% relatif tidak bermasalah karena yang mempergunakan hanya mereka yang mampu berbahasa Inggris dan finansial. Pola pikir tenaga kesehatan Indonesia harus mulai dikembangkan mulai dari masa pendidikan di FK, FKG, dan Stikes, tapi sebaiknya juga FKM. Saat ini kemampuan membuat pasien puas (*patients' satisfaction not only just patients' Safety*) perlu dikembangkan mulai dari anamnesis sampai sikap pelayanan khususnya *human interrelationship* dengan *Health Education & Health Promotion* yang diberikan dalam budaya dan Bahasa ibu para pasien, minimal dalam Bahasa Indonesia, akan lebih baik dalam Bahasa daerah. Dengan demikian Nakes Asing untuk beberapa tahun ini akan sulit menyaingi Nakes Indonesia. Kemampuan ini harus dikembangkan mulai saat pendidikan para Nakes Indonesia disamping berlatih Bahasa Inggris sejak kecil, baik di rumah, pergaulan maupun di pendidikan formal.

FKM Unair sedang bersiap-siap untuk Akreditasi secara internasional. Mungkin akhir tahun ini / awal tahun 2016 dilaksanakan. Kunjungan Kerja ke beberapa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas di negara ASEAN juga sudah dilakukan, bahkan ada beberapa dosen FKM-Unair memberi kuliah disana. Dengan demikian dapat diharapkan lulusannya nanti sudah berstandar internasional, khususnya ASEAN, berarti lulusan FKM-Unair nantinya akan setara dengan Lulusan Luar Negeri! Saya kira perlu dikembangkan juga ada pertukaran mahasiswa ataupun dosen antara FKM-Unair dengan FKM dari beberapa negara ASEAN secara rutin terjadwal.

### **Apa yang Harus Dilakukan Para Lulusan dalam Menghadapi MEA?**

Pengembangan *Soft Skill*, disamping kesetaraan kemampuan *hard skill*, Bahasa Inggris & komputer (IT) perlu dilakukan sejak mahasiswa masuk tahun pertama oleh setiap FKM yang ada. Banyak keberhasilan pengembangan karir yang berbeda antara beberapa lulusan yang sama-2 *cum laude* disebabkan karena perbedaan penguasaan *soft skill* mereka.

*Soft skill* yang perlu dikuasai antara lain adalah : KREATIFITAS, INOVATIF, SEMANGAT, PERCAYA DIRI, KOMPETENSI DIRI, AKTUALISASI DIRI, DISIPLIN DIRI, TANGGUNG JAWAB, INTERPERSONAL RELATIONSHIP yang *RESPECT TO OTHERS, FAIRNESS, GIVING & RECEIVING FEEDBACK, POSITIVE THINKIN, HELPFUL.*

Sehubungan dengan pengembangan *Soft Skill* ini maka setiap dosen diharapkan mampu memasukkan proses pengembangan ini dalam setiap satuan Acara Pengajaran (SAP) yang diampunya. Hal ini pihak yang berwenang dapat melakukan monitoring dan evaluasi melalui sistem yang dikembangkan pihak manajemen fakultas.

### **Penutup**

Telah disampaikan latar belakang berdirinya FKM yang menghasilkan lulusan dengan gelar SKM, serta bagaimana sebaiknya para manajemen dan dosen FKM beserta staf mempersiapkan proses dan sarana pendidikan agar menghasilkan lulusan yang berstandar internasional khususnya ASEAN, maupun para SKM harus menata pola pikir dan perilaku dalam menghadapi semua tantangan Era MEA.

Semoga apa yang saya sampaikan dapat bermanfaat bagi masa depan para SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT dalam Era Masyarakat Ekonomi Asean dan seterusnya. *Aaamiiin ya Robbalamiin.*

# Kesiapan Organisasi Profesi Persakmi dalam Membina SKM pada Era Masyarakat Ekonomi ASEAN

Hanifa M. Denny, S.KM., M.PH., Ph.D.,  
Ketua Pengurus Pusat PERSAKMI

## Pendahuluan

Lahirnya Sarjana Kesehatan Masyarakat berawal dari rintisan Doktor Mochtar yang bekerjasama dengan USAID, diperoleh Surat Keputusan Menteri Perguruan Tinggi dan Ilmu Pengetahuan No. 26 Tahun 1965 tanggal 26 Februari 1965, diputuskan bahwa Fakultas Kesehatan Masyarakat dibentuk di bawah naungan Universitas Indonesia (UI). Kemudian melalui Surat Keputusan Menteri Perguruan Tinggi dan Ilmu Pengetahuan No. 153 Tahun 1965, ditetapkan tanggal berdirinya FKM UI yaitu pada tanggal 1 Juli 1965 ([www.fkm.ui.ac.id](http://www.fkm.ui.ac.id)).

Pada awalnya, Fakultas Kesehatan Masyarakat FKM UI hanya menerima program S2 walaupun gelarnya SKM. Sedangkan pada tahun 1982 Universitas Hasanuddin (Unhas) melalui Fakultas Kedokteran mulai membuka Prodi S1 Kesehatan Masyarakat dengan menerima mahasiswa D3 untuk Lintas Jalur, dilanjutkan oleh Universitas Airlangga (Unair), Universitas Sumatera Utara (USU), Universitas Diponegoro (Undip) yang mulai pada tahun 1985. Pada tahun 1986, Unair mulai membuka PSKM untuk mahasiswa yang di rekrut dari SLTA sedangkan Undip, Unhas dan USU dimulai pada tahun 1987. Namun baru pada tahun 1988, UI mulai menerima mahasiswa S1 dari SLTA ([www.fkm.usu.ac.id](http://www.fkm.usu.ac.id); FKM UNDIP).

Kebutuhan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta lahirnya deklarasi Kependudukan dunia 1967 serta Pembentukan BKKBN pada tahun 1970 mendorong upaya pemberdayaan masyarakat serta pendidikan kesehatan masyarakat (Suyono, 2009). Gerakan tersebut didukung lembaga-lembaga internasional antara lain: USAID, WHO, UNDP, Bank Dunia, dan lain-lain yang ikut memberi pinjaman serta membantu pengembangan kapasitas sumber daya manusia di bidang kesehatan. Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) lahir karena kebutuhan untuk memperkuat lini pemberdayaan dan partisipasi masyarakat di bidang kesehatan. Untuk itulah Fakultas Kesehatan Masyarakat lahir yang dimulai dari 5 FKM perintis di Indonesia, yaitu: UI, Unhas, USU, Undip dan Unair ([www.usaid.gov](http://www.usaid.gov); USAID, 2013; USAID, 1988; [apps.who.int](http://apps.who.int)).

Sebelum tahun 2000, sebagian besar SKM terserap bekerja di jajaran instansi kesehatan pemerintah dan menjadi pegawai negeri sipil (PNS). Hal tersebut mengingat jumlah lulusan yang masih terbatas. Mengingat penyelenggara Prodi S1 Kesehatan Masyarakat baru lima universitas. Namun, setelah tahun 2000 sampai dengan sekarang hampir 182 prodi Kesmas S1 di Indonesia dengan jumlah mahasiswa berkisar antara tidak

ada mahasiswa sampai dengan lebih dari 1800 di tiap prodi atau total terdaftar di PDPT melebihi sepuluh ribu mahasiswa ([www.forlap.dikti.go.id](http://www.forlap.dikti.go.id)).

Dari hasil penelusuran alumni dan beberapa dialog dengan para SKM diperoleh informasi bahwa kesempatan bekerja bagi SKM pada era sekarang jauh lebih terbuka dibandingkan era sebelum tahun 2000. Namun mengingat makin meningkatnya jumlah lulusan maka persaingan pasar kerja juga makin ketat. Hasil penelitian Organisasi Buruh Sedunia (ILO) dilaporkan bahwa responden dari Thailand lebih siap dibanding responden dari Kamboja karena di Thailand sekarang diterapkan mempelajari bahasa-bahasa lain yang menjadi bahasa nasional anggota AFTA (ASEAN Plus). Konsekuensi AFTA adalah bertambahnya perpindahan tenaga kerja yang terampil, dibutuhkan investasi yang tinggi untuk biaya pelatihan, ketidakseimbangan antara jumlah dan permintaan tenaga kerja pada sektor-sektor tertentu serta adanya kesenjangan antara beberapa sektor pekerjaan. Kekhawatiran yang tinggi akan dampak negatif pekerjaan pada era AFTA diperlihatkan dari jawaban responden dari Indonesia dan Kamboja dengan alasan keprihatinan terhadap bahasa maupun kualitas pendidikan negeri (ILO, 2014).

Dari uraian tersebut maka AFTA merupakan kenyataan, tantangan dan peluang. PERSAKMI sebagai payung bagi SKM membantu merumuskan masa depan dan memaparkan peluang yang ada bagi pembinaan SKM di Indonesia.

## **Konsekuensi dan Tantangan MEA**

Masyarakat Ekonomi ASEAN atau yang lebih dikenal MEA dibentuk agar negara-negara ASEAN memiliki daya saing dengan negara Cina dan India dalam hal menarik investasi asing. Pasar ekonomi ASEAN ini memudahkan negara anggotanya untuk jual beli barang maupun jasa ke seluruh negara anggotanya. Dengan kebebasan tersebut maka kompetisi semakin keras, demikian pula dengan persaingan kebutuhan maupun permintaan tenaga kerja yang semakin dinamis. MEA menghapuskan peraturan untuk melakukan pembatasan perekrutan tenaga kerja asing (BBC Indonesia, 2014).

Sarjana kesehatan masyarakat tentu tidak hanya ada di Indonesia saja. Kompetensi dan keterampilan sarjana kesehatan masyarakat Indonesia dituntut untuk mampu bersaing dengan sarjana kesehatan masyarakat dari negara anggota ASEAN lain. Kemampuan bahasa yang multilingual dan pengakuan dari masyarakat baik masyarakat Indonesia maupun masyarakat negara anggota lain penting untuk dimiliki.

## **Tinjauan RPJPK**

Dalam Indonesia Sehat 2025, masyarakat idealnya aktif dan proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Di samping itu, masyarakat yang madani harus sadar hukum dan berdaya untuk berpartisipasi aktif dalam gerakan menuju masyarakat yang sehat. Hal tersebut terkait cita-cita mewujudkan masyarakat yang sehat dan selamat atau diistilahkan sebagai "*safe community*".



Dalam hal Sasaran Indonesia Sehat Tahun 2025 disebutkan bahwa Indonesia akan berada pada status angka umur harapan hidup (UHH): 73,7 tahun, angka kematian bayi (AKB): 15,5 per 1000 kelahiran hidup, angka kematian ibu (AKI): 74 per 100.000 kelahiran hidup, dan angka gizi kurang pada balita: 9,5% (Depkes, 2009).

Namun, pada era sekarang, banyak permasalahan kesehatan yang harus ditangani di Indonesia baik penyakit menular maupun non-menular. Permasalahan kesehatan masyarakat memang tidak terlepas dari keseriusan dalam upaya kesehatan masyarakat dan kurangnya pelayanan kesehatan yang bermutu. Sebagai contoh kurangnya pelayanan kesehatan yang bermutu antara lain: kurangnya petugas kesehatan yang profesional, rendahnya jumlah maupun kualitas sarana dan prasarana serta kurangnya keterjangkauan akses maupun biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Fasilitas, akses dan prosedur pelayanan kesehatan yang baik tersebut sangat diperlukan dalam mendongkrak derajat kesehatan masyarakat yang tinggi.

Keterbatasan akses menuju pelayanan kesehatan terjadi di beberapa daerah di Indonesia yang masih tertinggal seperti di daerah terluar. Beberapa tempat pelayanan kesehatan di daerah tertinggal di Indonesia tidak memiliki sarana yang memadai seperti obat-obatan, tempat tidur, dan sebagainya. Petugas kesehatan yang profesional meliputi tenaga medis, keperawatan, paramedis non keperawatan, dan administrasi medis di Indonesia tidak terdistribusi secara merata. Distribusi di daerah tertentu seperti Indonesia bagian timur jauh lebih sedikit daripada di Indonesia bagian barat.

Permasalahan selanjutnya yaitu masalah kesehatan yang disebabkan oleh perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan seseorang menurut Lawrence W. Green meliputi faktor predisposisi, faktor penguat, dan faktor pemungkin (Green, 1980; Maulana, 2009). Faktor predisposisi meliputi pengetahuan seseorang, sikap, kepercayaan, keyakinan, kebiasaan, nilai, norma sosial, budaya, dan faktor sosio demografi. Faktor pendorong meliputi lingkungan fisik, sarana kesehatan atau sumber yang mendukung, keterjangkauan sumber dan fasilitas, sedangkan faktor penguat meliputi pengaruh perilaku dari tokoh masyarakat, tokoh agama, guru, orang tua, dan sebagainya (Green, 1980).

Masalah kesehatan yang berasal dari perilaku seseorang, misalnya penyakit diare yang salah satunya disebabkan karena tidak mencuci tangan sebelum makan, dan sebagainya. Masalah lainnya yaitu masalah yang bersumber lingkungan yang dapat menyebarkan *tuberculosis* paru yang disebabkan oleh kondisi lingkungan yang tidak sehat, kesulitan akses menuju sumber air bersih, pengelolaan sampah atau limbah yang kurang baik, dan masih banyak lagi masalah-masalah keterbatasan sarana dan prasarana untuk pemenuhan kesehatan lingkungan.

Dengan permasalahan kesehatan tersebut, seorang sarjana kesehatan masyarakat diharapkan memiliki delapan kompetensi dasar. Kompetensi yang pertama yaitu mampu melakukan kajian dan analisis situasi (*analytical/assessment skills*) (The Council on Linkage Between Academia and Public Health Practice, 2014). Seorang sarjana kesehatan masyarakat diharapkan dapat menilai kelebihan, kekurangan, peluang, dan ancaman dari sebuah keadaan. Dengan kemampuan tersebut, seorang sarjana kesehatan masyarakat diharapkan mampu mengembangkan kompetensi yang kedua, yaitu kemampuan untuk

mengembangkan kebijakan dan perencanaan program (*Program policy development/program planning skills*) (Depkes, 2009). Pengembangan kebijakan dan program harus mempertimbangkan lima unsur, *specificity, measurability, achievability, relevancy, dan tangibility*.

Setelah sebuah kebijakan atau program dibuat, hal yang harus dilakukan yaitu menyebarluaskan kepada sasaran kebijakan atau program. Di sinilah kompetensi ketiga seorang sarjana kesehatan masyarakat diperlukan, yaitu kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif (*communication skills*) (Depkes, 2009). Komunikasi diperlukan untuk melakukan promosi kesehatan. Komunikasi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung, searah maupun dua arah. Seorang sarjana kesehatan masyarakat diharapkan dapat memilih metode komunikasi yang paling efektif dan efisien agar promosi kesehatan yang dilaksanakan dapat berhasil.

Hasil yang didapatkan dari kemampuan berkomunikasi dengan komunitas adalah kompetensi yang keempat, yaitu kemampuan untuk memahami budaya setempat (*cultural competency skills*) (Depkes, 2009). Setiap wilayah memiliki aturan, nilai, dan norma yang dianut masing-masing. Terkadang kebijakan yang disusun di suatu tempat dapat bertentangan dengan suatu nilai yang dianut oleh masyarakat di tempat lainnya, sehingga penting untuk memahami budaya yang dianut.

Setelah memahami sebuah komunitas, kompetensi kelima yaitu kemampuan untuk melaksanakan pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) perlu dimiliki seorang sarjana kesehatan masyarakat (Depkes, 2009). Pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan yang berasal dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat (Maulana, 2009). Dengan partisipasi yang besar dari masyarakat, diharapkan keberhasilan penerapan sebuah program atau kebijakan dapat meningkat. Dari kelima kemampuan tersebut, diharapkan seorang sarjana kesehatan masyarakat dapat memahami konsep ilmu kesehatan masyarakat (*Public Health Science Skills*) yang mana merupakan kompetensi keenam (Depkes, 2009).

Kompetensi ketujuh yaitu kemampuan untuk merencanakan keuangan dan ketrampilan dalam bidang manajemen (*Financial Planning and Management Skills*) (Depkes, 2009). Kemampuan dalam merencanakan keuangan dalam sebuah program penting dimiliki agar program tersebut berjalan dengan efisien. Kemampuan manajemen juga diharapkan dapat menciptakan perencanaan dan pelaksanaan program secara matang sehingga tingkat keberhasilan program tinggi.

Kompetensi terakhir yang diharapkan dimiliki oleh seorang sarjana kesehatan masyarakat yaitu kemampuan kepemimpinan dan berfikir sistem (*leadership and system thinking skills*) (Depkes, 2009). Kemampuan kepemimpinan dan berfikir secara sistematis diperlukan dalam pelaksanaan program. Unsur kepemimpinan berpengaruh penting dalam berjalannya sebuah organisasi atau tim. Dengan pemimpin yang berkompeten dalam mengkoordinasikan anggotanya, tingkat keberhasilan sebuah perencanaan semakin tinggi.

Seorang pemimpin diharapkan dapat merumuskan visi dan misi yang jelas serta memastikan semua anggota yang dipimpin memiliki pemahaman yang sama tentang visi

dan misi tersebut. Pemimpin juga diharapkan dapat menyusun langkah untuk mewujudkan visinya. Dengan kepemimpinan yang dimiliki pemimpin diharapkan konflik dapat terselesaikan ([www.businessdictionary.com](http://www.businessdictionary.com)).

## Kesimpulan

Kompetensi seorang sarjana kesehatan masyarakat dibuktikan salah satunya dalam Uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (UKSKMI). UKSKMI diharapkan dapat menjamin lulusan pendidikan tinggi kesehatan masyarakat yang kompeten dan terstandar. Dalam ujian ini, pengetahuan, sikap, analisa dan keterampilan seorang SKM dapat dijajagi secara dini sebelum seorang SKM bekerja di bidang upaya kesehatan masyarakat. Dapat disimpulkan bahwa untuk periode sekarang, UKSKMI merupakan metode untuk penilaian kompetensi dalam pengelolaan kesehatan masyarakat yang akan terus dikembangkan dan dimodifikasi sesuai kebutuhan dalam menguji kompetensi yang akan dapat dipakai sebagai acuan awal untuk menjajagi kemampuan SKM dalam meniti karir secara professional (Thaha dkk, 2014).

## Daftar Pustaka

- BBC Indonesia. 2014. Apa yang Harus Anda Ketahui tentang Masyarakat Ekonomi ASEAN.  
[http://www.bbc.com/indonesia/berita\\_indonesia/2014/08/140826\\_pasar\\_tenaga\\_kerja\\_aec](http://www.bbc.com/indonesia/berita_indonesia/2014/08/140826_pasar_tenaga_kerja_aec)
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Rencana Pembanguna Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025*. Jakarta.
- FKM UNDIP. Arsip Kumpulan Surat Keputusan Pendirian Prgram Studi dan Fakultas Kesehatan Masyarakat. (Belum di publikasi).
- Green LW, et al. 1980. *Health education planning: a diagnostic approach*. Mayfield Pub. Co.
- ILO. 2014. ILO Asia-Pacific working paper series: Survey of ASEAN employers on skills and competitiveness / Emerging Markets Consulting. Bangkok.  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-bangkok/documents/publication/wcms\\_249982.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-bangkok/documents/publication/wcms_249982.pdf)
- Maulana HDJ. 2009. *Promosi Kesehatan*. EGC.
- Suyono H. 2009. *Otobiografi Haryono Suyono: Mengubah Loyang Menjadi Emas*. Citra Kharisma Bunda. Depok.
- Thaha RM, Trihandini I, dkk. 2014. *Naskah Akademik Uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia*. Jakarta.
- The Council on Linkage Between Academia and Public Health Practice. 2014. *Core Comptencies for Public Health Professional*.<http://www.phf.org/corecompetencies>
- USAID. 1988. Program in Indonesia March 1988. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDABQ686.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDABQ686.pdf)
- USAID. 2013. Investing in Indonesia: A stronger Indonesia advancing national and global development.  
<https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/Indonesia%20CDCS%20FINAL%20Version.pdf>
- [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/129631/10/rdr84\\_HMD.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/129631/10/rdr84_HMD.pdf)
- [http://fkm.usu.ac.id/content/index/4/id\\_cnt\\_sejarah](http://fkm.usu.ac.id/content/index/4/id_cnt_sejarah)

<http://forlap.dikti.go.id/prodi/search/>

[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNABN224.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABN224.pdf)

<http://www.businessdictionary.com/definition/leadership.html#ixzz3RAmPB0OS>

<http://www.fkm.ui.ac.id/tentang-kami/selayang-pandang/sejarah/>

# Kiprah Sarjana Kesehatan Masyarakat di Dunia Lembaga Swadaya Masyarakat

Meytha Nurani, S.KM

*National Partnership Officer pada Training Resources Group (TRG) untuk program  
Delivering Responses for AIDS Programming.*

## Pendahuluan

Pekerjaan yang mapan di lembaga maupun perusahaan besar dengan gaji yang tinggi, mungkin menjadi impian bagi sebagian besar lulusan Perguruan Tinggi. “Bingung mau kerja apa” dilema yang saya yakin akan diucapkan oleh sebagian besar mahasiswa baru di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM), termasuk saya. Dan masih ada satu lagi mimpi yang banyak dialami oleh siswa FKM, kalau lulus saya mau jadi “Pegawai Negeri!”. Kalau mimpi ini terealisasi kebayangkan betapa penuhnya gedung Pemerintahan. Dan apakah ini berarti gedung penuh berarti masalah kesehatan di Indonesia selesai? Apakah dengan memenuhi gedung pemerintah dengan SKM, maka peran SKM dalam membantu masyarakat untuk mendapatkan kualitas hidup yang sehat dapat terealisasi? Apakah derajat kesehatan masyarakat yang baik akan segera tercapai?

Berbagai pertanyaan besar berputar dalam benak saya ketika baru menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat. Fakultas yang kini menjadi salah satu fakultas favorit di berbagai Perguruan Tinggi besar di Indonesia. Barangkali apa yang pernah saya alami, juga masih relevan dengan kondisi saat ini. Oleh karena itu tulisan ini akan menguraikan berbagai hal yang terkait dengan dunia kerja LSM bagi seorang SKM.

## Kompetensi SKM Apa yang Bisa Dijual...?

Mencari peluang kerja, pada dasarnya adalah menjual kompetensi diri. Menawarkan ketrampilan yang kita miliki kepada lembaga atau institusi atau bisa jadi kepada personal. Jika peluang kerja di berbagai lembaga tidak ada atau kurang menarik bagi kita, maka kita harus bisa menciptakan peluang kerja sendiri. Bekerja sendiri? Mungkinkah? Apa yang akan dijual? Tentu saja ketrampilan atau kreasi dan hasil pemikiran kita. Hal yang sudah jelas bahwa semua sarjana harus dapat menjual ketrampilannya ketika dia lulus, termasuk Sarjana Kesehatan Masyarakat. Akan tetapi bagaimana menjualnya? Sebelum saya bercerita tentang tempat bagi Sarjana Kesehatan Masyarakat dapat menjual kemampuannya, marilah kita lihat kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki oleh seorang SKM.

Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat dibekali banyak ilmu yang membantu mereka agar dapat bekerja di tengah-tengah masyarakat, sehingga dapat mendorong pola hidup sehat di masyarakat. Mereka belajar mengembangkan pesan sehat yang bisa

diterima dengan baik oleh Masyarakat, belajar menciptakan lingkungan fisik yang sehat dengan sanitasi yang baik, ketersediaan air yang sesuai dengan standar kesehatan serta limbah yang terkelola dengan baik. Calon SKM juga belajar menghitung kebutuhan dalam sebuah perencanaan layanan dengan menggunakan data dengan perhitungan statistik dan pendekatan epidemiologi dan masih banyak lagi. Semua komponen yang dipelajari tersebut sangat diperlukan dalam semua program pembangunan masyarakat atau biasa dikenal dengan aktifitas *Community Development*. Lebih tepatnya SKM bisa menjadi *agent of change* atau agen perubahan di masyarakat.

## **Mengembangkan Diri dengan Kemampuan *Community Development* di Dunia LSM**

Lembaga Swadaya Masyarakat adalah adalah sebuah organisasi yang didirikan oleh sekelompok orang yang secara sukarela memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa bertujuan untuk memperoleh keuntungan financial dari kegiatannya. Jadi inti dari kegiatan LSM adalah pengembangan potensi masyarakat atau *community development*. Termasuk didalamnya memberdayakan masyarakat dari segala aspek. Biasanya sebuah LSM memiliki fokus kegiatan tertentu, untuk mengatasi suatu masalah khusus yang dihadapi masyarakat. LSM akan menjadi fasilitator dan katalisator bagi percepatan upaya masyarakat dalam mengatasi masalah yang ada, terutama masalah yang bersifat terstruktur dan menjadi problem besar bagi kesejahteraan warga di suatu wilayah.

Apakah ini berarti kita bekerja sebagai relawan sementara disini lain kita perlu uang untuk makan, pendidikan dan tempat tinggal dan lain sebagainya. Seseorang yang bekerja di LSM tentu saja akan mendapat imbalan dari lembaga tempat dia bekerja dan jumlahnya ditentukan oleh standart yang dimiliki lembaga tersebut. Tinggi rendahnya tergantung kualitas yang dimiliki individu dan kemampuan dari lembaga yang mengajaknya bergabung. Hasil dari kinerja mereka yang bekerja di LSM tidak dalam bentuk uang tetapi dalam bentuk adanya peningkatan kualitas hidup masyarakat seperti yang mereka rencanakan.

Sumber pendanaan LSM biasanya dalam bentuk dana hibah yang berasal dari seseorang atau sekelompok orang (Bill Gates, Hellen Keller, Sampoerna), pemerintah Negara asing (USAID, AusAID, CIDA) dan Perusahaan (Exxon, chevron, Pertamina, PJB). Dana tersebut dapat diberikan kepada LSM jika dia mengajukan sebuah proposal yang dapat memenuhi kriteria yang ditentukan oleh pemberi dana. Dana dari Negara asing umumnya memiliki ketentuan yang sangat ketat dan tidak hanya mengikuti ketentuan di Negara penerima dana tetapi juga peraturan yang ditetapkan organisasi/Negara pemberi dana dan besarnya dana yang dikelola. Misalnya USAID yang mengharuskan sebuah yayasan mengikuti peraturan yang ditentukan oleh Negara dimana lembaga tersebut berada misalnya: memiliki akte notaries dan kemenhukham (ketentuan Indonesia), memiliki tatalaksanal embaga yang baik dengan aturan kelembagaan yang tertata rapi, rencana kerja lembaga, perencanaan keuangan dan system keuangan dan monitoring yang baik atau bahkan sudah menjalani audit keuangan (ketentuan USAID).

LSM didirikan oleh sekelompok orang yang memiliki kepedulian terhadap persoalan yang sama dan khusus. Misalnya kekerasan terhadap perempuan dan anak, HIV dan AIDS, pemanasan global, dll. Persoalan kesehatan merupakan salah satu persoalan utama dalam wacana global, kematian ibu, penyakit infeksi, penyakit generative, kurang gizi, HIV dan masih banyak lagi lainnya. Dan hampir semua persoalan kesehatan tersebut dipelajari di FKM. Mahasiswa FKM memang tidak mempelajari secara mendalam semua topik tersebut tetapi hanya sebagian kecil saja sebatas persoalan yang dapat direspon oleh masyarakat awam. Disinilah tantangan sebagai seorang SKM, tahu banyak tetapi kurang mendalam, sehingga kemauan yang tinggi untuk mengembangkan diri dan memperdalam materi adalah hal yang sangat penting. Semua materi yang diajarkan di fakultas sesungguhnya sangat berharga ketika kita sudah memasuki dunia kerja. Dikemas dalam pesan komunikasi yang mudah dipahami, dasar dalam pembuatan perencanaan dan/atau penelitian. Materi ini yang akhirnya menjadi peluru dari ketrampilan seorang SKM yang bekerja di tengah-tengah masyarakat. Semua pengetahuan dan ketrampilan ini diperlukan bagi mereka yang ingin bekerja dengan masyarakat melalui LSM.

Hal yang terpenting jika bekerja dengan Lembaga Swadaya Masyarakat harus mampu menunjukkan kinerja yang baik yang dapat mempertanggung-jawabkan output yang dijanjikan dalam proposal dan penggunaan dananya. Pemerintah Amerika sangat ketat terhadap tiga hal output, indikator pertanggung jawaban keuangan dipantau ketat oleh mereka. Dana sekecil apapun juga harus dapat dipertanggung jawabkan. Tidak mudah bekerja di sebuah LSM. Harus mampu menjaga nama baik jika berkelanjutan harus mampu mencari peluang, menguatkan management organisasi dan mengembangkan jaringan. Di balik ketidak-mudahan tersebut banyak nilai positif yang bisa kita ambil. Kita akan banyak belajar dan memperdalam sesuatu persoalan dan jaringan kita menjadi luas terutama jaringan global.

Memulai bekerja di LSM tidaklah sulit. Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat dapat mengawalinya dengan magang di sebuah organisasi lokal maupun internasional, bahkan magang dapat dilakukan sejak masa kuliah. Ketika masih sebagai mahasiswa sangat mungkin memilih LSM sebagai lembaga untuk mengambil mata kuliah magang. Untuk itu mahasiswa maupun lulusan dapat mencari peluang melalui website.

Pengalaman yang luas ketika bekerja di LSM dapat menjadi modal dasar yang sangat berharga jika kita ingin mendirikan sebuah organisasi sendiri. Suatu pengalaman yang sangat berharga dan mungkin menarik bagi para lulusan FKM, dapat saya tularkan di forum ini. Bagaimana mendirikan sebuah organisasi dan membangun kepercayaan publik, sebuah organisasi yang memiliki kredibilitas dan akuntabilitas tinggi adalah pengalaman luar biasa yang saya alami sebagai seorang SKM yang mencoba membuka peluang kerja sendiri, dan bahkan membuka peluang kerja bagi orang lain.

## **Penutup**

Menjadi seorang SKM adalah sebuah kesempatan besar untuk turut serta dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Akan tetapi untuk bisa berkontribusi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tidak harus selalu menjadi bagian dari

sistem di pemerintahan atau sebagai tenaga kesehatan yang berstatus PNS. Ada dunia lain dimana kita dapat berkreasi dan menuangkan ide dan pemikiran kita guna membantu masyarakat dalam meraih derajat kesehatan yang seharusnya. Lembaga Swadaya Masyarakat adalah salah satu dunia di mana seorang SKM dapat berkarya.



# ***MAKALAH BEBAS***

## ***Presentasi Oral***



# **Pengaruh Pemberian Materi Dampak Pernikahan Usia Dini dan Kesehatan Reproduksi terhadap Peningkatan Pengetahuan Anak Sekolah Dasar dalam Kesehatan Reproduksi**

*THE EFFECT OF EARLY MARRIAGE AND REPRODUCTIVE HEALTH KNOWLEDGE IN PRIMARY SCHOOL FOR INCREASING REPRODUCTION HEALTH KNOWLEDGE*

Sri Winarni

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang

Jl. Prof. Soedarto SH, Tembalang, Semarang. Telp. 024-7460044

E-mail: [winditry\\_29@yahoo.co.id](mailto:winditry_29@yahoo.co.id), [wiwin.undip@gmail.com](mailto:wiwin.undip@gmail.com)

## **Abstract**

*Early marriage began to rise in districts Bandungan. Women who married under 20 years old were 109 from 6873 women of childbearing age 15-44 years (1,6%) in 2012. Reproductive health in biology subjects given in Madrasah Ibtidaiyah (MI) Ma'arif limited on reproductive system and does not explain early marriage effect. The aim of this research was to analyze differences knowledge of students about health reproduction in community before and after treatment provision of material about effect of early marriage and reproductive health. Sample is total population of all students MI Ma'arif in 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> grades as much as 46 students. Type of this research was experimental research with comparative study design (pre-test and post-test design). The result showed that students knowledge about problem of early marriage, how to care properly reproductive organs, and the impact of free sex still lacking and students consider that have sex just for one time doesn't cause pregnancy, closing the discussion about sex. Wilcoxon test results data showed that there were significant differences in knowledge between before being given reproductive health and after being given reproductive health ( $p=0,001$  ( $<0,05$ )). Advice given is the provision of reproductive health since the beginning (first grade) and not only the reproductive organs and their functions but also until early marriage effect, treatment of reproductive organs, the dangers of free sex, and various information related to reproductive health issues questions.*

*Keywords: reproduction health, early marriage, basic education*

## **Abstrak**

Kejadian menikah dini mulai meningkat di Kecamatan Bandungan. Wanita yang menikah pada usia di bawah 20 tahun sebanyak 109 dari 6873 wanita usia produktif 15-44 tahun (1,6%) pada tahun 2012. Materi kesehatan reproduksi dalam mata pelajaran Biologi yang diberikan di Madrasah Ibtidaiyah (MI) Ma'arif terbatas mengenai sistem reproduksi dan tidak dijelaskan mengenai dampak pernikahan dini. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis perbedaan pengetahuan siswa tentang kesehatan alat reproduksi

pada kelompok sebelum dan sesudah perlakuan pemberian materi dampak pernikahan dini dan kesehatan reproduksi. Sampel adalah total populasi seluruh siswa MI Ma'arif kelas 5 dan 6 sejumlah 46 siswa. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimental dengan desain penelitian *comparative (pre-test dan post-test design)*. Hasil penelitian diperoleh data bahwa pengetahuan siswa tentang permasalahan dampak dari pernikahan dini, cara perawatan organ reproduksi yang benar, dan dampak seks bebas masih kurang, dan siswa menganggap seks hanya sekali tidak menimbulkan kehamilan, tertutupnya pembahasan masalah seks. Hasil uji Wilcoxon diperoleh data bahwa ada perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum diberikan materi kesehatan reproduksi dan sesudah diberikan materi kesehatan reproduksi ( $p=0,001 < \alpha=0,05$ ). Saran yang diberikan adalah pemberian materi kesehatan reproduksi sejak awal (kelas 1) dan tidak hanya sebatas organ reproduksi dan fungsinya, akan tetapi sampai dengan materi dampak pernikahan usia dini, perawatan organ reproduksi, bahaya seks bebas, dan berbagai sumber informasi yang benar terkait pertanyaan permasalahan kesehatan reproduksi.

Kata kunci: kesehatan reproduksi, pernikahan dini, pendidikan dasar

## **Pendahuluan**

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi (AKB) 32 per 1.000 kelahiran hidup. *Total fertility rate* (TFR) baru mencapai 2,9. Permasalahan kesehatan pada perempuan berawal dari masih tingginya usia perkawinan pertama dibawah 20 tahun (4,8% pada usia 10-14 tahun, 41,9% pada usia 15-19 tahun). Indonesia termasuk negara dengan persentase pernikahan usia muda yang tinggi di dunia (rangking 37). Pada wilayah ASEAN, Indonesia merupakan negara dengan urutan kedua tertinggi dalam pernikahan usia muda setelah Kamboja (BKKBN, 2012).

Menurut data Susenas Tahun 2010, secara nasional rata-rata usia kawin pertama di Indonesia adalah 19.70 tahun. Perempuan dengan umur pertama haid yang masih muda dan banyaknya perkawinan di bawah umur membuat rentang usia reproduksi perempuan menjadi lebih lama sehingga memperbesar peluang untuk melahirkan lebih banyak anak. Hasil Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa perempuan usia 10-54 tahun yang hamil sebesar 2,8 persen dengan usia yang bervariasi. Pada usia 10-14 tahun sebesar 0,01%, usia 15-19 tahun sebesar 1,9%, dan kelompok usia 20-29 tahun memiliki tingkat kehamilan tertinggi dengan presentase mencapai 6%. Kondisi ini berpengaruh sangat besar pada angka fertilitas (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010).

Gejala perilaku seksual pranikah pada remaja laki-laki dan perempuan usia 10-24 tahun sudah terjadi. Walaupun angkanya masih di bawah 5 persen, kejadian ini seharusnya dapat dicegah dengan memberikan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi pada usia muda melalui pendidikan dasar maupun pendidikan keluarga.

Indikasi kasus-kasus pranikah pada remaja terjadi di kota maupun di desa. Pernikahan pada usia sangat muda (10-14 tahun) cenderung lebih tinggi di perdesaan (6,2%), kelompok perempuan yang tidak sekolah (9,5%), kelompok petani/nelayan/buruh (6,3%), serta status ekonomi terendah/kuintil 1 (6,0%). Berdasarkan SDKI 2012, pada wilayah Provinsi Jawa Tengah, wanita yang tinggal di daerah perkotaan satu tahun lebih lambat dalam melakukan hubungan seksual yang pertama dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perdesaan (20,3 tahun dibandingkan dengan 18,9 tahun) (BKKBN, 2012). Berdasarkan penelitian Minka (2013) di daerah Sumowono, diperoleh data bahwa hampir sepertiga lebih (27,5 %) wanita yang hamil di usia dini (responden) telah mengalami kehamilan sebelum menikah. Alasan menikah di usia dini disebabkan karena kehamilan pranikah (Minka, 2013).

Informasi mengenai banyaknya permasalahan kesehatan reproduksi (kerespro) remaja harus di ketahui oleh para pemberi pelayan kesehatan, para pendidik, dan para penyelenggara program bagi remaja untuk mengatasi masalah tersebut. Undang Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, khususnya pada bagian ke-6 pasal 71, mengamanatkan bahwa kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi (UU Kesehatan RI, 2009).

MDGs ke-6 yang terfokus pada tingkat pengetahuan komprehensif HIV pada wanita usia 15-24 tahun merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan suatu negara. Berdasarkan studi pada 3 kota di Jawa Barat tahun 2009 menunjukkan bahwa responden lebih takut pada risiko sosial daripada risiko seksual khususnya kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya. Risiko yang berkaitan dengan seksualitas yang sering dihadapi remaja adalah kehamilan tidak diinginkan (KTD), aborsi, terinfeksi penyakit menular seksual (PMS), penyalahgunaan napza dan risiko HIV. Remaja Indonesia kini nampak lebih bertoleransi terhadap gaya hidup seksual pranikah. Penelitian yang dilakukan oleh berbagai institusi di Indonesia selama tahun 1993-2002 menemukan bahwa 5-10% wanita dan 18-38% pria muda berusia 16-24 tahun telah melakukan hubungan seksual pranikah dengan pasangan seusia mereka (Hasmi, 2001). Penelitian-penelitian lain di Indonesia juga memperkuat gambaran adanya peningkatan risiko pada perilaku seksual kaum remaja. Temuan-temuan tersebut mengindikasikan bahwa 5-10% pria muda usia 15-24 tahun yang tidak/belum menikah, telah melakukan aktifitas seksual yang berisiko (Suryoputro dkk., 2006). Selanjutnya, hasil dari penelitian mengenai kebutuhan akan layanan kesehatan reproduksi di 12 kota di Indonesia pada tahun 1993 menunjukkan bahwa pemahaman mereka akan seksualitas sangat terbatas (Khisbiyah dkk., 1997). Temuan dari berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa peningkatan aktifitas seksual di kalangan remaja tidak diiringi dengan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan seksual dan reproduksi termasuk HIV/AIDS, penyakit menular seksual (PMS) dan alat-alat kontrasepsi (Suryoputro dkk., 2006).

Hal ini juga terjadi pada Kecamatan Sumowono dan Bandungan. Berdasarkan laporan KUA diperoleh informasi bahwa tahun 2010 wanita berusia di bawah 20 tahun yang menikah sebanyak 11 orang (3,5%), tahun 2011 kejadian tersebut meningkat menjadi 19 kasus (6,1%), dan pada tahun 2012 terdapat 13 kasus (4,4%). Berdasarkan 3

data tersebut, wanita yang menikah di bawah 16 tahun sebanyak 5 orang (0,5%) dari seluruh wanita yang menikah pada tahun tersebut. Penelitian Minka di Sumowono pada tahun 2013 memukan lebih dari 25% wanita yang hamil sebelum menikah berumur kurang dari 20 tahun. Kehamilan pranikah menyebabkan banyaknya perkawinan usia dini (Minka, 2013). Hasil wawancara dengan salah satu bidan desa menyatakan bahwa pernikahan usia muda terjadi karena mereka tidak paham mengenai dampak perkawinan dari sisi kesehatan, dan melaksanakan pernikahan dengan alasan keluarga sudah menyetujui karena sudah tidak sekolah. Sebagian besar mereka yang menikah muda merupakan lulusan sekolah dasar. Berdasarkan data Kecamatan Sumowono, jumlah pasangan usia subur (PUS) yang tercatat yakni 6.664 pasangan (44,19%) dan 131 pasangan berusia <20 tahun (1,96%). Peningkatan jumlah PUS berusia <20 tahun menyebabkan peningkatan peluang fertilitas yang pada akhirnya mempengaruhi jumlah penduduk (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010). Dampak perkawinan usia muda adalah kecenderungan mempunyai banyak anak dan peningkatan pertumbuhan penduduk. Menurut penelitian Minka, lebih dari 75% responden wanita maupun orang tua dari daerah Sumowono memiliki pengetahuan yang masih kurang tentang kesehatan reproduksi (BAPPEDA & BPS Kabupaten Semarang, 2014; Supardi, 2010).

Ada beberapa hal yang menjadi pertimbangan mengapa informasi kesehatan reproduksi sudah mendesak untuk diberikan pada anak/remaja usia 10-14 tahun, antara lain pada usia 10-14 tahun, anak mulai mengalami berbagai perubahan fisik maupun psikologis karena memasuki masa pubertas; awal pubertas yang lebih cepat dialami oleh remaja karena perbaikan gizi; remaja mudah sekali terpapar pada Informasi yang buruk dan menyesatkan mengenai seks (Moeliono, 2003).

Hasil wawancara dengan guru di MI Banyukuning, Kecamatan Bandungan diperoleh data bahwa selama ini pemberian materi pelajaran belum spesifik mengarah kepada materi kesehatan reproduksi pada remaja. Gambaran materi yang telah diberikan kepada siswa SD Kelas 6 adalah materi sistem reproduksi (fungsi, komponen, dan proses) baik secara fisik, mental, dan spiritual, yang dikaitkan dengan mata pelajaran biologi misalnya alat reproduksi, fungsi alat reproduksi, perkembangan dan pertumbuhan janin dan anak. Materi ini belum diberikan kepada siswa kelas 5 SD. Materi yang berkaitan dengan dampak pernikahan dini, kehamilan pranikah, remaja yang melakukan seks bebas, dan dampak kehamilan usia muda dengan peningkatan jumlah penduduk belum pernah dijelaskan. Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, maka perlu melibatkan Dinas Pendidikan melalui pemberian komunikasi informasi dan edukasi tentang kesehatan reproduksi pada anak SD untuk mencegah kejadian pernikahan usia muda. Harapannya, anak SD mengetahui apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi dan mempraktekkan hidup sehat yang menyangkut sistem reproduksinya setelah memasuki usia remaja.

## Metode Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Mei-Oktober 2014 dan bertempat di Desa Banyukuning, Kecamatan Bandungan. Materi pendidikan kesehatan reproduksi remaja yang diberikan yaitu pernikahan usia dini. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimental dengan desain penelitian *comparative*. Penelitian ini menggunakan *pre-test* dan *post-test design* yaitu mengukur pengetahuan responden sebelum dan sesudah pemberian materi. Variabel yang diamati adalah pengetahuan responden yang meliputi pengenalan dan pemeliharaan organ reproduksi, perubahan bentuk tubuh dan emosi, haid dan mimpi basah, proses pembuahan dan kehamilan, seks bebas beserta akibatnya, definisi pernikahan dini, dampak pernikahan dini secara fisik, mental, sosial, dan kependudukan. Sampel diambil dari total populasi (seluruh murid MI Ma'arif kelas 5 dan 6 Banyukuning, Bandungan) sebanyak 46 siswa. Materi dampak pernikahan usia dini berisi pengenalan dan pemeliharaan organ reproduksi, perubahan bentuk tubuh dan emosi, haid dan mimpi basah, proses pembuahan dan kehamilan, seks bebas beserta akibatnya, definisi pernikahan dini, dampak pernikahan dini secara fisik, mental, sosial, dan kependudukan. Sedangkan pengetahuan kesehatan alat reproduksi adalah pengetahuan tentang kesehatan alat reproduksi yang dimiliki responden baik secara umum maupun khusus untuk dapat meningkatkan upaya preventif dalam budaya pernikahan dini. Sebelum diberikan paparan pengetahuan mengenai dampak pernikahan dini dan kesehatan reproduksi, pengetahuan siswa diukur melalui *pre-test*. Setelah diberi paparan, pengetahuan siswa diukur kembali dengan diberikan *post-test*. Materi diberikan oleh tenaga ahli yang menguasai ilmu kesehatan reproduksi selama dua jam. Hasil *pre-test* dan *post-test* kemudian dinilai dan dianalisis. Pada tahap awal dilakukan pengolahan data dengan melakukan *koding* dan *editing* dengan cara meneliti setiap format pengumpulan data, membuat pengkodean, dan mengelompokkan data. Dengan demikian data yang dikumpulkan benar-benar lengkap dan jelas sehingga dapat diolah dengan baik. Sebelum data dianalisis, data diuji normalitasnya dengan uji Saphiro-Wilk karena masing-masing kelompok perlakuan kurang dari 50. Analisis yang digunakan untuk menguji pengetahuan remaja awal (anak MI kelas 5 dan 6) mengenai kesehatan alat reproduksi sebelum dan sesudah perlakuan pemberian materi pernikahan usia dini dengan menggunakan *pair t test* jika data berdistribusi normal. Sedangkan data yang berdistribusi tidak normal dianalisis dengan menggunakan uji Wilcoxon.

## Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di MI Ma'arif kecamatan Bandungan, kabupaten Semarang. Jumlah responden adalah siswa SD kelas 5 dan 6 yang semuanya berjumlah 46 siswa. Karakteristik siswa bisa dilihat dalam tabel 1.

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa umur siswa yang paling banyak adalah 11 tahun (43,5%) dan sebagian besar merupakan siswa laki-laki (52,2%). Siswa MI Ma'arif kelas 5 dan 6 sebelumnya sudah mendapatkan pelajaran tentang kesehatan reproduksi. Akan tetapi pelajaran kesehatan reproduksi yang diterima oleh siswa hanya sebagian

kecil, terutama tentang organ reproduksi. Dampak pernikahan dini baik secara individu dan sosial, bahaya seks bebas, dan perawatan organ reproduksi belum pernah dijelaskan.

**Tabel 1.** Karakteristik siswa MI Ma'arif kecamatan Bandungan, kabupaten Semarang

Karakteristik Siswa	n	%
Umur (tahun)		
9	5	10,9
10	18	39,1
11	20	43,5
12	3	6,5
Jenis kelamin		
Laki-laki	24	52,2
Perempuan	22	47,8

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar siswa (70%) belum mengetahui tentang cara membersihkan alat kelamin, kedekatan dengan teman dalam pembahasan permasalahan pubertas, kemungkinan hamil jika wanita sudah mengalami haid, dan dampak hamil jika melakukan hubungan seks walaupun hanya sekali.

**Tabel 2.** Deskripsi Pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa MI Ma'arif

Pengetahuan	Salah (%)	Benar (%)
Remaja berhak memperoleh informasi kespro yang benar.	0	100
Remaja hanya terjadi perubahan fisik dan emosi.	24 (52,2)	22 (47,8)
Remaja terjadi periode pematangan organ reproduksi manusia.	3 (6,5)	43 (93,5)
Kespro merupakan kesehatan fisik, mental, sosial, dan spiritual bebas dari penyakit/kecacatan tubuh.	12 (26,1)	34 (73,9)
Salah satu organ reproduksi wanita adalah payudara	13 (28,3)	33 (71,7)
saluran kemih/uretra menyalurkan air kencing dan air mani.	10 (21,7)	36 (78,3)
Penggunaan celana dalam yang menyerap keringat salah satu cara memelihara alat reproduksi.	16 (34,8)	30 (65,2)
Cara membersihkan alat kelamin wanita dimulai dari belakang (anus) ke depan.	<b>34 (73,9)</b>	12 (26,1)
Celana ketat mengganggu kesehatan reproduksi.	15 (32,6)	31 (67,4)
saat pubertas terjadi perubahan bentuk tubuh, suara, perasaan, dan pikiran.	13 (28,3)	33 (71,7)
Perempuan lebih cepat mengalami masa pubertas dibanding laki-laki.	8 (17,4)	38 (82,6)
Hormon testosteron dan estrogen berperan pada masa pubertas.	25 (54,3)	21 (45,7)



Pada masa pubertas, teman menjadi lebih dekat dibanding dengan orang tua.	<b>35 (76,1)</b>	11 (23,9)
Haid adalah darah yang keluar dari vagina perempuan ketika masa remaja.	4 (8,7)	42 (91,3)
Masa berlangsungnya haid selalu 5 hari.	20 (43,5)	26 (56,5)
Setelah haid wanita sudah dikatakan dewasa dan siap untuk dinikahkan.	26 (56,5)	20 (43,5)
Mimpi basah biasa terjadi pada laki-laki masa pubertas.	3 (6,5)	43 (93,5)
Ketika laki-laki ereksi ia akan mengeluarkan sperma.	10 (21,7)	36 (78,3)
Sperma yang tidak keluar diserap oleh tubuh.	21 (45,7)	25 (54,3)
Semua perempuan selalu memiliki siklus haid 28 hari.	21 (45,7)	25 (54,3)
Wanita yang mengalami haid pasti hamil.	<b>41 (89,1)</b>	5 (10,9)
Perempuan bisa hamil dengan melakukan sekali hubungan seks.	<b>41 (89,1)</b>	5 (10,9)
Pernikahan dini dilakukan remaja umur 15 tahun.	26 (56,5)	20 (43,5)
Dampak kehamilan pernikahan dini stress dan putus sekolah.	20 (43,5)	26 (56,5)
Program pendewasaan usia perkawinan solusi terbaik tidak terjadi perkawinan dini.	14 (30,4)	32 (69,6)

Setelah dilakukan uji normalitas data menunjukkan bahwa data *pre-test* berdistribusi normal ( $>0,05$ ) sedangkan data *post-test* berdistribusi tidak normal ( $<0,05$ ). Karena data termasuk tidak normal, maka digunakan analisis non parametrik. Hasil analisis yang digunakan untuk membandingkan hasil *pre-test* dan *post-test* adalah uji Wilcoxon. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan bahwa terdapat 10 siswa yang memiliki hasil nilai *post-test* lebih rendah daripada hasil *pre-test* mengenai pengetahuan kesehatan reproduksi. Sebanyak 30 siswa memiliki nilai *post-test* lebih baik daripada hasil *pre-test* mengenai pengetahuan kesehatan reproduksi, dan ada 6 siswa memiliki nilai pengetahuan *pre-test* dan *post-test* yang sama. Nilai signifikansi yang diperoleh sebesar 0,001 ( $<0,05$ ), artinya ada perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum diberikan materi kesehatan reproduksi (*pre-test*) dan sesudah diberikan materi kesehatan reproduksi (*post-test*).

## Pembahasan

Siswa MI Ma'arif sejak kelas lima sudah diperkenalkan dengan materi kesehatan reproduksi. Materi yang diberikan hanya bagian kecil dari kesehatan reproduksi, yaitu organ reproduksi dan fungsinya. Dampak dari pernikahan dini, cara perawatan organ reproduksi yang benar, dan dampak seks bebas masih belum banyak dimengerti oleh siswa. Mereka masih menganggap kalau seks hanya sekali tidak menimbulkan kehamilan. Beberapa siswa masih tertutup dalam membahas masalah seks. Tidak ada keterbukaan antar siswa, siswa dengan orangtua, dan siswa dengan guru untuk permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. MI Maa'rif belum ada guru BP yang khusus

menangani permasalahan siswa terkait kesehatan reproduksi. Setelah diberikan pendidikan (penyuluhan) terkait dengan sistem, proses dan fungsi alat reproduksi, pernikahan dini (penyebab, dampak dan pencegahannya), penyakit menular seksual, sistem organ reproduksi laki dan perempuan, proses pembuahan, proses menstruasi dan pencegahan, dan PMS (Penyakit Menular Seksual), HIV dan AIDS pada siswa kelas 5 dan 6 MI Ma'arif, pengetahuan mereka terkait kesehatan reproduksi meningkat. Setelah dilakukan uji Wilcoxon diperoleh data bahwa ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian materi dengan nilai signifikansi sebesar 0,001 ( $<0,05$ ). Hasil tersebut membuktikan bahwa pemberian materi penyuluhan akan menyebabkan terjadinya peningkatan pengetahuan seseorang. Hasil ini sesuai dengan penelitian Helmi & Paramastri tentang efektifitas pendidikan seksual dini dalam meningkatkan pengetahuan perilaku seksual sehat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa teknik diskusi akan lebih memberikan pengaruh terhadap perubahan pengetahuan perilaku seksual sehat karena melibatkan kualitas argumentasi yang intens. Berbeda dengan brosur dan ceramah yang relatif kurang melibatkan kebutuhan untuk mencerna informasi (Helmi & Paramastri, 1998).

Tambahan pengetahuan yang diterima siswa diharapkan mempengaruhi persepsi terkait pernikahan dini dan kesehatan reproduksi. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang. Seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menerima atau memilih suatu perubahan yang lebih baik sehingga kejadian pernikahan bisa berkurang (Helmi & Paramastri, 1998).

Saran yang diberikan dalam penelitian ini adalah pemberian materi kesehatan reproduksi sejak awal (kelas 1) dan tidak hanya sebatas organ reproduksi dan fungsinya, akan tetapi sampai dengan materi dampak pernikahan usia dini, perawatan organ reproduksi, bahaya seks bebas, dan berbagai sumber informasi yang benar terkait pertanyaan permasalahan kesehatan reproduksi.

Berdasarkan hasil diskusi dengan guru dan perwakilan orangtua dapat disimpulkan bahwa pentingnya pemberian sosialisasi tentang kesehatan reproduksi kepada masyarakat umum, tidak hanya siswa. Perlu adanya *refreshing* dan tambahan pemberian penyuluhan/pendidikan terkait kesehatan reproduksi kepada para tenaga pendidikan dan orang tua karena masih ada hal-hal yang belum dipahami oleh para pendidik dan orang tua mengenai kesehatan reproduksi pada remaja.

Beberapa komentar dan pertanyaan dari siswa memberikan gambaran peran orang tua dalam pemberian informasi mengenai kesehatan reproduksi pada remaja/anak yang belum semuanya benar.

Berdasarkan hasil kegiatan tersebut, maka diperlukan suatu rencana tindak lanjut untuk fokus pada peran orang tua sebagai pemberi informasi kesehatan reproduksi dan dampak pernikahan dini pada kesehatan kesehatan reproduksi. Kegiatan tersebut ditujukan pada tenaga pendidik dan orang tua peserta didik di tingkat dasar. Pada sisi materi dan hasil penilaian *pre-test* dan *post-test*, maka diperlukan kegiatan *post-test* kembali atau suatu kegiatan penelitian lanjutan untuk mengetahui pengetahuan siswa, guru maupun orang tua mengenai kesehatan reproduksi remaja.

## Simpulan

Berdasarkan dari penelitian dapat disimpulkan:

1. Siswa kelas 5 dan 6 MI Ma'arif paling banyak berumur 11 tahun (43,5%) dan lebih banyak siswa laki-laki (52,2%).
2. Ada perbedaan pengetahuan siswa MI Ma'arif kelas 5 dan 6 tentang kesehatan alat reproduksi sebelum pemberian materi pernikahan usia dini dan sesudah pemberian materi pernikahan usia dini, dengan nilai signifikanti sebesar 0,001 ( $<0,05$ ). Hasil uji Wilcoxon menunjukkan bahwa terdapat 10 siswa memiliki nilai pengetahuan kesehatan reproduksi *post-test* lebih rendah daripada hasil *pre-test*, sebanyak 30 siswa memiliki nilai pengetahuan kesehatan reproduksi *post-test* lebih baik daripada hasil *pre test*, dan sebanyak 6 siswa memiliki nilai pengetahuan *pre-test* dan *post-test* yang sama.

## Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih atas selesainya penelitian ini kepada:

1. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP
2. Kepala Sekolah, guru, dan murid kelas 5 dan 6 SD Ma'arif Bandungan

## Daftar Pustaka

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2010. *Laporan Riskesdas 2010*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- BAPPEDA & BPS Kabupaten Semarang. 2014. *Kecamatan Sumowono dalam Angka 2013*. BPS Kabupaten Semarang. Semarang.
- BKKBN. 2012. Laporan Pendahuluan SDKI 2012. [fkm.unej.ac.id/publikasi/lain-lain/category/8-laporan?...45...sdi-2012](http://fkm.unej.ac.id/publikasi/lain-lain/category/8-laporan?...45...sdi-2012) [diakses 10 Januari 2015].
- Hasmi E. 2001. Meeting Reproductive Health Needs of Adolescent in Indonesia. *J of Adolescent Reproductive and Sexual Health UNESCO*. <http://www.unescobkk.org/ips/arh> [diakses tanggal 10 Januari 2015].
- Helmi AF, Paramastri I. 1998. Efektifitas Pendidikan Seksual Dini dalam Meningkatkan Pengetahuan Perilaku Seksual Sehat. *Jurnal Psikologi* 2:25-34.
- Supardi J. 2010. Profil Kesehatan 2010. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Khisbiyah Y, Murdijana D, Wijayanto. 1997. Kehamilan Tak Dikehendaki di Kalangan Remaja (Unwanted Pregnancy among Adolescents). *Research Report*. Center for Population Studies, Gadjah Mada University. Yogyakarta.
- Minka. 2013. Hubungan Beberapa Faktor Orangtua dan Wanita Pasangan Usia Subur dengan Kejadian Pernikahan Dini di Kecamatan Sumowono Kabupaten Semarang, Tahun 2013. *Laporan akhir skripsi*. UNDIP. Semarang
- Moeliono L, 2003. *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja: Bahan Pegangan untuk Memfasilitasi Kegiatan Belajar Aktif untuk anak dan Remaja 10 -14 Tahun*. BKKBN. Jakarta.

Suryoputro A, Ford NJ, Shaluhyah Z. 2006. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan Dan Layanan Kesehatan Seksual Dan Reproduksi. *Makara Kesehatan* 1(10): 29-40.

UU Kesehatan RI No 36 Tahun 2009.

[www.depkes.go.id/downloads/UU\\_No.\\_36\\_Th\\_2009\\_ttg\\_Kesehatan.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/UU_No._36_Th_2009_ttg_Kesehatan.pdf). [diakses 29 Juni 2014].

# ***Surveillance and Counseling Software (SCS-HIV/AIDS)*** **Inovasi Teknologi Kesehatan Sebagai Upaya Promotif, Preventif dan Pengawasan prevalensi HIV/AIDS di Indonesia**

*SURVEILLANCE AND COUNSELING SOFTWARE (SCS-HIV/AIDS) TECHNOLOGY INNOVATION HEALTH AS EFFORT TO PROMOTION, PREVENTIVE AND SUPERVISION PREVALENCE OF HIV/AIDS IN INDONESIA*

Khairul Anwar<sup>1</sup>, Rohmati<sup>1</sup>, Aminatul Laila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Korespondensi : Khairul Anwar

Email: khairul.fkm@gmail.com

## ***Abstract***

*HIV/AIDS case in indonesia from year to year increased. Based on reports the directorate PP & PL of health ministry republic of indonesia. The cumulative amount hiv infection from 1987 up to december 2013 as many as 127.427 people, 52.348 people with AIDS, and people with HIV/AIDS (ODHA) being get medication ARV as 39.418 people. The HIV/AIDS program in indonesia a little focused on ODHA because stigma and discrimination by society. Some regions in indonesia has developed information system HIV/AIDS (SIHA) as epidemiology surveillance system to monitor continuously of disease. But SIHA now it has not integrated nationally and output produced still limited to only public records. The method this paper descriptive with review of library. The idea about health technology innovation namely surveillance and counseling software (SCS-HIV/AIDS) application modern given priority to effective, efficiency, and flexibility in process and integrated with mobilephone. Excellence SCS-HIV/AIDS can database, information distribution, and frequency ODHA. This application equipped with various menu namely KIE, words a motivation can form positive perception of living, reminder alarm ARV drink, discussion online, games and hello doctor. SCS-HIV/AIDS will accessed offline and online and not have commercial/free payment. The parties involved in implemented this system that is students, government, providers of mobile phone, health workers, NGO and society leaders.*

*Keyword : Surveillance, Counseling, ODHA*

## **Abstrak**

Kasus HIV/AIDS di Indonesia dari tahun ke tahun semakin meningkat. Berdasarkan laporan Ditjen PP & PL Kemenkes RI, jumlah kumulatif infeksi HIV dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2013 sebanyak 127.427 orang, AIDS sebanyak 52.348 orang, dan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 39.418 orang. Program HIV/AIDS di Indonesia masih sedikit yang berfokus pada ODHA karena

adanya stigma dan diskriminasi oleh masyarakat. Beberapa daerah di Indonesia telah mengembangkan Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) sebagai sistem surveilans epidemiologi untuk memantau secara terus-menerus perjalanan penyakit ini, namun SIHA yang ada saat ini belum terintegrasi secara nasional dan keluaran yang dihasilkan masih sebatas data umum. Metode penulisan paper adalah deskriptif dengan telaah pustaka. Gagasan kami mengangkat sebuah inovasi teknologi kesehatannya yaitu *Surveillance and Counseling Software* (SCS-HIV/AIDS), yaitu sebuah aplikasi modern yang mengutamakan efektivitas, efisiensi, dan fleksibilitas dalam proses pelaksanaan yang terintegrasi dengan *handphone*. Keunggulan SCS-HIV/AIDS yaitu menghasilkan basis data, informasi distribusi, dan frekuensi ODHA. Aplikasi ini dilengkapi dengan berbagai menu yaitu KIE, kata-kata motivasi yang dapat membentuk persepsi positif ODHA, alarm pengingat minum ARV, diskusi *online*, *games* dan *hallo* dokter. SCS-HIV/AIDS nantinya dapat diakses secara *offline* dan *online* serta tidak bersifat komersil/*free payment* (gratis). Pihak-pihak terkait dalam melaksanakan sistem ini yaitu mahasiswa, pemerintah, *provider of mobile phone*, petugas kesehatan, LSM/NGO, serta tokoh masyarakat.

Kata kunci: *Surveillance*, Konseling, ODHA

## Pendahuluan

Masalah AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) semakin berkembang menjadi pandemik global di seluruh dunia. Hampir seluruh negara mengalami peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun (WHO, 2011). Pada saat ini HIV/AIDS menjadi perhatian khusus karena peningkatan angka kejadiannya yang terus bertambah dari waktu ke waktu. Jumlah penderita HIV/AIDS dapat digambarkan sebagai fenomena gunung es (Rokhmah & Khoiron, 2013). Jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil daripada jumlah sebenarnya. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia yang sebenarnya belum diketahui secara pasti (Depkes, 2012).

Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk pada taraf epidemi terkonsentrasi, artinya negara yang mempunyai tingkat prevalensi lebih dari 5% dalam populasi risiko tinggi, yaitu dari para penaja seks, pengguna narkoba suntik dan hubungan seksual dari sesama jenis kelamin (homoseksual). Sampai saat ini, belum ada vaksin yang dapat melawan HIV. Para ahli berusaha mendapatkan obat untuk mengatasi AIDS dan obat itu disebut sebagai *Antiretroviral Virus* (ARV). Ternyata obat ini tidak dapat menyembuhkan AIDS, melainkan hanya memperlambat reproduksi HIV pada tahap awal (Taylor, 2006).

Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) memiliki berbagai permasalahan besar, bukan hanya dari infeksi virus, namun juga dampak-dampak sosial yang terjadi di sekitarnya, misalnya dijauhi teman, keluarga, maupun masyarakat luas ketika individu dinyatakan terinfeksi HIV (Payuk dkk., 2012). Berkembangnya virus HIV di tubuh ODHA mengharuskan mereka untuk berjuang dengan beberapa masalah psikososial, kesehatan fisik, dan kesehatan mental yang secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Rina, 2013).

Surveilans adalah pengumpulan, analisis data secara terus-menerus dan sistematis dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Tujuan surveilans yaitu untuk mengendalikan masalah kesehatan di masyarakat, sebagai pengambil keputusan supaya tepat sasaran dan berdasarkan skala prioritas, memberikan informasi HIV/AIDS sedini mungkin bagi pengambil keputusan (pemerintah). Sistem surveilans HIV/AIDS melalui proses pencatatan, pengelolaan data serta pelaporan data HIV/AIDS. Saat ini penerapan sistem informasi HIV/AIDS masih kurang diterapkan secara maksimal sehingga terjadi pencatatan dan pelaporan yang tidak efisien. Keluaran yang dihasilkan sistem informasi tersebut masih sebatas data-data umum dan kurang mendalam pada perkembangan kondisi ODHA. Gagasan dalam *paper* ini memprioritaskan pada pengawasan dan pemantauan (*Surveillance*) dari kasus HIV/AIDS dari masa ke masa di seluruh Indonesia serta melakukan pendekatan KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi). Gagasan ini diharapkan dapat membuat proses pencatatan, pemantauan dan pelaporan HIV/AIDS menjadi lebih cepat, efektif, dan akurat sehingga dapat dihasilkan informasi yang bisa menggambarkan kondisi epidemik HIV/AIDS dan ODHA di Indonesia secara akurat.

*Surveillance and Counseling Software* (SCS-HIV/AIDS) sangat dibutuhkan bagi ODHA supaya mampu meningkatkan semangat hidup, meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS, meningkatkan kepatuhan penderita untuk minum obat ARV, serta memfungsikan teknologi *handphone* sebagai *peer educator* ODHA. SCS-HIV/AIDS bertujuan untuk mencegah penularan HIV, mengubah perilaku ODHA menjadi lebih baik, memberi dukungan yang dapat menumbuhkan motivasi mereka, dan meningkatkan kualitas hidup ODHA, serta menjaga kepatuhan minum obat ARV.

Tujuan *paper* ini adalah merancang implementasi *Surveillance and Counseling Software* (SCS) HIV/AIDS yang terintegrasi dengan *mobile phone* sebagai upaya promotif, preventif dan pengawasan tentang prevalensi HIV/AIDS di Indonesia. *Paper* ini bermanfaat untuk membantu pemerintah dalam upaya menekan prevalensi HIV/AIDS, meningkatkan kualitas hidup, dan meningkatkan kepatuhan penderita HIV/AIDS untuk meminum obat ARV. Selain itu, *paper* ini bermanfaat sebagai media untuk memberikan laporan tentang perkembangan HIV/AIDS.

## **Metode**

*Paper* ini ditulis secara deskriptif dengan metode telaah pustaka melalui kajian kritis atas pembahasan yang sudah ditulis oleh para peneliti atau ilmuwan sebelumnya di dalam berbagai sumber berupa buku, jurnal, atau artikel ilmiah. Langkah penulisan *paper* ini terdiri dari pengumpulan data, pengolahan data, analisis dan sintesis, penyimpulan hasil dan penemuan alternatif solusi atau rekomendasi yang ditawarkan berupa ide atau gagasan baru, serta penyusunan saran dan rekomendasi dengan pihak-pihak yang terkait agar gagasan dapat diimplementasikan dengan baik.

## Masalah

### Kondisi Kekinian

Berdasarkan laporan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP dan PL) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebanyak 127.427 orang di Indonesia telah terinfeksi HIV dan 52.348 orang diantaranya telah mengalami AIDS. Jumlah ini merupakan kumulatif dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2013. Sedangkan dari sejumlah penderita sindrom tersebut (ODHA) hanya 39.418 orang yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sampai dengan bulan Desember 2013 (Ditjen PP dan PL, 2014). Berdasarkan data terbaru hingga September 2014, jumlah kumulatif HIV yang dilaporkan sebanyak 150.296 orang dan AIDS sebanyak 55.799 orang. Jumlah infeksi HIV tertinggi yaitu di DKI Jakarta (32.782), diikuti Jawa Timur (19.249), Papua (16.051), Jawa Barat (13.507), dan Bali (9.637) (Supriyanto, 2015).

### Solusi yang Pernah Ditawarkan

Solusi yang pernah dilakukan sebelumnya adalah penyuluhan atau pemberian informasi berupa ceramah atau diskusi pada ODHA. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada ODHA memiliki beberapa keterbatasan antara lain jumlah tenaga penyuluh, media penyuluhan kesehatan, kelengkapan materi, waktu intensif penyuluhan, tempat dan antusias sasaran (ODHA). Keadaan inilah yang menyebabkan penyuluhan kurang efektif dan efisien sehingga diperlukan pembaruan metode penyampaian dalam penyuluhan, yaitu melalui pendampingan media kesehatan yang akrab dengan sasaran.

Terdapat program surveilans epidemiologi HIV/AIDS yang kita kenal sebagai Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA). SIHA adalah salah satu sistem informasi kesehatan (SIK) namun SIHA belum terintegrasi dalam satu basis data nasional. Selain itu, SIHA masih belum menampung data masukan dan keluaran kegiatan yang berasal dari berbagai kegiatan surveilans tersebut. Masukan berbagai sumber belum sepenuhnya terintegrasi dalam satu basis data. Data yang diperoleh menjadi terpisah-pisah sehingga keluaran yang dihasilkan belum dapat memberikan gambaran yang menyeluruh (Suharni, 2014).

Beberapa kekurangan lainnya adalah petugas *input* data masih terbatas pada petugas pelayanan kesehatan atau yang kita kenal sebagai jenis surveilans pasif. Artinya, data diinput jika ada ODHA yang datang ke klinik VCT. Keluaran yang dihasilkan pun masih sebatas basis data ODHA, informasi sebaran kasus HIV/AIDS dan informasi indikator program HIV/AIDS. Ketiga keluaran SIHA tersebut hanya menggambarkan distribusi dan frekuensi layaknya data-data resmi umum lainnya. Selain itu, sistem informasi yang ada belum menampung data kegiatan surveilans. Masukan berbagai sumber belum sepenuhnya terintegrasi dalam satu basis data yang terintegrasi. Data yang diperoleh menjadi terpisah-pisah sehingga keluaran yang dihasilkan belum dapat memberikan gambaran yang menyeluruh (Hargono, 2007).

Berdasarkan uraian sebelumnya, perlu kiranya dilakukan desain SIHA dengan pengembangan *prototype software* berbasis internet yang mampu menampung data kegiatan surveilans HIV/AIDS dari berbagai sumber dalam satu basis data. Orang yang melakukan *input* data pun tidak hanya petugas layanan kesehatan saja, melainkan



sasaran primer yaitu ODHA. Pengembangan *software* menggunakan sistem *rapid survey* berupa kuesioner *online*.

## **Pembahasan**

### **Solusi Rekomendasi**

*Surveillance and Counseling Software* (SCS-HIV/AIDS) merupakan sebuah aplikasi modern yang mengutamakan efektivitas, efisiensi, dan fleksibilitas dalam proses pengaksesan. Aplikasi ini terintegrasi dengan *handphone* berbasis bahasa pemrograman *Java 2 Micro Edition* (J2ME). Paket J2ME merupakan basis yang digunakan pada perangkat yang memiliki memori kecil seperti *handphone* & PDA. Aplikasi ini berisi menu tentang informasi seputar HIV/AIDS, menu motivasi dan testimoni ODHA, alarm pengingat untuk minum obat ARV, *hallo* dokter dan diskusi *online* serupa media sosial khusus untuk ODHA.

SCS-HIV/AIDS digunakan sebagai produk aplikasi surveilans HIV/AIDS yang memposisikan ODHA sebagai informan aktif yang melakukan input data melalui kuesioner *online*. Keluaran SCS-HIV/AIDS tidak hanya menghasilkan basis data ODHA, informasi distribusifrekuensi ODHA dan informasi indikator kesehatan saja, melainkan juga informasi perkembangan fisik, psikis dan keadaan sosial ODHA. Dengan demikian, pihak kesehatan dapat mengetahui data sensitif yang dialami oleh masing-masing ODHA. Surveilans pada *software* ini menggunakan sistem *rapid survey* (survei cepat) yang biasanya dimanfaatkan untuk penelitian dan laporan perkembangan kesehatan.

SCS-HIV/AIDS tidak memiliki kesulitan yang tinggi dalam penggunaannya. Cara mendapatkan *master of file* dan pengoperasiannya pun tidak rumit. Selain itu, ekstensi java yang dimiliki SCS-HIV/AIDS dapat dioperasikan pada hampir semua *handphone* di era 20-an. Sehingga kondisi ini memungkinkan masyarakat umum untuk menggunakan *software* ini.

### **Keunggulan Gagasan**

Keunggulan gagasan ini antara lain: 1) inovasi surveilans HIV/AIDS dengan keluaran yang lebih mendalam hingga ke perkembangan fisik, psikis dan sosial ODHA serta gambaran distribusi frekuensi jumlah ODHA berdasarkan klaster-klaster; 2) adanya inovasi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang HIV/AIDS kepada ODHA secara intensif tanpa batasan tempat dan waktu karena tidak harus menunggu penyuluhan konvensional dari tenaga kesehatan; 3) konten motivasi spiritual, *wiseword* dan kata-kata inspiratif lainnya yang mampu menggugah semangat hidup ODHA; 4) sebagai upaya menurunkan tingkat keparahan HIV/AIDS karena ODHA patuh dalam mengonsumsi obat ARV; 5) SCS-HIV/AIDS efektif dan praktis sehingga mudah dibawa kemana saja; 6) Aplikasi ini lebih efisien karena mengurangi pemanfaatan kertas sebagai media informasi kesehatan; 7) dapat digunakan survei cepat sebagai penelitian dan laporan perkembangan kesehatan ODHA.

### **Pihak-Pihak yang Terlibat**

Pihak-pihak yang terlibat dalam program ini adalah mahasiswa sebagai perancang, *programmer*, serta pengembang inovasi. Pemerintah sebagai pendukung melalui kebijakan, publikasi dan pendanaan untuk keberlanjutan SCS-HIV/AIDS yang lebih baik. *Provider of mobilephone* sebagai penyedia aplikasi *handphone* yang diproduksi serta sebagai bentuk kerjasama untuk menguatkan dukungan terhadap aplikasi ini. Petugas kesehatan sebagai mediator kepercayaan dan penyebarluasan SCS-HIV/AIDS. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebagai pengguna SCS-HIV/AIDS.

### **Langkah strategis**

Langkah strategis SCS-HIV/AIDS yaitu, tahap pertama, penulis mengeksplorasi ide dan bekerjasama dengan prodi studi sistem informasi untuk perancangan produk. Penulis juga mengajukan kerjasama dengan pihak Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan *provider of mobilephone* untuk pembuatan produk. Kemudian, KPA melakukan uji produk kepada ODHA untuk melihat efektifitas dari produk ini. Apabila uji produk ini berhasil maka perlu dilakukan pemeliharaan dan pemasaran. Tahap kedua berisi 4 strategi yaitu pengenalan produk, penentuan tempat pemasaran dan promosi sedangkan harga tidak berlaku karena produk ini dipasarkan secara gratis.

Produk SCS-HIV/AIDS bisa dipasarkan atau disebarakan melalui promosi kesehatan kepada ODHA selaku sasaran primer. Oleh karena itu, pada tahap ketiga perlu diadakan advokasi pada pemerintah pusat, provinsi dan daerah serta KPA demi terciptanya program yang bersinergi dengan promosi SCS-HIV/AIDS kepada ODHA. Pelaku *empowerment* (pemberdayaan) secara langsung adalah klinik VCT. Metode pemberdayaan yang digunakan berupaklinik VCT melakukan pengaturan produk SCS-HIV/AIDS ke *handphone* ODHA setelah dinyatakan positif HIV. Klinik VCT juga memberikan penjelasan tentang tata cara pemakaian beserta keunggulan SCS-HIV/AIDS sebagai fitur konseling tanpa batas waktu.

### **Penutup**

Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa *Surveillance and Counseling Software* (SCS-HIV/AIDS) adalah sebuah aplikasi modern yang mengutamakan efektivitas, efisiensi, dan fleksibilitas dalam proses pengaksesan dan terintegrasi dengan *handphone*. Aplikasi ini dapat digunakan sebagai surveilans epidemiologi yang menggambarkan distribusi dan frekuensi ODHA berdasarkan kluster-kluster serta memberi informasi terkait perkembangan fisik, psikis, sosial dan pengetahuan ODHA tentang HIV/AIDS. Strategi agar aplikasi ini memiliki daya tarik untuk ODHA adalah dengan adanya menu tambahan yang bersifat modern. Menu tersebut antara lain KIE HIV/AIDS, motivasi spiritual, alarm pengingat minum obat ARV, testimoni ODHA, forum diskusi *online* sesama ODHA, *games*, *hallo* dokter dan *link update*. Pihak-pihak yang terkait dalam pewujudan aplikasi adalah mahasiswa, pemerintah, *provider of mobilephone*, petugas/tenaga kesehatan, dan ODHA. Aplikasi ini cocok digunakan untuk mendapatkan data surveilans yang mendalam tentang keadaan ODHA sekaligus dapat dijadikan sebagai media kesehatan untuk edukasi, pemberian motivasi dan meningkatkan kepatuhan minum obat

ARV denganharapandapat memelihara semangat ODHA untuk melangsungkan hidup yang produktifdanberkualitas.

Saran yang ditujukan untuk paper ini adalah 1) aplikasi ini dapat dibuat dan dapat diimplementasikan secara langsung kepada ODHA; 2) pemerintah dapat memberi dukungan dalam penerapan melalui kebijakan, sosialisasi maupun bantuan dana; 3) setiap ODHA diupayakan untuk memiliki *handphone* yang mendukung kerja sistem SCS-HIV/AIDS; 4) setiap konselor di VCT diharapkan dapat mengoperasikan aplikasi SCS-HIV/AIDS; 5) perbaikan sistem serta optimasi secara berkelanjutan sesuai perubahan menu atau variasi informasi.

## Ucapan Terimakasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada Bapak Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes, selaku dosendi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu, pengalaman dan motivasinya. Ucapan terima kasih juga kami tujukan kepada saudari Rohmati dan Aminatul Laila yang telah membantu dalam penyusunan paper ini.Serta taklupa kami ucapkan terimakasih kepada orang tua dan guru-guru kami atas segala dukungan yang diberikan.

## Daftar Pustaka

- Depkes.2012.Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012.Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.  
[http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2012/23\\_Profil\\_Kes.Prov.KalimantanTimur\\_2012.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/23_Profil_Kes.Prov.KalimantanTimur_2012.pdf)[diakses 14Oktober 2015].
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2014. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d September 2014.Yayasan Spiritia.  
<http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf>[diakses 14Oktober 2015].
- Hargono A. 2007. Desain Sistem Informasi Surveilans HIV/AIDS Berbasis Internet di Jawa Timur.Universitas Airlangga.  
[http://skp.unair.ac.id/repository/jurnal\\_pdf/jurnal\\_765.pdf](http://skp.unair.ac.id/repository/jurnal_pdf/jurnal_765.pdf) [diakses 15 Oktober 2015].
- Payuk I, Arsin A, Abdullah Z. 2012. Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar 2012. Universitas Hasanuddin.  
<http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/3975> [diakses 15 Oktober 2015].
- Rina AY. 2013.Kualitas Hidup Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember.*Skripsi*. FKM UNEJ.Jember.
- Rokhmah D & Khoiron. 2013. Pengetahuan dan Sikap ODHA (orang dengan HIV & AIDS) Tentang HIV & AIDS dan Pencegahannya. *Jurnal IKESMA*,(2)9: 136-146.
- Suharni. 2014. Kepemilikan Data Kesehatan di Era Otonomi Daerah. Kebijakan AIDS Indonesia.  
[www.kebijakanaidsendonesia.net](http://www.kebijakanaidsendonesia.net) [diakses 14 Oktober 2015].
- Supriyanto A. 2015. Penyebaran HIV/AIDS Meningkat Lima Kali Lipat. *Republika*.  
<http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/15/10/13/nw4res334-menkes-penyebaran-hivaid-s-meningkat-lima-kali-lipat> [diakses 14 Oktober 2015].
- Taylor. 2006.Health Psychology 6<sup>th</sup>.dalamNurbani F, Zulkaida A. 2013. Dukungan Sosial Pada ODHA. *Jurnal Universitas Gunadarma*.

[http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2009/Artikel\\_10503068.pdf](http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2009/Artikel_10503068.pdf) [diakses 15 Oktober 2015].

WHO. 2011. Communicable Disease Control in Emergencies.dalam Rustifat & Gita R. 2012.Perencanaan Sistem Informasi Surveilans HIV/AIDS Di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. *Skripsi*. FKM UI. Depok.

# **Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap terhadap Gambar Penyakit Akibat Merokok yang Terdapat Pada Kemasan Rokok dengan Perilaku Merokok Masyarakat di Kelurahan Purwosari**

Choiri, Yuli Kusumawati, Anisa Catur Wijayanti  
Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Jl. A. Yani Pabelan Tromol I Pos Kartasura Telp (0271) 717417 Surakarta 57102  
Korespondensi: Yuli Kusumawati  
Email: [yuli.kusumawati@ums.ac.id](mailto:yuli.kusumawati@ums.ac.id), [yulikwati@gmail.com](mailto:yulikwati@gmail.com)

## **Abstract**

*Various ways have been done by the government in controlling tobacco products. Warning the dangers of smoking in the form of images of diseases caused by smoking on cigarette packs has been applied in Indonesia, but in kenyatannya number of smokers is still high. Data show in the village health center Purwosari Purwosari 914 households are still exposed to secondhand smoke. The purpose of this study was to analyze the relationship between knowledge and attitudes of respondents to the images of diseases caused by smoking on cigarette packs with smoking behavior. This type of research is an observational study with cross sectional design. The population was 914 households are still exposed to secondhand smoke. Of the sample calculations obtained 100 respondents selected by cluster random sampling technique. The data analysis used was chi square test. The results showed that there was no correlation between knowledge of the diseases caused by smoking images contained in cigarette packs with smoking behavior ( $p = 0.614$ ) and there was a relationship between attitudes towards images of diseases caused by smoking and smoking behavior of the people in the village Purwosari ( $p = 0.001$ ).*

*Keywords: Knowledge, Attitude, Image Disease In Cigarette Packaging, Smoking Behavior*

## **Abstrak**

Berbagai cara telah dilakukan oleh pemerintah dalam mengendalikan produk tembakau, bahkan saat ini peringatan bahaya rokok berupa gambar penyakit akibat merokok dalam kemasan rokok sudah diterapkan di Indonesia, namun pada kenyatannya jumlah perokok masih tergolong tinggi. Data Puskesmas Purwosari menunjukkan di Kelurahan Purwosari terdapat 914 rumah tangga yang masih terpapar asap rokok. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara pengetahuan dan sikap responden terhadap gambar penyakit akibat merokok dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok. Jenis penelitian adalah penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah sebanyak 914 rumah tangga yang masih terpapar asap rokok. Dari perhitungan sampel didapatkan 100 responden yang dipilih dengan teknik *Cluster Random*

*Sampling.* Analisis data yang digunakan adalah uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok ( $p= 0,614$ ) dan ada hubungan antara sikap terhadap gambar penyakit akibat merokok dengan perilaku merokok masyarakat di Kelurahan Purwosari ( $p= 0,001$ ).

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Gambar Penyakit Pada Kemasan Rokok, Perilaku Merokok

## **Pendahuluan**

Setiap orang tahu bahwa merokok berbahaya bagi kesehatan, namun pada kenyataannya perilaku merokok masih sangat sulit untuk dikendalikan. Merokok dapat menjadi awal bagi seseorang untuk mencoba berbagai zat adiktif yang lainnya (Wismanto, 2007). "Merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi, gangguan kehamilan dan janin." Pesan ini tertera dalam setiap bungkus rokok, dan meskipun masih tergolong baru, sekarang ini peringatan bahaya rokok berupa gambar penyakit akibat merokok yang terdapat pada kemasan rokok sudah diterapkan di Indonesia. Namun pada kenyataannya, perilaku merokok masyarakat masih sangat sulit untuk dikendalikan.

Berbagai cara telah dilakukan oleh pemerintah dalam mengendalikan produk tembakau, salah satunya dengan mengeluarkan peraturan pemerintah (PP) No. 109 tahun 2012 tentang "*Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan*". Namun pada kenyataannya jumlah perokok di Indonesia masih tergolong tinggi. Peraturan Pemerintah yang mengatur tentang ketentuan untuk mencantumkan label peringatan kesehatan pada produk rokok telah berlaku sejak tahun 1991. PP tersebut kini diperkuat dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2013 tentang "*Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau Berbentuk Gambar dan Tulisan*". Dengan adanya informasi kesehatan berupa gambar tersebut, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perokok tentang bahaya yang ditimbulkan akibat dari merokok. Menurut Chotidjah (2012), perilaku merokok dapat dengan mudah berubah jika pengetahuan tentang rokok dan dampaknya pada kesehatan meningkat. Pemahaman target sasaran tentang peringatan bahaya merokok rokok diharapkan dapat mendukung upaya pencegahan akibat buruk bahaya rokok dan berkontribusi dalam menurunkan angka prevalensi perokok. Hasil penelitian Widati (2013), menyimpulkan bahwa secara umum, pesan kesehatan berupa tulisan pada bungkus rokok belum efektif meningkatkan pengetahuan dan pencegahan perilaku merokok pada informan Kelurahan Tanah Kali Kedinding Surabaya.

Berdasarkan data WHO (2013), prevalensi penduduk usia dewasa yang merokok setiap hari di Indonesia sebesar 29% sehingga Indonesia menempati urutan pertama se-Asia Tenggara dan urutan ketiga di dunia setelah Cina dan India dalam perilaku merokok dengan prevalensi perokok sebesar 36,1% *Global Adults Tobacco Survey* (GATS, 2011).

Berdasarkan data WHO (2012), sebanyak 67% dari semua pria di Indonesia yang berusia lebih dari 15 tahun merupakan perokok aktif. Berdasarkan data Riskesdas (2013), perilaku merokok penduduk di Indonesia umur 15 tahun keatas cenderung meningkat dari 34,2% pada tahun 2007 menjadi 36,3% pada tahun 2013. Menurut data di Provinsi Jawa Tengah kebiasaan merokok mulai umur 10 tahun, dengan kebiasaan perokok setiap hari sebesar 22,9% dan perokok kadang-kadang sebesar 5,3% . Data perilaku merokok tersebut menunjukkan bahwa perokok umur 10-14 tahun sebesar 0,5% merokok setiap hari dan 0,9% perokok kadang-kadang. Pada kelompok umur 15-19 tahun sebesar 11,2% perokok setiap hari dan 7,1% perokok kadang-kadang, sedangkan pada kelompok umur 20-24 tahun, sebesar 27,2% perokok setiap hari dan 6,9% perokok kadang-kadang. Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 30-34 tahun sebesar 33,4% dan umur 35-39 tahun sebesar 32,2% yang merupakan penduduk usia produktif.

Berdasarkan data PHBS Kota Surakarta, 92,49% rumah tangga berada pada tatanan sehat utama dan paripurna, ini artinya perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat sudah tergolong baik. Namun ada salah satu indikator dari PHBS yang capaiannya tergolong masih sangat rendah yaitu keluarga bebas asap rokok, ini berarti masyarakat yang ada di Kota Surakarta masih banyak yang terpapar asap rokok (DKK Surakarta, 2013). Sebanyak 46,19% dari keluarga yang disurvei berstatus perokok. Perilaku merokok baik di dalam maupun di luar rumah tertinggi terdapat di wilayah kerja Puskesmas Purwosari. Dari 4.795 rumah tangga yang diperiksa hanya 31,90% keluarga yang bebas asap rokok, dengan demikian masih terdapat 69,10% rumah tangga yang memiliki minimal seorang perokok di dalamnya (DKK Surakarta, 2013).

Wilayah kerja Puskesmas Purwosari meliputi Kelurahan Purwosari, Kelurahan Kerten dan Kelurahan Jajar. Dari ketiga kelurahan tersebut, kelurahan yang paling rendah perilaku tidak merokok yaitu Kelurahan Purwosari. Masih terdapat 52,39% rumah tangga yang mempunyai kebiasaan merokok (Puskesmas Purwosari, 2013). Berdasarkan hasil survei pendahuluan pada masyarakat dan perangkat pemerintahan setempat, diperoleh informasi bahwa perilaku merokok masih menjadi kebiasaan bagi masyarakat setempat, terutama bagi pendatang yang bekerja di daerah Kelurahan Purwosari. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok masyarakat di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta.

## **Metode Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah 914 rumah tangga di Kelurahan Purwosari yang masih terpapar asap rokok berdasarkan data PHBS Puskesmas Purwosari. Berdasarkan perhitungan sampel dengan rumus Lameshow didapatkan jumlah sampel sebanyak 91 rumah tangga, dan dibulatkan menjadi 100 responden.

Teknik sampel menggunakan *Cluster Random Sampling*. Variabel penelitian meliputi pengetahuan tentang bahaya rokok diukur dengan skor jawaban benar dari kuesioner, variabel sikap terhadap pesan gambar pada kemasan rokok diukur dengan skala likert dan

perilaku merokok, diukur dengan jawaban kebiasaan merokok sebelum ada pesan gambar dan sesudah ada pesan gambar pada kemasan rokok. Pengumpulan data dilakukan dengan Instrumen berupa kuesioner yang diisi sendiri oleh responden. Analisis data menggunakan uji chi square dengan perangkat lunak SPSS versi 20 di laboratorium komputer Fakultas Ilmu Kesehatan UMS

## Hasil Penelitian

Letak geografis Kelurahan Purwosari berada di daerah perkotaan tepatnya di jantung Kota Surakarta yang sebagian wilayahnya terdapat bangunan gedung-gedung tinggi seperti hotel, bank, stasiun dan rumah sakit.

### Karakteristik Responden

Gambaran tentang karakteristik responden Keseluruhan responden berjenis kelamin laki-laki dan rata-rata umur responden adalah  $45 \pm 11,67$  tahun. Kelompok umur terbanyak berkisar 36-45 tahun dan 46-55 tahun dengan jumlah masing-masing yaitu 29 responden (29%). Umur termuda 23 tahun dan umur tertua 76 tahun. Secara rinci ditampilkan pada tabel 1.

Pengetahuan responden, menunjukkan bahwa sebanyak 45 (45%) responden memiliki pengetahuan yang baik terhadap gambar ancaman penyakit akibat merokok yang terdapat pada kemasan rokok. Sedangkan sebanyak 55 (55%) responden masih memiliki pengetahuan yang tidak baik. Hal ini menunjukkan bahwa pesan kesehatan yang disampaikan pada kemasan rokok belum bisa meningkatkan pengetahuan responden tentang bahaya merokok, peringatan tersebut masih dirasa masih kurang jelas dan belum bisa dipahami terutama bagi orang yang sudah tua, peringatan yang disampaikan juga kurang beraneka ragam hanya terdapat lima peringatan kesehatan yang terdapat pada kemasan rokok, sehingga dari lima pesan kesehatan tersebut belum dapat meningkatkan pengetahuan responden tentang bahaya merokok bagi kesehatan, karena masih banyak lagi bahaya rokok bagi kesehatan selain dari pesan yang disampaikan dalam kemasan rokok tersebut.

Lebih dari separuh (60%) responden memiliki sikap yang positif terhadap gambar ancaman penyakit akibat merokok yang terdapat pada kemasan rokok. Sikap positif responden adalah responden setuju dan merespon dengan baik dengan adanya gambar penyakit pada kemasan rokok, sehingga responden merasa terancam dan merasa waswas akan penyakit akibat merokok. Hal ini menunjukkan proporsi responden yang memiliki sikap positif lebih banyak daripada yang memiliki sikap negatif, itu artinya sebagian besar responden sudah merespon positif atas pesan kesehatan yang disampaikan melalui media promosi kesehatan yang terdapat pada kemasan rokok.

Diantara lima pesan kesehatan yang terdapat pada kemasan rokok, peringatan berupa gambar penyakitlah yang paling diwaspadai oleh perokok, sebagian responden mengaku bahwa ketika membeli rokok responden memilih gambar selain gambar penyakit, yaitu gambar orang merokok dengan menggendong anak dan gambar orang merokok dengan asap bercampur tengkorak. Hal ini berarti dua pesan peringatan bahaya



merokok tersebut justru menjadi alternatif untuk menghindari gambar peringatan berupa penyakit yang di anggap sebagian responden seram dan mengerikan. Selain itu di daerah penelitian juga terdapat gambar peringatan bahaya merokok berupa *Metro Media Technologies* (MMT) yang dipasang di pinggir jalan, namun pesan yang dipasang tersebut belum mencakup semua peringatan yang terdapat seperti pada kemasan rokok, justru gambar peringatan berupa gambar penyakit belum dipasang. Hanya gambar berupa orang yang merokok dengan asap rokok berupa tengkorak serta dengan tulisan “rokok membunuhmu”.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta tahun 2015

Umur (tahun)	f	%
<=25	2	2
26-35	24	24
36-45	29	29
46-55	29	29
56-65	11	11
66-75	5	5
Total	100	100
Jenis Kelamin	f	%
Laki-laki	100	100
Perempuan	0	0
Total	100	100
Jenis Pekerjaan	f	%
PNS	1	1
Pedagang	6	6
Buruh	18	18
Wiraswasta	63	63
Pengangkutan	4	4
Pensiunan	4	4
Lain-lain	4	4
Total	100	100
Tingkat Pendidikan	f	%
Tidak sekolah	2	2
SD	31	31
SMP	37	37
SMA	24	24
Perguruan tinggi	6	6
Total	100	100
Penghasilan Per Bulan	f	%
Rp.500.000,00 - 1.000.000,00	52	52
Rp.1.000.000,00 - 2.000.000,00	39	39
> Rp.2.000.000,00	9	9
Total	100	100

Sebanyak 55 orang (55%) memiliki perilaku merokok yang positif. Perilaku positif yang dimaksud adalah upaya responden mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi setelah adanya gambar penyakit akibat merokok pada kemasan rokok. Hal ini merupakan perubahan perilaku dipengaruhi oleh gambar penyakit akibat merokok pada kemasan rokok. Masih terdapat faktor lain yang bisa mempengaruhi perilaku merokok responden, seperti pengaruh lembaga agama seperti Muhammadiyah yang memfatwakan rokok haram, hal tersebut tentunya akan sangat berpengaruh pada responden yang menganut lembaga agama tersebut karena dari informasi yang didapat bahwa sebagian masyarakat yang berada di lokasi penelitian merupakan masyarakat pengikut ormas Muhammadiyah. Selain itu ada faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku merokok diantaranya adalah pengaruh orang lain seperti orang tua, teman, pengaruh kebudayaan atau lingkungan sosial dan emosional dari pribadi seseorang.

Responden yang mempunyai pengetahuan baik mengenai ancaman penyakit akibat merokok, terdapat 26 (57,8%) responden berperilaku merokok yang positif yaitu mengurangi jumlah rokoknya, dan 19 (42,2%) responden tetap berperilaku merokok negatif (tidak mengurangi jumlah rokoknya, bahkan menambah). Sedangkan dari responden yang mempunyai pengetahuan tidak baik, terdapat 29 (52,7%) responden berperilaku merokok yang positif dan sebanyak 26 (47,3%) berperilaku merokok negatif.. Hal tersebut menunjukkan baik responden yang berpengetahuan baik maupun responden yang berpengetahuan tidak baik sama-sama masih berperilaku merokok negatif dan tidak terlihat perbedaan yang mencolok antara responden yang memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak (42,2%) dan responden yang berpengetahuan kurang baik sebanyak (47,3%). Berikut ini ditampilkan tabel hubungan antara pengetahuan dan sikap responden terhadap gambar penyakit pada kemasan rokok dengan perilaku merokok di Kelurahan Purwosari

Tabel 2. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Responden Terhadap Gambar Penyakit Akibat Merokok dengan Perilaku Merokok

Variabel	Perilaku Merokok				Total		<i>p</i> value	RP	95% CI	
	Positif		Negatif						Upper	Lower
	n	%	n	%	n	%				
Pengetahuan										
Baik	26	57,8	19	42,2	45	100	0,614	1,227	0,555	2,714
Tidak Baik	29	52,7	26	47,3	55	100				
Sikap										
Positif	41	68,3	19	31,7	60	100	0,001	4,008	1,717	9,351
Negatif	14	35,0	26	65,0	40	100				

Rata rata jumlah rokok yang dihisap responden sebelum adanya gambar penyakit akibat merokok pada kemasan rokok adalah  $14 \pm 5$  batang dalam satu hari, sedangkan setelah adanya gambar rata rata responden mengisap rokok sebanyak  $10 \pm 7$

batang dalam satu hari. Hal tersebut menunjukkan bahwa terjadi penurunan jumlah rokok yang dikonsumsi responden setelah adanya gambar penyakit akibat merokok pada kemasan rokok, meskipun penurunan rata-rata jumlah rokok yang dihisap hanya sebesar 4 batang, namun penurunan tersebut menunjukkan bahwa responden sudah merespon dan lebih waspada atas gambar penyakit yang terdapat pada kemasan rokok.

## **Pembahasan**

Tidak ada hubungan antara pengetahuan terhadap gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok masyarakat di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta ( $p=0,614$ ). Sebagian responden mengungkapkan bahwa sebenarnya responden sudah mengetahui dengan jelas bahaya dan penyakit akibat merokok, namun menurut responden hal tersebut hanyalah sebuah teori yang belum tentu kebenarannya dan sebagian responden juga mengungkapkan bahwa sampai saat ini saya merokok juga tetap sehat dan tidak terkena penyakit seperti apa yang dicantumkan dalam kemasan rokok. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Widati (2013), yang dilakukan pada masyarakat miskin, telah menyimpulkan bahwa sebagian besar responden mampu menyebutkan isi dari pesan kesehatan yang terdapat pada kemasan rokok, namun secara umum pesan kesehatan pada bungkus rokok belum efektif meningkatkan pengetahuan dan pencegahan perilaku merokok.

Responden yang tidak memiliki sikap positif terhadap gambar penyakit akibat merokok pada kemasan rokok masih berperilaku merokok negatif yakni sebanyak 26 orang (65%), sedangkan yang berperilaku merokok positif hanya sebanyak 14 (35%) responden yang berperilaku merokok negatif. Sedangkan responden yang memiliki sikap positif terhadap gambar penyakit akibat merokok, sebagian besar responden cenderung berperilaku merokok positif yaitu sebesar 41 orang (68,3%), hal ini sangat menunjukkan perbedaan yang mencolok dengan yang berperilaku merokok negatif yakni hanya sebesar 19 responden (31,7%). Berdasarkan proporsi tersebut dapat dijelaskan bahwa responden yang bersikap positif terhadap gambar penyakit akibat merokok, maka cenderung berperilaku positif yaitu mengurangi kegiatan merokoknya. Demikian pula sebaliknya responden yang bersikap negatif sikap terhadap gambar peringatan kesehatan berupa gambar ancaman penyakit akibat merokok, mempunyai kecenderungan berperilaku negatif dalam merokok (tidak berkurang, bahkan bertambah).

Selain sikap, ada faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku merokok seseorang diantaranya adalah pengaruh orang lain seperti orang tua, teman, pengaruh kebudayaan dan emosional dari pribadi seseorang, selain itu perilaku merokok juga dipengaruhi oleh kelompok sosialnya. Penelitian yang dilakukan Trihandini dan Wismanto (2003) yang menunjukkan bahwa remaja yang merokok dipengaruhi oleh persepsinya terhadap gaya hidup modern. Perilaku merokok dipersepsikan sebagai salah satu bentuk atau bagian dari gaya hidup modern. Gaya hidup modern sendiri dipersepsikan dari teman-teman sekelompoknya. Perilaku merokok erat kaitannya dengan cara atau strategi mengatasi masalah seseorang dan kepribadiannya. Seseorang yang menghadapi masalah dan usaha pemecahan masalahnya menitik beratkan pada pengaturan respon emosinya

(*emotion focus coping*), akan cenderung menjadi perokok yang kuat daripada mereka yang berusaha memecahkan masalah dengan melihat inti masalahnya sendiri (*problem oriented focus coping*) (Trihandini dan Wismanto, 2003).

Ada hubungan antara sikap terhadap gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok masyarakat di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta ( $p < 0,001$ ). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniadi (2005), menyebutkan bahwa semakin positif sikap responden terhadap label peringatan bahaya merokok yang terdapat pada kemasan rokok, maka akan tinggi pula kecenderungan untuk berniat berhenti merokok, begitu juga sebaliknya semakin negatif sikap responden terhadap label peringatan bahaya merokok yang terdapat pada kemasan rokok, maka semakin rendah pula kecenderungan untuk berniat berhenti merokok. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Manderski dkk (2011) yang menyebutkan bahwa label peringatan berupa gambar dapat mengurangi keinginan responden untuk merokok bila dibandingkan dengan label peringatan berbentuk tulisan.

## Simpulan

Sebagian responden masih berpengetahuan tidak baik tentang gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok yakni sebanyak 55 responden (55%). Sebesar 60 responden (60%) sudah memiliki sikap yang positif terhadap gambar ancaman penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok. Responden yang memiliki perubahan perilaku merokok yang positif yakni sebanyak 55 responden (55%). Pada penelitian ini disimpulkan tidak ada hubungan antara pengetahuan terhadap gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok responden di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta. Namun ada hubungan yang bermakna antara sikap terhadap gambar penyakit akibat merokok yang terdapat dalam kemasan rokok dengan perilaku merokok responden di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta (nilai  $p < 0,001$ ,  $RP : 4,008$ , 95% CI: 1,717-9,351).

## Daftar Pustaka

- Kurniadi, B dan Retno. K. 2005. Hubungan antara Sikap terhadap Label Peringatan Bahaya Merokok pada Kemasan Rokok dengan Intensi Berhenti Merokok. *Naskah Publikasi Universitas Islam Yogyakarta*. Volume 1. No. 3: 25-26
- Chotidjah, S. 2012. Pengetahuan Tentang Rokok, Pusat Kendali Kesehatan Eksternal Dan Perilaku Merokok. *Jurnal Makara, sosial humaniora*, Volume 16, No1, Juli 2012: 49-56
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta (DKK). 2013. Data Dasar Bidang Promkes
- GATS. 2011. *Global Adults Tobacco Survey Indonesia Report 2011*. New Delhi : WHO Regional Office For South-East Asia
- Hidayat, A.A. 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Indonesian Tobacco Control Network. 2013. *Peta jalan Pengendalian Produk Tembakau Indonesia*. Surakarta : Muhammadiyah University Press

- Kemenkes RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 28 Tahun 2013 Tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan Pada Kemasan Produk Tembakau*. Jakarta : Kemenkes RI
- Manderski, M.T.B., Lin, M. P.T., and Zimmermann, H. 2011. Evaluation of Graphic Cigarette Warning Images on Cravings to Smoke. *Journal of Smoking Cessation*. Volume. 6. No. 2
- Pemerintah Kelurahan Purwosari. 2015. *Data Demografi dan Monografi Tahun 2015*. Surakarta: Kelurahan Purwosari
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan
- Puskesmas Purwosari. 2013. *Data Dasar Bidang Promkes*
- Widati, S. 2013. Efektivitas Pesan Bahaya Rokok pada Bungkus Rokok terhadap Perilaku Merokok Masyarakat Miskin. *Jurnal Promkes*. Volume 1, No. 2 Desember 2013: 105–110
- Wismanto, Y.B., dan Sarwo, Y.B. 2006. *Perilaku merokok pada karyawan Sekretariat Daerah Kabupaten/Kota di Jawa Tengah*. Laporan penelitian hibah bersaing angkatan XVI/2 Tahap III tahun 2006. Semarang: Universitas Katolik Soegijapranata
- World Health Organization. 2012. *Indonesian's Tobacco Profile (Tobacco free Initiative)*. Geneva : WHO
- World Health Organization. 2013. *WHO Report On The Global Tobacco Epidemic 2013*. Geneva : WHO



# ***MAKALAH BEBAS***

## ***Artikel Poster***





# Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bojonegoro, Jawa Timur Tahun 2015

**Rahmat Junaidi**

Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda Bojonegoro-Jawa Timur

Email : [junaidiku73@yahoo.com](mailto:junaidiku73@yahoo.com)

## Abstract

*The people who use public health care facilities from government in Bojonegoro district (52%) was higher than that utilize private health facilities (37.5%). This phenomenon is thought to relate to health policy. This study aims to determine the pattern of utilization of government health services and private family in Bojonegoro district as well as the factors that influence it. Research with cross sectional study design was conducted in 28 districts in Bojonegoro. The sampling technique used is two-stage cluster sampling generates a sample of 240 respondents from 30 penelitian cluster. Data collection instruments used were a questionnaire which had previously been prepared. Chi-square test method is used to examine the relationship between the use of government health services and private economic status, this research was conducted in March 2015. Perceived access to health care facilities, the perception of the quality of health services, healthy and pain perception. Figures utilization of health care facilities owned by the government and the private sector by the public in Bojonegoro was as high as more than 90%. Utilization of government health services significantly associated with the perception of aspects of health care quality service time and ownership of health insurance ( $p$  value  $< 0,05$ ). Private health care facilities significantly associated with the perception of aspects of health care costs of health care quality, acces to health service and ownership of health insurance ( $p$  value  $< 0.005$ ). Concluded that the utilization of health care facilities owned by the government and private sectors in Bojonegoro families affected by the perception of the quality of health services. It is recommended that shorten waiting times or respon time for health care services for government and private health services to add services for low-income people*

**Keywords:** utilization, health care facilities, government, private.

## Abstrak

Masyarakat yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah di Kabupaten Bojonegoro (52%) lebih tinggi daripada yang memanfaatkan fasilitas kesehatan swasta (37,5%). Hal ini menunjukkan peran pemerintah berjalan cukup baik.

Penelitian ini bertujuan mengetahui pola pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta oleh keluarga di Kabupaten Bojonegoro serta sebagai faktor yang mempengaruhinya. Penelitian dengan rancangan studi *cross sectional* ini dilakukan di seluruh 28 kecamatan di Kabupaten Bojonegoro. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *cluster sampling* dua tahap menghasilkan jumlah sampel penelitian 240 responden dari 30 *cluster*. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner yang sebelumnya telah disiapkan. Metode analisis statistik uji *chi-square* digunakan untuk melihat hubungan antara pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta dengan status ekonomi, persepsi akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, persepsi kualitas pelayanan kesehatan, serta persepsi sehat sakit. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2015. Angka pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta oleh masyarakat di Kabupaten Bojonegoro ternyata sama tinggi yaitu lebih dari 90%. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah berhubungan bermakna dengan persepsi aspek waktu pelayanan kualitas pelayanan kesehatan dan kepemilikan asuransi kesehatan ( $p$  value  $< 0,05$ ). Fasilitas pelayanan kesehatan swasta berhubungan bermakna dengan persepsi aspek biaya kesehatan, akses pelayanan kesehatan dan kepemilikan asuransi kesehatan ( $p$  value  $< 0,005$ ). Simpulan bahwa pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta oleh keluarga di Kabupaten Bojonegoro dipengaruhi oleh persepsi kualitas pelayanan kesehatan. Disarankan agar memperpendek waktu tunggu bagi pelayanan kesehatan pemerintah dan untuk pelayanan kesehatan swasta untuk menambah pelayanan bagi masyarakat berpendapatan rendah

**Kata kunci :** Pemanfaatan, fasilitas pelayanan kesehatan, pemerintah, swasta.

## **Pendahuluan**

Pembangunan kesehatan merupakan upaya pemenuhan salah satu hak dasar rakyat yaitu hak untuk terakses ke fasilitas pelayanan kesehatan, karena kesehatan merupakan hak asasi manusia. Dan merupakan salah satu isu yang sangat penting di dunia kesehatan hingga saat ini. Karena seriusnya isinya maka telah ditetapkan/disusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kesehatan Indonesia 2015 sd 2019 sebagai langkah untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan (nasional) agar bangsa Indonesia mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh hidup dalam lingkungan yang sehat, mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat, dan mampu menyediakan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan menghadapi banyak masalah. Antara lain kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan, serta kinerja pelayanan kesehatan yang rendah.

Kabupaten Bojonegoro yang memiliki 28 Kecamatan, Luas wilayah 235.000 Ha. dengan jumlah penduduk 1,2 juta jiwa. Untuk fasilitas kesehatan pemerintah sebagai berikut : Jumlah RS pemerintah sebanyak 3 RSUD , 36 Puskesmas yang terdiri dari 24 Puskesmas Perawatan 68 Puskesmas Pembantu, 36 Puskesmas Keliling, 430 Poskesdes, 197 Ponkesdes dan 147 Polindes. Untuk Fasilitas swasta terdapat 7 RS Swasta, BP/Klinik

sebanyak 16 klinik, Praktek dokter sebanyak 172, Apotek sebanyak 69 Apotek dan pengobat tradisional sebanyak 49 ( DinkesBojonegoro, 2015)

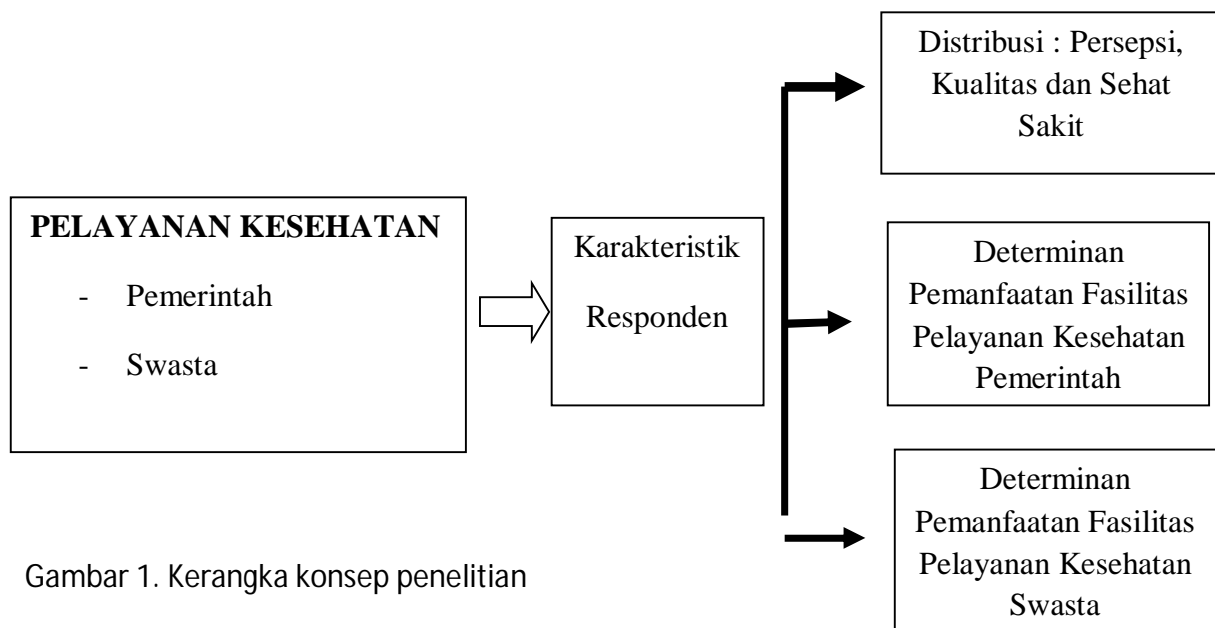
Pemerintah kabupaten Bojonegoro dalam hal ini Bappeda Bojonegoro khususnya bidang Sosial Budaya sebagai lembaga yang mengkoordinir kesehatan, seharusnya lebih memahami kondisi lapangan terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan ini. Dari informasi yang didapatkan di media massa ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan di pelayanan kesehatan pemerintah terutama pada pelayanan rawat jalan. Sedangkan ketidakpuasan di pelayanan kesehatan swasta diidentifikasi pada pelayanan penunjang medik dan pelayanan rawat inap

Dari data LitbangDjanggleng Institute danSosbudBappeda, 2014, yang kami kumpulkan diketahui bahwa lebih dari 52% masyarakat di Kabupaten Bojonegoro memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah. Angka tersebut jauh lebih besar dibandingkan total pemanfaatan fasilitas kesehatan swasta yang hanya mencapai 37,6%. Berdasarkan temuan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta. Yang terpenting dari dominasi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah oleh masyarakat menunjukkan keberhasilan pelaksanaan tugas pemerintah untuk memberi keyakinan kepada warga masyarakat Bojonegoro bahwa fasilitas kesehatan pemerintah mampu melaksanakan tugasnya dengan baik . Hal ini tentunya tetap menjadi bagian evaluasi kebijakan yang ditetapkan dalam sistem kesehatan. Penelitian ini bertujuan mengetahui pola pemanfaatan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta di Kabupaten Bojonegoro serta faktor-faktor (variabel) yang terkait. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan dan menganalisis pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan di Bojonegoro baik milik pemerintah maupun swasta

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain deskriptif analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional* dengan unit analisis keluarga. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *cluster sampling* dua tahap dengan jumlah sampel penelitian 240 responden yang diambil dari 30 *cluster* (dusun) sehingga dari setiap *cluster* ditarik 8 responden.

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini berupa kuesioner yang dibagi menjadi enam bagian meliputi identitas responden, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, status ekonomi keluarga, persepsi akses fasilitas pelayanan kesehatan, persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan, dan persepsi sehat sakit. Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 1. Analisis data menggunakan metode analisis data katagorikal dengan uji *chi-square* dengan nilai  $\alpha = 0,05$ .



Gambar 1. Kerangka konsep penelitian

## Hasil Penelitian

### Karakteristik Responden

Sebagian besar responden adalah perempuan (105 orang; 56,3%), berpendidikan menengah (114; 60%), bekerja sebagai ibu rumah tangga (65; 27,1%) dan petani/peternak (40; 16,7%), berpenghasilan keluarga  $\leq$  Rp 1.000.000,-/bulan yang tergolong rendah (156; 65,0%), memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (229; 95,4%), dan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (224; 93,3%) Selengkapnya pada Tabel 1

Tabel 1. Karakteristik Responden

<b>Karakteristik</b>	<b>Kategori</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Jenis kelamin	Laki-laki	105	43,3
	Perempuan	135	56,7
Tingkat pendidikan	Dasar	54	22,5
	Menengah	144	60,0
	Tinggi	42	17,5
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	65	27,1
	Petani/peternak	40	16,7
	Wiraswasta	31	12,9
	Buruh	31	12,9
	Karyawan swasta	22	9,2
	PNS/polisi/ABRI	20	8,3
	Pensiun	16	6,7
	Lain-lain	14	5,8
Penghasilan	Rendah	156	65,0
	Tinggi	84	35,0
Pelayanan kesehatan pemerintah	Memanfaatkan	229	95,4
	Tidak memanfaatkan	11	4,6
Pelayanan kesehatan swasta	Memanfaatkan	224	93,3
	Tidak	16	6,7
Memanfaatkan fasilitas kesehatan milik	memanfaatkan	130	54,2
	Pemerintah	98	40,8
	Swasta	12	5
	Tidak keduanya		
<b>Total</b>		<b>240</b>	<b>100.0</b>

Berkaitan dengan persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sesuai Tabel 2 menunjukkan bahwa sebanyak 158 orang (65,8%) mempunyai persepsi bahwa fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah (Pukesmas dan RS pemerintah) masih mudah untuk diakses, sedangkan sebanyak 150 orang (62,5%) berpendapat bahwa fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta (bidan/perawat praktik, dokter praktik, balai pengobatan swasta, klinik spesialis, dan RS swasta) masih sulit dijangkau secara jarak dan sarana transportasi. Karena biasanya fasilitas pelayanan kesehatan swasta berada di pusat ibukota kabupaten maupun pusat kecamatan

Persepsi responden terhadap kualitas pelayanan kesehatan milik pemerintah adalah persepsi pada fasilitas kesehatan yang masuk pada kategori memadai, persepsi terhadap petugas kesehatan masuk kategori memuaskan, persepsi terhadap biaya kesehatan masuk kategori memuaskan, persepsi terhadap biaya kesehatan masuk kategori murah, dan persepsi terhadap waktu pelayanan kesehatan masuk kategori tidak memuaskan (142 orang atau 59,2%). Hal ini terlihat berbeda pada persepsi responden terhadap kualitas pelayanan kesehatan milik swasta dimana waktu pelayanan masuk kategori memuaskan (172 orang atau 71,7%), persepsi terhadap petugas kesehatan masuk kategori memadai, persepsi terhadap petugas kesehatan masuk kategori memuaskan, dan persepsi terhadap biaya kesehatan antara kategori mahal dan murah hampir sama, yaitu 121 orang dan 119 orang. Hasil penelitian tentang persepsi sehat sakit responden sebagian besar masuk kategori buruk, yaitu 158 orang (65,83%). Adapun responden yang mempunyai persepsi sehat sakit baik hanya sebagian kecil dari total responden yaitu hanya 82 responden (34,17%).

Tabel 2. Distribusi Berdasarkan Persepsi Akses, Kualitas, dan Sehat-Sakit

<b>Presepsi</b>	<b>Kategori</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Akses yankes pemerintah	Mudah	158	65,8
	Sulit	82	34,2
Akses yankes swasta	Mudah	90	37,5
	Sulit	150	62,5
Kualitas yankes pemerintah	Memadai	178	77,39
	Tidak memadai	62	22,61
Kualitas yankes swasta	Memadai	182	73,13
	Tidak memadai	58	20,87
Petugas kesehatan pemerintah	Memuaskan	154	66,95
	Tidak memuaskan	86	33,05
Petugas kesehatan swasta	Memuaskan	209	90,87
	Tidak memuaskan	31	9,13
Waktu pelayanan pemerintah	Memuaskan	98	40,43
	Tidak memuaskan	142	59,57
Waktu pelayanan swasta	Memuaskan	172	74,78
	Tidak memuaskan	68	25,22
Biaya yankes pemerintah	Murah	202	87,83
	Mahal	38	12,17
Biaya yankes swasta	Murah	121	52,60
	Mahal	119	47,40
Persepsi sehat sakit	Buruk	158	65,83
	Baik	82	34,17

## Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta

Responden yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (93,3%). Hasil analisis bivariat uji *chi-square* menunjukkan bahwa variabel : status ekonomi, persepsi akses ke pelayanan kesehatan, serta persepsi sehat sakit tidak berhubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah (nilai  $p > 0,05$ ). Variabel : persepsi kualitas pelayanan kesehatan tentang waktu pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah serta kepemilikan asuransi (termasuk dalam hal ini kartu BPJS dan Jamkesda) (nilai  $p < 0,05$ ) berhubungan bermakna. Sedangkan, persepsi responden tentang fasilitas, petugas, dan biaya di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah (  $p \text{ value} > 0,05$ ). Berdasarkan hasil tersebut, dapat dikatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah adalah persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan yaitu persepsi tentang waktu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan kepemilikan kartu asuransi (Lihat Tabel 3).

Tabel 3. Determinan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah

Variabel Independen	Kategori	Pemanfaatan				Nilai P
		Ya		Tidak		
		Frek	%	Frek	%	
Pendapatan	Rendah	146	60,9	10	4,17	0,828
	Tinggi	78	32,5	6	2,50	
Persepsi akses yankes	Mudah	145	60,4	13	5,42	0,178
	Sulit	79	32,9	3	1,25	
Persepsi fasilitas kesehatan	Memadai	164	68,33	14	5,83	0,207
	Tidak	60	25,0	2	0,83	
Persepsi petugas kesehatan	Memuaskan	143	59,6	11	4,58	0,692
	n	81	33,75	3	2,08	
Persepsi waktu pelayanan	Tidak	87	36,25	11	4,58	0,019
	Memuaskan	137	57,08	5	2,08	
Persepsi biaya kesehatan	n	189	78,75	13	5,42	0,741
	Tidak	35	14,58	3	1,25	
Persepsi sehat sakit	Murah	149	62,08	9	3,75	0,403
	Mahal	75	31,25	7	2,92	
Persepsi kepemilikan asuransi	Buruk	63	58,9	3	2,80	0,028
	Baik	37	34,6	4	3,70	
	Diharuskan Tidak					

Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta di Kabupaten Bojonegoro (229; 95,4%) dengan hasil uji *chi-square* yang menunjukkan bahwa persepsi akses ke pelayanan kesehatan dan persepsi sehat sakit tidak berhubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta Variabel status ekonomi tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas(p *value*> 0,05).

Pelayanan kesehatan milik swasta (nilai p = 0,065 dan 0,071). Persepsi biaya kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan swasta berhubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (p *value* = 0,005). Dengan demikian, faktor yang mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta adalah persepsi tentang biaya kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dan kepemilikan asuransi kesehatan (pada Tabel 4).

Tabel 4. Determinan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Swasta

Variabel Independen	Kategori	Pemanfaatan				Nilai P
		Ya		Tidak		
		Frek	%	Frek	%	
Pendapatan	Rendah	146	60,9	10	4,17	0,065
	Tinggi	83	34,6	1	0,42	
Persepsi akses yankes	Mudah	109	45,4	7	2,92	0,003
	Sulit	120	50,0	4	1,70	
Persepsi fasilitas kesehatan	Memadai	173	72,08	9	3,75	0,635
	Tidak	56	23,33	2	0,83	
Persepsi petugas kesehatan	Memuaskan	200	83,33	9	3,75	0,074
	n	29	12,08	2	0,83	
Persepsi waktu pelayanan	Tidak	163	67,91	9	3,75	0,444
	Memuaskan	66	27,5	2	0,83	
Persepsi biaya kesehatan	n	120	50,0	1	0,42	0,005
	Tidak	109	54,41	10	4,16	
Persepsi sehat sakit	Murah	151	69,92	7	2,92	0,875
	Mahal	78	32,5	4	1,67	
Persepsi kepemilikan asuransi	Buruk	61	57,0	5	4,70	0,031
	Baik	41	38,3	3	1,77	
	Diharuskan Tidak					

## Pembahasan

### Status Ekonomi

Jika dianalisis status ekonomi, tampak tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (nilai p = 0,828). Status ekonomi tidak mempengaruhi keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Hal



ini terjadi karena responden dengan tingkat pendapatan tinggi yang bekerja sebagai PNS/polisi/ABRI dan pensiunan tetap memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Kepemilikan asuransi mengharuskan mereka memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Di samping itu, responden dengan pendapatan tinggi diduga masih mempertimbangkan pelayanan kesehatan yang murah. Tingkat pendapatan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Di samping itu, upaya Pemerintah Daerah Kabupaten Bojonegoro meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat terbukti dengan tersertifikasi ISO 9001:2008 (penjaminan mutu) di RSUD RSUD Dr R Sosodoro Djatikoesoemo dan juga telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah sakit (KARS) dan ISO di 4 (empat) Puskesmas. Pada tahun 2018 direncanakan menargetkan semua Puskesmas di Kabupaten Bojonegoro terakreditasi (Dinkes Bojonegoro, 2015)

Hubungan status ekonomi dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta di Kabupaten Bojonegoro menunjukkan hubungan yang hampir bermakna (nilai  $p = 0,065$ ). Tampaknya keluarga memperhitungkan pendapatan dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta.

Responden dengan tingkat pendapatan rendah (156 sejumlah 65%) adalah petani, buruh, pekerja serabutan, dan pekerja lain dengan pendapatan  $\leq$  Rp 1.000.000,00 kemungkinan hanya memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari, sehingga fasilitas pelayanan kesehatan swasta dianggap mahal. Perbedaan kelas sosial atau status ekonomi berkaitan dengan prioritas seluruh keluarga. Pada ekonomi tingkat bawah, kesehatan sering diletakkan di daftar kebutuhan paling bawah. Pada penelitian ini, keluarga dengan tingkat pendapatan tinggi PNS/polisi/ABRI, pensiunan, serta wiraswasta. Tampaknya, semakin baik jenis pekerjaannya dan semakin tinggi pendapatan, maka akan semakin tinggi pula pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta. Hal ini karena kebutuhan pokok kehidupan sehari-hari terpenuhi. Tuntutan kualitas pelayanan kesehatan menjadi prioritas utama dalam menentukan pemanfaatan pelayanan dan masalah biaya dan akses pelayanan tidak dipermasalahkan lagi. Pelanggan umumnya mengharapkan produk berupa barang atau jasa yang dikonsumsi dapat diterima dan dinikmati dengan pelayanan yang baik atau memuaskan. Keluarga dengan tingkat pendapatan tinggi sebagian besar lebih memilih memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Responden dengan pendapatan tinggi tidak lagi mengutamakan biaya pelayanan kesehatan sehingga memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta lebih banyak meski biayanya mahal (Siswanto, 2014).

### **Persepsi Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Persepsi akses ke pelayanan kesehatan pemerintah tidak berhubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (nilai  $p$  value = 0,178). Bagaimanapun akses pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (mudah atau sulit), masyarakat tetap memanfaatkannya. Hal ini berbeda dengan temuan sebelumnya, persepsi akses pelayanan kesehatan juga mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dan lamanya waktu yang digunakan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan

menurunkan pemanfaatan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Seluruh kecamatan (28 kecamatan) dan 430 desa/kelurahan telah memiliki fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang mempermudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi warga masyarakat Bojonegoro. Persepsi responden tentang akses pelayanan kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta di Kabupaten Bojonegoro (nilai  $p = 0,003$ ). Masyarakat tetap mencoba memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta walaupun sulit menjangkaunya, karena fasilitas ini berada di pusat kota Bojonegoro dan pusat kecamatan terutama juga masih terdapat transportasi yang belum optimal. Terbukti dan hasil penelitian ini, 229 orang (95,4%) pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta. Keadaan tersebut menuntun pelayanan kesehatan memberikan pelayanan yang berkualitas dengan biaya yang terjangkau. Salah satu persyaratan pelanggan bernilai jual tinggi adalah keterjangkauan biaya pelayanan kesehatan. Lebih dan 37,5 % masyarakat di Kabupaten Bojonegoro memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta.

Aksesibilitas pelayanan kesehatan merupakan faktor yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor pendorong untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. (Siswanto,2014). Hal ini disebabkan oleh kondisi geografis Kabupaten Bojonegoro yang luas dan 45 % merupakan wilayah Hutan yang dimiliki Perhutani, berbukit-bukit sehingga cukup menyulitkan keluarga menjangkau pelayanan kesehatan dengan kendaraan sendiri atau umum

### **Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Persepsi responden tentang waktu pelayanan yang berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah (nilai  $p = 0,019$ ) menjelaskan bahwa semakin baik persepsi masyarakat tentang waktu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, semakin tinggi pemanfaatannya, juga didukung dengan kepemilikan kartu asuransi kesehatan seperti Jamkesda dan BPJS. Apapun kondisi fasilitas, petugas, dan biaya di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah tidak mempengaruhi pemanfaatan oleh masyarakat. Persepsi kualitas pelayanan kesehatan (fasilitas, petugas, maupun biaya) milik pemerintah tidak berhubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (nilai  $p > 0,05$ ). Pendidikan responden yang sebagian besar rendah dan menengah (198; 82,5%) dapat membuat responden kurang memperhitungkan masalah kualitas pelayanan kesehatan milik pemerintah terutama tentang fasilitas, petugas, dan biaya kesehatan. Mengingat semakin tinggi pendidikan keluarga, semakin baik pengetahuan keluarga tentang kesehatan termasuk terkait perawatankesehatan terhadap keluarganya (Suryo, 2003).

Persepsi responden tentang biaya kesehatan yang berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta (nilai  $p = 0,005$ ). Biaya kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang mahal menjadi pertimbangan tersendiri bagi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Fasilitas, waktu pelayanan, serta petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta (nilai  $p > 0,05$ ).

## Persepsi Sehat Sakit

Persepsi responden tentang sehat sakit tidak memperlihatkan hubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (nilai  $p = 3,763$ ) dan swasta (nilai  $p = 0,875$ ). Apapun persepsi keluarga tentang sehat sakit, tidak mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta. Fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta tetap menjadi pilihan responden dalam kondisi kesehatan apapun. Temuan ini bertentangan dengan penelitian terdahulu bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh persepsi yang baik terhadap kesehatan (Friedman, 2003). Perbedaan tersebut karena tingkat pendidikan dan pengetahuan responden yang semakin baik. Pada penelitian ini, sebagian besar responden berpendidikan tingkat rendah dan menengah (82,5%) tapi nampaknya pengetahuan dan kesadaran meningkat sangat baik. Responden yang bekerja sebagai petani, buruh, wiraswasta, dan ibu rumah tangga (69,6%) cukup berpengaruh terhadap interpretasi kondisi kesehatan.

## Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui :

- Bahwa tidak ada hubungan antara status ekonomi, persepsi akses ke pelayanan kesehatan, serta persepsi sehat sakit dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah.
- Persepsi kualitas pelayanan kesehatan tentang waktu pelayanan kesehatan, kepemilikan asuransi kesehatan seperti Jamkesda dan BPJS berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah.
- Persepsi kualitas pelayanan kesehatan tentang fasilitas, petugas, dan biaya di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah tidak ada hubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah.
- Keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta hampir sama tinggi di Kabupaten Bojonegoro
- Persepsi sehat sakit, status ekonomi, tidak ada hubungannya dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta di Kabupaten Bojonegoro.
- Ada hubungan antara biaya kesehatan, akses pelayanan kesehatan dan kepemilikan asuransi kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta di Kabupaten Bojonegoro

## Daftar Pustaka

- Assouri Suryo. 2003. Customer service yang baik landasan pencapaian *customer satisfaction*. Usahawan Jakarta
- Bappenas. 2014. Peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih berkualitas. Jakarta: Rencana Kerja Kementerian Lembaga

Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro 2015 Profil Kesehatan Kabupaten Bojonegoro. Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro tahun 2014

Litbang Djanggleng Instiutedan Sosbud Bappeda Bojonegoro. 2015. Riset Kesehatan Masyarakat, 2014

Friedman. 2003 Keperawatan keluarga: teori dan praktik. EGC; Jakarta

Handayani L, Siswanto, 2014 , Pola pencarian pengobatan di Indonesia. Analisis Data Susenas 2013. Gramedia. Jakarta

# **Analisis Spasial HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali 2013**

*SPATIAL ANALYSIS OF HIV/AIDS IN BOYOLALI REGENCY 2013*

Zaima Amalia<sup>1</sup>, Noor Alis Setiyadi<sup>2</sup>, Giat Purwoatmodjo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Public Health Science Department, Public Health Faculty, University of Indonesia

<sup>2</sup> Public Health Department, Health Science Faculty, Muhammadiyah University of Surakarta

<sup>3</sup> Total Sanitation Bases People, Boyolali Regency

Korespondensi:

Zaima Amalia

E-mail :zaima.amalia@ui.ac.id

## **Abstract**

*HIV (Human Immunodeficiency Virus) is a retrovirus that causes AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome). The aim of this research is to describe the spreader of HIV/AIDS disease in Boyolali Regency from 2005 until June of 2013. This was a descriptive research with Geographic Information System (GIS). Then, the collection data was done by qualitative approach. This object research is all of people affected by HIV/AIDS in Boyolali Regency from 2005 until June of 2013, as much as 121 people and 48 of them were died. This research used a descriptive analysis to understanding the distribution of spreader of HIV/AIDS cases in Boyolali Regency and spatial analysis using GIS with space clustering by point technique. The result of this research indicated that HIV/AIDS spreads in 94,74% of Boyolali's Districts. Selo District is only one of 19 Boyolali's Districts in which people affected by HIV/AIDS are prohibited.*

*Keyword: HIV/AIDS, Boyolali Regency, spatial analysis*

## **Pendahuluan**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sebuah retrovirus yang dapat menyebabkan AIDS (*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*) (Kirch, 2008). Pertama kali ditemukan di Indonesia pada 1 Juli 1987, tepatnya di Pulau Bali, penyebaran HIV/AIDS dari tahun 1987-2011 berkembang dengan cukup mengkhawatirkan (Kemenkes RI, 2012). Jawa Tengah berada pada posisi ke-6 dalam jumlah kumulatif kasus AIDS terbanyak dengan 1.630 kasus dan berada pada posisi ke-7 dalam jumlah kumulatif HIV terbanyak dengan 1.057 kasus sampai dengan bulan Maret 2012 (Depkes RI, 2013).

Kasus HIV di Kabupaten Boyolali pertama kali ditemukan pada tahun 2005 dengan jumlah 1 kasus. Penderita dilaporkan terus bertambah setiap tahunnya dengan puncak

laporan penderita HIV/AIDS terbanyak pada tahun 2012 dengan 50 penderita baru (DKK Boyolali, 2012). Jumlah penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali dari tahun 2005-2013 (Juni) telah mencapai 121 orang dan 48 orang diantaranya meninggal dunia (CFR : 39,7%).

Pemerintah Kabupaten Boyolali telah menerapkan rencana strategi (Renstra) penanggulangan HIV/AIDS 2008-2012 dengan prioritas kegiatan berupa upaya penemuan penderita melalui deteksi dini, perubahan perilaku risiko tinggi pada kelompok rentan, kelompok berisiko tertular, kelompok tertular dan orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit, dan observasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali menunjukkan bahwa pengolahan data penyakit HIV/AIDS masih disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

Analisa spasial merupakan salah satu bentuk implementasi SIG dengan mempertimbangkan hubungan antarwilayah yang diperlihatkan oleh data spasial tersebut dalam bentuk peta (Edi, 2012). Dalam penelitian ini, fungsi analisis spasial yang dilakukan ialah *overlay*, yaitu menggabungkan *layer point* penderita dengan *layer point* tempat berisiko tinggi menjadi *layer* data spasial yang baru (Prahasta, 2009).

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif mampu membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan objektif yang dapat digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi (Notoatmodjo, 2005). Penelitian deskriptif tidak melakukan analisis hubungan antarvariabel dan hipotesis, tetapi melakukan observasi yang bersifat eksploratif dan menghasilkan sesuatu yang bersifat umum (Hidayat, 2009).

Pada penelitian ini, kasus HIV/AIDS dideskripsikan menggunakan titik tanpa titik koordinat untuk melindungi keamanan dan kenyamanan penderita. Penelitian ini dilakukan pada bulan September-Desember tahun 2013 di Kabupaten Boyolali. Objek penelitian ini ialah seluruh penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali sejak tahun 2005 hingga bulan Juni 2013, yaitu 121 penderita yang 48 diantaranya telah meninggal dunia karena AIDS.

Pada penelitian ini, digunakan analisis deskriptif dan analisis spasial. Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi persebaran kasus HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali. Analisis spasial dilakukan dengan teknik *point* melalui *space clustering* menggunakan Sistem Informasi Geografis (SIG). Penderita akan digambarkan dan dikelompokkan per kecamatan.

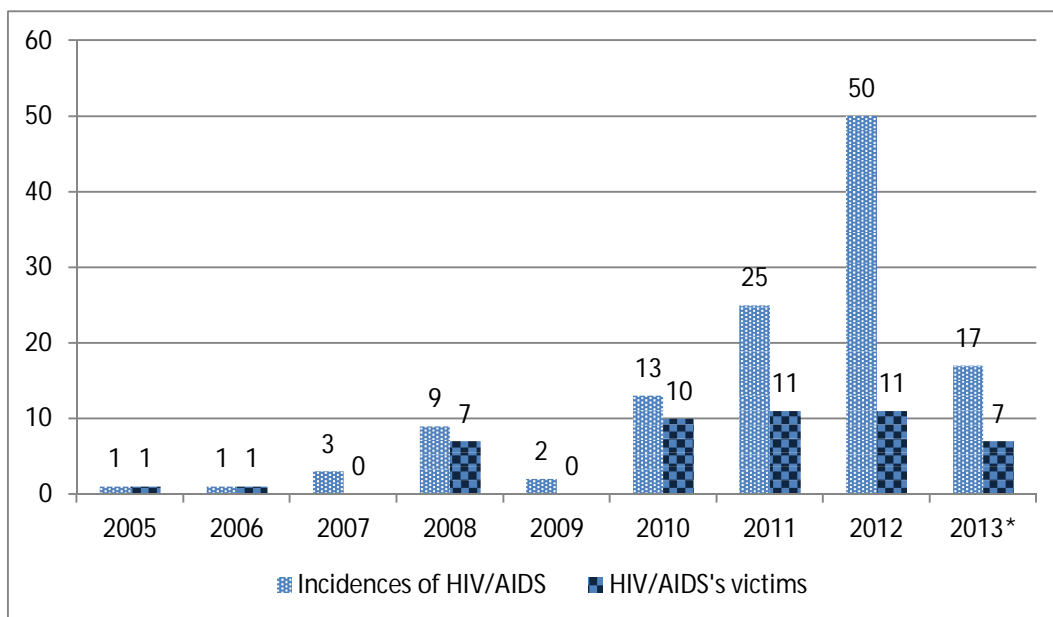
## Hasil Penelitian

Kabupaten Boyolali merupakan salah satu kabupaten dari 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah yang secara geografis terletak antara 110°22'–110°50' BT dan 7°36'–17°71' LS dengan ketinggian antara 75–1500 m di atas permukaan laut. Luas wilayah Kabupaten Boyolali mencapai 101.510,096 Ha. Jarak bentang dari barat ke timur ialah 48 km dan jarak bentang dari utara ke selatan ialah 54 km. Kabupaten Boyolali memiliki 19

kecamatan yang mencakup 267 kelurahan/desa dengan wilayah terluas adalah Kecamatan Kemusu (99,1 km<sup>2</sup>) dan wilayah tersempit adalah Kecamatan Sawit (17,2km<sup>2</sup>).

Berdasarkan data BPS, jumlah penduduk Kabupaten Boyolali tahun 2011 sebanyak 956.850 jiwa dengan jumlah laki-laki 469.649 jiwa (49,08 %) dan perempuan 487.201 jiwa (50,92 %). Rasio laki-laki terhadap perempuan adalah 96,4 per 100. Tingkat kepadatan tertinggi terdapat di Kecamatan Boyolali dengan jumlah 2.287,27 jiwa per km<sup>2</sup>, sedangkan Kecamatan Juwangi dengan jumlah 439,32 jiwa per km<sup>2</sup> merupakan daerah dengan kepadatan terendah di Kabupaten Boyolali (DKK Boyolali, 2012).

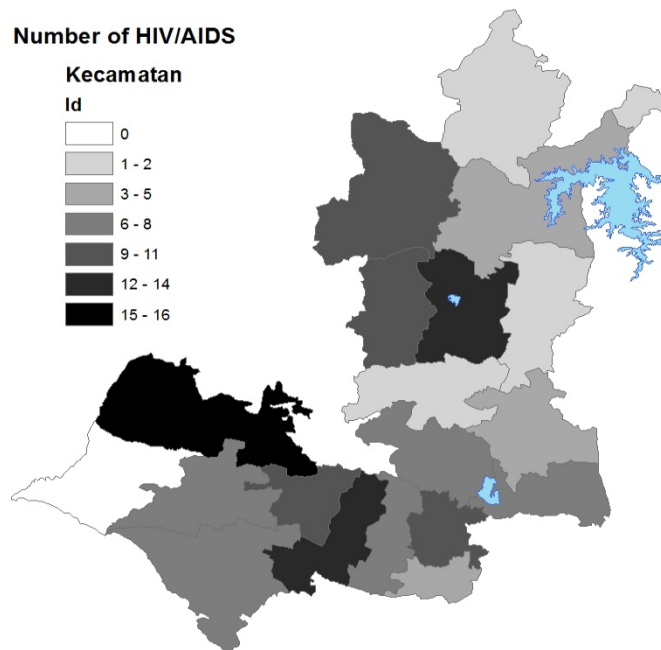
Penderita HIV/AIDS mulai ditemukan di Kabupaten Boyolali pada tahun 2005 dengan jumlah 1 orang. Jumlah penderita semakin bertambah dengan jumlah paling banyak pada tahun 2012 (50 orang). Sampai dengan bulan Juni 2013, jumlah kumulatif penderita HIV/AIDS mencapai 121 orang.



Sumber : DKK Boyolali

**Gambar 1.** Jumlah penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali periode Januari-Juni pada tahun 2005-2013

Persebaran penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali dapat dilihat pada gambar 2.



**Gambar 2.** Persebaran penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali periode Januari-Juni pada tahun 2005-2013

Gambar 2 menunjukkan bahwa penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali tersebar di 18 kecamatan (94,74%). Kecamatan dengan jumlah ODHA terbanyak se-Kabupaten Boyolali adalah Kecamatan Ampel dengan jumlah 16 penderita (13,2%), diikuti dengan Kecamatan Klego dan Kecamatan Mojosongo dengan jumlah 13 penderita (10,7%) pada urutan kedua, dan Kecamatan Wonosegoro dengan jumlah 10 penderita (8,3%) pada urutan ketiga. Sedangkan kecamatan dengan jumlah ODHA paling sedikit se-Kabupaten Boyolali ialah Kecamatan Selo dengan tidak ada penderita, diikuti dengan Kecamatan Juwangi dengan jumlah 1 penderita (0,8%), dan Kecamatan Andong serta Kecamatan Simo dengan jumlah 2 penderita (1,7%).

## Pembahasan

Klinik *Voluntary Counselling and Testing*(VCT) merupakan jendela utama antara petugas kesehatan dengan ODHA. Adanya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 150/MENKES/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*) yang menjelaskan hak ODHA, khususnya mengenai hak pasien untuk membuka diri, menjadi keterbatasan peneliti. Hal tersebut dijelaskan lebih lanjut dalam prinsip VCT. Berikut adalah kutipan dari penjelasan prinsip VCT yang kedua, yaitu saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan.

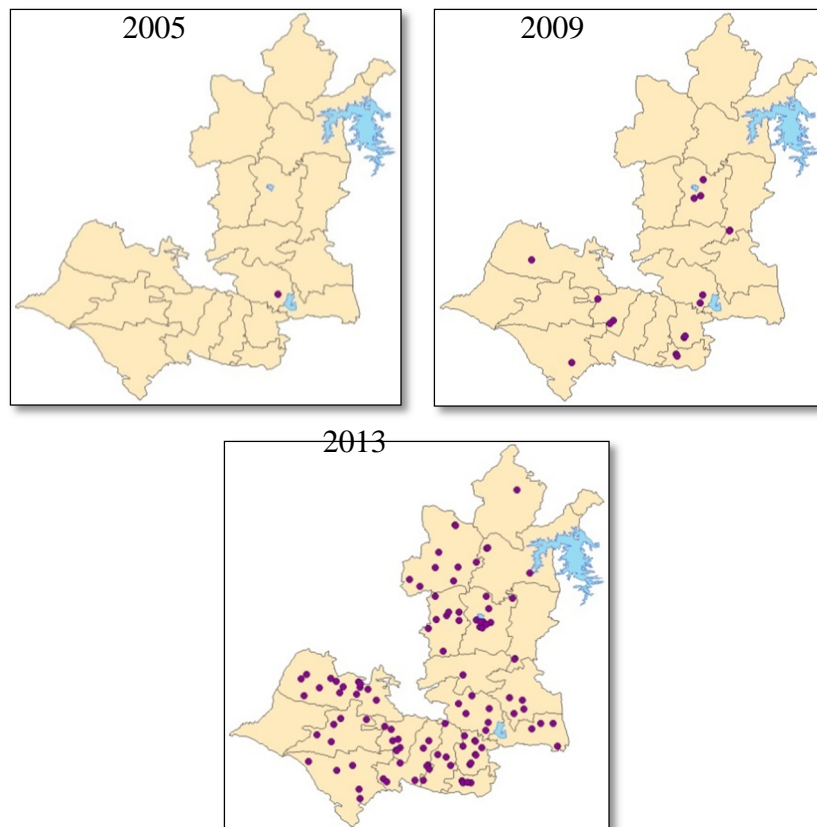
*"Semua informasi yang disampaikan oleh klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, juga tidak diperkenankan didiskusikan di luar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat terjangkau oleh mereka yang tidak berhak. Untuk penanganan*



*kasus klien selanjutnya dengan sejjin klien, informasi kasus dari diri klien dapat diketahui."*

Oleh karena itu, untuk menjaga kelangsungan hidup ODHA di tempat asalnya dengan aman dan nyaman, peneliti tidak mendapatkan hak untuk menemui ODHA di rumah masing-masing. Titik yang terspasialkan dalam peta bukan merupakan titik koordinat rumah penderita sebenarnya, akan tetapi hanya titik yang menggambarkan keberadaan penderita di suatu kecamatan.

Jumlah penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali terus meningkat dan semakin menyebar. Pada tahun 2005 HIV/AIDS hanya terdapat pada 1 kecamatan, pada tahun 2009 HIV/AIDS telah menyebar pada 8 kecamatan, dan sampai Juni tahun 2013 sebanyak 18 dari 19 kecamatan di Kabupaten Boyolali memiliki penderita HIV/AIDS.



Kecamatan Selo merupakan satu-satunya kecamatan yang tidak memiliki penderita HIV/AIDS. Kecamatan Selo berbatasan langsung dengan Kabupaten Magelang. Sebagian Kecamatan Selo berada pada ketinggian 1300-1500 m yang didominasi dengan perbukitan, pegunungan dan dipenuhi hutan lindung.

Kecamatan Selo dicurigai terdapat HIV/AIDS walaupun tidak ada penderita HIV/AIDS. Berdasarkan hasil observasi di seluruh Puskesmas yang memiliki penderita HIV/AIDS, kecurigaan terhadap HIV/AIDS diawali dengan adanya infeksi menular seksual (IMS). Klinik IMS Puskesmas Boyolali I menyatakan bahwa pasien IMS yang dirujuk datang dari seluruh Kabupaten Boyolali, tak terkecuali Kecamatan Selo.

Peristiwa munculnya seorang penderita HIV/AIDS seperti fenomena gunung es (KPA, 2009). Setiap 1 penderita ditemukan positif secara klinis, maka terdapat

kemungkinan 9 penderita terdeteksi secara subklinis dan belum dinyatakan positif (Overton, 2007). Jika saat ini telah ditemukan 121 penderita HIV/AIDS, maka diperkirakan ada 1.089 penderita HIV/AIDS yang terdeteksi secara subklinis dan belum dinyatakan positif.

Persebaran penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali dapat dilihat dengan SIG. Banyaknya penderita yang menyebar merata di Kabupaten Boyolali terlihat jelas pada Gambar 2.

## **Simpulan**

Penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali tersebar di 18 kecamatan (94,74%). Kecamatan Selo merupakan satu-satunya kecamatan yang tidak memiliki penderita HIV/AIDS. Urutan tertinggi jumlah ODHA se-Kabupaten Boyolali berada di Kecamatan Ampel dengan 13,2%, kemudian Kecamatan Klego dan Kecamatan Mojosongo dengan 10,7% dan Kecamatan Wonosegoro dengan 8,3%. Sedangkan urutan terendah jumlah ODHA se-Kabupaten Boyolali ialah Kecamatan Selo dengan tidak ada penderita, Kecamatan Juwangi dengan jumlah 1 penderita (0,8%), dan Kecamatan Andong serta Kecamatan Simo dengan jumlah 2 penderita (1,7%). Kabupaten Boyolali memiliki 121 penderita HIV/AIDS yang positif secara klinis dan dilaporkan di rumah sakit, maka diperkirakan masih ada 1.089 penderita HIV/AIDS yang terdeteksi secara subklinis dan belum dinyatakan positif.

SIG dapat membantu menggambarkan persebaran penderita HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali. Melalui *space clustering*, dapat dilihat bahwa Kecamatan Selo merupakan satu-satunya kecamatan yang bebas dari HIV/AIDS. Walaupun begitu, bukan berarti penyakit HIV/AIDS tidak ada di Kecamatan Selo. Pasien IMS yang memeriksakan diri ke klinik IMS Puskesmas I Boyolali biasanya menjadi awal kecurigaan HIV/AIDS berasal dari seluruh kecamatan di Kabupaten Boyolali, tak terkecuali Kecamatan Selo.

Sebaiknya pemerintah Kabupaten Boyolali dapat menambahkan klinik VCT dan klinik IMS di Kecamatan Ampel, Kecamatan Mojosongo, Kecamatan Klego, dan Kecamatan Wonosegoro yang memiliki banyak penderita HIV/AIDS untuk mencegah lebih meluasnya penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali. Selain itu, diperlukan penggunaan SIG untuk memantau perkembangan persebaran HIV/AIDS agar dapat diketahui pola penularan untuk menentukan langkah-langkah pemutusan penularan penyakit HIV/AIDS. Penelitian dengan lembaga lain dan multisektor juga diperlukan sebagai usaha untuk pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Boyolali.

## **Ucapan Terima Kasih**

Penulis menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian ini, tidak terlepas oleh bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali, Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Boyolali, VCT RS Pandanarang Boyolali, dan LSM Solidaritas Perempuan untuk

Kemanusiaan dan Hak Asasi Manusia (Spek-HAM) yang telah membantu selama penelitian.

## Daftar Pustaka

- Depkes RI. 2013. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2013*. Depkes RI. Jakarta.
- Dinkes Kab Boyolali. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Boyolali Tahun 2011*. DKK Boyolali. Boyolali.
- Edi, YS. 2012. *Pengenalan Analisis Spasial*. BPS. Rangkasbitung.
- Hidayat, AA. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kemenkes RI. 2012. *Profil Data Kesehatan Indonesia 2011*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kirch, W. 2008. *Encyclopedia of Public Health*. Springer. USA.
- KPA. 2009. *Analisis Situasi HIV & AIDS di Indonesia*. KPA. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Overton, M. 2007. *Epidemiology of Disease*. Uga. United Kingdom.
- Prahasta, Eddy. 2009. *Sistem Informasi Geografis : Konsep-konsep Dasar (Perspektif Geodesi dan Geomatika)*. Informatika. Bandung.

# **Kadar *Acetil Cholinesterase* dan Kejadian Anemia pada Petani Tembakau di Kabupaten Jember**

ACETYL CHOLINESTERASE LEVELS AND INCIDENCE OF ANEMIA AMONG TOBACCO FARMERS IN JEMBER

Isa Ma'rufi, Eri Witcahyo, Erdi Istiaji

<sup>1</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, Fax (0331) 322995 Jember  
68121. Hp. 081330477714.  
Korespondensi: Isa Ma'rufi  
E-mail: isa\_marufi@yahoo.com

## **Abstract**

Nowadays, the main problem on the farmers is the behavior of using pesticides with high doses and unsafe behavior, therefore it was high risk of poisoning to farmers. The purpose of the study was to analyze the levels of acetyl cholinesterase by the incidence of anemia among tobacco workers in Jember. The study was an observational, conducted by observations, interviews and questionnaires. Samples of the study were 96 respondents by cluster random sampling and analytical approach. The results was indicate that the levels of cholinesterase in the blood acetyl farmers were included in the category of normal as much as 37.5%, as much as 43.7% were mild poisoning, intoxication was as much as 13.5%, and 5.2% severe poisoning. Respondents who have anemia as much as 47.8%, while 52.2% were in normal conditions (non-anemic). The results of the Chi-square test showed a significant relationship between the dose of pesticides, acetyl cholinesterase levels with the incidence of anemia among tobacco farmers in Jember. Therefore, the concerned parties need to provide guidance and strict controls over the use of pesticides

Keywords: *Acetyl cholinesterase*, incidence of anemia, tobacco farmers

## **Abstrak**

Masalah utama pada petani saat ini adalah perilaku penggunaan pestisida dengan dosis tinggi dan *safe behavioral* yang jelek, hal ini berisiko terjadi keracunan pada petani. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kadar *acetil cholinesterase* dengan kejadian anemia pada pekerja tembakau di Kabupaten Jember. Penelitian ini termasuk jenis penelitian *observasional*, dimana peneliti melakukan pengamatan, wawancara dan pengisian kuesioner serta melakukan pengukuran pada beberapa variabel yang sedang diteliti. Sampel penelitian adalah 96 responden, dengan teknik pengambilan sampel

adalah *cluster random sampling*. Teknik analisis data dari penelitian ini adalah analitik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kadar *acetil cholinesterase* dalam darah petani yang termasuk dalam kategori normal sebanyak 37,5%, keracunan ringan sebanyak 43,7%, keracunan sedang sebanyak 13,5%, dan keracunan berat sebanyak 5,2%. Petani yang menderita anemia sebanyak 47,8% sedangkan 52,2% lainnya berada dalam kondisi normal (tidak mengalami anemia). Hasil uji statistik dengan uji *chi square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara dosis pestisida, kadar *acetil cholinesterase* dengan kejadian anemia pada petani tembakau di Kabupaten Jember. Oleh karena itu, pihak terkait perlu memberikan pembinaan dan pengawasan yang ketat terhadap penggunaan pestisida.

Kata kunci: *Acetil cholinesterase*, kejadian anemia dan petani tembakau.

## Pendahuluan

Masalah utama pada petani saat ini adalah perilaku penggunaan pestisida dengan dosis tinggi dan *safe behavioral* yang jelek sehingga berisiko terjadi keracunan pada petani. Pestisida merupakan semua bahan yang digunakan untuk membunuh, mencegah, mengusir, mengubah hama dan atau bahan yang digunakan untuk merangsang, mengatur dan mengendalikan tumbuhan (Mukono, 2000). Pestisida yang digunakan di bidang pertanian secara spesifik disebut produk perlindungan tanaman (*crop protection products*) untuk membedakannya dari produk yang digunakan di bidang lain (Djojsumarto, 2008). Beberapa penggolongan pestisida berdasarkan sasarannya adalah insektisida, fungisida, bakterisida, nematisida, akarisisida, rodentisida, moluskisida, serta herbisida (Wudianto, 2010). Penggolongan pestisida lainnya adalah zat pengatur tumbuhan dan defoliant, yaitu senyawa peluru daun yang bersifat mempercepat luruhnya daun (Mukono, 2000).

Kejadian keracunan pestisida di Indonesia dari tahun 1996-1998 sebanyak 820 kasus dan menyebabkan kematian 125 orang, sedangkan tahun 1999-2001 ada sebanyak 868 kasus dan menyebabkan kematian 134 orang. Sementara itu, kejadian keracunan akut karena pestisida dari tahun 2001-2005 tercatat sebanyak 4.867 kasus dan sebanyak 3.789 orang meninggal (Depkes RI, 2007).

Pestisida yang banyak direkomendasikan untuk bidang pertanian adalah golongan organofosfat karena lebih mudah terurai di alam. Golongan organofosfat mempengaruhi fungsi saraf dengan cara menghambat kerja enzim *acetil cholinesterase*. Aktivitas *acetil cholinesterase* dalam darah seseorang yang diuji dinyatakan sebagai persentase dari aktivitas enzim *acetil cholinesterase* dalam darah normal. Berdasarkan hasil pembacaan yang didapat, tingkat keracunan diklasifikasikan sebagai: 1) normal: 75%-100% dari normal, 2) keracunan ringan: 50%-75% dari normal, 3) keracunan sedang: 25%-50% dari normal, dan 4) keracunan berat: 0%-25% dari normal (Depkes RI, 1992).

Keracunan pestisida menimbulkan abnormalitas pada profil darah karena mengganggu organ-organ pembentuk sel-sel darah, proses pembentukan sel-sel darah dan sistem imun, hingga mengakibatkan anemia (Djau, 2009). Anemia merupakan

pengurangan dalam jumlah, warna, atau ukuran dari sel-sel darah merah dalam tubuh. Sel-sel darah merah membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan-jaringan dan mengangkut karbondioksida. Setiap keadaan yang mengurangi kemampuan membawa oksigen dari sel-sel darah merah akan mengurangi pasokan oksigen ke jaringan tubuh termasuk otak dan otot. Jika petani mengalami anemia, maka mereka akan mudah lelah, merasa lemah, dan kekurangan energi sehingga menurunkan produktivitas (Kurniasih dkk, 2013).

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis hubungan dosis pestisida, kadar *acetil cholinesterase* dalam darah dengan anemia pada petani tembakau di Kabupaten Jember.

## Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *observasional*, dimana peneliti melakukan pengamatan, wawancara dan pengisian kuesioner serta melakukan pengukuran pada beberapa variabel yang diteliti, yaitu kadar *acetil cholinesterase* darah petani, kadar hemoglobin pada petani, pengetahuan, sikap dan perilaku penggunaan pestisida. Penelitian ini termasuk *cross sectional* bila ditinjau berdasarkan waktu pelaksanaannya karena data tentang variabel diperoleh pada waktu tertentu secara bersamaan.

Lokasi penelitian adalah Kabupaten Jember. Populasi penelitian merupakan seluruh petani tembakau di Kabupaten Jember sebanyak 15.000 petani. Jumlah sampel yang diteliti sebanyak 96 petani. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *cluster random sampling*. Penelitian ini menggunakan teknik analisis deskriptif dan analitik untuk mengetahui frekuensi karakteristik pekerja, pengetahuan, sikap dan perilaku aman penggunaan pestisida, serta dilakukan uji statistik *chi square* dengan bantuan perangkat SPSS.

## Hasil Penelitian

### Karakteristik Petani Tembakau

Berdasarkan hasil survei terhadap 96 petani dengan menggunakan kuesioner, sebagian besar petani (58,5%) berusia lebih dari 41 tahun.

**Tabel 1.** Karakteristik responden

Karakteristik responden	n	%
Usia		
< 25 tahun	7	7,4
26-40	32	34,1
> 41	55	58,5
Masa kerja		
0-5	9	9,4
6-10	38	39,6
>10	49	51,0

### Kadar *Acetil Cholinesterase* Petani Tembakau

Hasil pemeriksaan kadar *asetil cholinesterase* terhadap 96 petani tembakau didapatkan 36 petani memiliki kadar *asetil cholinesterase* normal, 42 petani mengalami keracunan ringan, 13 petani mengalami keracunan sedang, dan 5 petani mengalami keracunan berat. Hasil pemeriksaan dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2.** Kadar *asetil cholinesterase* petani tembakau di Kabupaten Jember

<i>Cholinesterase</i>	n	%
Normal	36	37,5
Keracunan Ringan	42	43,7
Keracunan Sedang	13	13,5
Keracunan Berat	5	5,2
Total	96	100

### Anemia Petani Tembakau

Pemeriksaan kadar hemoglobin terhadap 96 petani tembakau memperoleh hasil sebanyak 46 petani (47,9%) mengalami anemia dan 50 petani (52,1%) normal (tidak mengalami anemia). Hasil pemeriksaan kadar hemoglobin dapat dilihat pada tabel 3.

**Tabel 3.** Kejadian anemia pada petani tembakau di Kabupaten Jember

Kejadian Anemia	n	%
Anemia (Hb < 12 mg%)	46	47,9
Normal (Hb > 12 mg%)	50	52,1
Total	96	100

### Pengetahuan Petani mengenai Penggunaan Pestisida

Hubungan pengetahuan petani dalam penggunaan pestisida dengan kejadian anemia dapat dilihat pada tabel 4.

**Tabel 4.** Tabulasi silang antara pengetahuan penggunaan pestisida dengan anemia pada petani

Pengetahuan	Normal		Anemia		Total
	n	%	n	%	
Baik	21	80,8	19	19,2	100,00%
Sedang	3	11,5	23	88,5	100,00%
Buruk	26	59,1	18	40,9	100,00%

$$x^2 = 26,565; p = 0,000$$

Berdasarkan uji *chi square* diperoleh nilai  $x^2 = 26,565$ ;  $p=0,000 < \alpha=0,05$ ; yang berarti ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kejadian anemia pada petani.

### Sikap Petani Terhadap Kejadian Anemia

Hubungan sikap petani dengan kejadian anemia dapat dilihat pada tabel 5.

**Tabel 5.** Tabulasi silang antara sikap penggunaan pestisida dengan anemia pada petani

Sikap	Normal		Anemia		Total
	n	%	n	%	
Baik	17	77,3	5	22,7	100,00%
Sedang	4	16,7	20	83,3	100,00%
Buruk	29	58,0	21	42,0	100,00%

$x^2 = 18,357$ ;  $p = 0,002$

Uji *chi square* yang dilakukan memperoleh nilai  $x^2 = 18,357$ ;  $p = 0,002 < \alpha = 0,05$ ; sehingga ada hubungan bermakna antara sikap penggunaan pestisida dengan kejadian anemia.

### Perilaku Aman Terhadap Penggunaan Pestisida

Hubungan perilaku aman penggunaan pestisida dengan kejadian anemia dapat dilihat pada tabel 6.

**Tabel 6.** Tabulasi silang antara perilaku penggunaan pestisida dengan anemia pada petani

Perilaku	Normal		Anemia		Total
	n	%	n	%	
Baik	13	72,2	5	27,8	100,00%
Sedang	8	28,6	20	71,4	100,00%
Buruk	29	58,0	21	42,0	100,00%

$x^2 = 9,829$ ;  $p = 0,007$

Berdasarkan uji *chi square* diperoleh nilai  $x^2 = 9,829$ ;  $p = 0,007 < \alpha = 0,05$ ; maka ada hubungan antara perilaku aman penggunaan pestisida dengan kejadian anemia.

### Kadar *Acetil Cholinesterase* dengan Kejadian Anemia

Hubungan kadar *asetil cholinesterase* dengan kejadian anemia dapat dilihat pada tabel 7.

**Tabel 7.** Tabulasi silang antara kadar *asetil cholinesterase* dengan anemia pada petani



Kadar <i>acetil Cholinesterase</i>	Normal		Anemia		Total
	n	%	n	%	
Normal	30	83,3	6	16,7	100,00%
Keracunan Ringan	14	33,3	28	66,9	100,00%
Keracunan Sedang	6	46,2	7	53,8	100,00%
Keracunan Berat	0	0	5	100	100,00%

$\chi^2 = 25,621$ ;  $p = 0,000$

Berdasarkan uji *chi square* diperoleh nilai  $\chi^2 = 25,621$ ;  $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ ; maka ada hubungan antara kadar *acetil cholinesterase* dengan kejadian anemia.

### Dosis Penggunaan Pestisida dengan Kejadian Anemia

Hubungan dosis penggunaan pestisida dengan kejadian anemia dapat dilihat pada tabel 8.

**Tabel 8.** Tabulasi silang antara dosis penggunaan pestisida dengan anemia pada petani

Dosis	Normal		Anemia		Total
	n	%	n	%	
Sesuai dosis	39	84,8	7	15,2	100,00%
Lebih dari dosis	4	22,0	39	78,0	100,00%

$\chi^2 = 37,840$ ;  $p = 0,000$

Uji *chi square* yang dilakukan memperoleh nilai  $\chi^2 = 37,840$ ;  $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ ; yang berarti ada hubungan bermakna antara dosis penggunaan pestisida dengan kejadian anemia.

## Pembahasan

Pemeriksaan kadar *acetil cholinesterase* dalam darah merupakan *marker* keracunan pestisida, terutama organofosfat. *Acetil cholinesterase* merupakan enzim penyalur impuls syaraf yang tersebar luas di berbagai jaringan dan cairan tubuh yang terdapat pada plasma dan hati. Terganggunya kadar *cholinesterase* di dalam darah dapat mengakibatkan *cholinergic* (Depkes RI, 2000). Organofosfat menyebabkan kerusakan struktur neurofibriler yang menyebabkan aksonopati distal (Lu, 2006).

Anemia adalah pengurangan jumlah sel darah merah, kuantitas hemoglobin, dan volume pada sel darah merah (hematokrit) per 100 ml darah. Anemia bukan suatu diagnosis melainkan pencerminan dari dasar perubahan patofisiologis yang diuraikan oleh anamnesa dan pemeriksaan fisik yang teliti serta didukung oleh pemeriksaan laboratorium. Anemia ditentukan berdasarkan kadar hemoglobin dalam darah.

Kejadian anemia pada penderita keracunan organofosfat terjadi karena terbentuknya gugus *sulfhemoglobin* dan *methemoglobin* dalam sel darah merah.

*Sulfhemoglobin* terjadi karena kandungan sulfur yang tinggi pada pestisida berikatan dengan sel darah merah sehingga menimbulkan ikatan *sulfhemoglobin*. Hal ini menyebabkan hemoglobin menjadi tidak berfungsi normal dalam mengantar oksigen. Kehadiran *sulfhemoglobin* dan *methemoglobin* dalam darah menyebabkan penurunan kadar hemoglobin dalam sel darah merah sehingga terjadi hemolitik anemia (Kurniasih dkk, 2013).

Berdasarkan uji *chi square*, ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kejadian anemia pada petani. Petani yang memiliki pengetahuan yang rendah dan terbatas kurang bisa menggunakan pestisida dengan benar, tidak mengetahui cara menyemprot dengan benar, tidak mengetahui cara menjaga *hygiene* perorangan terhadap penggunaan pestisida, serta tidak mengetahui berperilaku aman ketika menggunakan pestisida. Petani dengan pengetahuan yang baik mengenai penggunaan pestisida yang benar dapat melakukan teknik penggunaan pestisida sehingga mereka mampu melakukan pencegahan dan penanggulangan keracunan pestisida dengan berperilaku aman.

Rendahnya pengetahuan petani mengenai teknik penggunaan pestisida yang benar terjadi karena kurangnya informasi. Pihak terkait tidak pernah memberikan penyuluhan maupun pendidikan mengenai cara penggunaan pestisida yang benar. Penyuluhan mengenai penggunaan pestisida diperlukan petani untuk meningkatkan pengetahuannya mengenai teknik penyemprotan yang benar dan meningkatkan kesadaran mengenai pentingnya perilaku yang aman.

Teori Lawrence Green menyatakan bahwa pengetahuan tidak berkaitan langsung dengan kesehatan, melainkan melalui sikap dan praktik. Pengetahuan akan mempengaruhi sikap seseorang untuk bertindak. Pengetahuan merupakan dominan sangat penting untuk terbentuknya praktik seseorang. Pengetahuan yang relatif tidak baik tentang pestisida mencerminkan ketidakpedulian terhadap kesehatan baik bagi dirinya maupun lingkungan (Notoatmodjo, 2005).

Terkait hubungan antara sikap petani dengan kejadian anemia, hasil uji *chi square* yang dilakukan menunjukkan ada hubungan bermakna antara sikap petani dengan kejadian anemia. Sikap petani yang buruk, misalnya petani acuh tak acuh terhadap bahaya pestisida dan menganggap tidak akan terjadi masalah terhadap kesehatannya, merupakan faktor yang berperan dalam kejadian anemia. Sikap tersebut memberi kesan bahwa petani meremehkan keracunan pestisida dan kejadian anemia, serta menganggap bahwa keracunan pestisida tidak berdampak pada kesehatan mereka.

Berdasarkan dosis penggunaan dan kejadian anemia, hasil uji *chi square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara dosis penggunaan pestisida dengan kejadian anemia. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ramsingh tahun 2009 di India yang mengungkapkan bahwa terdapat pengaruh pestisida dengan kadar hemoglobin. Keberadaan pestisida membentuk *methemoglobin* di dalam sel darah merah yang menyebabkan hemoglobin menjadi tidak normal dan tidak dapat menjalankan fungsinya dalam mengantar oksigen. Kehadiran *methemoglobin* dalam

darah menyebabkan penurunan kadar hemoglobin di dalam sel darah merah sehingga terjadi anemia hemolitik (Ramsingh, 2010).

Berbeda dengan hasil penelitian ini, penelitian yang dilakukan pada tahun 2012 oleh Fikri Elanda dkk mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara keterpaparan pestisida dengan kejadian anemia pada petani penyemprot pestisida di Kabupaten Brebes (Fikri dkk, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Runia (2008) yang meneliti petani hortikultura di Desa Tejosari Kecamatan Ngablak Kabupaten Malang mendapati hal yang sama, yaitu tidak ada hubungan bermakna antara keracunan pestisida dengan kejadian anemia.

## Kesimpulan Dan Saran

Penelitian ini menghasilkan informasi bahwa sebanyak 37,5% petani memiliki kadar *acetil cholinesterase* dalam darah yang normal, sebanyak 43,7% petani mengalami keracunan ringan, sebanyak 13,5% petani mengalami keracunan sedang, dan 5,2% lainnya mengalami keracunan berat. Selain itu, petani yang menderita anemia sebesar 47,8%, sedangkan 52,2% lainnya tidak mengalami anemia. Hasil uji *chi square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara dosis pestisida, kadar *acetil cholinesterase* dengan kejadian anemia pada petani tembakau di Kabupaten Jember.

Perlu adanya penyuluhan dan pelatihan secara teratur mengenai teknik penggunaan pestisida bagi para petani. Penggunaan alat pelindung diri (APD) saat bekerja serta perilaku aman dalam bekerja perlu diterapkan. Pihak terkait perlu memberikan pembinaan dan pengawasan yang ketat terhadap penggunaan pestisida.

## Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI. 1992. *Pengenalan dan Penatalaksanaan Keracunan Pestisida*. Subdit Pengamanan Pestisida. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2000. *Pengendalian Pestisida*. Direktorat Jendral Pemberantasan penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pelayanan Laboratorium tentang Pemeriksaan Keracunan Pestisida*. Direktorat Jendral Pemberantasan penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Djojosumarto P. 2008. *Pestisida dan Aplikasinya*. Agromedia Pustaka. Jakarta.
- Djau R. 2009. Faktor Risiko Kejadian Anemia dan Keracunan Pestisida pada Pekerja Penyemprot Gulma di Kebun Kelapa Sawit PT.Agro Indomas Kab. Seruyan Kalimantan Tengah (Tesis). Program Studi Magister Kesehatan Lingkungan Universitas Diponegoro. Semarang.
- Fikri E, Setiani O, Nurjazuli. 2012. Hubungan Paparan Pestisida dengan Kandungan Arsen dalam Urin dan Kejadian Anemia. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 11:29-37.
- Kurniasih SA, Setiani O, Nugraheni SA. 2013. Faktor-faktor yang Terkait Paparan Pestisida dan Hubungannya dengan Kejadian Anemia pada Petani Hortikultura di Desa Gombang Kecamatan Belik Kabupaten Pemalang Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 2(2):132-137.
- Lu FC. 2006. *Toksikologi Dasar: Asas, Organ Sasaran, dan Penilaian Risiko*. Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press). Jakarta.

- Mukono HJ. 2000. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Airlangga University Press. Surabaya.
- Notoatmodjo S. 2005. *Pengantar Ilmu Perilaku*. FKM UI. Jakarta.
- Ramsingh D. 2010. The Assessment of The Chronic Toxicity and Carcinogenicity of Pesticides. Dalam Krieger R (eds), *Hayes' Handbook of Pesticide Toxicology*. Elsevier Inc. Manhattan.
- Runia YA. 2008. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Keracunan Organofosfat, Karbamat dan Kejadian Anemia pada Petani Holtikultura di Desa Tejosari Kecamatan Ngablak Kabupaten Magelang. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Wudianto R. 2010. *Petunjuk Penggunaan Pestisida*. Penebar Swadaya. Jakarta.

# Indeks Transmisi Transovarial Virus Dengue pada Nyamuk *Aedes Albopictus* di Kecamatan Tembalang Kota Semarang

TRANSOVARIAL TRANSMISSION INDEX OF DENGUE VIRUS ON *Aedes albopictus* IN  
TEMBALANG DISTRICT SEMARANG CITY

Djoko Nugroho<sup>1</sup> dan Dwi Sutiningsih<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bagian Biostatistik dan Ilmu Kependudukan FKM Undip  
Jl. Prof. Soedarto, SH Tembalang Semarang Selatan 50239

<sup>2</sup>Bagian Epidemiologi dan Penyakit Tropik FKM Undip  
Jl. Prof. Soedarto, SH Tembalang Semarang Selatan 50239  
E-mail: nugrohoki@gmail.com

## Abstract

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is an infectious vector-borne disease which until today still cause serious health problem. The disease is transmitted through mosquito bites. *Aedes aegypti* is known as the main vector of dengue virus for life in and around the house. Whereas *Aedes albopictus* live in the gardens so as more rare contact with humans. The research aims to prove the existence of transovarial transmission virus dengue in *Aedes albopictus* mosquito in Tembalang district, Semarang city. This research was an observational analytic study with cross-sectional design. Study samples were *Aedes sp.* ovitrap of eggs of Tembalang district. Three villages with represent Tembalang district was selected base on the number of cases. The egg survey of ovitrap was reared to get F1 to for virus dengue examination with ISBPC technique. The result of this study were found transovarial transmission virus dengue on *Aedes albopictus* from thee villages in Tembalang district. Transovarial transmission index (ITT) of Sambiroto village was 20%, Kedungmundu village was 10% and Sendangmulyo village was 3,33%. It concluded that transovarial transmission virus dengue on *Aedes albopictus* in Tembalang district, Semarang city.

Key words: mosquito, *Aedes albopictus*, transovarial, dengue virus, Tembalang

## Abstrak

Virus Dengue adalah penyebab penyakit demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk. Selama ini *Aedes aegypti* dikenal sebagai vektor utama virus Dengue karena hidup di dalam dan sekitar rumah. Sedangkan *Aedes albopictus* hidupnya di kebun-kebun sehingga lebih jarang kontak dengan manusia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah *Aedes albopictus* berperan dalam

penularan transovarial pada nyamuk *Ae. albopictus* di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel diambil secara *accidental*, dengan melakukan penangkapan nyamuk *Aedes albopictus* dari Kecamatan Tembalang yang merupakan daerah endemis tinggi dengan kasus yang sering berulang. Telur nyamuk hasil penangkapan yang telah *rearing* diperiksa adanya virus dengue dengan teknik ISBPC. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya transmisi transovarial virus dengue pada nyamuk *Aedes albopictus* di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang. Indeks transmisi transovarial di Kelurahan Sambiroto sebesar 20%, Kedungmundu 10% dan Sendangmulyo 3,33%.

Kata kunci : nyamuk *Aedes albopictus*, transovarial, virus dengue

## Pendahuluan

Infeksi dengue ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat ketinggian lebih dari 1.000 meter di atas permukaan laut (Siregar, 2004). Nyamuk *Ae. Aegypti* merupakan vektor utama virus dengue, karena hidupnya di dalam dan sekitar rumah, sedangkan *Aedes albopictus* hidup di kebun-kebun sehingga lebih jarang kontak dengan manusia. Sekali virus berada dalam tubuh nyamuk, virus tersebut akan tetap berada dalam tubuh nyamuk sepanjang hidupnya, sehingga nyamuk akan menjadi penular (vektor) selama hidupnya. Penularan terjadi setiap kali nyamuk menggigit. Sebelum menghisap darah, nyamuk akan mengeluarkan air liur melalui *proboscis*-nya agar darah yang dihisap tidak membeku. Bersama air liur inilah virus Dengue ditularkan ke orang lain (Depkes RI, 2004).

Kota Semarang merupakan kota dengan kasus demam berdarah dengue (DBD) tertinggi di Jawa Tengah tahun 2011 yaitu sebanyak 1.303 kasus. Beberapa kelurahan dengan kasus DBD tertinggi di kota Semarang tahun 2011 yaitu Sambiroto 28 kasus (IR 98,02 per 100.000 orang), Candisari 23 kasus (IR 124,35 per 100.000 orang), Wonosari 13 kasus (IR 76,73 per 100.000 orang), Kedungmundu 9 kasus (IR 37,17 per 100.000 orang), Kalipancur 8 kasus (IR 46,95 per 100.000 orang), dan Petompon 3 kasus (IR 37,17 per 100.000 orang). Selama 3 tahun terakhir, tren kasus DBD di Kota Semarang cenderung meningkat.

Masih banyak faktor dari berbagai aspek yang belum diketahui tentang penyakit ini, baik dari segi virologi, entomologi maupun epidemiologi dan pemberantasannya. Penyebab meningkatnya kasus DBD sangat kompleks dan multifaktorial, salah satunya yaitu peranan penularan transovarial (dari induk yang mengandung virus ke anaknya) pada nyamuk *Ae. aegypti* dan *Ae. albopictus* belum dikaji lebih lanjut. Sekitar 20% nyamuk yang ditangkap di alam positif mengandung virus. Adanya virus dengue pada nyamuk *Ae. albopictus* betina di Singapura dengan serotipe DEN-4 (38.9%), DEN-2 (33.3%), DEN-3 (16.7%), dan DEN-1 (11.1%). Penelitian Buckner EA *et al* (2013) membuktikan bahwa nyamuk *Ae. albopictus* berperan sebagai vektor pada infeksi virus Dengue-1 di Florida (Rosen & Gubler, 2004). Hasil penelitian lain oleh Lee dan Rohani juga

membuktikan bahwa nyamuk *Ae. albopictus* sebagai vektor dominan infeksi virus dengue di daerah perkotaan di Malaysia dengan transmisi secara transovarial (Lee & Rohani, 2005; Almeida *et al.*, 2005).

Virus dengue ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk. Satu nyamuk yang terinfeksi virus selama hidupnya akan mengandung virus tersebut. Nyamuk betina yang *infected* (mengandung virus) mungkin juga dapat mewariskan virus ke generasi berikutnya. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Kelurahan Jangli dan Sambiroto, Kecamatan Tembalang, Semarang menunjukkan adanya larva *Aedes albopictus* pada ovitrap yang dipasang di rumah-rumah penduduk masing-masing adalah 25% dan 35%. Hasil penelitian Widiarti *et al* (2006) menunjukkan bahwa ditemukannya larva *Ae. aegypti* sebanyak 242 ekor dan 4 ekor *Ae. albopictus* di Kelurahan Manyaran Semarang (Almeida *et al.*, 2005). Setelah dipelihara di laboratorium, larva menjadi dewasa betina 101 ekor (97 ekor *Ae. aegypti* dan 4 ekor *Ae. albopictus*) dan *Ae. aegypti* 145 jantan. Pada penelitian ini juga dilakukan uji imunohistokimia untuk mendeteksi antigen virus dengue pada nyamuk dari daerah Kelurahan Manyaran, dari 242 ekor *Ae. aegypti* ditemukan 5 ekor positif antigen virus dengue (2,0%).

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *Aedes albopictus* mungkin juga berperan sebagai vektor infeksi dengue. Apabila penularan transovarial terbukti pada nyamuk *Ae. albopictus* yang ditangkap dari beberapa wilayah Kota Semarang, maka pengendalian nyamuk dewasa dengan *fogging* akan terlambat, sehingga surveilans larva dengan pembersihan sarang nyamuk (PSN) akan lebih bermanfaat. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah nyamuk *Ae. albopictus* berperan sebagai vektor infeksi dengue dan telah terjadi penularan transovarial pada nyamuk tersebut di beberapa wilayah di Kota Semarang.

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang dilaksanakan di laboratorium dan lapangan. Seluruh data dalam penelitian ini merupakan data primer yang diperoleh dari pengujian-pengujian yang dilakukan di laboratorium. Populasi penelitian ini adalah telur nyamuk, yang diperoleh dari rumah penduduk di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah telur nyamuk *Aedes albopictus* yang diperoleh hasil penangkapan ovitrap dari 100 rumah penduduk di Kelurahan Sambiroto, Kedungmundu dan Sendangmulyo, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang yang merupakan daerah endemis tinggi dengan kasus yang sering berulang. Ovitrap yang positif telur kemudian ditetaskan dan dikolonisasi di laboratorium. Setiap hari larva diberi makan serbuk campuran bekatul dan daging dengan perbandingan 10 : 4 sebanyak instar larva. Setelah larva menjadi nyamuk dewasa dilakukan identifikasi spesies nyamuk. Berdasarkan hasil pemasangan ovitrap dapat dihitung ovitrap indeks (OI) pada masing-masing kelurahan dengan rumus :

$$\text{OI} : \frac{\text{Jumlah ovitrap positif telur}}{\text{Jumlah ovitrap terpasang}} \times 100\%$$

Pemeriksaan virus dengue pada nyamuk *Ae. albopictus* dilakukan dengan menggunakan metode *Imunositokimia Streptavidin Biotin Peroksidase Complex (ISBPC)* yang telah dibakukan oleh Umniyati (2004) pada sediaan histologis nyamuk sediaan pencet kepala nyamuk. Hasil positif antigen dengue akan terlihat adanya butiran-butiran warna coklat pada pengamatan di bawah mikroskop, sedangkan hasil negatif akan terlihat warna biru pucat/ungu. Indeks transmisi transovarial (ITT) ditentukan dengan rumus :

$$\text{ITT} : \frac{\text{Jumlah nyamuk positif virus dengue}}{\text{Jumlah nyamuk yang diperiksa}} \times 100\%$$

## Hasil Penelitian

### Pemasangan Ovitrap

Pemasangan ovitrap dilaksanakan pada 3 kelurahan di Kecamatan Tembalang berdasarkan jumlah kasus tertinggi DBD selama tiga tahun terakhir. Ketiga kelurahan ini walau sudah termasuk daerah perkotaan tetapi masih banyak dijumpai kebun dan hutan kecuali Kedungmundu yang padat pemukiman. Pemasangan ovitrap dilakukan pada rumah-rumah penduduk di kelurahan Sambiroto, Kedungmundu, dan Sendangmulyo. Pengambilan sampel mengacu pada Pedoman Survei Entomologi DBD menurut kriteria WHO. Masing-masing rumah dipasang 2 ovitrap yang terletak di dalam dan luar rumah pada 100 rumah penduduk. Hasil survei ovitrap di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1.** Hasil pemasangan ovitrap dan nilai ovitrap indeks (OI) di Kecamatan Tembalang

Kelurahan	Pemasangan Ovitrap di Dalam dan Luar rumah			
	Positif telur	Negatif telur	Jumlah	OI (%)
Sambiroto	45	155	200	29.03
Kedungmundu	20	180	200	11.11
Sendangmulyo	25	175	200	14.29

Berdasarkan tabel 1, nilai ovitrap indeks (OI) tertinggi terdapat pada Kelurahan Sambiroto. Berdasarkan data sekunder dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, Kelurahan Sambiroto, Kecamatan Tembalang merupakan wilayah endemis tertinggi DBD di Kota Semarang.

### Kolonisasi Nyamuk *Aedes sp.*

Setelah dilakukan pemasangan ovitrap, telur yang dikoleksi dari lapangan dibawa ke laboratorium untuk dilakukan *rearing*/pemeliharaan sampai didapatkan nyamuk dewasa keturunan pertama (F1). Telur *Aedes sp.* menetas menjadi larva membutuhkan waktu 1-4 hari. Stadium larva berlangsung 7-8 hari sampai menjadi pupa. Stadium pupa berlangsung 2-3 hari untuk menjadi nyamuk dewasa. Nyamuk yang pertama muncul



adalah nyamuk jantan. Proses selanjutnya pada nyamuk dewasa adalah memisahkan nyamuk berdasarkan spesiesnya. Pada 3 kelurahan endemis di Kecamatan Tembalang didominasi oleh nyamuk *Aedes aegypti*, sedangkan *Aedes albopictus* sedikit. Umur nyamuk *Aedes albopictus* di insektarium laboratorium rata-rata dapat hidup selama 2-3 hari saja, sedangkan *Ae. aegypti* bisa lebih dari 1 minggu.

### **Index Transmisi Virus Dengue pada nyamuk *Aedes albopictus***

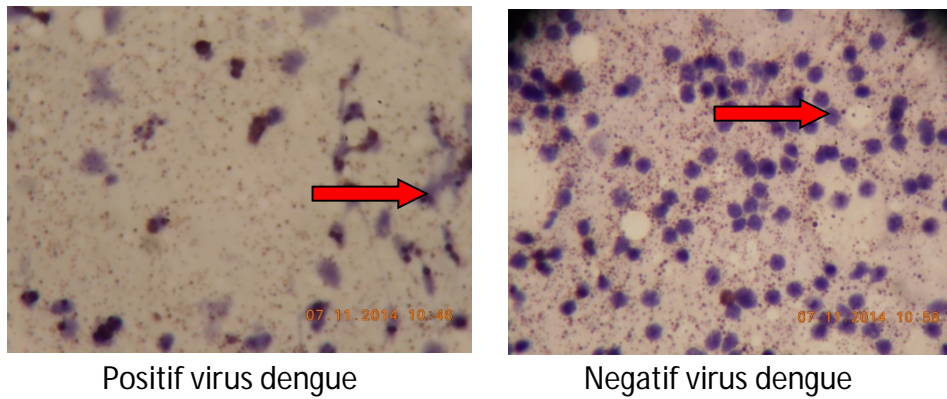
Pemeriksaan virus dengue pada nyamuk dengan menggunakan metode ISBPC. Dari hasil pemeriksaan dibuktikan bahwa ada penularan transovarial virus dengue pada nyamuk *Aedes albopictus*, dimana untuk menghitung besarnya transmisi transovarial dapat diketahui dengan menghitung indeks transmisi transovarial (ITT).

Sebanyak 30 ekor sampel nyamuk *Ae. albopictus* betina berumur rata-rata 2-3 hari dan kenyang larutan gula 10% diperoleh dari masing-masing kelurahan di Kecamatan Tembalang. Setiap kaca preparat diberi sediaan pencet kepala nyamuk sebanyak 15 *head squash*. Kontrol positif dan negatif adalah nyamuk yang berasal dari Laboratorium Parasitologi FK UGM. Deteksi virus dengue diawali dengan preparasi bahan, pewarnaan dan pemeriksaan di bawah mikroskop dengan perbesaran 40, 100, 400 dan 1000x (Chamber *et al.*, 2003). Hasil deteksi virus dengue dari nyamuk *Aedes albopictus* yang berasal dari Kecamatan Tembalang disajikan pada tabel 2.

**Tabel 2.** Hasil pemeriksaan sediaan *head squash* positif nyamuk *Ae. albopictus* asal telur di kecamatan Tembalang pada perbesaran 400x dan 1000x dengan menggunakan metode ISBPC

No.	Kelurahan	Jumlah		
		Sampel	Positif	ITT (%)
1	Sambiroto	30	6	20,00
2	Kedungmundu	30	3	10,00
3	Sendangmulyo	30	1	3,33

Hasil pemotretan sediaan mikroskopis ISBPC dengan *antibody monoclonal* anti dengue komersial pada sediaan *head squash* nyamuk *Ae. albopictus* perbesaran 400x dan 1000x memperlihatkan imunoreaksi positif yang ditunjukkan oleh warna coklat dan imunoreaksi negatif yang ditunjukkan oleh warna biru pucat atau ungu. Hasil pemotretan disajikan pada Gambar 1.



**Gambar 1.** Gambaran mikroskopis sediaan *head squash* nyamuk *Aedes albopictus* yang positif terinfeksi virus dengue dan yang tidak terinfeksi virus dengue dari lapangan

## Pembahasan

Berdasarkan hasil pemeriksaan mikroskopis nyamuk *Ae. albopictus* didapat indeks transmisi transovarial (ITT) tertinggi adalah Kelurahan Sambiroto dengan ITT sebesar 20% artinya dari 30 ekor nyamuk 6 ekor positif virus dengue dan 24 ekor negatif virus dengue (Tabel 2). Hal ini membuktikan bahwa adanya penularan transovarial virus dengue pada nyamuk *Ae. albopictus* di Kecamatan Tembalang dengan tingkat penularan tertinggi adalah Kelurahan Sambiroto. Sedangkan di Kelurahan Kedungmundu, ITT sebesar 10%, artinya dari 30 ekor nyamuk 3 ekor positif terinfeksi virus dengue dan 27 ekor negatif virus dengue. Pada Kelurahan Sendangmulyo, ITT sebesar 3,33% artinya dari 30 ekor nyamuk yang diperiksa 1 ekor positif terinfeksi virus dengue dan 29 ekor negatif virus dengue. Pada uji ini tidak dilakukan pengontrolan terhadap nyamuk *Ae. albopictus* karena adanya kesulitan dalam memperoleh sampel nyamuk dewasa di laboratorium. Pada perbesaran 400x, tingkat infeksi positif (+) terlihat adanya butiran-butiran coklat pada jaringan otak namun tidak ada sel yang berwarna coklat pada sitoplasmanya (Gambar 1). Pada infeksi positif (++) butiran pasir kecoklatan semakin menyebar dan ditemukan 1-10 sel yang berwarna coklat di bagian sitoplasma per bidang pandangan dengan perbesaran 400x. Pada infeksi positif (+++) butiran pasir coklat semakin meluas ditemukan pada 10-100 sel pada sitoplasma dengan perbesaran 100x. Gambaran infeksi positif (+) hampir ditemukan pada sediaan *head squash* nyamuk yang berasal dari Kelurahan Sambiroto, Kedungmundu, dan Sendangmulyo. Gambaran mikroskopis tingkat infeksi tersebut menunjukkan bahwa nyamuk yang tingkat infeksi lebih berat (+++) akan lebih mudah menimbulkan gejala DBD karena jumlah virus yang masuk lebih banyak. Suatu infeksi dengue akan muncul gejala kronis dipengaruhi oleh imunitas host, masivitas (jumlah) virus dan *strain* virus. Sebagian ahli menyatakan bahwa penyebab penyakit adalah virulensi virus. Teori virulensi mengatakan bahwa untuk timbulnya sakit DBD tidak perlu infeksi dua kali, satu kali infeksi sudah cukup asalkan virusnya virulen. Permasalahannya adalah belum ada pertanda laboratorium untuk virulensi.

Gambaran tingkat infeksi mengindikasikan virus dengue pada nyamuk *Aedes sp.* masa inkubasi 7 hari dapat dideteksi pada sediaan *head squash* di jaringan otak. Setelah

bereplikasi di usus tengah nyamuk, virus menyebar ke jaringan-jaringan antara lain jaringan saraf, kelenjar ludah, usus depan, badan lemak, sel epidermis, ovarium bagian dalam dinding nyamuk (Lee & Rohani, 2005). Transovarial terjadi bila virus masuk ke dalam telur melalui *macropile* saat fertilisasi melewati *oviduct* selama masa embriogenesis, akibatnya telur terinfeksi menghasilkan larva yang infeksius (Joshi *et al.*, 2002) Menurut WHO (2000) masa infeksi dalam tubuh nyamuk berlangsung 10-12 hari kemudian virus siap ditularkan.

Index transmisi transovarial (ITT) pada tiga kelurahan di Kecamatan Tembalang mengindikasikan bahwa status kerentanan nyamuk *Aedes sp.* cukup tinggi dan berpotensi dalam transmisi virus dengue. Status kerentanan nyamuk yang tinggi dan potensi transmisi transovarian virus dengue yang dimilikinya merupakan andil yang besar dalam pemeliharaan endemisitas dan terjadinya KLB. Ada kemungkinan ITT pada 3 kelurahan di Kecamatan Tembalang akan meningkat karena peningkatan jumlah penduduk dan mobilitas penduduk di lokasi tersebut sehingga transmisi transovarial tersebut berpotensi meluas ke daerah-daerah lain. Oleh karena itu, diharapkan kebijakan surveilans vektor oleh instansi kesehatan terkait tidak hanya terfokus pada indikator entomologis seperti ABJ, tetapi lebih ditingkatkan pada surveilans virus pada vektornya sebagai upaya SKD untuk mencegah terjadinya KLB.

## Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa :

1. Ovitrap indeks (OI) tertinggi di Kecamatan Tembalang adalah Kelurahan Sambiroto sebesar 20%, diikuti Kelurahan Kedungmundu sebesar 10% dan Kelurahan Sendangmulyo sebesar 3,33%.
2. Terbukti adanya transmisi transovarial virus dengue pada nyamuk *Aedes albopictus* di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang.
3. Indeks transmisi transovarial (ITT) tertinggi di Kecamatan Tembalang adalah Kelurahan Sambiroto sebesar 29,03%, diikuti kelurahan Kedungmundu sebesar 11,11% dan Kelurahan Sendangmulyo sebesar 14,29%.

## Daftar Pustaka

- Almeida APG, Baptista SSSG, Sousa CAGCC, Novo MTLM, Ramos HC, Panella Godsey M, Joao-Simoes M, Anselmo ML, Komar N, Mitchell CJ, Ribeiro H. 2005. Bioecology and vectorial capacity of *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae) in Macao, China, in relation to dengue virus transmission. *J Med Entomol*, 42:419–428.
- Chamber T, Schlesingers J, Davidson D. 2003. Yellow Virus/Dengue-2 and Yellow Fever/Dengue-4 Chimeras: Biological Characterization, Immunogenicity and Protection againts Dengue Encephalitis in Mouse Model. *Journal of Virology*, 77(6):3655-3668.
- Depkes RI. 2004. *Pedoman Survei Entomologi Malaria Ditjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan*. Ditjen PPM & PL. Jakarta.

- Joshi V, Mourya DT, Sharma RC. 2002. Persistence of Dengue 3 Virus Through Transovarial Transmission Passage in Successive Generation of *Aedes aegypti* Mosquito. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 67(2):158-161.
- Lee HL, Rohani A. 2005. Transovarial Transmission of Dengue Virus in *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* Relation to Dengue Outbreak in an Urban Area in Malaysia. *Dengue bulletin*, 29:106-111.
- Rosen L, Gubler D. 2004. The use of Mosquito to Detect and Propagate Dengue Virus. *American Journal Tropical Medicine Hygiene*, 3:1153- 1160.
- Siregar AF. 2004. *Epidemiologi dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Medan.
- Umniyati, SR. 2004. Preliminary investigation on the transovarial transmission of dengue virus in the population of *aedes aegypti* in the well. Dalam *Seminar hari nyamuk IV*, 21 Agustus 2004, Surabaya.
- Widiarti, Boewono, DT, Widiastuti, U. Mujiono dan Lasmia, 2006. Deteksi virus dengue pada induk dan progeny vector demam berdarah dengue *Aedes aegypti* di beberapa daerah endemis di Jawa tengah. Dalam seminar sehari strategi pengendalian vector dan reservoir penyakit pada kedaruratan bencana alam di era desentralisasi, 20 september, Salatiga.
- WHO, 2000. *Demam Berdarah Dengue, Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan dan Pengendalian*. ECG Jakarta.

# **Penggunaan Internet sebagai Alat dalam Melakukan Komunikasi Kesehatan pada Populasi yang Beragam di Amerika**

*Internet as a Health Communication Tool for Diverse Populations in America*

Ratih Indraswari

Health Promotion and Behavioral Science FKM Undip

Jl. Prof. Sudharto Tembalang, Kota Semarang

Email: ratih.indraswari@gmail.com

## **Abstract**

*The internet has been adopted faster than any other known innovation in history. In only 11 more years, the internet was adopted by nearly half of the US population. Internet use by the nation's poorest citizens –those earning less than \$15.000 a year- increased at an annual rate of 25%. By 2001, 40 percent of African-Americans, 32 percent of Hispanics, 60 percent of Asian-Americans had internet access. The objective of this study is to explain how does the internet can be developed become a health communication tool in this modern life. Using literature review technique, the sources came from related research journals. The result show that older are less likely than younger to use the internet. Even though the number of older adults (above 65 years old) using the internet is increasing (85%). Approximately 80 percent of people in households earning more than \$75.000 have internet access. Only 32 percent of internet users have a high school education or less. The internet is potentially one of the most powerful tools available for communicating with diverse audiences. It was the fifth most common source of health information except family, friends, and various print media. Over the past 2 years, there has been a trend toward more email sharing of worries and seeking of advice. Those seeking health information on the internet were more likely to be members of minority group and to have low incomes (45%) than those who use the internet for other reasons. All of them would have been near zero only a few years ago. Internet gives advantages in seeking health information and making decisions. People also find support through online communities. A majority of patients (86%) said they wanted as much information as possible about their illness. More than half the patients (54%) said the information from their physicians was insufficient. People with disabilities can't use internet easily. Searching skill should be increased in order to seek appropriate information.*

**Keyword:** *communication, health, internet, America*

## **Abstrak**

Internet diadopsi dengan sangat cepat dibandingkan inovasi lainnya dalam sejarah. Dalam 11 tahun, separuh masyarakat Amerika (117 juta penduduk) menggunakan internet.

Bahkan terjadi peningkatan pemakai sebesar 25% setiap tahun, termasuk di dalamnya masyarakat miskin yang pendapatannya di bawah \$15.000 per tahun. Pada tahun 2001, penduduk Amerika yang memiliki akses internet berdasarkan ras adalah sebagai berikut: 40% warga Afrika Amerika, 32% Hispanik, 60% kulit putih 60% Pasific Islander. Penelitian ini bertujuan menjelaskan bagaimana internet dapat dikembangkan menjadi alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan di kehidupan modern saat ini. Menggunakan teknik literature review, sumber berasal dari jurnal-jurnal penelitian yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa generasi muda lebih banyak yang menggunakan internet meski terjadi peningkatan penggunaan juga pada warga berusia diatas 65 tahun (85%). Warga berpendapatan diatas \$75.000 (80%) dan berpendidikan paling rendah SMA (68%) memiliki akses internet lebih besar. Internet merupakan alat yang sangat kuat dalam melakukan komunikasi dengan sasaran beragam. Internet merupakan sumber kelima teratas yang sering digunakan orang untuk mencari informasi kesehatan selain keluarga, teman, dan berbagai media cetak. Dalam 2 tahun terakhir ada peningkatan penggunaan internet untuk berbagi email yang berisi kekhawatiran dan pencarian saran. Pengguna internet yang mencari informasi kesehatan dimungkinkan berasal dari kalangan minoritas dan memiliki pendapatan rendah (45%), dimana beberapa tahun sebelumnya angka mereka nyaris tidak terdeteksi. Internet memberikan banyak keuntungan bagi mereka dalam mencari informasi kesehatan dan membuat keputusan. Orang-orang juga mencari dukungan melalui komunitas online terkait kesehatan mereka maupun keluarga mereka. Mereka menghendaki memperoleh informasi kesehatan lebih banyak terkait penyakit mereka (86%) karena merasa informasi dari dokter belum cukup (54%). Kekurangannya adalah internet belum bisa dengan mudah digunakan oleh orang-orang yang mengalami keterbatasan seperti penderita tuna rungu dan tuna netra. Selain itu, ketrampilan masyarakat dalam mencari sumber kesehatan melalui internet juga perlu ditingkatkan agar memperoleh informasi yang benar dari sumber terpercaya.

**Kata kunci:** Komunikasi, kesehatan, internet, Amerika

## **Pendahuluan**

Jika dibandingkan dengan inovasi lainnya dalam sejarah, internet lebih cepat diadopsi oleh masyarakat (Household Survey,1999). Dalam waktu 11 tahun saja, hampir separuh penduduk Amerika sudah pernah menggunakan internet(Rogers, 2000). Bahkan terjadi peningkatan pemakai sebesar 25% setiap tahun, termasuk di dalamnya masyarakat miskin yang pendapatannya di bawah \$15.000 per tahun. Setiap hari, di 4 bulan pertama pada tahun 2000, sebanyak 55.000 orang menggunakan internet untuk pertama kalinya dan 3,2 juta halaman ditambahkan di internet. Alasan mereka menggunakan internet adalah untuk memperoleh informasi dengan lebih cepat (U.S. Department of Commerce, 2002). Bahkan pada 2 tahun terakhir, muncul kecenderungan mengirim dan menerima pesan melalui surat elektronik (email) yang berisi tentang kekhawatiran dan pencarian saran untuk mengatasinya (Pew Internet & American Life

Project, 2002). Pada tahun 2001, penduduk Amerika yang memiliki akses internet berdasarkan ras adalah sebagai berikut: 40% warga Afrika Amerika, 32% Hispanik, 60% kulit putih 60% Pasific Islander (U.S. Department of Commerce, 2002).

## **Masalah**

Penduduk Amerika berasal dari berbagai ras di dunia dengan karakteristik beraneka macam pula. Kaum mayoritas dan minoritas dari berbagai tingkatan umur, pendapatan, pendidikan, dan identitas lainnya, memiliki cara pandang berbeda dengan munculnya internet. Penelitian ini akan membahas bagaimana penduduk di Amerika dengan latar belakangnya masing-masing menggunakan internet terkait dengan pencarian informasi kesehatan.

## **Pembahasan**

Peningkatan akses internet pada penduduk Amerika tidak dibarengi dengan akses penduduknya terhadap tempat tinggal. Hal ini sangat penting kaitannya dengan informasi kesehatan. Pada tahun 2001, meski perbedaan akses pada masing-masing ras masih nampak, namun ada beberapa hal lain yang menjadi determinan, yaitu pendidikan dan pendapatan yang rendah (U.S. Department of Commerce, 2002). Perbedaan penggunaan internet yang relevan dalam komunikasi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Penduduk dewasa muda lebih banyak yang mengakses internet daripada penduduk dewasa tua. Delapan puluh lima persen penduduk berumur diatas 65 tahun dan 59% penduduk berumur 50 hingga 64 tahun tidak mengakses internet (Lenhart, 2000).
2. Sekitar 80% penduduk dengan pendapatan lebih dari \$15,000 per tahun memiliki akses internet. Sedangkan pada penduduk dengan pendapatan di bawah \$15,000 per tahun yang memiliki akses terhadap internet hanya 25% saja (U.S. Department of Commerce, 2002).
3. Penduduk yang berumur dewasa muda namun memiliki keterbatasan akses internet memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah daripada penduduk dewasa muda yang lebih mudah mengakses internet. Hanya 32% pengguna internet adalah lulusan SMA atau di bawahnya (Lenhart, 2000).
4. Akses internet yang berasal dari rumah berdasarkan kelompok etnis tertentu adalah sebagai berikut: 56% penduduk Pasific Islander, 44% penduduk kulit putih, 24% penduduk Afrika Amerika, dan 24% penduduk Hispanik. Sedangkan biaya merupakan alasan yang paling banyak disebutkan pada penduduk Afrika-Amerika dan Hispanik (U.S. Department of Commerce, 2001 dan Cultural Access Group, 2001).
5. Orang-orang dengan cacat fisik seperti tuna rungu, tuna netra, lumpuh atau keterbatasan lain dalam mengetik atau menulis tangan maupun keterbatasan meninggalkan rumah, lebih sedikit dalam mengakses internet jika dibandingkan

dengan orang-orang yang sehat secara fisik (U.S. Department of Commerce, 2002).

6. Sedikitnya 50 juta (20%) penduduk Amerika mengalami 1 atau lebih hambatan dalam mengakses internet. Hambatan-hambatan tersebut termasuk diantaranya adalah kurangnya informasi lokal, bahasa, literatur, dan kecocokan budaya (Children's Partnership, 2000).

Studi dari Cultural Access Group (2001) menunjukkan bahwa ada perbedaan dalam memanfaatkan internet di antara beberapa etnis di Amerika. Contohnya, lebih dari 60% penduduk Hispanik dan Afrika-Amerika mengatakan bahwa internet membuat mereka tetap terhubung dengan budaya mereka masing-masing. Secara keseluruhan, lebih dari 66% penduduk Hispanik dan Afrika-Amerika mengatakan bahwa mereka selalu mengunjungi situs-situs etnis mereka. Studi lainnya menunjukkan adanya keuntungan yang signifikan dalam merancang informasi yang tersegmentasi berdasarkan faktor-faktor seperti: umur, tingkat sosial ekonomi, etnis, status kesehatan dan kondisi kesehatan (Cultural Access Group, 2001 dan Cain, *et al.*, 2000).

Internet menjadi alat yang sangat kuat dalam menyampaikan informasi kepada masyarakat yang berbeda-beda segmennya, dalam hal ini adalah faktor etnis. Penggunaan internet yang meningkat signifikan ini memberikan implikasi positif dalam hal komunikasi kesehatan kepada audiens yang beragam. Salah satunya yang terpenting adalah waktu yang singkat dalam menemukan informasi kesehatan dan percepatan dalam mengambil keputusan terkait masalah kesehatan yang dihadapi. Di Amerika dan sebagian negara barat lainnya, tingginya tarif berobat memicu penduduknya untuk lebih fokus terhadap upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (Eysenbach dan Jadad, 2001).

Banyak orang-orang yang mencari informasi kesehatan sebagai tambahan saran dari saran dokter yang telah didapatkannya, tapi belum bisa dikatakan bahwa internet mengambil alih peran dokter bagi mereka. Pada studi lain mengatakan bahwa saran dokter tetap merupakan sumber informasi kesehatan yang utama bagi mereka, baik pengguna maupun yang bukan pengguna internet. Sedangkan internet sendiri masuk dalam 5 sumber informasi kesehatan yang paling diminati masyarakat selain sumber informasi lainnya seperti teman, keluarga, dan berbagai media cetak (Pew Internet & American Life Project, 2000, Science Panel on Interactive Communication and Health, 1999, dan Pennbridge *et al.*, 1999).

Pada tahun 2001, 64% pengguna internet di Amerika mengatakan bahwa mereka menggunakan internet untuk mencari informasi kesehatan. Studi lain menyebutkan bahwa mereka yang mencari informasi kesehatan melalui internet tersebut adalah orang-orang dari kaum etnis minoritas dan berpenghasilan rendah. Empat puluh persen dari kaum minoritas pengguna internet tersebut mengatakan bahwa informasi yang mereka temukan lewat internet mempengaruhi keputusan mereka terkait masalah kesehatan yang sedang mereka hadapi. Sebagian mengatakan bahwa informasi kesehatan tersebut membantu mereka dalam menjaga maupun meningkatkan kondisi kesehatan mereka masing-masing. Sedangkan 45% penduduk Afrika Amerika pengguna internet mengatakan



bahwa internet membantu mereka dalam mencari informasi kesehatan, sedangkan penduduk kulit putih yang mengatakan hal serupa hanya sebesar 35% saja (Pew Internet & American Life Project, 2002, Pew Internet & American Life Project, 2000, dan Pew Internet & American Life Project, 2000).

Di satu sisi, angka ini meningkat sangat tajam dibandingkan beberapa tahun sebelumnya yang nyaris tidak ada sama sekali. Di sisi lain, mereka menempatkan internet sebagai media yang sangat berperan dalam bidang kesehatan. Para ahli belum bisa menunjukkan faktor mana yang paling mempengaruhi seseorang dalam menentukan keputusannya. Lebih jauh, belum bisa diketahui pula perihal keakuratan sumber informasi kesehatan yang didapatkan para pengguna internet tersebut.

Meskipun demikian, internet menawarkan berbagai keuntungan lainnya seperti: komunikasi yang terjadi pada saat itu juga, baik secara personal maupun dalam kelompok. Sebagian orang sangat terbantu dengan adanya komunitas atau kelompok yang memiliki kesamaan dengan mereka. Mereka mencari dukungan satu sama lain melalui kelompok-kelompok tersebut. Selain itu, informasi dapat mereka cari kapanpun, dimanapun, dan disesuaikan dengan kebutuhan pencari informasi. Untuk topik kesehatan yang khusus seperti HIV/AIDS, pengguna internet dapat menggunakan nama tidak asli atau anonim sekalipun, sehingga privasi sangat terjaga (Lieberman, 2000, DeGuzman dan Ross, 1999, dan Winzelberg *et al.*, 1998).

Sebuah survey di Canada menemukan bahwa dokter masih memiliki peran utama bagi masyarakat dalam mencari sumber informasi kesehatan, namun menunjukkan juga bahwa internet menjadi media bagi mereka untuk mencari tahu lebih lanjut. Sebagian besar pasien (86%) mengatakan mereka ingin mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya terkait penyakit mereka. Lebih dari separuh pasien (54%) mengatakan bahwa keterangan yang disampaikan dokter mereka tidak cukup. Sebagian besar pasien (71%) mencari informasi kesehatan terkait penyakit mereka melalui internet sebagai sumber utama.

## **Simpulan**

Masyarakat merasa bahwa informasi yang didapatkan dari dokter masih kurang sehingga mereka mencari sumber informasi lain melalui internet. Dengan demikian, internet sangat memungkinkan menjadi media yang sangat mempengaruhi seseorang atau kelompok dalam mengambil keputusan terkait masalah kesehatannya. Ditambah lagi dengan perkembangan internet yang semakin mudah diakses, hal ini menarik perhatian kaum minoritas baik dari sisi etnis maupun karakter minoritas lainnya untuk memanfaatkannya dalam mencari informasi sesuai kebutuhan mereka. Dengan demikian, masyarakat perlu dimotivasi untuk mau mencari informasi, mencari informasi yang tepat dengan sumber yang terpercaya, diajarkan cara membuat pertanyaan, dan diajarkan pula menginterpretasi informasi yang mereka temukan. Dengan internet, masyarakat dapat lebih mengekspresikan pikirannya dan mulai berperan aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya (Chen dan Siu, 2001).

## Daftar Pustaka

- Cain, M.M., J. Sarasohn-Kahn, and J.C. Wayne. 2000. Health e-people: The online consumer experience-Five year forecast. California Health Foundation. Institute for the Future for the California Health Care Foundation. <http://www.informatics-review.com/thoughts/chf.html>. [diakses Agustus 2015]
- Chen, X., and L.L. Siu. 2001. Impact of the media and the Internet on Oncology: Survey of cancer patients and oncologist in Canada. *Journal of Clinical Oncology* 19(23):4291-4297
- Children's Partnership. 2000. Online content for low income and underserved Americans: The digital divide's new frontier. <http://www.childrenspartnership.org>. [diakses Maret 2015]
- Cultural Access Group. 2001. Ethnicity in the electronic age: Looking at the Internet through multicultural lens. Access Worldwide Communications. <http://www.accesscag.com/internet%20report%20v.pdf>. [diakses Januari 2015]
- DeGuzman, M.A., and M.W. Ross. 1999. Assessing the applicaton of HIV and AIDS related education and counselling on the Internet. *Patient education and counselling* 36:209-228
- Eysenbach, G., and A.R. Jadad. 2001. *Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the Internet age*. *Journal of Medical Internet Research* 3(2):e19
- Institute for the Future. 1999. *Household Survey*. Menlo park, California
- Lenhart, A. 2000. Who's not online: 57% of those without Internet acces say they do not plan to log on. the Pew Internet & American Life Project. <http://www.pewinternet.org/report/toc.asp?Report=21> [diakses 21 September 2015]
- Lieberman, D.A. 2000. *Using intercatve media in communication campaigns for children and adolescents*. In *Public Communication Campaigns (Third Edition)*, R.E. Rice and C.K. Atkin, eds. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pennbridge, J., R. Moya, and L. Rodrigues. 1999. *Questionnaire Survey of California Consumers' use and rating of sources of health care information including the Internet*. *The Western Journal of Medicine* 171:302-305.
- Pew Internet & American Life Project. 2000. Online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves. <http://www.pewinternet.org/report/toc.asp?Report=26> [diakses 26 November 2015]
- Pew Internet & American Life Project. 2000. African-Americans and the Internet. <http://www.pewinternet.org/report/toc.asp?Report=25> [diakses 22 Oktober 2015]
- Pew Internet & American Life Project. 2002. Getting Serious Online. <http://www.pewinternet.org/reports/toc.asp?Report=55>. [diakses 3 Maret 2015]
- Rogers, E. 2000. *Information, Globalization and Privatization in the News Millenium. Presented on Communication Beyond 2000: Technology, Industry and the Citizen in the age of Globalization*. International Association for Mass Communication Research Conference, Singapore, July 17.
- Science Panel on Interactive Communication and Health. 1999. *Wired Health and Well Being: The Emergence of Interactive Health Communication*, T.R. Eng and D.H. Gustafson, eds. Office of Public Health and Science.. washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Department of Commerce. 2002. *A Nation Online: How Americans are Expanding Their Use of the Internet*. National Telecommunications and Information Administration, Economics and Statistics Administration. Washington, DC: U.S. Department of Commerce.

- U.S. Department of Commerce. 2001. *Home Computers and Internet Use in the United States: August 2000*. Washington, D.C.: U.S. Census Bureau.
- Winzelberg, A.J., C. Barr Taylor, T. Sharpe, K.L. Eldredge, P. Dev, and P.S. Constantinou. 1998. Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders* 24:339-349.

# **Pacaran dan Pengalaman Seksual Santri Studi pada Beberapa Pondok Pesantren di Kota Semarang**

*DATING AND SANTRI'S SEXUAL EXPERIENCE  
A STUDY AT SOME ISLAMIC BOARDING SCHOOLS IN SEMARANG CITY*

Priyadi Nugraha Prabamurti  
Bagian Promosi Kesehatan Masyarakat  
FKM Universitas Diponegoro Semarang  
Email : priyadinugraha@gmail.com

## **Abstract**

*Unavailability of comprehensive information on adolescent reproductive health, especially young students at the boarding school, make an intervention in the field of health promotion becomes constrained. Therefore, reproductive health-related research in terms of dating and sexual experiences of students required for designing interventions. The survey was conducted in seven boarding schools were selected purposively as research sites. Inclusion criteria were male and female students who already puberty. Data were collected through questionnaires and analyzed by univariate. Most of the sample aged 15-19 years (65,9%), came from rural areas (73,1%), made up of men 40,6.% and female 59,4%, the majority of students of basic education (68,6%). Father and mother's education is secondary school students (SMA) as non-civil work (90%), with lower average income (Rp. <1.209 million / month). Pupils who claimed to have a boyfriend (50,5%), activities like holding hands (58,3%), kiss the lips (25%) and feeling/stimulate their partner (16,7%). The small group of students who pro premarital sexual (9%), reasoned that sex happens just like that, forced by the couple and curiosity / to try. This group does not consider that virginity of women and men is not important when married. Santri that states have ever had sex (10,74%), claimed to perform for the first time at the age range <15-17 years (50,99%). All stated that they used a condom during the first sexual intercourse, but only 21,57% who admitted to not use condoms during the last sexual intercourse. It needs to increase information on reproductive health, by bringing relevant institutions, which can contribute to educate reproductive health-based cottage boarding, because of the captive audience and provide a variety of useful activity such as by sports and art to divert sexual desires teens passionate.*

*Keywords: adolescent reproductive health, students, boarding school*

## Abstrak

Belum tersedianya informasi yang komprehensif tentang kesehatan reproduksi remaja khususnya remaja santri di pondok pesantren, membuat upaya intervensi di bidang promosi kesehatan menjadi terkendala. Oleh karena itu, riset terkait kesehatan reproduksi dalam hal pacaran dan pengalaman seksual santri diperlukan untuk merancang intervensi. Survei dilakukan pada tujuh pondok pesantren yang dipilih secara *purposive* sebagai tempat penelitian. Kriteria inklusi adalah santri laki-laki dan perempuan yang sudah akil balig. Data dikumpulkan melalui angket dan dianalisis secara univariat. Sebagian besar sampel berusia 15-19 tahun (65,9%), berasal dari perdesaan (73,1%), terdiri dari laki-laki 40,6% dan perempuan 59,4%, mayoritas santri berpendidikan dasar (68,6%). Pendidikan bapak dan ibu santri adalah pendidikan menengah (SMA) dan bekerja sebagai non PNS (90%), dengan pendapatan rata-rata rendah (Rp < 1.209.000/bulan). Santri yang mengaku memiliki pacar (50,5%), melakukan aktivitas seperti berpegangan tangan (58,3%), cium bibir (25%) dan meraba/merangsang pasangannya (16,7%). Kelompok kecil santri yang pro seksual pranikah (9%) beralasan bahwa hubungan seks terjadi begitu saja, dipaksa oleh pasangan, dan rasa penasaran/ingin mencoba. Kelompok ini menganggap bahwa keperawanan wanita dan keperjakaan laki-laki tidaklah penting saat menikah nanti. Santri yang menyatakan pernah melakukan hubungan seks (10,74%), mengaku melakukan untuk pertama kali pada rentang usia < 15-17 tahun (50,99%). Semua menyatakan bahwa mereka menggunakan kondom saat melakukan hubungan seks yang pertama, namun hanya 21,57% yang mengaku tidak memakai kondom saat melakukan hubungan seks terakhir. Informasi tentang kesehatan reproduksi perlu ditingkatkan dengan cara mengajak institusi terkait, yang mampu berkontribusi mengedukasi materi kesehatan reproduksi berbasis pondok pesantren, karena adanya *captive audience* serta memberikan beragam aktivitas yang bermanfaat seperti olahraga dan seni untuk mengalihkan hasrat seksual remaja yang menggebu.

Kata Kunci : kesehatan reproduksi remaja, santri, pondok pesantren

## Pendahuluan

Remaja merupakan salah satu tahap dalam kehidupan manusia dan merupakan tahap yang kritis karena masa transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pada masa ini, gejolak darah muda sedang bangkit untuk mencari jati diri dan mendapatkan pengakuan keluarga serta lingkungan mencapai puncaknya. Kadang untuk mendapatkan pengakuan tersebut remaja melakukan hal-hal diluar etika dan aturan (Purwoko, 2001).

Penelitian yang dilakukan di kalangan santri pondok pesantren terkait kesehatan reproduksi telah banyak dilakukan. Taufiq dkk. (1998) dalam penelitian di Pesantren Al-Qur'an Buaran, Kotamadya Pekalongan, menyimpulkan bahwa peranan kiyai pondok dalam memasyarakatkan perilaku reproduksi sehat menjadi lebih mudah karena ajaran Islam berisi tentang kesehatan reproduksi secara komprehensif. Penelitian Ngatman (1997) menyimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap santri tentang HIV/AIDS di Pondok

Pesantren Assalam Surakarta sudah baik dengan nilai masing-masing sebesar 76.1% dan 66.2%. Kegiatan pramuka merupakan kegiatan yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan dan sikap santri. Penelitian Wanto (2007) mengenai persepsi santri tentang kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Miftahul Anwar Pekeyongan Kebumen, menunjukkan bahwa persepsi sebagian besar santri tentang pertumbuhan dan perkembangan reproduksi remaja, anatomi dan fungsi alat reproduksi laki-laki dan perempuan, penyakit menular seksual, serta masa subur sudah baik, namun persepsi tentang proses kehamilan dan aborsi kurang baik.

Menurut Al-Hamdi (2009) beberapa masalah kesehatan yang dipersoalkan di pondok pesantren adalah makanan dan kaitannya dengan gizi, menu makanan yang tidak bervariasi, *personal hygiene* santri yang beragam dan buruk, lingkungan yang tidak kondusif untuk kesehatan santri serta adanya perilaku sodomi di pesantren. Penelitian Kamiasari (2014) tentang perilaku *mairil* dan *nyempet* yang berkaitan dengan aktivitas homoseksual di Pondok Pesantren "X" mengungkapkan bahwasantri beranggapan tidak akan ada dampak buruk dari sisi kesehatan bila hanya menghimpitkan kelamin ke sela-sela paha, tanpa memasukkannya ke dalam anus. Fenomena tersebut sejalan dengan hasil penelitian Zulkarnain (2006) dan Zuhri (2006) tentang *dalaq* atau praktik homoseksual di pondok pesantren.

Hal tersebut menunjukkan bahwa remaja Indonesia saat ini sedang mengalami peningkatan kerentanan terhadap berbagai ancaman risiko kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, termasuk peningkatan ancaman dari penyakit menular seksual, HIV/AIDS, kehamilan tidak diinginkan, dan tindakan aborsi, yang mendapat perhatian dunia internasional. Selain itu, remaja rentan terlibat dalam masalah narkoba, minuman keras, rokok, tawuran pelajar, pergaulan bebas dan kekerasan terhadap anak/remaja (Brotosaputro, 1998; Suryoputro dkk., 2006).

Hak dan kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus setelah Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development*) dilaksanakan di Kairo pada tahun 1994, yang dilanjutkan dalam Konferensi Perempuan Dunia IV (*Fourth World Conference on Women*) di Beijing tahun 1995 (Depkes RI dkk., 2005). Kesehatan reproduksi dapat diartikan sebagai suatu kondisi sehat, yang bukan saja bebas dari penyakit atau kecacatan, namun termasuk sehat secara mental dan sosial berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi (Kusmiran, 2014).

Menurut Azra (1999), pondok pesantren dapat menjadi pusat penyuluhan kesehatan, pengembangan teknologi tepat guna bagi masyarakat pedesaan, usaha-usaha penyelamatan dan pelestarian lingkungan hidup, dan lebih penting lagi menjadi pusat pemberdayaan ekonomi masyarakat di sekitarnya.

Belum tersedianya informasi yang komprehensif tentang kesehatan reproduksi remaja, khususnya remaja santri di pondok pesantren, terkait tema pacaran dan pengalaman seksual membuat upaya intervensi di bidang promosi kesehatan menjadi terkendala. Oleh karena itu, perlu dilakukan survei terkait kesehatan reproduksi santri dengan pertanyaan penelitian: bagaimana gambaran kesehatan reproduksi remaja santri

di pondok pesantren? Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kesehatan reproduksi remaja santri di pondok pesantren. Manfaat penelitian ini adalah memperoleh informasi kesehatan reproduksi remaja santri di pondok pesantren terkait pacaran dan pengalaman seksual serta memberikan bahan masukan untuk instansi negeri maupun swasta yang bergerak di dalam kegiatan promosi dan preventif di bidang kesehatan reproduksi remaja, khususnya remaja di pondok pesantren.

## **Metode Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif kuantitatif (Singarimbun,1995). Peneliti hanya mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, tetapi tidak melakukan pengujian hipotesa.

### **Populasi dan Sampel**

Beberapa pondok pesantren di wilayah Kota Semarang bersedia untuk diteliti dengan kriteria inklusi santri sudah akil balig pada santri laki-laki maupun perempuan. Berdasarkan kriteria inklusi tersebut, terpilih 7 pondok pesantren yang tersebar di wilayah Semarang Selatan, Semarang Utara, Semarang Barat, Semarang Timur, Semarang Tengah, serta pondok pesantren dekat dengan kampus UNDIP dan dekat dengan perumahan.

### **Variabel Penelitian**

Variabel penelitian ini meliputi karakteristik responden yaitu umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan responden dan kedua orangtuanya serta pekerjaan dan penghasilan orang tua responden. Variabel utama penelitian ini adalah pengalaman pacaran dan seksual santri. Variabel penelitian diukur dengan pertanyaan yang relevan sesuai dengan peruntukannya. Variabel pengalaman pacaran diukur melalui pertanyaan sekitar status berpacaran, umur pertama kali pacaran, dan apa yang dilakukan saat pacaran. Pada variabel pengalaman seksual diukur melalui pertanyaan tentang sikap dan praktik seksual yang dilakukan.

### **Pengumpulan dan Analisis Data**

Pengumpulan data dilakukan melalui survei angket (Notoatmodjo, 2005). Pengolahan dan analisis data menggunakan perangkat/*software* statistik di laboratorium komputer fakultas kesehatan masyarakat. Data disajikan dengan distribusi frekuensi dan dianalisis secara deskriptif (univariat). Instrumen penelitian diambil, diadopsi dan dimodifikasi dari laporan survei kesehatan reproduksi remaja Indonesia tahun 2007 (BPS, 2008).

## **Hasil Penelitian**

### **Karakteristik Sosial Demografi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan jumlah responden 475 santri, mayoritas santri berusia 15-19 tahun (65,9%) dan rentang usia 10-14 tahun

(34,1%). Santri perempuan (59,4%) lebih banyak daripada santri laki-laki (40,6%). Sebagian besar santri tinggal di wilayah perdesaan (73,1%) dan selebihnya di perkotaan (26,9%). Mayoritas responden berpendidikan dasar (68,6%) dan berpendidikan menengah (31,4%). Mayoritas pendidikan bapak santri adalah menengah (90,1%) dan sisanya berpendidikan dasar (9,9%). Sebagian besar pendidikan ibu santri adalah menengah (87,8%) dan berpendidikan dasar (12,2%). Mayoritas pekerjaan bapak santri adalah bukan pegawai negeri sipil atau non PNS (97,5%) dan minoritas adalah PNS (2,5%). Dari pekerjaan non PNS, pekerjaan di bidang swasta dan petani merupakan mayoritas. Sebagian besar pekerjaan ibu santri adalah non PNS (99,4%) dan sisanya adalah PNS (0,6%). Sebanyak 89,3% dari bapak santri mempunyai penghasilan rendah (<Rp1.209.000,00) demikian juga sebanyak 93,7% ibu santri berpenghasilan rendah.

### Pacaran dan Perilaku Seksual

**Tabel 1.** Pengalaman pacaran santri pondok pesantren

No	Pertanyaan	Jumlah	
		n	(%)
1.	Apakah anda sudah punya pacar ?		
	Belum pernah punya pacar	235	49,5
	Sudah punya pacar	240	50,5
2.	Berapa umur anda saat berpacaran pertama kali ?		
	<12 tahun	59	12,4
	12-14 tahun	100	21,1
	15-17 tahun	60	12,6
	18-19 tahun	12	2,5
	20+ tahun	2	0,4
	Tidak menjawab	7	1,47
3.	Apa yang anda lakukan saat anda berpacaran ?		
	Berpegangan tangan	140	58,3
	Cium bibir	60	25,0
	Meraba/merangsang	40	16,7

Sekitar 50,5% santri mengaku sudah mempunyai pacar. Mayoritas santri mulai berpacaran pada rentang usia 12-17 tahun. Sebanyak 16,7% santri mengaku meraba/merangsang pasangannya saat berpacaran, sebanyak 25% sudah berciuman bibir, sedangkan 58,3% lainnya hanya berpegangan tangan.



## Pengalaman Seksual

Tabel 2. Pengalaman seksual santri pondok pesantren

No	Pertanyaan	Jumlah	
		n	(%)
1.	Bagaimana pendapat anda mengenai bolehnya hubungan seksual sebelum menikah?		
	Setuju	29	6,1
	Ragu-ragu	14	2,9
	Tidak setuju	370	77,9
	Tidak menjawab	62	13,1
2.	Apakah anda termasuk orang yg masih memikirkan keperawanan wanita saat menikah nanti?		
	Ya	345	72,6
	Tidak	130	27,4
	Bila ya, alasannya:		
	a. Seorang wanita memang harus mempertahankan keperawanannya	200	57,98
	b. Berpikir pria anggap penting keperawanan calon istri	145	42,02
3.	Apakah anda termasuk orang yang masih memikirkan keperjakaan bagi seorang laki-laki saat menikah nanti ?		
	Ya	295	62,1
	Tidak	180	37,9
	Bila ya, alasannya:(tidak setuju hubungan seksual)		
	a. Seorang laki-laki harus mempertahankan keperjakaannya	180	61,02
	b. Berpikir wanita anggap penting keperjakaan calon suami	115	38,98
4.	Alasan pertama kali melakukan hubungan seksual pra nikah		
	Terjadi begitu saja	51	100
	Penasaran/ingin tahu	51	100
	Dipaksa pasangannya	51	100
	Perlu uang untuk sekolah/hidup	29	56,86
	Ingin menikah	35	68,62
	Pengaruh teman	28	54,90

	Tidak ingat	23	45,09
	Lainnya, sebutkan..	14	27,45
5.	Berapa umur anda saat pertama kali berhubungan seksual ?		
	≤15 tahun	2	3,92
	16 tahun	6	11,76
	17 tahun	18	35,29
	Tidak menjawab	25	49,01

Tabel 2. Lanjutan..

No	Pertanyaan	Jumlah	
		n	%
6.	Apakah pakai kondom saat hubungan seks pertama kali?		
	Ya	51	100
	Tidak	0	0
7.	Apakah pakai kondom saat hubungan seks yang terakhir?		
	Ya	40	78,43
	Tidak	11	21,57
8.	Mana dari ketiga pernyataan ini yg pernah anda ketahui / lakukan pada teman anda yg mengalami KTD?		
	Kenal teman yang berusaha menggugurkan kandungan	168	35,4
	Pernah menganjurkan teman menggugurkan kandungan	148	31,2
	Pernah menganjurkan teman untuk tidak aborsi	208	43,8

Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat 23% santri yang setuju hubungan seks pranikah. Sebanyak 27,4% santri tidak menganggap penting keperawanan wanita saat menikahkelak, sedangkan 37,9% tidak menganggap keperjakaan laki-laki merupakan hal yang penting. Alasan santri pertamakali melakukan hubungan seksual adalah terjadi begitu saja, rasa penasaran/ingin tahu, dan dipaksa pasangannya. Sebanyak 49,01% santri tidak menjawab pertanyaan tentang pada umur berapa mulai melakukan hubungan seksual.

Santri mulai melakukan hubungan seksual pada umur 15–17 tahun (50,99%). Kondom dipakai 100% saat melakukan hubungan seksual yang pertamakali namun hanya 78,43% santri yang menggunakan kondom pada hubungan seksual yang terakhir.

Pengalaman yang pernah dialami santri pada teman yang mengalami KTD adalah 1) kenal teman yang berusaha menggugurkan kandungan (35,4%), 2) pernah menganjurkan teman menggugurkan kandungan (31,2%), dan 3) pernah menganjurkan teman untuk tidak menggugurkan kandungan (43,8%).

## Pembahasan

Remaja di puncak kemudaan, kecantikan dan berenergi adalah makhluk yang sangat seksual. Mereka telah siap secara fisik untuk berhubungan seks, meskipun belum siap secara emosional. Hasil negatif yang dihindari dari aktivitas seksual pranikah remaja antara lain STI's (*sexually transmitted infections*) dan kehamilan yang tidak dikehendaki. Selain itu, terdapat risiko-risiko emosional dan sosial yang berkaitan dengan aktivitas seksual yang kasar, dipaksakan, atau disesali dan tidak sesuai dengan ekspektasi dalam kaitannya dengan hasil hubungan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat sebesar 9% santri yang pro seksual pranikah. Hal ini tidak dapat dipandang sebelah mata karena berdasarkan teori *iceberg phenomenon*, atau fenomena gunung es yang nampaknya kecil dipermukaan laut namun bongkahan es tersebut ternyata sangat besar. Persentase santri yang pro seksual pranikah tampak kecil, namun bisa jadi kenyataan yang sesungguhnya berlawanan. Demikian juga dengan sikap tentang keperawanan wanita dan keperjakaan pria saat menikah kelak, bukanlah perkara yang penting dalam benak mereka. Santri yang menganggap keperawanan wanita tidak penting sebesar 27,4% sedangkan santri yang menganggap keperjakaan pria tidak penting sebesar 37,9%.

Pandangan tersebut terlihat pada perilaku pacaran. Dari 50,5% santri yang mengaku sudah punya pacar, gaya pacaran mereka 58,3% pegang tangan, 25% cium bibir dan 16,7% meraba atau merangsang pasangan. Imbas dari pacaran model tersebut adalah terjadi hubungan seksual yang terjadi begitu saja karena rasa ingin tahu dan ada paksaan dari pasangan, serta mereka sudah memanfaatkan kondom ketika melakukan hubungan seksual meskipun belum konsisten.

Kebutuhan dasar manusia yang disebut *biological needs* adalah kebutuhan yang harus dipenuhi sebelum seseorang menuju kebutuhan yang lebih tinggi. Kebutuhan dasar tersebut adalah makan, minum, dan kebutuhan biologis. Remaja membutuhkan penyaluran kebutuhan biologis. Ogden (2007) dalam bukunya *Health Psychology* mengatakan bahwa salah satu alasan orang melakukan hubungan seksual adalah, *sex as biological for pleasure*, hubungan seksual sebagai sebuah kebutuhan biologis untuk tujuan kesenangan. Pada kelompok santri, menurut *Lindemann's three stage theory*, perilaku seksual santri masuk pada kategori *natural stage*, dimana hubungan seksual sejatinya tidaklah direncanakan (*intercourse is relatively unplanned*), dan menurut Sheeran *et al.* (1991) dalam Ogden (2007) dalam teori *situational factors*, spontanitas terjadinya hubungan seksual adalah sering dipakai sebagai alasan untuk tidak menggunakan kondom. Wellings *et al.* (1994) dalam Ogden (2007) mengatakan bahwa pemakaian kondom (*contraceptive use*) pada saat pertama kali melakukan hubungan seksual sudah jamak dilakukan oleh remaja di usia 16-24 tahun diseluruh dunia. Pada

penelitian ini, para santri tidak mengkonsumsi narkoba maupun alkohol sebelum melakukan hubungan seksual yang berisiko.

Mengingat bahwa santri bertempat tinggal di pondok pesantren dan bersekolah formal di dalam maupun luar pesantren, maka intervensi yang dipilih adalah intervensi berbasis sekolah (dalam hal ini bisa berbentuk pondok pesantren). Intervensi berbasis sekolah (ponpes) memiliki keunggulan adanya *captive audience* (pendengar yang tidak punya pilihan lain selain memperhatikan), yang bisa diberikan di kelas kelas atau di tingkat yang berbeda sesuai dengan umur dan jenis kelamin target. Salah satu tantangan model intervensi ini adalah sulitnya menentukan kebutuhan pada setiap kelas ataupun tingkat karena masing masing individu memiliki pengalaman maupun kerentanan yang berbeda. Kelemahan mungkin terdapat pada santri yang *drop out* sehingga tidak termasuk yang terpapar intervensi kesehatan reproduksi, disamping mungkin ada juga sekelompok santri yang tidak diizinkan mengikuti pendidikan kesehatan reproduksi karena orang tua santri menganggap pendidikan seks merupakan isu yang sensitif. Oleh karena itu, walaupun berbasis intervensi disekolah, namun pencerahan pada orang tua tetap perlu dilakukan agar tidak terjadi kesalahpahaman. Remaja menghadapi tantangan yang sulit dalam memahami pubertas. Cara orangtua berkomunikasi tentang seks kepada anak merupakan hal yang bermanfaat dalam mengatasi tantangan tersebut. Selain itu, para pengelola di dalam internal pondok pesantren pun harus memiliki persepsi yang sama serta menyediakan sumber daya dan sarana yang berkualitas sehingga program intervensi berjalan dengan baik.

Keterlibatan dengan organisasi mitra yang berkecimpung di bidang kesejahteraan remaja perlu dijalin. Program-program terkait kesehatan reproduksi bisa disampaikan dan bukan sekedar materi 'tempelan' belaka yang tidak penting. Toleransi terhadap keanekaragaman dalam pandangan dan perilaku didukung melalui kurikulum dan kebijakan sekolah (pondok pesantren).

Kurikulum didasarkan pada kebutuhan dan kemampuan yang sesuai dengan perkembangan remaja, menggunakan berbagai metode mengajar yang melibatkan remaja, melibatkan guru-guru terampil yang nyaman dengan materi itu serta dapat menyediakan iklim kelas yang aman dan penuh kepercayaan. Oleh karena itu, pengembangan profesional dan pelatihan para guru untuk program ini sangat esensial. Orangtua maupun organisasi masyarakat yang relevan perlu senantiasa diberi informasi tentang tujuan dan arah program ini sehingga mereka dapat mendukung apa yang terjadi di tingkat sekolah (pondok pesantren). Bahkan, hal-hal spesifik tentang program ini dan program-program serupa dikembangkan melalui konsultasi dengan masyarakat luas.

Penelitian Maslahah (2012) tentang pembelajaran seksualitas dan kesehatan reproduksi pada pesantren lewat kajian kitab kuning dan poskestren di Pondok Pesantren Assalam Jambewangi Selopuro Blitar patut dijadikan contoh. Penelitian ini menyimpulkan beberapa hal penting. Pertama, pentingnya kitab *Risalatul Mahid* diajarkan kepada santri usia 12-15 tahun karena santri sudah mengalami haid. Kitab *Uqud Al-Luja'in* diberikan kepada santri berusia lebih dari 16 tahun, yang menjelaskan akhlak tentang kewajiban dan

hak suami-istri. Kitab *Qurratul Uyun* diajarkan agar santri tahu tata cara berhubungan suami istri menurut Islam. Kedua, pentingnya Poskestren sebagai sarana santri memperoleh kesejahteraan untuk memenuhi haknya mengetahui kesehatan reproduksi, membiasakan pola hidup sehat, serta membina santri agar tidak melakukan pergaulan bebas atau penyimpangan sosial, yang diberikan oleh petugas puskesmas. Santri lebih menyukai pembelajaran seksualitas dan kesehatan reproduksi melalui Poskestren dibandingkan melalui kitab kuning karena pembelajaran seksualitas di Poskestren diberikan dengan menggunakan banyak contoh gambar yang menunjang materi pembelajaran. Santri juga lebih menyukai konseling di Poskestren untuk menambah wawasannya karena santri merasa lebih nyaman dan tidak ada rasa malu ataupun takut.

Dampak terhadap perilaku yaitu santri lebih berhati-hati dalam menjaga hubungan sesama jenis meskipun interaksi dengan lawan jenis dibatasi. Santri juga lebih berhati-hati ketika berkomunikasi dengan lawan jenis. Hal tersebut dapat meminimalisir tindakan asusila serta akan mengantisipasi terjadi penyakit kelamin. Perilaku psikis santri juga lebih terkendali dengan adanya konseling, pembinaan maupun diskusi.

Remaja bisa memperoleh sumber informasi tentang kesehatan reproduksi dari Pusat Informasi dan Konseling-Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR), Pusat Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR), Sanggar Kesehatan Reproduksi (SKR), *Youth Center* dan lainnya. Program lembaga tersebut banyak dilaksanakan di masjid, gereja, sekolah Islam, universitas dan organisasi remaja, serta pandu (BPS, 2008). Instansi lain seperti BKKBN, Departemen Agama dan Departemen Kesehatan bahkan sudah menyusun modul pelatihan tentang kesehatan reproduksi remaja dalam nuansa islami dengan memasukkan dalil-dalil kitab suci Al Qur'an didalamnya (Lukman, 2007).

## Simpulan

Responden penelitian ini adalah santri yang sebagian besar berusia 15-19 tahun (65,9%), perempuan (59,4%), berpendidikan dasar (68,6%) dengan daerah asal perdesaan (73,1%). Pendidikan orang tua santri adalah pendidikan menengah (SMA) pada bapak (90,1%) maupun ibu (87,8%). Pekerjaan bapak dan ibu santri adalah non PNS, dengan pendapatan rendah (Rp < 1.209.000/bulan) pada bapak (89,3%) maupun ibu (93,7%). Santri yang mengaku sudah punya pacar (50,5%), mereka melakukan aktivitas yang menjurus ke perilaku seks pranikah seperti berpegangan tangan (58,3%), cium bibir (25%) dan meraba/merangsang pasangannya (16,7%).

Sebagian besar santri tidak setuju mengenai bolehnya hubungan seksual pranikah (77,9%). Kelompok ini masih menganggap keperawanan wanita (72,6%) dan keperjakaan laki-laki (62,1%) merupakan sesuatu yang penting dan harus dijaga sampai saatnya menikah kelak. Sedangkan kelompok yang pro ataupun ragu-ragu pada bolehnya hubungan seksual pranikah hanya sebagian kecil (9%). Kelompok ini menganggap keperawanan wanita dan keperjakaan laki-laki tidak penting saat mereka menikah nanti. Kelompok yang pro seksual pranikah melakukan hubungan seks karena terjadi begitu saja, dipaksa oleh pasangan, penasaran atau ingin mencoba, dengan umur pertama kali melakukannya pada rentang usia 15-17 tahun (50,59%). Sebesar 10,74% santri yang

mengaku telah melakukan hubungan seksual. Saat pertamakali melakukan hubungan seksual mereka semua (100%) mengaku memakai kondom, namun pada hubungan seksual yang terakhir sebesar 21,57% tidak memakai kondom.

Pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi perlu ditingkatkan dengan cara mengajak institusi terkait, baik pemerintah maupun swasta, yang mampu berkontribusi untuk mengedukasi mengenai kesehatan reproduksi pada keluarga, sekolah, masyarakat dan media. Institusi seperti sekolah (termasuk pondok pesantren) disarankan untuk mengelola materi kesehatan reproduksi yang diberikan kepada siswa (santri) sebagai tambahan materi pelajaran yang benar-benar penting dan dibutuhkan karena remaja santri berhak untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi secara komprehensif. Mencermati bahwa pada pacaran dan perilaku seksual remaja santri sudah menjurus pada perilaku seksual pra nikah yang berisiko, maka disarankan kepada para pengurus pondok untuk memberikan aktivitas yang bermanfaat seperti olahraga dan seni untuk mengalihkan hasrat seksual remaja yang menggebu.

## Daftar Pustaka

- Al-Hamdi, R. 2009. *Santri Sableng: Sebuah Catatan dari Bilik Pesantren*. Leutika. Yogyakarta.
- Azra A. 1999. *Pendidikan Islam Tradisi dan Modernisasi Menuju Milenium Baru*. Logos Wacana Ilmu. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik (BPS), BKKBN, Departemen Kesehatan RI, dan Macro International. 2008. *Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007*. BPS dan Macro International. Calverton, Maryland, USA dan Jakarta.
- Brotosaputro B. 1998. *Pengantar Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang.
- Departemen Kesehatan RI, Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI, Departemen Pendidikan Nasional RI, Departemen Sosial RI, dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. BKKBN. Jakarta.
- Kamiasari Y, Prabamurti PN, Musthofa SB. 2014. Perilaku *Mairil* dan *Nyempet* yang berkaitan dengan aktivitas homoseksual di Pondok Pesantren. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 1(9).
- Kusmiran E. 2014. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Salemba Medika. Jakarta.
- Lukman AJ. 2007. *Remaja Hari ini adalah Pemimpin Masa Depan*. BKKBN. Jakarta.
- Maslahah W. 2012. Pembelajaran Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi pada Pesantren Lewat Kajian Kitab Kuning dan Poskestren di Pondok Pesantren Assalam Jambewangi Selopuro Blitar. *Jurnal Pendidikan Sejarah Universitas Negeri Malang* 2(1).
- Ngatman. 1997. Pengetahuan dan Sikap Para Santri Tentang AIDS di Pondok Pesantren Assalaam Surakarta. *Skripsi*. FKM UNDIP. Semarang.
- Notoatmodjo S. 2005. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Cetakan 1. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Ogden J. 2007. *Health Psychology*. Fourth Edition. Open University Press. England.
- Purwoko Y. 2001. *Memecahkan Masalah Remaja: Dari Masalah Agama hingga Pergaulan, Dari Masalah Seks hingga Pernikahan*. Cetakan 1. Yayasan Nuansa Cendekia. Bandung.

- Wellings K, Field J, Johnson AM, Wadsworth J. 1994. Sexual Behaviour in Britain: The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. Dalam Ogden J. 2007. *Health Psychology*. Fourth Edition. Open University Press. England.
- Sheeran P, White D, Philip K. 1991. Premarital Contraceptive Use: A Review of a Psychological Literature. Dalam Ogden J. 2007. *Health Psychology*. Fourth Edition. Open University Press. England.
- Singarimbun M. 1995. *Metode Penelitian Survei*. Cetakan ke-2. LP3ES. Jakarta.
- Suryoputro A, Ford NJ, Shaluhiah Z. 2006. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi. *Makara Kesehatan*, 1 (10): 29-40.
- Taufiq A, Ludayat N, Udiyono A, Saryadi S. 1998. Peranan Kiyai Pesantren Dalam Pemasarakatan Perilaku Reproduksi Sehat di Kalangan Para Santri. <http://ceria.bkkbn.go.id/ceria/penelitian/detail/183> [diakses 29 april 2013].
- Warto D. 2007. Persepsi Santri Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren Miftahul Anwar Pekeyongan Kebumen. *Skripsi*. FK UII. Yogyakarta.
- Zuhri S. 2006. Dalaq di Pesantren. *Thesis*. Pascasarjana UGM. Yogyakarta.
- Zulkarnain I. 2006. Perilaku Homoseksual di Pondok Pesantren. *Thesis*. Pascasarjana UGM. Yogyakarta.

# Hubungan Kadar Glukosa Darah dengan Kejadian Karies Gigi pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Cibabat Cimahi Tahun 2015

*Relations with The Occurrence of Blood Glucose Levels Dental Caries In Mellitus Type 2 Diabetes Patients In Hospital Cibabat Cimahi 2015*

Budiman<sup>1</sup>, Dyan Kunthi Nugrahaeni<sup>2</sup>, Dara Krisantya<sup>3</sup>

Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES A. Yani Cimahi-Jalan Ters. Jenderal Sudirman-Cimahi 40533

email: [budiman\\_1974@yahoo.com](mailto:budiman_1974@yahoo.com)

## **Abstract**

*In Indonesia, the prevalence of dental caries and periodontal disease are still high. Noted that the prevalence of both disease reached more than 80%. Dental caries can occur as a result of localized disease and systemic disease one of them is diabetes mellitus. This study aims to determine the relation of blood glucose levels and dental caries incidence in people with diabetes mellitus type 2. The used method is cross sectional. The number of samples obtained 62 respondents, using a purposive sampling technique. Data collection is done by means of direct examination and documentation. Analysis of data used test chi square, magnitude of the relationship used prevalence ratio (PR). Results of the study are patients with diabetes mellitus type 2 with uncontrolled blood glucose levels have a higher incidence of dental caries by 27 respondents (73%), whereas patients with controlled blood glucose levels have a higher incidence of dental caries by 11 respondents (44%). Results showed the relation between blood glucose levels with dental caries incident in people with type 2 diabetes mellitus with ( $p = 0.042$ ) and the value of  $PR = 1.658$  (95% CI: 1.022 - 2.690). Suggested patients with diabetes mellitus type 2 routine treatment/control to a specialist in internal medicine, follow the advice that instructed by a doctor or health worker, consumption of high fiber foods, maintain oral hygiene by brushing, use a fine bristled toothbrush and don't brush your teeth with high pressure, and regulary visit the dental clinic every 6 month.*

**Keywords :** *Diabetes Mellitus, Blood Glucose , Dental Caries, cross sectional*

## **Abstrak**

Di Indonesia prevalensi penyakit karies gigi dan periodontal masih tinggi. Tercatat prevalensi keduanya mencapai lebih dari 80%. Karies gigi dapat terjadi sebagai akibat dari penyakit lokal maupun penyakit sistemik salah satunya adalah diabetes mellitus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kadar glukosa darah dengan kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan metode *cross*



*sectional*. Besar sampel adalah 62 responden yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan cara pemeriksaan langsung dan dokumentasi. Analisis data menggunakan uji *chi square*, besarnya hubungan menggunakan *prevalence ratio* (PR). Hasil penelitian penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol memiliki kejadian karies gigi tinggi sebanyak 27 responden (73%), sedangkan penderita dengan kadar glukosa darah terkontrol memiliki kejadian karies gigi tinggi sebanyak 11 responden (44%). Hasil tersebut menunjukkan ada hubungan antara kadar glukosa darah dengan kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 ( $p = 0,042$ ) dan nilai PR = 1,658 (95% CI: 1,022 - 2,690). Disarankan penderita diabetes mellitus tipe 2 rutin berobat/kontrol kedokter spesialis penyakit dalam, patuhi anjuran yang diinstruksikan oleh dokter atau tenaga kesehatan, konsumsi makanan tinggi serat, menjaga kebersihan rongga mulut dengan menyikat gigi, gunakan sikat gigi yang berbulu halus dan tidak menyikat gigi dengan tekanan yang tinggi dan tergesa-gesa, serta rutin mengunjungi klinik gigi setiap 6 bulan sekali.

**Kata kunci:** Diabetes Mellitus Tipe 2, Glukosa Darah, Karies Gigi, *cross sectional*

## **Pendahuluan**

Gigi adalah jaringan tubuh yang paling keras dibanding jaringan lainnya. Struktur gigi berlapis-lapis mulai dari lapisan email/enamel yang amat keras, lapisan kedua adalah dentin, serta lapisan terakhir yaitu pulpa yang berisi pembuluh darah, pembuluh saraf, dan bagian lain yang dapat memperkuat gigi. Gigi merupakan jaringan tubuh yang mudah sekali mengalami kerusakan, ini terjadi ketika gigi tidak memperoleh perawatan semestinya (Hermawan, 2010).

Enamel merupakan bagian terluar gigi yang terdiri dari  $\pm 97\%$  zat anorganik, dibandingkan dengan bahan keras dalam tubuh seperti kuku, rambut, tulang semen, dan dentin, enamel merupakan bahan yang terkeras tetapi getas (mudah rapuh/patah). Lapisan enamel berbeda dengan tulang yang mempunyai daya reparasi karena didalamnya terdapat sel-sel tulang dan pembuluh darah. Enamel tidak memiliki sel, pembuluh darah, pembuluh saraf, dan limfa sehingga bila patah tidak mempunyai daya reparatif, oleh karenanya pencegahan kerusakan enamel dari proses karies maupun fraktur amat penting (Megananda *et al*, 2009).

Karies gigi terjadi pada semua penduduk di seluruh dunia tanpa memandang golongan usia, termasuk penduduk Indonesia. Masalah kesehatan gigi di Indonesia terutama karies gigi masih merupakan hal yang menarik. Berdasarkan SKRT 2004 karies merupakan masalah dalam kesehatan gigi dan mulut di Indonesia, dengan prevalensi 90,50% (Anthonie, 2012).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007 prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut sebesar 23,4% dan meningkat menjadi 25,9% pada tahun 2013. Terdapat 1,6% penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya, sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi masalah gigi dan mulut diatas angka nasional. Indeks DMF-T secara nasional sebesar 4,85 ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk

Indonesia 5 buah gigi perorang. Penduduk yang mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulut terdapat 29,6% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi (Riskesdas, 2007 dan 2013).

Prevalensi penduduk di Jawa Barat yang mempunyai masalah gigi dan mulut pada tahun 2007 sebesar 25,3% dan meningkat menjadi 28% pada tahun 2013. Indeks DMF-T pada Jawa Barat sebesar 4,03 ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada masyarakat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 4 buah gigi per orang. Penduduk yang mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulut terdapat 33% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi (Riskesdas, 2007 dan 2013).

Menurut badan kesehatan dunia (WHO), Indonesia menempati urutan ke-4 penderita diabetes mellitus terbanyak di dunia. Pada tahun 2000 jumlah penderita diabetes mellitus di Indonesia mencapai 4,8 juta orang. Jumlah tersebut meningkat dan diperkirakan pada tahun 2030 mencapai 21,3 juta orang. Meningkatnya penyakit diabetes mellitus di Indonesia diantaranya disebabkan oleh faktor genetik dan gaya hidup modern seperti mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung karbohidrat dan gula yang tinggi. Penderita diabetes mellitus khususnya yang tidak terkontrol akan rentan terhadap penyakit didalam rongga mulut dan gigi (Marchella, 2012).

Penderita diabetes mellitus perlu perawatan kesehatan gigi dan mulut yang teratur dan sering sebab penderita diabetes mellitus lebih peka terhadap infeksi. Hal ini disebabkan imunitas selular dan hormonal penderita menurun, fungsi leukosit terganggu, dan kadar gula dalam darah tinggi. Perawatan kedokteran gigi yang dilakukan baik pada penderita diabetes mellitus tipe 1 maupun penderita diabetes mellitus tipe 2 secara umum sama (Indirawati dan Lely, 2004).

Sekitar 90% sampai 95% pasien diabetes menderita diabetes mellitus tipe 2. Tipe ini disebabkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin yang diproduksi. Diabetes mellitus tipe 2 dapat ditangani dengan diet dan olah raga, dan juga dengan agens hipoglemik oral sesuai kebutuhan. Diabetes mellitus tipe 2 paling sering dialami oleh pasien diatas usia 30 tahun dan pasien yang mengalami obesitas (Brunner dan Suddarth, 2013).

Diabetes mellitus mungkin merupakan faktor predisposisi bagi kenaikan terjadinya dan jumlah karies. Hasil penelitian pada tikus kontrol tidak timbul karies akar dan pada tikus yang menderita diabetes mellitus timbul karies akar bila diberi diet miskin karbohidrat yang identik. Keadaan tersebut diperkirakan karena pada diabetes aliran cairan krevikular mengandung banyak glukosa yang berperan sebagai substrat kariogenik (Iwanda, 2010).

Meningkatnya prevalensi karies gigi dan mudah timbul infeksi didalam rongga mulut yaitu lidah terasa tebal sehingga timbul gangguan pengecapan pada lidah. Mukosa mulut terasa terbakar dan timbul *kandidiasis*, serta gingiva terasa turun dan nyeri bila ditekan, akibat turun gingiva maka gigi penderita diabetes mellitus tampak menonjol keluar dari soket serta jaringan periodontal terjadi peradangan disertai kerosnya tulang alveolar, adanya *xerostomia*, menurunnya *macrophage* dan *neutropil* untuk melawan mikroorganisme sehingga dapat meningkatkan karies gigi (Anthonie, 2012).

Penyakit diabetes mellitus bisa merupakan faktor predisposisi bagi kenaikan terjadinya dan jumlah dari karies gigi. Keadaan tersebut diperkirakan karena pada penderita diabetes mellitus aliran cairan darah mengandung banyak glukosa yang berperan sebagai substrat kariogenik. Karies gigi dapat terjadi karena interaksi dari 4 faktor yaitu gigi, substrat, kuman, dan waktu (Lubis, 2012).

Penelitian hubungan Diabetes Mellitus dengan Karies Gigi oleh Iwanda tahun 2006, dari 65 sampel yang diteliti dengan rentang usia 30-70 tahun, jumlah DMF semua sampel yang didapatkan 148 gigi, dan DMF rata-rata semua sampel 2,3. Angka ini menunjukkan bahwa setiap satu sampel mempunyai 2,3 buah gigi karies. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara diabetes mellitus dengan karies gigi.

Menurut penelitian Anthonie tahun 2012, berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit TK III Iskandar Muda Kota Banda Aceh Tahun 2012, tercatat pasien yang berkunjung ke poli gigi periode Januari sampai Agustus 2012 sebanyak 7216 orang, dan pasien yang mengalami diabetes mellitus 1760 serta pasien diabetes mellitus yang mengalami karies gigi sebanyak 216 (12,2%), dan kasus penyakit gigi lainnya 1544 (87,8%).

RSUD Cibabat merupakan rumah sakit yang berada di Kota Cimahi, dimana rumah sakit tersebut menjadi rujukan utama sehingga banyak dikunjungi oleh masyarakat Kota Cimahi itu sendiri maupun daerah sekitar Kota Cimahi. RSUD Cibabat banyak dikunjungi oleh penderita penyakit dalam dengan keluhan seperti jantung, hipertensi, kolesterol, termasuk didalamnya diabetes mellitus. Menurut data yang diperoleh dari rekam medis RSUD Cibabat Kota Cimahi sebanyak 3.545 orang pada bulan Januari 2015 mengunjungi poli penyakit dalam, sebanyak 713 orang menderita diabetes mellitus, dan 166 orang diantaranya menderita diabetes mellitus tipe 2.

Studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 31 Maret 2015 terhadap pasien diabetes mellitus tipe 2 yang berkunjung ke Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Cibabat Kota Cimahi didapatkan hasil bahwa, dari 10 orang yang diperiksa terdapat 2 orang dengan kadar glukosa darah terkontrol dan 8 orang dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol yang seluruhnya memiliki kategori karies yang tinggi.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan kadar glukosa darah dengan kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Cibabat Kota Cimahi tahun 2015.

## **Metode Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian survey analitik dengan rancangan studi potong lintang (*cross sectional study*) dimana penelitian ini mempelajari hubungan antara faktor risiko (paparan) dengan faktor efek (penyakit/masalah kesehatan) dengan cara mengamati faktor risiko dan efek secara serentak pada banyak individu dari suatu populasi pada satu saat. Setiap subjek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel penelitian, yaitu variabel bebas (faktor risiko) dan variabel terikat (efek/penyakit/masalah kesehatan) dilakukan pada saat yang sama (Budiman, 2013).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penderita diabetes mellitus tipe 2 yang berkunjung ke Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Cibabat Kota Cimahi pada bulan Januari tahun 2015 yaitu sebanyak 166 orang.

Perhitungan sampel, diperoleh sampel sebanyak 62 orang. Sampel penelitian diperoleh dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu cara mengambil subjek tidak berdasarkan atas strata, random, atau daerah, tetapi berdasarkan adanya tujuan tertentu. Teknik ini biasanya dilakukan karena beberapa pertimbangan, misalnya keterbatasan waktu, dana, tenaga, dan sampel yang besar. Pengambilan sampel harus berdasarkan ciri, sifat, atau karakteristik tertentu yang merupakan ciri pokok populasi. Pengambilan sampel sesuai dengan pertimbangan peneliti sendiri sehingga dapat mewakili populasi (Arikunto, 2010).

Data yang dikumpulkan adalah data primer dan sekunder. Data primer didapat dengan melakukan pemeriksaan langsung pada responden penelitian untuk mendapatkan data kejadian karies gigi dengan menggunakan diagnostik set untuk pemeriksaan gigi. Sedangkan data sekunder didapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium dan rekam medis RSUD Cibabat Kota Cimahi berupa data Glukosa Darah Puasa (GDP), identitas pasien, serta diagnosa pasien penderita diabetes mellitus tipe 2. Analisis data melalui dua tahap yaitu univariat untuk melihat distribusi frekuensi dan bivariat untuk melihat hubungan (*chi square*) serta besarnya hubungan menggunakan *prevalence ratio* (PR).

## Hasil Penelitian

Tabel 1. Distribusi frekuensi kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUD Cibabat Kota Cimahi tahun 2015

Kejadian KariesGigi	Jumlah (n)	(%)
Tinggi	38	61,3
Rendah	24	38,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Tabel 2. Distribusi frekuensi kadar glukosa darah pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUD Cibabat Kota Cimahi tahun 2015

Kadar Glukosa Darah	Jumlah (n)	(%)
Tidak Terkontrol	37	59,7
Terkontrol	25	40,3
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Tabel 3. Distribusi frekuensi hubungan kadar glukosa darah dengan kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUD Cibabat kota Cimahi tahun 2015

Kadar Glukosa Darah	Kejadian Karies Gigi				Jumlah		PR (95% CI)	P value
	Tinggi		Rendah					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak Terkontrol	27	73,0	10	27,0	37	100	1,658 1,022 -	0,042
Terkontrol	11	44,0	14	56,0	25	100	2,690	
<b>Jumlah</b>	38	61,3	24	38,7	62	100		

## Pembahasan

Hasil penelitian yang diperoleh sebagian besar subjek penelitian yaitu penderita diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUD Cibabat Kota Cimahi memiliki kejadian karies gigi tinggi sebanyak 38 responden (61,3%). Hal ini menunjukkan bahwa masalah gigi menjadi masalah juga bagi penderita diabetes mellitus dan secara umum sesuai dengan keadaan bahwa masalah kesehatan gigi khususnya dinegara yang sedang berkembang belum menjadi prioritas untuk mendapat perhatian yang serius. Padahal karies gigi dan penyakit periodontal menjadi masalah utama. Di Indonesia, prevalensi penyakit karies gigi dan periodontal masih tinggi. Tercatat bahwa prevalensi kedua penyakit ini mencapai lebih dari 80% (Bahar, 2011).

Hal ini sesuai dengan pendapat Indirawati dan Lely (2004) yang menyatakan bahwa karies gigi dapat terjadi sebagai akibat dari penyakit lokal maupun penyakit sistemik, penyakit sistemik tersebut salah satunya adalah diabetes mellitus. Diabetes mellitus adalah suatu penyakit yang kronis, akibat gangguan metabolisme karbohidrat yang disebabkan defisiensi insulin, ditandai dengan meningkatnya kadar gula dalam darah dan adanya gula dalam urin

Pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar penderita diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUD Cibabat kota Cimahi memiliki kadar glukosa darah tidak terkontrol yaitu sebanyak 37 responden (59,7%). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Marchella tahun 2012 pada penderita diabetes mellitus di RSPAD Gatot Subroto, Jakarta Pusat dengan jumlah responden sebanyak 35 orang menunjukkan prevalensi karies gigi responden sebesar 91,4% dengan DMF-T rata-rata 8,34 termasuk katagori sedang. Keadaan ini disebabkan karena sebanyak 28,6% responden mengkonsumsi makanan manis dan 20% mengkonsumsi minuman manis. Selain itu, sebagian besar responden kadang-kadang mulutnya terasa kering sebanyak 42,9% dan mulut sering terasa kering sebanyak 25,7%.

Penelitian lainnya oleh Iwanda tahun 2010 pasien dengan diabetes mellitus lama yang tidak terkontrol berpengaruh pada karies gigi, karena bertambahnya karbohidrat yang dapat difermentasikan didalam saliva penderita dan merupakan medium yang sesuai untuk pembentukan asam sehingga memudahkan terjadinya karies gigi. Pasien

yang terkontrol baik pada anak maupun dewasa mengalami karies gigi yang tidak berarti dibanding dengan orang normal.

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol sebanyak 27 responden (73%) memiliki kejadian karies gigi tinggi. Sedangkan penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan kadar glukosa darah terkontrol sebanyak 11 responden (44%) memiliki kejadian karies gigi tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan  $p = 0,042$  ( $\alpha = 0,05$ ),  $H_0$  ditolak sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan antara kadar glukosa darah dengan kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Cibabat kota Cimahi tahun 2015. Kemudian dari hasil analisis, diperoleh nilai  $PR = 1,658$  (95% CI: 1,022 - 2,690). Hal ini berarti penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol mempunyai resiko 1,6 kali mengalami kejadian karies gigi tinggi dibandingkan dengan penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan kadar glukosa darah yang terkontrol.

Hal ini sesuai dengan penelitian Iwanda (2006), dari 65 sampel yang diteliti dengan rentang usia 30-70 tahun, jumlah DMF semua sampel yang didapatkan 148 gigi, dan DMF rata-rata semua sampel 2,3. Angka ini menunjukkan bahwa setiap satu sampel mempunyai 2,3 buah gigi karies. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada sebagian besar pasien diabetes mellitus akan mengalami karies gigi.

Seseorang dengan diabetes dapat mengalami keadaan yang disebut *hyposalivasi* dan gangguan fungsi saliva, dimana saliva tersebut memiliki komponen yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri kariogenik sehingga penurunan produksi saliva dapat meningkatkan resistensi bakteri penyebab karies (Sekarsari, 2012). Telah diketahui bahwa jumlah saliva pada penderita diabetes mellitus berkurang sehingga makanan mudah melekat pada permukaan gigi, dan bila yang melekat adalah makanan dari golongan karbohidrat bercampur dengan kuman yang ada pada permukaan gigi dan tidak langsung dibersihkan dapat mengakibatkan keasaman didalam mulut menurun, sehingga dapat mengakibatkan terjadinya lubang atau karies gigi (Lubis, 2012).

Saliva sangat berpengaruh dalam pencegahan karies, karena fungsi saliva yang adekuat penting dalam pertahanan melawan serangan karies. Fungsi saliva meliputi aksi pembersihan bakteri, aksi buffer, aksi antimikroba, serta remineralisasi. Berkurangnya saliva secara signifikan meningkatkan laju pertumbuhan karies. Berkurangnya saliva akan berakibat pada tertekannya pH dalam jangka waktu lama (berkurangnya buffering), menurunnya antibakteri, dan berkurangnya ion untuk remineralisasi (Meganadaet *al.*, 2009).

## Simpulan

Kadar glukosa darah mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian karies gigi pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Cibabat kota Cimahi. Besar risiko responden dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol yaitu 1,6 kali mengalami kejadian karies gigi lebih tinggi dibandingkan responden dengan kadar glukosa darah yang terkontrol.

## Daftar Pustaka

- Anthonie, A. 2012. *Penyakit Karies Gigi pada Penderita Diabetes Mellitus Ditinjau dari Analisis Saliva di Poli Gigi Rumah Sakit TK III Iskandar Muda Kota Banda Aceh Tahun 2012*. Karya Tulis Ilmiah. <http://akbaranthonie.blogspot.com/2013/02/penyakit-karies-gigi-pada-penderita.html>[diakses 16 Januari 2015].
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 2007. *Riskesdas 2007*. Jakarta: Balitbangkes
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riskesdas 2013*. Jakarta: Balitbangkes
- Brunner & Suddarth.2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 12.Jakarta: EGC.
- Budiman. 2013. *Penelitian Kesehatan*. Bandung: Refika Aditama.
- Hermawan, R. 2010. *Menyehatkan Daerah Mulut*. Jogjakarta: Buku Biru.
- Indirawati & Lely. 2004. *Pengaruh Kadar Glukosa Darah yang Terkontrol terhadap Penurunan Derajat Kegoyahan Gigi Penderita Diabetes Mellitus di RS Persahabatan Jakarta*. 14 (3):39
- Iwanda. 2010. *Hubungan Diabetes Mellitus dengan Karies Gigi*. 1(4):20
- Lubis, I. 2012. *Manifestasi Diabetes Melitus dalam Rongga Mulut*. [http://Poltekkesjakarta1.Ac.Id/File/Dokumen/74artikel\\_Bu\\_Irwati.Pdf](http://Poltekkesjakarta1.Ac.Id/File/Dokumen/74artikel_Bu_Irwati.Pdf).  
[diakses 05 Maret 2015]
- Marchella. 2012. *Hubungan Antara Kebiasaan Pemeliharaan Kesehatan Gigi dengan Karies Gigi pada Penderita Diabetes Mellitus*. 61 (2):72.
- Megananda, et al. 2009. *Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Kerasdan Jaringan Pendukung Gigi*. Bandung: Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Depkes Bandung.

# **Penyuluhan Kesehatan Berjalan dengan Maskot Rumah Sakit untuk Mewujudkan Rumah Sakit Bebas Asap Rokok di RSUD Waluyo Jati Kraksaan**

Kurnia Ramadhani

Bagian Perencanaan dan Pengembangan, RSUD Waluyo Jati Kraksaan, Indonesia

Email: [niara87@gmail.com](mailto:niara87@gmail.com)

## **Abstract**

*Hospital is smoke-free area based on Indonesia national regulation. RSUD Waluyo Jati Kraksaan, Indonesia as public hospital has been regulated smoke-free area since 2013. This effort aims to reach healthy patient, visitor and employee which are free from negative effects of smoke. RSUD Waluyo Jati Kraksaan has been starting health promotion using hospital mascot since early 2015. The health promoter staff and mascot were walking to hospital visitors for giving information about smoking hazards and smoking prohibition in hospital area. Thus it called "walking" health promotion. This research aims to identify the correlation between visitor's smoking behaviors in hospital with walking health promotion using hospital mascot as well as with their knowledge about smoke hazards. It was quantitative research using questionnaire to 71 visitors from all service units in RSUD Waluyo Jati Kraksaan. More than half of visitors were between 25-50 years old (60,6%) and they were graduated from junior high school and elementary school (60,6%. The statistical test result showed that walking health promotion to visitor ( $p=0,015$ ) had correlation with smoking behavior in hospital, whereas visitor's knowledge about smoke hazards was not related ( $p=0,181$ ). The intensity of walking health promotion to visitor particularly about smoking prohibition need to be increased so that population and environment inside hospital will be free from smoke hazards.*

**Keywords:** *Smoke-free area, hospital, health promotion*

## **Abstrak**

Rumah sakit merupakan kawasan bebas asap rokok menurut Undang-undang. RSUD Waluyo Jati Kraksaan, Indonesia sebagai rumah sakit umum telah mengatur kawasan bebas asap rokok sejak tahun 2013. Upaya ini dilakukan untuk menciptakan pasien, pengunjung dan petugas yang sehat serta terbebas dari efek negatif asap rokok. RSUD Waluyo Jati Kraksaan telah memulai penyuluhan kesehatan menggunakan maskot rumah sakit sejak awal tahun 2015. Penyuluh kesehatan dan maskot berjalan keliling menghampiri pengunjung rumah sakit untuk memberikan informasi mengenai bahaya rokok dan larangan merokok di area rumah sakit serta memberi teguran pada pengunjung yang merokok di rumah sakit. Oleh karena itu disebut sebagai penyuluhan kesehatan berjalan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara perilaku



merokok pengunjung dengan penyuluhan kesehatan berjalan menggunakan maskot serta pengetahuan mereka tentang bahaya asap rokok. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan kuesioner yang disebarakan ke 71 pengunjung dari seluruh unit pelayanan di RSUD Waluyo Jati Kraksaan. Lebih dari separuh pengunjung berusia 25-50 tahun (60,6%) dan mereka sebagian besar lulusan SMP dan SD (60,6%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa penyuluhan kesehatan berjalan dengan maskot mempunyai hubungan dengan perilaku merokok pengunjung di rumah sakit ( $p = 0,015$ ) sedangkan pengetahuan pengunjung tentang bahaya asap rokok tidak berhubungan dengan perilaku merokok pengunjung di rumah sakit ( $p = 0,181$ ). Intensitas penyuluhan berjalan dengan maskot perlu ditingkatkan khususnya pada larangan merokok di rumah sakit sehingga populasi dan lingkungan di rumah sakit akan terbebas dari bahaya asap rokok.

**Kata kunci:** kawasan tanpa asap rokok, rumah sakit, promosi kesehatan

## **Pendahuluan**

Berbagai penelitian telah mengidentifikasi berbagai efek negatif asap rokok baik bagi perokok aktif maupun perokok pasif (Difranza dan Aligne, 2004). Terdapat hubungan antara perokok pasif dengan munculnya penyakit saluran pernafasan dan penyakit jantung (Difranza dan Aligne, 2004, Adesi et al., 2006). Untuk meminimalisir efek negatif dari asap rokok, maka area untuk umum sudah seharusnya menjadi area bebas asap rokok, termasuk rumah sakit (Martiez, 2008).

Pemerintah Indonesia telah mengatur kawasan asap rokok sejak tahun 2009 melalui Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Regulasi tersebut dengan jelas menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan salah satu area bebas asap rokok. RSUD Waluyo Jati Kraksaan sebagai rumah sakit umum pemerintah telah mengatur kawasan bebas asap rokok di rumah sakit sejak 2013 dengan disahkannya Surat Keputusan Direktur Nomor 445/1079/426.801/2013 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok di RSUD Waluyo Jati Kraksaan. Sebagai evaluasi terhadap implementasi peraturan tersebut, laporan tahunan rumah sakit tahun 2014 mencatat masih ditemukannya pengunjung yang merokok di area rumah sakit (Laporan tahunan tahun 2013 RSUD Waluyo Jati Kraksaan).

Perilaku merokok seseorang mempunyai korelasi dengan faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong (Puswitasari, 2012). Penelitian menemukan keterkaitan antara faktor-faktor tersebut dengan pengetahuan serta sikap dari perokok (Martiez, 2008). Penelitian ini melaporkan hubungan antara perilaku merokok pengunjung di area rumah sakit dengan penyuluhan kesehatan berjalan serta pengetahuan pengunjung tentang bahaya merokok

## Metode

### Partisipan

Partisipan dari penelitian ini adalah pengunjung RSUD Waluyo Jati Kraksaan di semua unit pelayanan. Pasien tidak dimasukkan sebagai partisipan penelitian ini.

### Pegumpulan Data

Penelitian ini menggunakan kuesioner yang didesain dengan sederhana dan mudah dipahami oleh masyarakat awam. Kuesioner terdiri hanya 1 lembar kecil dan memiliki tipe pertanyaan tertutup dengan jawaban ya atau tidak kecuali pada pertanyaan data diri. Kuesioner disebarikan pada seluruh unit pelayanan selama bulan Juli 2015. Staf di unit pelayanan tersebut meminta pengunjung mengisi kuesioner dengan jujur serta tanpa menanyakan nama pengunjung. Pada akhirnya didapatkan 71 kuesioner yang terkumpul dan dijawab dengan lengkap.

### Analisis Data

Data kuantitatif dari kuesioner dianalisis dan diinterpretasikan. Langkah pertama, uji Kolmogorov Smirnov digunakan untuk mengidentifikasi normalitas dari distribusi data. Kemudian uji Spearman digunakan untuk menganalisis korelasi antara perilaku merokok pengunjung di rumah sakit dengan penyuluhan kesehatan berjalan dengan maskot serta pengetahuan pengunjung tentang bahaya asap rokok.

## Hasil Penelitian

### Karakteristik Responden

Lebih dari separuh pengunjung berusia 25-50 tahun (60,6%) dan mereka sebagian besar lulusan SMP dan SD (60,6%) yaitu lulusan SMP sebanyak 26,8% dan lulusan SD sebanyak (33,8%).

Table 1. Karakteristik Responden Penelitian

No.	Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tingkat Pendidikan:		
	1. Perguruan Tinggi	8	11,2
	2. SMA	20	28,2
	3. SMP	24	33,8
	4. SD	19	26,8
2.	Kelompok Umur:		
	1. $\geq 50$	10	14,1
	2. 25 – 50	43	60,6
	3. $\leq 25$	18	25,3

### Perilaku Merokok di Rumah Sakit dan Penyuluhan Kesehatan Berjalan

Terdapat hubungan antara perilaku merokok di rumah sakit dengan penyuluhan kesehatan berjalan dengan nilai p sebesar 0,015. Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa

meskipun sebagian besar responden mengaku tidak pernah merokok di lingkungan rumah sakit (64,6%) namun terdapat 25,4% responden yang mengaku pernah merokok di dalam area rumah sakit.

Hal ini perlu dicermati dari persentase jumlah responden yang pernah mendapatkan penyuluhan yaitu hanya sekitar 42,3% sedangkan 57,7% lainnya mengaku tidak pernah mendapat penyuluhan berjalan dengan mascot tersebut yang menyebarkan informasi mengenai bahaya rokok dan larangan merokok di dalam rumah sakit. Penyuluhan kesehatan berjalan tersebut telah diinisiasi sejak awal tahun 2015. Kegiatan tersebut dilakukan oleh penyuluh kesehatan di rumah sakit bersama mascot berjalan keliling menghampiri pengunjung rumah sakit memberikan informasi bahaya rokok dan informasi kesehatan lainnya, member informasi larangan merokok di dalam rumah sakit dan menegur pengunjung bila ditemui sedang merokok serta meminta mematikan rokoknya pada saat itu juga.

Tabel 2. Persentase Masing-masing Variabel

No.	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
<b>1.</b>	<b>Perilaku Merokok di Rumah Sakit</b>		
	Ya	18	25.4
	Tidak	53	64.6
<b>2.</b>	<b>Penyuluhan Kesehatan Berjalan</b>		
	Ya	30	42.3
	Tidak	41	57.7
<b>3.</b>	<b>Pengetahuan tentang Bahaya Asap Rokok</b>		
	Ya	66	93.0
	Tidak	5	7.0

### **Perilaku Merokok di Rumah Sakit dan Pengetahuan tentang Bahaya Rokok**

Dari tabel 2 diatas dapat dilihat bahwa hampir semua responden (93%) mengetahui bahaya asap rokok. Mereka menjawab mengetahui bahaya asap rokok baik bagi kesehatan diri sendiri maupun bagi kesehatan orang lain sebagai perokok pasif. Hal ini diperkuat dengan hasil uji statistic korelasi yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara perilaku merokok pengunjung di rumah sakit dengan pengetahuan mereka tentang bahaya rokok dengan nilai p sebesar 0,181.

### **Pembahasan**

Penelitian ini menggaris bawahi bahwa terdapat hubungan antara perilaku merokok pengunjung di rumah sakit dan penyuluhan kesehatan menggunakan mascot meskipun tidak ada hubungan antara perilaku merokok tersebut dengan pengetahuan mengenai bahaya rokok yang berdasar hasil penelitian hampir semua responden menjawab telah mengetahuinya.

Hal ini karena pengunjung bisa saja mengetahui bahaya rokok bagi kesehatannya dan kesehatan orang lain namun masih saja merokok. Hasil seperti ini juga serupa dengan hasil penelitian tentang kawasan tanpa asap rokok di sebuah Universitas di Indonesia. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan tentang bahaya rokok tidak berhubungan dengan perilaku merokok mahasiswa di area kampus (Puswitasari, 2012). Responden bisa saja mendapat informasi tentang bahaya rokok dari berbagai sumber seperti media massa dan bungkus rokok. Oleh karena itu, tetap terdapat pengunjung yang merokok di dalam rumah sakit meskipun mereka telah mengetahui bahaya rokok baik perokok aktif maupun perokok pasif. Penelitian lainnya menunjukkan terdapat 90% perokok di Indonesia merokok di dalam rumah mereka padahal di dalam rumah mereka terdapat anggota keluarga lainnya yang juga akan terdampak dari asap rokok yang mereka timbulkan (Djutaharta, 2005). Meskipun begitu, bahaya tentang asap rokok baik bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif perlu selalu diinformasikan melalui promosi kesehatan. Hal ini juga melatarbelakangi korelasi antara penyuluhan kesehatan berjalan dan perilaku merokok pengunjung di rumah sakit.

Penyuluhan kesehatan berjalan dengan mascot sebagai salah satu bentuk promosi kesehatan mempunyai hubungan dengan perilaku merokok pengunjung di rumah sakit. Promosi kesehatan adalah suatu upaya meningkatkan kepedulian, sikap dan perilaku kesehatan diantara masyarakat. RSUD Waluyo Jati Kraksaan melakukan penyuluhan kesehatan berjalan kepada pengunjung sesuai jadwal tempat atau unit pelayanan yang akan dikunjungi. Dalam mencapai rumah sakit yang bebas asap rokok, penyuluh kesehatan memberikan penjelasan tentang kawasan tanpa asap rokok dan menjelaskan dampak negative dari asap rokok bagi kesehatan.

Penyuluh dan mascot juga akan menegur pengunjung yang ditemui sedang perokok di kawasan rumah sakit dan meminta pengunjung untuk segera mematikan rokok tersebut. Dibandingkan dengan sumber informasi lainnya seperti media, informasi lebih dapat tersampaikan pada penyuluhan berjalan karena penyuluhan dilakukan dengan bertatap muka serta dapat secara langsung berinteraksi serta melakukan tanya jawab sehingga pesan dapat mudah tersampaikan dan misinterpretasi dapat diminimalkan. Selain itu, penyuluhan berjalan dengan interaksi tatap muka langsung ini dapat memberikan efek reinforcing atau dorongan pada pengunjung untuk mematuhi larangan merokok di kawasan rumah sakit. Oleh karena itu, penyuluhan langsung seperti penyuluhan kesehatan berjalan dengan mascot yang dilakukan penyuluh ini adalah sumber informasi paling impresif untuk menyampaikan bahaya rokok (Aditama, 2002).

Meskipun pengetahuan pengunjung tentang bahaya rokok tidak berhubungan dengan perilaku merokok pengunjung di rumah sakit, informasi tentang bahaya rokok tetap diberikan kepada pengunjung melalui kegiatan promosi kesehatan. Sebagai konsekuensinya, pengunjung akan memperoleh pengetahuan yang luas tentang pentingnya tidak merokok di area rumah sakit. Rumah sakit yang bebas asap rokok akan memperkuat peran promosi kesehatan di rumah sakit. Terlebih lagi, rumah sakit bebas asap rokok akan memberikan kesempatan bagi penyuluh kesehatan untuk mengembangkan

pelayanan kesehatan di rumah sakit seperti manajemen berhenti merokok (Shiple et al., 2008)

## **Kesimpulan**

Masih terdapat pengunjung rumah sakit yang merokok di rumah sakit meskipun mereka mengetahui tentang bahaya asap rokok bagi kesehatan diri dan orang lain. Perilaku merokok pengunjung berhubungan dengan banyak faktor seperti penyuluhan yang pengunjung terima. Hasil penelitian menunjukkan pentingnya meningkatkan intensitas dan memperluas cakupan penyuluhan kesehatan dengan mascot. Penyuluhan kesehatan harus menjelaskan dengan lengkap tentang rumah sakit sebagai kawasan bebas asap rokok dan tentang bahaya rokok bagi kesehatan serta menegur pengunjung yang ditemui sedang merokok di lingkungan rumah sakit. Hal ini perlu diperkuat oleh semua staff yang secara sadar dan mampu menegur pengunjung dengan sopan saat menemukan pengunjung yang merokok di area rumah sakit. Upaya-upaya tersebut bertujuan agar tidak ada lagi pengunjung yang merokok di dalam rumah sakit dan semua orang di rumah sakit termasuk pasien memperoleh hak-nya akan kawasan bebas asap rokok dan bebas dari efek negatif asap rokok.

## **Ucapan Terima Kasih**

Rasa terima kasih yang tulus disampaikan untuk Direktur RSUD Waluyo Jati Kraksaan, untuk sosok guru yang bijak dan pintar dalam membimbing yaitu dr.Mansur selaku Sekretaris RSUD Waluyo Jati Kraksaan, untuk seluruh tim perencanaan dan pengembangan RSUD Waluyo Jati Kraksaan serta seluruh responden dalam penelitian ini.

## **Daftar Pustaka**

- Adesi F.B., et al. 2006. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of Hospital admission for Acute Myocardial Infarction. *European Heart Journal* 27. 2468 – 2472.
- Aditama T.Y. 2002. Smoking problem in Indonesia. *Med J Indonesia* Vol.11, No.1, January – March 2002.
- Annete S.H., et al. 2011. A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. *CMAJ* 183(18).
- Bagian Arsip Bagian Umum dan Perlengkapan RSUD Waluyo Jati Kraksaan. Surat Keputusan Direktur Nomor.445/1079/426.801/2013 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok di RSUD Waluyo Jati Kraksaan.
- Bagian Arsip Bagian Perencanaan dan Pengembangan of RSUD Waluyo Jati Kraksaan. Laporan Tahunan Tahun 2013 RSUD Waluyo Jati Kraksaan.
- Difranza JR, Aligne A. 2004. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *PEDIATRICS* Vol.113 No.4.
- Djutaharta T., et al., 2005.The impact of passive smoking at home on respiratory disease: result from the Indonesia 2001 National Survey data. In HNP discussion paper, economics of tobacco control paper No.29, World Bank: Washington DC, USA.

- Fanani, M. 2009. Pengaruh Frekuensi Komunikasi dengan Teman Sekampus terhadap Tingkat Kesadaran untuk Tidak Merokok di Kampus pada Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY). Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Tesis.
- Martiez C., et al., 2008. Barriers and challenges for tobacco control in a smoke-free hospital. *Cancer Nursing TM*, Vol.31, No.2
- Puswitasari, Amalia. 2012. Faktor Kepatuhan Mahasiswa dan Karyawan terhadap Peraturan Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Kampus Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Universitas Diponegoro. Tesis.
- Shiple M., Allcock R. 2008. Achieving a smoke-free hospital reported enforcement of smoke-free regulations by NHS care staff. *J Public Health* 30: 2-7.
- Strachan D.P., Cook D.G. 1997. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax*; 52: 905-914.
- Undang-undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

# Perilaku Pengasuh Anak dalam Upaya Pemenuhan Gizi Anak dengan HIV dan AIDS di Kota Semarang

*Caregiver Behavior of Children in Efforts to Meeting With Child Nutrition HIV & AIDS In The Semarang City*

Kusyogo Cahyo<sup>1</sup>, Adhinningtyas R.R.<sup>2</sup>, Syamsulhuda BM<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Bagian PKIP Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

<sup>2</sup> Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

Korespondensi : kusyogo.undip@yahoo.com.

## Abstrak

Upaya pemenuhan gizi berkaitan erat dengan kesehatan anak dengan HIV/AIDS. Pemenuhan gizi yang baik akan berdampak pada kondisi fisik anak yang akan terhindar dari resiko tinggi menderita infeksi oportunistik ataupun menderita gizi buruk yang akan mengganggu tumbuh kembang anak. Upaya pemenuhan gizi seperti jadwal makan, porsi makan, makanan yang dihindari, makanan yang dianjurkan diberikan kepada anak dengan HIV/AIDS serta pemberian ARV dengan makanan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan anak dengan HIV/AIDS. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan perilaku pengasuh dalam upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS di Kota Semarang. Jenis penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan wawancara mendalam dan recall 3x24 jam. Jumlah subyek penelitian adalah 5 subyek penelitian yang merupakan pengasuh anak dengan HIV/AIDS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa subyek penelitian berusia 29-75 tahun, berlatar belakang pendidikan tertinggi SMA, SMP, SD dan tidak bersekolah, 4 subyek penelitian merupakan ibu kandung dan 1 subyek penelitian nenek kandung, pendapatan berkisar Rp.500.000,00 sampai dengan Rp.1.000.000,00. Subyek penelitian telah melakukan upaya pemenuhan gizi dengan jadwal, porsi, jenis makanan dihindari dan diberikan meskipun belum secara keseluruhan. Sebagian besar subyek penelitian telah mengetahui upaya pemenuhan gizi yaitu jadwal makan, porsi makan, makanan yang dihindari diberikan dan dianjurkan diberikan, pemberian ARV meskipun belum secara lengkap. Seluruh subyek penelitian mendukung terhadap upaya pemenuhan gizi. Seluruh subyek pernah memanfaatkan layanan konseling gizi. Orang terdekat, dokter dan manajer kasus mendukung upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS.

**Kata Kunci:** pengasuh, pemenuhan gizi, anak dengan HIV/AIDS

## Pendahuluan

Kasus anak yang terinfeksi HIV di Indonesia terus meningkat dan diprediksikan jumlah tersebut akan bertambah setiap tahunnya. Anak yang terinfeksi HIV harus menghadapi berbagai tantangan dalam hidupnya, seperti menghadapi kehilangan atau

kematian orangtua, penyesuaian terus menerus dengan penyakitnya, masalah kesehatan dan psikologis orangtua mereka, dan masalah psikologis mereka sendiri. Bahkan pengasuh mereka terkadang bukan orang tua mereka melainkan keluarga terdekat dikarenakan orang tua telah meninggal, yang tentunya mengasuh anak dengan HIV/AIDS seperti pemberian makanan yang merupakan hal yang penting untuk memenuhi gizi mereka tidaklah mudah. Tantangan ini pada akhirnya akan mempengaruhi tumbuh kembang mereka termasuk pemenuhan gizi mereka. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa anak-anak yang terinfeksi HIV rentan terhadap masalah pemenuhan gizi (Sukmaningrum, 2010)

Pemenuhan gizi yang baik akan berdampak pada kondisi fisik anak yang akan terhindar dari resiko tinggi menderita infeksi oportunistik ataupun menderita gizi buruk yang akan mengganggu tumbuh kembang anak. Sebaliknya bila pemenuhan gizi anak terganggu baik dari pola makan, jenis dan jumlah konsumsi maka akan sangat beresiko mengganggu kondisi kesehatan anak dengan HIV/AIDS. Pemenuhan gizi terganggu dapat dikarenakan banyak hal seperti; faktor ekonomi, ketidakmampuan orang tua ataupun pengasuh membeli bahan makanan yang memenuhi gizi seimbang; faktor tingkat pengetahuan orang tua maupun pengasuh akan jenis makanan kandungan yang seharusnya dikonsumsi oleh anak dengan HIV/AIDS; faktor internal dalam diri anak dengan HIV/AIDS seperti nafsu makan yang terus berkurang dikarenakan penyakit yang diderita, psikologi anak akan cara pemberian makan dan kebosanan serta ketidaksukaan akan jenis makanan yang diberikan oleh orang tua; faktor eksternal yaitu kondisi lingkungan pengaruh pola makan anak sebaya yang tinggal disekitar anak (Scholastica, 2006)

## **Metode Penelitian**

Penelitian merupakan penelitian deskriptif dengan metode kualitatif (Moleong, 2010). Pengambilan data kualitatif menggunakan teknik wawancara mendalam dan *recall* 3x24 jam kepada subyek penelitian dan triangulasi sumber kepada orang terdekat, dokter anak, konselor gizi dan manajer kasus. Kriteria subyek penelitian adalah sebagai berikut: bersedia menjadi subjek penelitian dan memberikan keterangan saat diwawancarai (ditunjukkan dengan surat kesediaan/informed consent sebagai subjek penelitian yang ditandatangani subjek penelitian) dan merupakan pengasuh anak dengan HIV/AIDS yang tinggal bersama setiap hari dan memenuhi gizi anak dengan HIV/AIDS (memberikan makanan) anggota KDS Arjuna Plus binaan BKPM wilayah Semarang. Setelah dilakukan pengambilan data di lapangan, peneliti hanya mendapatkan 5 pengasuh sebagai subjek penelitian. Hal ini dikarenakan 2 pengasuh lainnya tidak bersedia menjadi subyek penelitian.



## **Hasil dan Pembahasan**

### **Karakteristik Subyek Penelitian**

Subyek penelitian ini sebanyak 5 orang yang merupakan pengasuh anak yang terinfeksi HIV/AIDS. Usia subyek penelitian antara 29 sampai dengan 75 tahun. SP1 berusia 29 tahun, SP2 berusia 30 tahun, SP3 berusia 75 tahun, SP4 berusia 37 tahun dan SP5 berusia 30 tahun. Subyek penelitian ini sebanyak 5 orang yang merupakan pengasuh anak yang terinfeksi HIV/AIDS. Terdiri dari 4 ibu kandung dan 1 nenek kandung. Status pengasuh yang merupakan ibu kandung HIV positif sedangkan nenek dari anak yang terinfeksi tidak terinfeksi HIV. Pendidikan subyek penelitian tertinggi adalah SMA, lalu SMP, SD dan tidak bersekolah.

Dua dari lima subyek penelitian tidak hanya menjadi ibu rumah tangga namun juga bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. SP4 membuka toko kelontong dikarenakan suaminya telah meninggal dunia sehingga harus bekerja untuk memenuhi kebutuhannya dan SP5 bekerja menjadi pegawai di pabrik walaupun sudah menikah kembali beberapa bulan yang lalu. Sedangkan 3 dari 5 subyek penelitian hanya ibu rumah tangga, dua subyek penelitian yang mengandalkan penghasilan suami untuk memenuhi kebutuhan setiap harinya dan 1 subyek penelitian seorang nenek mengandalkan bantuan rutin setiap bulan yang diberikan dokter yang merawat anak yang diasuhnya selain itu dia dibantu diberikan tambahan uang dari anak yang diasuh. Pendapatan mereka beragam mulai dari Rp.500.000,00 sampai Rp.1.000.000,00.

### **Perilaku Pengasuh dalam upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS**

Dari hasil wawancara, sebagian besar subyek penelitian memberikan makanan pada anak yang terinfeksi HIV/AIDS tiga kali dalam sehari, namun sebagian kecil hanya memberikan makanan dua kali dalam sehari. Sebagian besar subyek penelitian menyatakan memberikan makanan dalam porsi sedikit namun sering dan sebagian kecil memberikan makanan dalam porsi diserahkan keinginan anak.

Berdasarkan pedoman pelayanan gizi bagi ODHA tahun 2011 untuk memenuhi nutrisi yang seimbang itu semua pasien HIV & AIDS disarankan mengkonsumsi makanan minimal 3 kali sehari dengan 2 kali selingan makanan (Kemenkes RI, 2011). Porsi makanan yang disarankan untuk diberikan kepada orang yang terinfeksi HIV/AIDS dalam porsi kecil tetapi sering. Penyusunan menu satu hari meliputi 3 kali makanan utama yaitu pagi, siang dan malam serta 2 kali snack/selingan yaitu diantara waktu makan pagi dan siang serta diantara waktu makan siang dan malam.

Subyek penelitian seluruhnya pernah memberikan makanan yang seharusnya dihindari diberikan kepada anak dengan HIV/AIDS namun sebagian besar memberikannya dikarenakan dalam beberapa jenis makanan yang sebenarnya adalah makanan yang perlu dihindari merupakan jenis makanan yang disukai anak, dan sebagian kecil tidak memberikan jenis makanan yang seharusnya dihindari dikarenakan anak tidak mau memakannya bila diberikan berkaitan bukan merupakan makanan favorit. Berdasarkan pedoman pelayanan gizi bagi ODHA tahun 2011 terdapat syarat diet makanan yang dihindari diberikan kepada ODHA dalam hal ini adalah anak dengan HIV/AIDS yaitu:

makanan yang menimbulkan gas, makanan yang tinggi lemak, bumbu yang merangsang, bahanmakanan yang mentah ataupun kurang matang, makanan mengandung pengawet maupun beragi, minuman bersoda, makanan yang mengandung residu pestisida/zat kimia (Kemenkes RI, 2011).

Seluruh subyek penelitian pernah memberikan makanan yang dianjurkan namun tidak semua jenis makanan yang dianjurkan diberikan secara rutin namun hanya secara berkala dan tergantung pada kemauan anak untuk memakannya. Dari hasil penelitian, seluruh subyek penelitian menyatakan bahwa tidak pernah memberikan obat ARV pada anak yang terinfeksi HIV/AIDS sebelum makan. Sebagian kecil memberikan ARV pada pagi hari dan malam hari (dua kali sehari). Bahkan sebagian kecil responden menyatakan tidak pernah telat memberikan ARV pada anaknya.

Dalam pedoman pelayanan gizi bagi ODHA tahun 2011 bila ODHA mendapat obat antiretroviral, pemberian makanan disesuaikan dengan jadwal minum obat saat lambung kosong, saat lambung terisi, atau diberikan bersama-sama dengan makanan. Sehingga pemberian ARV dapat fleksibel baik sebelum makan, bersama-sama atau setelah makan (Kemenkes RI, 2011)

### **Pengetahuan pengasuh tentang pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS**

Dari hasil penelitian, seluruh subyek penelitian mengetahui jadwal makan seharusnya 3 kali dalam sehari secara teratur dan sebagian besar subyek penelitian mengetahui porsi makanan yang baik yaitu sedikit tapi sering dan sebagian kecil mengatakan porsi makanan terserah pada masing-masing anak. Dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa pengetahuan subyek penelitian mengenai makanan yang sebaiknya dihindari belum secara lengkap mengetahuinya dan hanya jenis makanan yang ditemui sehari-hari, sehingga pengetahuan sebagian besar diketahui efeknya juga dari pengalaman sehari-hari dan media televisi karena informasi terkait makanan yang perlu dihindari diberikan oleh dokter, konselor gizi dan manajer kasus masih belum lengkap (FAO, 2011).

Dengan demikian seluruh subyek penelitian belum mengetahui secara lengkap mengenai makanan yang perlu dianjurkan diberikan kepada anak dengan HIV/AIDS serta manfaat makanan tersebut. Ini disebabkan minimnya informasi yang dimiliki subyek penelitian selain kurangnya informasi yang diberikan oleh dokter, konselor gizi dan manajer kasus walaupun sebagian besar subyek penelitian mengetahuinya dari dokter namun belum lengkap. Subyek mengetahui beberapa manfaat dan jenis makanan berasal dari pengalaman sehari-hari dan media televisi. Subyek penelitian mengetahui bahwa memberikan obat ARV adalah setelah makan makan dan sumber informasi yang didapat dari konsultasi saat berkonsultasi maupun KDS (Spiritia, 2011).

### **Sikap subyek penelitian terhadap upaya pemenuhan gizi ODHA anak**

Seluruh subyek penelitian menyatakan bahwa tidak mendukung bila ada ibu yang hanya memberikan seharusnya memberikan makanan kepada anak yang terinfeksi HIV/AIDS adalah tiga kali dalam sehari dan mereka kurang setuju terhadap sikap ibu yang

memberikan makanan hanya dua kali dalam sehari yang nantinya menyebabkan gizi anak tidak tercukupi. Sebagian besar subyek penelitian menyatakan bahwa seharusnya seorang ibu tidak diperbolehkan memberikan makanan yang seharusnya dihindari oleh anak yang terinfeksi HIV/AIDS karena ditakutkan mengganggu kesehatan, sebagian kecil subyek penelitian menyatakan apabila anak memaksa untuk meminta makanan yang seharusnya dihindari tidak masalah untuk diberikan namun tidak terlalu sering.

Seluruh subyek penelitian mendukung terhadap pemberian makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi anak yang terinfeksi HIV/AIDS. Sebagian besar subyek penelitian mengatakan bahwa memberikan makanan yang dianjurkan kepada anak yang terinfeksi HIV/AIDS dapat membuat anak semakin sehat dan baik untuk pertumbuhan.

### **Pemanfaatan layanan konseling Gizi dalam kaitannya dengan perilaku subyek penelitian dalam pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS**

Konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap dan perilaku sehingga membantu klien/pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan dan minuman yang dilaksanakan oleh nutritionis/dietisien.

Pada BKPM wilayah Semarang menyediakan fasilitas konseling gizi, konseling gizi ini melayani pasien yang berkunjung ke BKPM dari rujukan berbagai klinik di BKPM. Salah satu pasien yang dirujuk adalah pasien ODHA, termasuk anak dengan HIV/AIDS. Pengasuh diharapkan mau memanfaatkan konseling gizi untuk dapat mengatur pola makan seperti jadwal dan porsi makan, makanan yang dihindari dan dianjurkan diberikan kepada anak dengan HIV/AIDS dalam upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS (PERSAGI, 2010)

Dari hasil penelitian, sebagian besar subyek penelitian menyatakan bahwa layanan konseling gizi untuk ODHA di BKPM sudah bagus. Alasannya dikarenakan telah memberikan informasi dan saran terkait gizi kepada mereka seperti jadwal makan rutin, pemberian susu setiap bulan, saran pemberian sayur dan buah. Dari hasil penelitian, sebagian besar subyek penelitian menyatakan bahwa pernah memanfaatkan layanan konseling gizi di BKPM. Sebagian besar subyek penelitian menyatakan layanan konseling adalah penting untuk pengaturan makan anak dengan HIV/AIDS. Frekuensi pemanfaatan layanan konseling pun hampir sama seperti setiap tanggal 14 yaitu pertemuan KDS, sekaligus mendapatkan susu, sebulan sekali ataupun saat pengambilan obat ARV.

### **Dukungan orang terdekat pengasuh dalam kaitannya dengan perilaku pengasuh dalam upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS**

Dari hasil penelitian, sebagian besar subyek penelitian menyatakan bahwa orang terdekat mereka dalam pengasuhan anak yang terinfeksi HIV/AIDS adalah suami. Sedangkan sebagian kecil subyek penelitian menyatakan bahwa anggota keluarga yaitu anak-laki-lakinya dan adik kandung.

Seluruh orang terdekat telah mendukung subyek penelitian dalam hal upaya pemenuhan gizi, dengan cara membicarakan langsung baik mengingatkan jadwal makan, porsi yang diberikan, meskipun jenis makanan yang dihindari dan dianjurkan yang

diketahui oleh orang terdekat terbatas. Namun seluruh orang terdekat selalu mendampingi ketika subyek penelitian akan mengakses pelayanan kesehatan yaitu konseling gizi.

### **Dukungan petugas kesehatan dalam kaitannya dengan perilaku pengasuh dalam upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS**

Dari hasil penelitian, seluruh subyek penelitian menyatakan bahwa dokter mendukung untuk menjaga jadwal makan yang teratur untuk anak yang terinfeksi HIV/AIDS. Seluruh subyek penelitian menyatakan mengetahui hal tersebut saat melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin saat pertemuan KDS.

Dari hasil penelitian, seluruh subyek penelitian menyatakan bahwa dokter memberikan saran terkait makanan yang sebaiknya dikonsumsi dan dihindari. Sebagian besar subyek penelitian menyatakan dokter menyarankan untuk menghindari es dan jajan sembarangan (chiki). Sebagian kecil menyatakan diberitahu oleh dokter untuk memberikan susu, sayur dan buah kepada anak yang terinfeksi HIV/AIDS.

### **Dukungan manager kasus dalam kaitannya dengan perilaku pengasuh dalam upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS**

Manajer kasus dalam kaitannya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS adalah mendampingi dan memfasilitasi pengasuh anak dengan HIV/AIDS dalam hal memberikan informasi dan pengetahuan yang mendalam tentang HIV AIDS serta memberikan dukungan moral kepada pengasuh terkait dengan pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS (PERSAGI, 2010).

Dari hasil penelitian, seluruh subyek penelitian menyatakan bahwa manajer kasus sering bertanya terkait jadwal makan anak yang terinfeksi HIV/AIDS yang mereka asuh, mengingatkan dan memberikan semangat terkait kebiasaan makanan yang sebaiknya diberikan dan dihindari seperti es, chiki dilarang dan menganjurkan memperbanyak pemberian sayur dan buah. rajin memberikan susu kepada anak dengan HIV/AIDS.

### **Hasil Recall**

Berdasarkan hasil recall, diketahui bahwa energi yang dibutuhkan anak HIV/AIDS seharusnya adalah 1740 sampai 1885 kkal untuk usia 4-6 tahun sedangkan untuk usia 10-12 tahun 2400 sampai 2600 kkal. Namun sebagian besar anak yang diasuh subyek penelitian belum memenuhinya dan hanya sebagian kecil yang telah memenuhi kebutuhan energi yaitu anak yang diasuh SP5 (Hardiansyah, 2012; Supariasa, 2001)

Berdasarkan hasil recall, diketahui bahwa protein yang dibutuhkan anak dengan HIV/AIDS seharusnya adalah 19,2-20,8 g untuk usia 4-6 tahun sedangkan usia 10-12 tahun adalah 42-45,5 g. Seluruh anak yang diasuh subyek penelitian telah memenuhi kebutuhan protein pada anak dengan HIV/AIDS.

Berdasarkan hasil recall, diketahui bahwa lemak yang dibutuhkan anak dengan HIV/AIDS adalah 61,2-66,3 g untuk usia 4-6 tahun sedangkan untuk usia 10-12 tahun adalah 85,2-92,3 g. Sebagian besar anak yang diasuh subyek penelitian belum

memenuhinya dan hanya sebagian kecil yang memenuhi kebutuhan lemak yaitu anak yang diasuh SP5. Perbandingan pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS yang diasuh oleh ibu kandung dan nenek kandung dapat dilihat dari jenis makanan yang diberikan. Ibu kandung lebih rutin memberikan makanan utama yang beragam baik lauk pauk dan sayur. Sayur yang seringkali diberikan seperti sayur bayam, tempe tahu dan ayam goreng, ikan pindang, mie goreng meskipun masih ada ibu yang memberikan makanan yang seharusnya dihindari diberikan kepada anak yang terinfeksi HIV/AIDS seperti sayur dengan santan kental.

Makanan selingan yang diberikan ibu kandung berupa roti manis, wafer, cokelat, jeruk. Pemberian susu juga lebih rutin diberikan oleh ibu kandung dibandingkan oleh nenek kandung. Namun yang diasuh oleh nenek kandung makanan utama lebih sering diberikan dengan jenis yang praktis dalam pembuatannya seperti telur goreng, mie goreng, tahu dan tempe goreng dan jarang diberikan sayur dan buah bahkan diberikan makanan selingan yang seharusnya dihindari diberikan yaitu tape goreng dan buah melon. Anak yang terinfeksi HIV/AIDS memiliki kebutuhan energi yang lebih besar dibandingkan untuk anak-anak non-terinfeksi HIV yang sehat. Infeksi HIV menyebabkan peningkatan energi yang dikeluarkan, dapat mengurangi asupan makanan, dan menyebabkan buruknya penyerapan gizi, kehilangan, dan perubahan metabolik yang menyebabkan kehilangan berat badan dan wasting (PERSAGI, 2010)

## **Simpulan**

1. Seluruh subyek penelitian menyetujui upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS mulai dari jadwal makan, porsi makan, makanan yang perlu dihindari diberikan dan makanan yang dianjurkan diberikan kepada anak dengan HIV/AIDS. Pemanfaatan layanan konseling gizi oleh subyek penelitian hanya pada pertemuan KDS yaitu setiap tanggal 14 rutin setiap bulan dan rutin mendapatkan susu bagi semua ODHA termasuk anak dengan HIV/AIDS. Layanan konseling berdasarkan keluhan atau adanya penurunan berat badan.
2. Adanya dukungan dari dokter sebagai petugas kesehatan seperti pemberian informasi dan saran terkait upaya pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS meskipun belum secara lengkap saat subyek penelitian berkonsultasi kesehatan rutin. Dokter akan memberikan informasi terkait apabila terdapat keluhan ataupun penurunan berat badan dari anak dengan HIV/AIDS. Manajer kasus telah mendukung subyek penelitian dalam hal pemenuhan gizi anak dengan HIV/AIDS meskipun proporsinya tidak detail.

## **Daftar Pustaka**

- FAO.2011. *A manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. <http://www.fao.org/docrep/005/y4168e/y4168e00.htm> [Diakses 15 Juni 2013]
- Hardinsyah.2012. *Kecukupan Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat*. Departemen Gizi, FK UI.

- Karina, Scholastica Pishesha, Hartati, S, K.D., Endah, 2006. *Memahami Pola Asuh pada Ibu yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro. [http://eprints.undip.ac.id/10935/1/Microsoft\\_Word\\_-\\_JURNAL\\_Karina-M2Aoo5o73.pdf](http://eprints.undip.ac.id/10935/1/Microsoft_Word_-_JURNAL_Karina-M2Aoo5o73.pdf) [diakses 10 Januari 2013]
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Pelayanan Gizi Bagi ODHA*. Jakarta
- Moleong L.J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- PERSAGI. 2010. *Penuntun Konseling Gizi*. Jakarta: PT. Abadi
- Spiritia. 2011. *Asuhan Gizi Pada Odha*. <http://spiritia.or.id/cst/bacacst.php?artno=1019>[diakses 13 Juni 2013]
- Spiritia.2012. *Anak dan HIV*. <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=612> [14 Januari 2013]
- Spiritia.2012. *Asuhan Gizi pada ODHA*. <http://www.spiritia.or.id/cst/bacacst.php?artno=1019> [diakses 2 Juli 2013]
- Sukmaningrum,Evi. 2010. *Psikososial pada Anak yang Terinfeksi HIV/AIDS*. <http://www.atmajaya.ac.id/content.asp?f=12&id=6010>[diakses 10 Februari 2013]
- Supariasa. 2001. *Gizi dalam Masyarakat*. Jakarta: PT. Elex Media

# **Pengaruh Motivasi Intrinsik, Ekstrinsik dan Kemampuan Perawat terhadap Kualitas Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Cibabat**

Rita Sugiarti Marlian  
Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran  
Jl. Eijkman No.38 Bandung 40132  
Email: [ritamarlian@gmail.com](mailto:ritamarlian@gmail.com)

## **Abstract**

*Professional Nursing Care is a unique service performed for 24 hours continuously. One element of the nurse's appraisal is documenting nursing care. The fact that there is a number of incompleteness documentation of nursing care in Cibabat Hospital is still high (57.2%). The aim of this study was to analyze the effect of intrinsic-extrinsic motivation, and the ability of nurses on the quality of nursing care. This study used a quantitative method, implemented in hospitals Cibabat Cimahi by respondents throughout the nurses in inpatient who met the inclusion criteria. Instruments used SAK (Standard Nursing) and Professional Nursing Practice Model (PNPM), which has been tested for validity and reliability. Data were analyzed by multivariable analysis using software tools Partial Least Square (Smart-PLS). Results of analysis showed that intrinsic and extrinsic motivation were able to describe the motivation of nurses in nursing care documentation. Knowledge, skills, and training were able to describe the ability of a nurse in a nursing care documentation. Motivation and documentation capabilities of nurses both affect the nurse working in the quality of nursing care documents. The quality of nurses working in nursing care documentation described by the assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation of nursing care records. This study found different results with previous studies because intrinsic motivation is more dominant influence on the work of nurses in the quality of nursing care in hospitals Cibabat Cimahi. Qualitative research is needed to explore whether there are factors other than motivation and documentation capabilities that affect nurses' work in improving the quality of nursing care. Improvement of nursing care as an assessment of the quality of work of nurses in particular related to intrinsic motivation is to clarify the job description with the method of the team, training motivation such as team building, monitoring and evaluation of services and guidance on an ongoing basis to the work of health workers, especially nurses to improve the quality of nursing care hospitals Cibabat Cimahi strongly recommended.*

**Keywords:** *ability, intrinsic-extrinsic motivation, nursing care documentation, quality*

## Abstrak

Pelayanan Keperawatan Profesional merupakan pelayanan yang unik dilaksanakan selama 24 jam secara berkesinambungan. Salah satu unsur penilaian kinerja perawat adalah dokumen asuhan keperawatan. Fakta yang terjadi adalah angka ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Cibabat Cimahi masih tinggi (57,2%). Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis pengaruh motivasi intrinsik, ekstrinsik dan kemampuan perawat pelaksana terhadap kualitas asuhan keperawatan. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif, dilaksanakan di RSUD Cibabat Cimahi dengan responden seluruh perawat pelaksana di instalasi rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi. Instrumen yang digunakan SAK (Standar Asuhan Keperawatan) dan Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP) yang telah diuji *validitas* dan *reliabilitasnya*. Data yang diperoleh dianalisis melalui analisis multivariabel dengan menggunakan alat bantu *software Partial Least Square (Smart-PLS)*. Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa motivasi intrinsik dan ekstrinsik mampu menggambarkan motivasi perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Pengetahuan, *skill* dan pelatihan mampu menggambarkan kemampuan seorang perawat pelaksana dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Motivasi dan kemampuan dokumentasi perawat pelaksana keduanya berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam kualitas dokumen asuhan keperawatan. Kualitas kinerja perawat pelaksana dalam dokumentasi asuhan keperawatan digambarkan oleh pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi evaluasi dan catatan asuhan keperawatan. Penelitian ini menemukan hasil yang berbeda dengan penelitian sebelumnya karena motivasi intrinsik lebih dominan berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam kualitas asuhan keperawatan di RSUD Cibabat Kota Cimahi. Perlu dilakukan penelitian kualitatif untuk mengeksplorasi apakah ada faktor selain motivasi dan kemampuan dokumentasi yang memengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Peningkatan asuhan keperawatan sebagai penilaian dari kualitas kinerja perawat khususnya yang berkaitan dengan motivasi intrinsik yaitu memperjelas uraian tugas dengan metode tim, training motivasi seperti *team building*, monitoring dan evaluasi pelayanan serta pembinaan secara berkesinambungan terhadap kinerja tenaga kesehatan, khususnya perawat untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan RSUD Cibabat Kota Cimahi sangat disarankan.

**Kata Kunci :** Dokumentasi asuhan keperawatan, kemampuan, kualitas, motivasi intrinsik - ekstrinsik.

## Pendahuluan

Tenaga kesehatan merupakan Sumber Daya Manusia (SDM) yang sangat penting dan dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk mencapai kinerja yang optimal. Berhasil tidaknya suatu organisasi termasuk rumah sakit tergantung pada



kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) dalam menjalankan aktivitasnya (Abdullah, 2012 & Iyer, 2005).

Sumber daya manusia di rumah sakit, di samping dokter dan bidan, perawat juga memiliki posisi yang sangat penting. Perawat merupakan ujung tombak dan mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan yang diberikannya berdasarkan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual merupakan pelayanan yang unik dilaksanakan selama 24 jam secara berkesinambungan. Selain itu, perawat merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai peran paling besar karena jumlahnya hampir mencapai 40 - 60% dari jumlah tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit (Gillies, 1996 & Sitorus, 2006).

Pelayanan rumah sakit yang bermutu salah satunya dipengaruhi oleh kinerja tenaga perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien (Gillies, 1996). Pelayanan keperawatan yang bermutu merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dapat ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat dalam rentang sehat, sakit (Sitorus, 2006).

Salah satu unsur penilaian kinerja perawat pelaksana adalah pencatatan atau dokumentasi asuhan keperawatan sebagai pertanggungjawaban pemberian asuhan keperawatan (Keenan, 2007 & Lutfi, 2013). Perawat tidak hanya dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan, tetapi dituntut pula untuk dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan secara benar (Keenan, 2007), sebagaimana tertera dalam Keputusan menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010, pasal 12 ayat 1 (1), tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat yang menyatakan bahwa perawat berkewajiban untuk melakukan catatan keperawatan (Staub).

Dokumentasi asuhan keperawatan yang tepat waktu, akurat dan lengkap tidak hanya penting untuk melindungi perawat dari adanya gugatan perkara, tetapi penting untuk membantu klien mendapat asuhan yang lebih baik (Abdullah, 2012). Peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan dapat membantu dalam proses penyerahan informasi dari satu tenaga kesehatan profesional ke tenaga kesehatan berikutnya, serta dapat memberikan perawatan berkelanjutan yang optimal dan mengidentifikasi perubahan kondisi klien secara tepat waktu (Abdullah, 2012 & Iyer, 2005).

Rangkaian asuhan keperawatan mustahil akan terlaksana dengan baik dan berkesinambungan tanpa adanya dokumentasi yang lengkap atau karena tanpa adanya komunikasi tertulis yang jelas antar perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, sehingga tidak dapat diketahui dengan jelas rangkaian proses pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan secara detail terhadap seorang klien, serta pelayanan bermutu yang diharapkan klien tidak akan tercipta, selain itu berpotensi menimbulkan masalah lain yaitu masalah keuangan, pendidikan dan akreditasi. Secara langsung keadaan ini akan berpengaruh terhadap kelangsungan bisnis rumah sakit, dan apabila kondisi ini berlarut-larut akan mengancam posisi rumah sakit sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan. Mengingat hal tersebut, seharusnya pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan benar sesuai peraturan yang berlaku.

Pelayanan keperawatan yang bermutu dipengaruhi oleh kinerja tenaga perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien (Lutfi, 2013). Menurut Stephen Robbins kinerja diartikan sebagai fungsi dari interaksi antara kemampuan (*ability*) dan motivasi. Jika ada yang tidak memadai, kinerja itu akan dipengaruhi secara negative (Gillies, 1996). Davis dalam Abdullah mengatakan bahwa faktor yang dapat memengaruhi pencapaian kinerja perawat adalah kemampuan dan motivasi. Motivasi kinerja yang tinggi dan kemampuan yang tinggi merupakan tuntutan yang sangat mendasar terhadap peningkatan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di rumah sakit, karena faktor tersebut dapat membentuk kinerja perawat sehingga mendukung pelaksanaan tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan.

Kondisi masyarakat yang semakin kritis dan mudah untuk melakukan tuntutan hukum. Adanya keluhan terhadap rumah sakit pemerintah berkenaan dengan pelayanan keperawatan yang tidak memuaskan, baik dari sikap maupun motivasi perawat dalam memberikan pelayanan terhadap klien maupun keluhan lainnya, maka rumah sakit dituntut untuk meningkatkan pelayanan kesehatannya kearah yang lebih baik.

## Metode

Sampel penelitian terdiri atas dua jenis sampel, yaitu sampel perawat dan sampel dokumen rekam medis. Sampel perawat menggunakan total sampling sebanyak 183 perawat pelaksana di instalasi rawat inap yang memenuhi syarat-syarat yang di tetapkan dalam penelitian itu sendiri (Sopiyudin, 2009)

Sampel dokumen rekam medis ASKEP ditetapkan secara *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu karena sudah dianggap memberikan informasi yang dibutuhkan. Sampel dokumen rekam medis ASKEP yang diambil adalah 3 dokumen ASKEP dari masing-masing perawat pelaksana yang ikut terlibat dalam penelitian (Abdullah, 2012).

Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* dimana pengukuran terhadap variabel penelitian baik *independent* maupun *dependent* dilakukan dalam waktu bersamaan (Arikunto, 2010 & Sugiyono, 2011).

## Hasil dan Pembahasan

Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa variabel motivasi yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Cibabat adalah motivasi intrinsik. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t statistik 18,077 > dari t tabel 1,96, yang menunjukkan bahwa motivasi intrinsik berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan.

**Tabel 1.** Hasil Pengolahan Data dengan (*software*) *Smart-PLS* Nilai Koefisien Pada Setiap Konstruk

Pengaruh	Koefisien	<i>t-value</i>	Keterangan
Motivasi Intrinsik – Motivasi	0,816504	18,077	Signifikan
Motivasi Ekstrinsik – Motivasi	0,678245	12,026	Signifikan
Motivasi – kualitas ASKEP	0,421084	5,553	Signifikan
Kemampuan – kualitas ASKEP	0,451525	6,230	Signifikan

Sumber: Hasil uji statistik data penelitian

\*) Signifikan untuk  $\alpha=5\%$  Nilai *t* Tabel (0.05, db=87) = 1.96

Motivasi intrinsik merupakan daya dorong yang ditimbulkan dalam diri individu perawat terhadap pekerjaannya dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Sejauh mana faktor intrinsik ini dapat terpenuhi secara positif bagi perawat, maka sejauh itu pula dorongan/daya motivasinya untuk bekinerja bagi tujuan organisasi (Hasibuan, 2005, Herzberg, 1996, & Sumantri, 2012). Motivasi intrinsik sebagaimana batasan dalam penelitian ini direfleksikan oleh tiga indikator yaitu: tanggung jawab, keinginan dihargai dan pekerjaan itu sendiri.

Hasil pengujian pengukuran dalam penelitian ini menunjukkan bahwa semua reflektor motivasi intrinsik memiliki validitas yang baik dan mampu merefleksikan konstruk motivasi intrinsik. Bila dilihat dari muatan faktor juga diketahui bahwa, reflektor tanggung jawab lebih mampu merefleksikan konstruk motivasi intrinsik dibandingkan dua faktor lainnya. Hasil pengujian struktural menunjukkan bahwa motivasi intrinsik secara signifikan berpengaruh terhadap kualitas kerja perawat dalam asuhan keperawatan.

Hasil ini sesuai dan memperkuat teori Herzberg yang menyatakan bahwa motivasi intrinsik berpengaruh signifikan terhadap kinerja (Hasibuan, 2005 & Herzberg, 1996). Motivasi intrinsik menurut Herzberg lebih disebutkan sebagai faktor yang menimbulkan perasaan positif bagi perawat sehingga ditunjukkan dengan peningkatan kinerja, sedangkan kurang terpenuhinya motivasi intrinsik dapat menimbulkan perasaan negatif bagi perawat (Hasibuan, 2005 & Manullang, 2001). Penelitian ini didukung oleh temuan Janssen *P et al* dan Warraich yang menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara motivasi intrinsik terhadap kinerja perawat (Warraich, 2014), selain itu penelitian ini didukung pula oleh penelitian Arikh dalam Hartati, yang menyatakan bahwa: motivasi intrinsik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan proses keperawatan (Hartati, 2011).

Perawat yang mempunyai kesadaran akan tanggung jawab dalam tugasnya mengisi asuhan keperawatan, akan menaruh kebanggaan dalam pekerjaannya atau mendapat penghargaan atas pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakannya dengan baik sehingga akan memiliki motivasi intrinsik yang mempunyai efek signifikan terhadap peningkatan kualitas kerja perawat dalam asuhan keperawatan (Sitorus, 2006, Ilyas, 2000, Nursalam, 2007, & Janssen, 2014).

Tanggung jawab merupakan kesanggupan perawat dalam menyelesaikan tugasnya dalam dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik, tepat waktu serta berani mengambil risiko atas pekerjaan yang dibuat atau tindakan yang dilakukan (Ilyas, 2000). Hal ini sesuai dengan peran dan fungsi perawat pelaksana pada saat melakukan asuhan keperawatan, dimana perawat pelaksana bertanggung jawab terhadap kebutuhan pasien, memberikan secara aman dan benar serta mengevaluasi respon pasien terhadap pemberian obat atau tindakan tersebut yang dituangkan dalam dokumentasi askep.

Tanggung jawab dalam penelitian ini secara valid mampu merefleksikan konstruk motivasi intrinsik. Perawat menyadari bahwa melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan *Standard Operating Procedure (SOP)*, standar profesi dan profesinya dengan tepat waktu merupakan bagian dari tanggung jawab seorang perawat. Pemberian asuhan keperawatan professional secara mandiri sesuai dengan lingkungan dan tanggung jawabnya melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya merupakan bentuk praktik keperawatan (Lutfi, 2013 & Nursalam, 2007).

Kemampuan perawat pelaksana dalam dokumentasi Asuhan keperawatan merupakan kompetensi kinerja setiap individu yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan pelatihan, artinya perawat diharuskan untuk mampu menguasai konsep dan teori keperawatan yang telah didapatkan melalui pembelajaran formal ataupun non formal, mampu mengaplikasikan atau menggunakan teori dalam melaksanakan praktek keperawatan pada pasien, serta mampu menganalisa atau mengevaluasi keadaan pasien. Rendahnya kompetensi dari perawat sering menjadi penyebab keluhan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, sehingga apabila kompetensi dari perawat tidak segera ditangani oleh manajemen rumah sakit, maka jumlah kunjungan pasien akan menurun dari waktu ke waktu (Herwyndianata *et al.*, 2013). Kemampuan dokumentasi ASKEP perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan sebagaimana batasan dalam penelitian ini direfleksikan oleh tiga indikator yaitu: pengetahuan, keterampilan/*skill* dan pelatihan.

Hasil pengujian pengukuran dalam penelitian ini menunjukkan dua reflektor mampu merefleksikan konstruk kemampuan dokumentasi ASKEP, sedangkan satu reflektor yaitu *skill* tidak valid (*t-value* dibawah 1,9). Bila dilihat dari muatan faktor juga diketahui bahwa, reflektor pengetahuan lebih mampu merefleksikan konstruk kemampuan dokumentasi ASKEP dibandingkan dua faktor lainnya. Hasil pengujian struktural menunjukkan bahwa kemampuan dokumentasi ASKEP secara signifikan berpengaruh terhadap kualitas kinerja perawat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Elin dan Herwyndianata, Balqis, Darmawansyah (Herwyndianata *et al.*, 2013 & Setioningsih, 2011) yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara kemampuan dokumentasi ASKEP/kompetensi dengan kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Hadi Mulyono dan Asiah Hamzah yang menyatakan bahwa kemampuan dokumentasi ASKEP tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kualitas kerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan (Ira, 2009).

Hasil pengujian pengukuran dalam penelitian ini menunjukkan reflektor yang mampu merefleksikan konstruk kemampuan dokumentasi ASKEP adalah pengetahuan, artinya bahwa semakin tinggi pengetahuan perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan maka akan semakin tinggi pula kualitas kerja perawat dalam asuhan keperawatan, sehingga akan dihasilkan dokumen asuhan keperawatan yang lengkap.

Hasil penelitian ini sejalan penelitian yang dilakukan oleh Ade Irma yang menyimpulkan bahwa tingkat pengetahuan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap Kinerja Perawat dalam rekam medis RSUD. Pirngadi Medan (Ira, 2009). Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Agus MD bahwa pengetahuan tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan (Agus, 2010).

Menurut Notoatmojo dalam Nursalam mengemukakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek, bisa melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sedangkan menurut Manulang, pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat agar dapat melaksanakan pekerjaannya dengan baik. Pengetahuan perawat bisa diperoleh pada waktu pendidikan maupun pada waktu setelah bekerja (Manullang, 2001).

Kualitas kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan merupakan capaian hasil kerja yang dilakukan oleh perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan (Nursalam, 2007 & Potter *et al.*, 2009), dengan demikian, baik tidaknya seorang perawat dalam menjalankan tugas yang diberikan oleh atasannya dapat diketahui salah satunya dengan penilaian terhadap dokumentasi asuhan keperawatan. Dalam penelitian ini kualitas kerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan direfleksikan oleh: pengkajian, diagnosa, perencanaan, intervensi/tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan. Pengukuran kualitas kerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan ini berdasarkan kepada Instrumen Standar Asuhan keperawatan Depkes, dengan indikator standar penilaian Depkes. Dikatakan lengkap bila  $\geq 75\%$  dan dikatakan tidak lengkap bila  $< 75\%$  (Rahmat, 2012).

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa reflektor yang lebih mampu merefleksikan secara valid konstruk kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan ini adalah catatan keperawatan. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Nuryandari dalam Ibrahim Rahmat yang mengatakan ada pengaruh yang signifikan pada catatan keperawatan terhadap kualitas kerja perawat (Rahmat, 2012).

Catatan proses keperawatan menurut Nursalam merupakan tampilan perilaku atau kualitas kerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama dirawat dirumah sakit. Kualitas dokumentasi keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses keperawatan kedalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Nursalam, 2007).

Menurut Gillies dalam Nursalam menyatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab profesional terhadap segala tindakannya. Catatan asuhan keperawatan sangat berguna sebagai petunjuk atau pedoman praktik dokumentasi dalam memberikan tindakan keperawatan (Nursalam, 2007). Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan

dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka catatan asuhan keperawatan diperlukan, dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bukti di pengadilan (Agus, 2010).

## Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil uji hipotesis dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Motivasi berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas kerja perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan.
2. Kemampuan dokumentasi berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas kerja perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan.
3. Diperlukan peran manajerial rumah sakit yang bijaksana dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas dokumen sebagai penilaian dari kinerja perawat khususnya yang berkaitan dengan motivasi intrinsik, yaitu:
  - a. Uraian tugas diperjelas dengan Metode Tim, sehingga dalam jangka panjang sesuai dengan kompetensinya.
  - b. Training motivasi, seperti *Team Building*
  - c. Monitoring dan evaluasi pelayanan serta pembinaan terhadap kinerja tenaga kesehatan, khususnya perawat.

## Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu terlaksananya penulisan jurnal ini.

## Daftar Pustaka

- Abdullah A. 2011. Pengaruh Iklim Kinerja dan Motivasi kinerja Terhadap Kinerja Perawat Dalam Dokumentasi Asuhan Klien di RSUD Cilegon Tahun 2011. Depok: FKM UI; 2012 <http://lontar.ui.ac.id>. [diakses 21 oktober 2012]
- Agus MD. 2010. *Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Perawat terhadap pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung*. Bandung: Universitas Padjajaran.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan. 1998. *Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Cetakan Kelima. Jakarta.
- Gillies. 1996. *Nursing Management: System Approaches*. W.B. Saunders Co. Philadelphia.
- Hadi, Asiah, Zulkifli. 2013. Faktor-faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Perawat Di RS TK. III.16.06.01 Ambon. Jurnal AKK, Vol 2 No 1, Januari 2013, hal 18-26 <http://jurnalakkindonesia.com/Download/VOL%20%202013/4.%20Jurnal%20M.%20Hadi%20Mulyono.pdf> [diakses 30 Maret 2014].
- Hartati, Handoyo. 2011. Pengaruh Motivasi Dua-Faktor Herzberg Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi proses keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Purbalingga. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 7, No. 1, Februari 2011. <http://digilib.stikesmuhgombong.ac.id/download.php?id=230> [diakses 27 Maret 2014].

- Hasibuan M. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Revisi. Cetakan keenam. Jakarta: Penerbit Bumi Aksara.
- Herwyndianata, Balqis, Darmawansyah. 2013. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan SAK di Unit Rawat Inap RSUD Anutapura Palu. Makasar. FKM Unhas 2013 <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5882/Jurnal%20MKMI%20windy.pdf?sequence=1> [diakses 23 Desember 2013].
- Herzberg F. 1996. *The Motivation to Work*. John Willey and Sons, Inc. New York.
- Ilyas, Yaslis. 2000. *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. Universitas Indonesia. Depok.
- Ira, Ade. 2009. Pengaruh Karakteristik Individu dan Psikologis Terhadap Kinerja Perawat Kinerja Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Piringadi Medan. <http://repositoryusu.ac.id/bitstream/123456789/1appendix.pdf>
- Iyer, Camp. 2005. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi Ke-3. Sari K. Penerjemah. Jakarta: EGC.
- Janssen P et al. *Specific Determinants of Intrinsic Work Motivation, Burnout and Turnover Intention: A Study Among Nurses*. *Journal of Advance Nursing*. 29 (6) p. 1360-1369. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10354230> [diakses 27 Maret 2014].
- Juliani. 2007. Pengaruh Motivasi Intrinsik terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. Pirngadi Medan Tahun 2007. Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara. Medan.
- Keenan, Gail M et. al. 2007. *Patient safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Kesehatan M. Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. In: Kesehatan, editor. Jakarta; 2008.
- Lutfi FR. 2013. Pengaruh Motivasi Intrinsik dan Ekstrinsik terhadap Kinerja Perawat. Bandung: FKM Unpad [http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2013/05/pustaka\\_unpad\\_Pengaruh\\_Motivasi\\_Intrinsikpdf.pdf](http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2013/05/pustaka_unpad_Pengaruh_Motivasi_Intrinsikpdf.pdf) [diakses 21 Desember 2013].
- M, Manullang. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPFE UGM.
- Nursalam. 2007. *Proses Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, C.J, Taylor.P.A., & Perry,C. 2009. *Potter &Perry's Fundamentals of Nursing, 2Edition*. Australia: Mosby-Elsevier.
- Rahmat, Ibrahim. 2012. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Terhadap Kinerja Perawat. Program Studi ilmu Keperawatan FK. UGM, Yogyakarta. *Jurnal Vol. 28. No. 1, Maret 2012 Jurnal AKK, Vol 2 No 1, Januari 2013, hal 18-26*. <http://www.google.co.id/search?q=jurnal+pengaruh+penerapan+proses+keperawatan+terhadap+kinerja+perawat&hl=id> [diakses 21 Juni 2014].
- Robbins, P. 2001. *Perilaku Organisasi, Konsep, Kontroversi, Aplikasi*, Jilid I dan II, Edisi Kedelapan. Jakarta: Prenhallindo.
- Setioningsih E. 2011. Pengaruh Kemampuan dan Motivasi Terhadap Kepuasan Kinerja dengan Kompensasi sebagai Variabel Moderator. (Study pada Poultry shop UD Jatinom Indah, Kaningoro, Blitar). Pascasarjana FE Universitas Brawijaya, Malang 2011 <http://www.ub.ac.id/> [diakses 23 Desember 2013].
- Sitorus. 2006. *Model Praktik Keperawatan Profesional Rumah Sakit*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta; 2006.
- Sopiyudin. 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Staub MR. *Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnostics*, Elsevier: Blackwell Publishing Ltd (chapter 3-7).
- Sugiyono. 2011. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta

- Sumantri, Surya. 2012. *Perilaku Organisasi*. Universitas Padjdjaran. Bandung.
- Tranter, S. 2013. *Australian Nursing Journal: A Hospital Wide Nursing documentation Project*.  
<http://search.proquest.com/docview/236563804/fulltextPDF/132B487EA843D392EBC/2?accountid=17242> [diakses 5 Januari 2014].
- Warraich N.F. What Motivates LIS Professional in the Institutions of Higher Learning: A Case of Pakistan. World Library and Information Congress. <http://www.ifla.org/files/hq/papers/ifla76/128-warraich-en.pdf>. [diakses 27 Maret 2014].
- Yamin, Sofyan, Kurniawan, H. 2011. *Generasi Baru Mengolah Data Penelitian dengan Partial Least Square Path Modeling*. Jakarta: Salemba Infotek.



# Evaluasi Sistem Pencatatan dan Pelaporan *Unmet Need* Keluarga Berencana

EVALUATION OF RECORDING AND REPORTING SYSTEM FOR  
UNMET NEED FAMILY PLANNING

Yudhy Dharmawan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang  
Jl. Prof. Soedarto SH, Tembalang, Semarang. Telp. 024-7460044  
E-mail: yudhydharmawan@gmail.com

## Abstract

Family planning program in Central Java Province is not showed the maximum results, the dropout numbers and unmet need remains high. Unmet need Salatiga 9.6%. Unmet need data urgently needed to make the planning of family planning programs, especially strategies for increasing the number of acceptors. Recording and reporting of activities which generate information unmet need for family planning is not going well. Design research using data collection techniques interviews and observations, with a purposive sampling technique, and a qualitative analysis. Results of the study in human aspect, that PLKB have overload in data mining. Cadre not only helps in family planning program data collection, also data from other sectors, which are often the data is invalid. In organization aspect, data collection and reporting structure is still not good, and has not facilitated the cost of recording and reporting. Aspects of technology, data collection was done manually form is carried out annually through family data collection and data collection activities each month through DALAP form, which are then inputted into the information system information of population and family (SIDUGA) without a control mechanism for validation. Meetings were held by the Head of Office, PLKB and cadre to bring information more relevance. Recommended for develop the standart operating procedure and more PLKB recruitment.

Keywords: Registration reporting, unmet need KB

## Abstrak

Program KB di Provinsi Jawa Tengah masih belum menunjukkan hasil yang maksimal dengan angka *dropout* dan *unmet need* masih tinggi. *Unmet need* Kota Salatiga sebesar 9,6%. Data kejadian *unmet need* sangat diperlukan untuk membuat perencanaan program KB terutama strategi untuk peningkatan jumlah akseptor KB. Kegiatan pencatatan dan pelaporan yang menghasilkan informasi *unmet need* KB tersebut tidak berjalan dengan baik. Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, dengan teknik pengambilan sampel *purposive*, dan analisis

secara kualitatif. Hasil penelitian dari sisi SDM (*human*) menunjukkan bahwa PLKB merasa bebannya berat bila melakukan pendataan langsung ke lapangan, meskipun menyadari hal tersebut mengurangi kualitas data. Kader KB tidak hanya membantu pencatatan KB saja, tetapi juga melakukan pendataan dari sektor lain, yang seringkali datanya tidak valid. Pada sisi organisasi, menunjukkan hasil bahwa struktur pendataan dan pelaporan masih belum baik, serta biaya untuk pencatatan dan pelaporan belum terfasilitasi. Pada aspek teknologi, pendataan dilakukan secara manual dengan formulir setiap tahun melalui kegiatan pendataan keluarga dan pendataan tiap bulan melalui laporan pengendalian lapangan, yang kemudian diinput ke dalam sistem informasi kependudukan dan keluarga (SIDUGA) tanpa mekanisme kontrol validasi. Dilakukan pertemuan oleh kabid, PLKB dan kader untuk mendekatkan informasi yang sesuai dengan data lapangan. Disarankan untuk membuat standar prosedur operasi dan menambah PLKB.

Kata kunci: pencatatan pelaporan, *unmet need* KB

## Pendahuluan

Program keluarga berencana (KB) di Provinsi Jawa Tengah belum menunjukkan hasil yang maksimal. Hal ini terlihat pada hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 yang menunjukkan bahwa angka *total fertility rate* (TFR) mencapai 2,5. Kenaikan angka TFR ini mengisyaratkan bahwa program KB perlu ditingkatkan perannya (Widodo, 2013). Hasil pendataan keluarga tahun 2011 menunjukkan bahwa persentase wanita usia subur yang kawin dan sedang menggunakan alat KB sebesar 63,67%, tidak sedang menggunakan alat KB sebesar 19,07%, dan yang tidak pernah menggunakan alat KB sebesar 17,26%. Berdasarkan data tersebut, maka angka *dropout* dan *unmet need* masih tinggi (BKKBN dkk., 2012).

*Unmet need* adalah kelompok wanita yang tidak ingin mempunyai anak lagi atau ingin menjarangkan kehamilannya namun tidak menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilannya (Julian, 2009). Kelompok yang tidak termasuk dalam *unmet need* adalah wanita tidak menikah, menggunakan kontrasepsi, mengalami kegagalan penggunaan kontrasepsi, wanita hamil yang dilaporkan sebagai wanita tidak subur, dan wanita subur yang menginginkan anak berikutnya dalam jangka waktu kurang dari 2 tahun (Isa, 2009).

Provinsi Jawa Tengah memiliki angka *unmet need* yang masih tinggi yaitu sebesar 7,6%. Angka *unmet need* tertinggi dari seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah adalah Kota Salatiga dengan persentase sebesar 9,6%. Target *unmet need* dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2014 sebesar 5%.

Data kejadian *unmet need* sangat diperlukan untuk membuat perencanaan program KB, terutama untuk menurunkan angka *unmet need* di masyarakat. Pencatatan dan pelaporan tersebut saat ini bersumber dari kader dan petugas lapangan KB (PLKB). Pencatatan tersebut dilakukan tiap tahun melalui kegiatan pendataan keluarga. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi sistem pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan

pendekatan evaluasi sistem informasi menggunakan pendekatan HOT Fit Model, supaya dapat diketahui penerapan sistem pencatatan dan pelaporan kejadian *unmet need* program KB.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi sistem pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan pendekatan evaluasi sistem informasi menggunakan pendekatan HOT Fit Model ditinjau dari sisi sumber daya manusia (*human*), organisasi (*organization*), dan teknologi (*technology*) supaya penyebab sistem pencatatan dan pelaporan Desa Siaga yang tidak berjalan dapat diketahui (Yusof,2006).

## Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan evaluasi sistem informasi dengan model HOT Fit Model yang dianalisis secara *cross sectional*. Variabel penelitian dari sisi sumber daya manusia (SDM) adalah penggunaan sistem dan kepuasan pengguna. Variabel penelitian dari sisi organisasi adalah struktur organisasi dan lingkungan organisasi. Variabel penelitian dari sisi teknologi adalah kualitas sistem dan kualitas informasi (Yusof,2006).

Sampel dipilih dengan metode *purposive sampling*. Kriteria sampel adalah pelaku pada sistem pencatatan dan pelaporan kejadian *unmet need* kontrasepsi yaitu PLKB, pengelola data dan informasi KB, Kepala Sub Bidang (Kasubid) Informasi Kependudukan dan Analisa Program, dan Kepala Bidang Keluarga Berencana Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kota Salatiga.

Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang dilakukan dengan *content analysis* (kajian isi).

## Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB Kota Salatiga. Informan terdiri dari PLKB yang dipilih secara *purposive* sebanyak 4 orang serta diharapkan memberi informasi yang mewakili gambaran pencatatan dan pelaporan *unmet need* KB di Kota Salatiga. Wawancara mendalam kepada petugas input data, Kasubdit Informasi dan Program, dan Kabid KB dilakukan untuk memperjelas gambaran pencatatan dan pelaporan *unmet need* KB serta validasi data.

Para PLKB yang menjadi informan utama dalam penelitian ini berumur 30-35 tahun dengan latar belakang pendidikan S1 Komunikasi. Masa kerja PLKB berkisar 4-5 tahun dengan status kepegawaian PNS. Sedangkan petugas KB sebagai informan untuk triangulasi adalah pengelola data dan informasi KB, Kasubid Informasi Kependudukan dan Analisa Program, serta Kepala Bidang Keluarga Berencana yang secara berurutan memiliki umur 29 tahun, 47 tahun dan 50 tahun. Masa kerja informan dalam jabatan tersebut antara 1,5-4 tahun dengan latar belakang pendidikan Sarjana dan Magister (S2).

Hasil pengamatan terhadap variabel penelitian diuraikan sebagai berikut:

1. Aspek Sumber Daya Manusia
  - a. Penggunaan sistem (*system use*)

Penggunaan sistem pencatatan dan pelaporan *unmet need* telah dipahami sepenuhnya oleh informan utama. Keempat informan mempunyai kesamaan pandang dan metode dalam melaksanakan pencatatan *unmet need* yang tertuang dalam Laporan Bulanan Pengendalian Lapangan (Dalap) berdasarkan estimasi dari pendataan keluarga yang dilakukan setiap tahun. Selengkapnya dapat dilihat pada petikan wawancara berikut:

“Kalau selama ini yang kami lakukan dan yang kami pahami secara teknisnya biasanya berupa ingin anak ditunda dan tidak ingin anak lagi, itu istilahnya dalam pelaporan kami. Biasanya kami mencatat itu dalam bentuk pelaporan yang namanya Laporan Pengendalian Lapangan (Dalap). Nanti ada kolom ingin anak ditunda atau tidak ingin anak lagi itu angkanya berapa. Sejauh ini memang kami inikan 1 kecamatan rata-rata 1 orang, jadi form yang ada ya kita isi langsung kecamatan.” P1

“Jadi gini sebenarnya data *unmet need* itu bisa diperoleh, yang bisa kami peroleh dari data tahunan dari pendataan keluarga...” P2

Hasil diatas menunjukkan bahwa pencatatan data *unmet need*, telah dipahami dengan baik oleh PLKB. Pencatatan dilakukan pada formulir laporan pengendalian lapangan yang dikumpulkan tiap bulan. Semua informan utama menyatakan bahwa tidak melakukan pengumpulan data secara langsung dilapangan pada proses pengumpulan data di tingkat PLKB. Hal ini dikarenakan sumber data yang seharusnya dari PPKBD (Kader KB) tidak ada. Formulir Dalap yang dilaporkan tiap bulan tidak memungkinkan bersumber dari pencatatan PPKBD karena PPKBD tidak melakukan pencatatan. Data bersumber dari estimasi berdasarkan Pendataan Keluarga (PK) yang dilakukan tiap tahun. Setiap PLKB mempunyai perkiraan tersendiri ketika menetapkan angka yang akan dilaporkan. Banyak hal yang berpengaruh terhadap perkiraan tersebut salah satunya adalah beban kerja yang berat. Setiap PLKB memiliki wilayah tugas yang melingkupi 6 kelurahan. Selain penyuluhan KB, PLKB mendapatkan tugas untuk melakukan pembinaan, seperti Bina Keluarga Balita, Bina Keluarga Remaja, dan Bina Keluarga Lansia. Pernyataan PLKB dapat dilihat secara lebih lengkap dalam petikan wawancara berikut.

“Belum ada data rekapan dari RT ke RW. Pernah saya coba kasih 1 lembar blangko, difotokopi, dari 14 RW, 3-4 RW yang mengembalikan, kader bukan hanya KB saja tetapi kader kesehatan, dinas perdagangan, dinas pertanian. Serbaguna jadi banyak sekali. Kalau dibebani dengan laporan yang rutin pastinya sangat keberatan, karena kerja sosial sukarela tidak ada biaya.” P4

#### b. Kepuasan pengguna (*satisfaction user*)

Pada sisi kepuasan pengguna, semua informan utama menyatakan bahwa pencatatan data *unmet need* sangat penting dan bermanfaat untuk perencanaan kegiatan yang hendak dilakukan. Hal tersebut diuraikan pada petikan wawancara berikut.

“Kalau kita kan *unmet need* itukan untuk menentukan sasaran. Karena ada orang yang tidak mau KB padahal dia PUS yakanseharusnya KB. Tidak ingin anak lagi harusnya KB, itu jadi bahan sasaran untuk di KIE.” P1

Informan utama merasa kurang puas dengan sistem pencatatan dan pelaporan *unmet need* saat ini. PLKB menyadari bahwa informasi yang diberikan dalam laporan bulanan Dalap tidak valid karena data dalam laporan tersebut berdasarkan data yang disesuaikan atau estimasi dari data sebelumnya. Data yang dianggap valid mengacu pada pendataan keluarga (PK) yang dilakukan setahun sekali karena bersumber dari pencatatan lapangan. Namun, PLKB juga merasa tidak puas dengan sistem PK yang dinilai belum baik. Salah satu ketidakpuasan yang dirasakan adalah kurangnya dukungan sistem terhadap proses pengumpulan data, seperti yang diuraikan pada petikan wawancara berikut.

“Itu dugaan karena data itu sebenarnya kita juga kesulitan sendiri. Karena angka yang kita dapat tadi angka turun-temurun, maksudnya ketika kita kerja sudah ada angka itu tapi ya benar penambahannya dikira-kira. Awal kita masuk angka itu sudah ada per kecamatan. Dalam hal ini penyesuaian angka itu kita sesuaikan dengan pencapaian dan target.” P1

Berdasarkan uraian pada aspek sumberdaya manusia (*human*), dapat disimpulkan bahwa pemahaman petugas terhadap pencatatan dan pelaporan sudah baik namun terdapat keterbatasan tenaga dan dukungan sistem yang kurang sehingga PLKB sendiri tidak puas dengan pencatatan yang ada karena tidak yakin akan validitas datanya.

## 2. Organisasi

Pada aspek organisasi, sistem pencatatan dan pelaporan Desa Siaga ditinjau melalu struktur organisasi dan lingkungan organisasi.

### a. Struktur organisasi

Saat ini tidak ada struktur baku yang bersifat hirarki dari bawah ke atas sebagai saluran pencatatan dan pelaporan data *unmet need*. Struktur inilah yang diharapkan ada oleh informan utama supaya mendukung pencatatan dan pelaporan yang baik. PLKB memiliki tugas yang banyak sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan pendataan saja. Hal ini juga disadari oleh pihak manajemen sebagai informan triangulasi yang terungkap dalam petikan wawancara berikut.

“Seperti yang tadi sudah dibilang, seharusnya ada, masalahnya yang mau mengerjakan siapa. Tapi kita juga misalnya seperti mba xxxxkec. xxxxx pokoknya kelurahannya 6, ya dia juga yang ke kelurahan dia kecamatan gitu. Kalau di kota lain idealnya PLKB itu dia dikelurahan nanti yang bikin laporan kelurahan adalah KUPT. Nah kita itu merangkap. Seharusnya kita kelurahan terus ada laporan per bulan diserahkan kepada KUPT berartikan KUPT membuat laporan tingkat kecamatan, dari kecamatan nanti dilaporkan ke tingkat kota.” P2

## b. Lingkungan organisasi

Berdasarkan sisi lingkungan organisasi, daya dukung organisasi masih belum memberikan daya dorong terhadap pencatatan yang baik. Fasilitas pencatatan data belum maksimal. Buku/form pencatatan diberikan secara inisiatif oleh PLKB ke kader, bukan prosedur yang ditentukan oleh organisasi. Kader bahkan membiayai sendiri fasilitas pencatatan seperti biaya fotokopi dan alat tulis yang digunakan. Hal tersebut terungkap pada petikan wawancara berikut.

"Kalau Dalap di tiap bulannyakan memang kita yang buat yah pak tapi selama ini kita belum mengumpulkan darimana-mana. Nggak ada biaya khusus."

"Dikasih tau dulu. Untuk pelatihan khusus sih tidak pak. Cuma "Ini ngisinya gini-gini". Berlanjut sampai sekarang itupun dari PLKB yang dulu yang ngajarin."

"Tidak ada SOP"

P1

Berdasarkan aspek lingkungan organisasi, dapat disimpulkan bahwa fasilitas untuk pengumpulan data masih belum optimal.

## 3. Teknologi

Sistem pencatatan dan pelaporan Desa Siaga pada aspek teknologi dilihat melalui kualitas sistem dan kualitas informasi.

### a. Kualitas sistem

Informan PLKB menyatakan bahwa sistem untuk pencatatan dan pelaporan *unmet need* bersifat manual, mengandalkan pendataan dalam formulir pengendalian lapangan (Dalap) yang dilaporkan pada tanggal 10 setiap bulan. Hasil wawancara mengenai kualitas sistem dapat dilihat pada petikan wawancara berikut.

"Setelah proses pelaporan, kita kumpulkan ke pak xxxx, yah sudah itu saja. Dari pak xxxx nanti dilaporkan secara online ke Provinsi. Yah seperti itu saja setiap bulannya"

P2

"Pencatatan manual, rekap ada petugasnya sendiri. Kita tulis kita sampaikan ke yang rekap data"

P3

### b. Kualitas informasi

Kelemahan utama yang menjadi ancaman bagi kualitas data adalah tidak adanya mekanisme kontrol. Validitas data yang masih diragukan juga menjadi masalah yang dirasakan oleh PLKB. Sehingga informasi yang dihasilkan oleh pencatatan dan pelaporan *unmet need* perlu peningkatan kualitas, khususnya mengenai validitas. Selengkapnya dapat dilihat pada petikan wawancara berikut.

"Validitas paling 50%, tidak 100%"

P4

"Tidak ada model crosscheck, karena SDM terbatas."

M1

"Belum ada mekanisme kontrol validitas, SDM dalam pendataan, pendidikan, tingkat kerepotannya kadang-kadang tidak ketemu."

“Kami ada pertemuan saat melakukan analisis, dengan mengundang kader dan PLKB supaya datanya bisa ditanyakan kembali apabila masih ada yang diragukan.”

M2

Hasil diatas menunjukkan bahwa pada sisi teknologi, sistem belum berjalan dengan baik karena dikerjakan secara manual dan tidak ada kontrol validitas. Hanya dilakukan rapat koordinasi untuk menanyakan kebenaran data apabila diragukan.

## Pembahasan

Berdasarkan evaluasi dari penggunaan sistem dapat disimpulkan bahwa PLKB sudah memahami pencatatan dan pelaporan *unmet need*, namun keterbatasan tenaga dan tidak adanya dukungan dari kader/PPKBD sebagai sumber data pertama menyebabkan pencatatan dan pelaporan *unmet need* dilakukan berdasarkan data estimasi yang dikerjakan secara turun-temurun dari petugas sebelumnya. Keterbatasan tenaga berakibat pada pencatatan dan pelaporan yang tidak valid meskipun PLKB memiliki pengetahuan yang baik. Serupa dengan hasil penelitian ini, Notobrotomengungkapkan bahwa masih ada petugas yang memiliki pengetahuan dan sikap yang kurang dalam pencatatan dan pelaporan program kesehatan (Notobroto, 2005). Selain itu, Taringan menemukan bahwa pelaporan tidak dilakukan secara rutin (Tarigan, 2009).

Struktur organisasi serta fasilitas berupa penyediaan ATK dan biaya sangat mendukung pencatatan dan pelaporan yang baik dan berkualitas. Hal ini sesuai dengan penelitian pada kinerja kader posyandu yang menyatakan bahwa dukungan berupa pemberian bantuan operasional, piagam penghargaan dan uang transport berhubungan dengan kinerja kader posyandu (Wirapuspita, 2013).

Dukungan manajemen berperan penting sebagai penggerak sistem pencatatan dan pelaporan *unmet need* pada sisi organisasi. Bila ditilik dari pendekatan sistem, maka manajemen dari sisi proses mempengaruhi kebijakan dan prosedur pengumpulan data. Apabila pada tingkat manajerial belum mengatur dengan baik, maka pencatatan data di lapangan menjadi tidak berkualitas sehingga diperlukan perbaikan struktur dan lingkungan organisasi. Pendekatan sistem dalam konsep input meliputi pelaksana (manusia) yang menjalankan sistem informasi dan biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan sistem informasi. Pada penelitian ini, kesulitan pendanaan menjadi masalah organisasi dari sisi input. Oleh karena itu, perlu perbaikan organisasi dan manajemen, baik dari sisi input maupun output (Siagian, 2005).

Kualitas informasi belum memenuhi kebutuhan untuk manajemen karena dikerjakan secara manual sehingga menjadi kendala dari sisi teknologi. Data dan informasi diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan dan mengefektifkan manajemen agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Kebutuhan informasi yang berkualitas menjadi sangat penting untuk mendukung kegiatan manajemen atau organisasi. Informasi akan memiliki manfaat yang tinggi jika diterima oleh mereka yang membutuhkan namun menjadi tidak berguna jika diberikan kepada yang tidak membutuhkan. Meskipun sistem pencatatan dan

pelaporan telah dipahami oleh petugas namun tidak menjamin informasi menjadi berkualitas karena belum memenuhi aspek validitas (Oetomo, 2002).

## Simpulan

Evaluasi sistem pencatatan dan pelaporan *unmet need* berdasarkan komponen SDM (*Human*) menunjukkan adanya ketidakpuasan PLKB karena validitas data belum terjamin dengan baik meskipun PLKB telah mempunyai pemahaman yang baik tentang sistem pencatatan dan pelaporan *unmet need*. Evaluasi berdasarkan komponen organisasi (*organization*) menunjukkan bahwa tidak ada dukungan dan ada fasilitas untuk pencatatan dan pelaporan *unmet need*, serta struktur pengumpulan data dari bawah hingga atas belum tertata dengan baik. Sedangkan evaluasi berdasarkan komponen teknologi (*technology*) menunjukkan adanya kualitas informasi yang kurang memenuhi kebutuhan pengguna karena validitas data belum terjamin meskipun sudah didekati dengan rapat koordinasi. Hal ini terjadi karena sistem yang digunakan adalah pencatatan manual tanpa ada mekanisme kontrol validitas.

Disarankan supaya membuat SOP sehingga struktur dan perangkat pencatatan dan pelaporan terstandarisasi, serta dilakukan rekrutmen tenaga PLKB supaya beban kerja petugas berkurang.

## Daftar Pustaka

- Isa M. 2009. Determinan Unmet Need.  
<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/126978-6683-Determinan%20unmet-HA.pdf> [diakses 29 September 2014].
- Julian F. 2009. *Analisa Lanjut SDKI 2007: Unmet Need dan Kebutuhan Pelayanan KB di Indonesia*. Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi BKKBN. Jakarta.
- Notobroto HB. 2005. Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Petugas terhadap Kualitas Data Kesehatan. *Jurnal Info Kesehatan Masyarakat* 2(9): 149-154.
- Oetomo BSD. 2002. *Perencanaan dan Pembangunan Sistem Informasi*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, USAID. 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, USAID. Jakarta.
- Siagian SP. 2005. *Sistem Informasi Manajemen*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Tarigan I. 2009. Kualitas Data Imunisasi Rutin berdasarkan Metode Data Quality Self Assessment (DQS). *Media Litbang Kesehatan* 1(9):15-24.
- Widodo. 2013. Hasil Sensus 2012 Target Belum Tercapai, BKKBN Harus Kerja Lebih Keras Lagi.  
<http://batam.tribunnews.com/2013/02/10/hasil-sdki-2012-bkkbn-harus-kerja-lebih-keras-lagi> [diakses 20 September 2014].
- Wirapuspita R. 2013. Insentif dan Kinerja Kader Posyandu. *Jurnal Kesmas* 1(9): 58-65.
- Yusof MM, Paul RJ, dan Stergioulas LK. 2006. Towards a Framework for Health Information System Evaluation. Dalam *Proceeding of the 39<sup>th</sup> Hawaii International Conference on System Sciences*. IEEE Computer Society. Washington DC.



# Wabah dan Pertahanan Negara

Masdalina Pane  
Ministry of Health Rep. of Indonesia  
National Institute of Health and Research Development  
Centre of Humanism and Health Management

Alamat : Jl. Percetakan Negara 23 Jakarta, Jl. Indrapura 17 Surabaya  
Telp. +6221-4243314, +6231-3528748 ext.112. Fax +6221-42871604  
Email : masdalina.pane@gmail.com

## Pendahuluan

Wabah merupakan kejadian peningkatan jumlah penyakit melebihi kondisi biasanya (UU No 4 tahun 1984) dan menimbulkan dampak luar biasa terhadap kehidupan dan penghidupan masyarakat serta berpengaruh terhadap pertahanan dan ketahanan negara. Dampak yang besar dari pengaruh wabah terhadap eksistensi suatu negara terletak pada perlindungan warga negara dan bagaimana pertahanan suatu negara dalam upaya pengendalian dan pencegahan meluasnya wabah melalui upaya sistematis dan terukur. Dalam *International Health Regulation* (IHR, 2005) dinyatakan bahwa setiap kejadian wabah yang dikategorikan sebagai *public health emergency for international concern* (PHEIC) atau darurat kesehatan publik yang menjadi perhatian internasional juga memiliki dampak terhadap ekonomi, sosial, politik dan keamanan.

Berkenaan dengan masalah keamanan dan pertahanan negara, maka dalam kondisi darurat dan luar biasa akibat wabah, pemerintah wajib melakukan langkah-langkah cegah tangkal, pengamanan, dan tindakan yang terintegrasi. Langkah tersebut harus diberlakukan terhadap berbagai pihak yang mencoba menggunakan kondisi wabah bagi kepentingan ekonomi, sosial, politik, pertahanan dan keamanan termasuk pada kemungkinan agen penyakit sebagai senjata biologi pemusnah massal.

Mengingat pesatnya perkembangan riset dan teknologi dibidang persenjataan di negara beberapa maju, maka negara kita harus lebih waspada adanya kemungkinan gangguan pertahanan negara melalui upaya penurunan derajat kesehatan masyarakat dengan penyebaran penyakit tertentu. Tulisan ini akan mengulas tentang wabah yang terjadi di Indonesia dan beberapa negara lainnya serta kemungkinan keterkaitannya dengan masalah keamanan dan pertahanan negara.

## Wabah Penyakit di Dunia dan di Indonesia

Barbara Bramanti, seorang arkeogenetik dari Universitas Johannes Gutenberg, Mainz, Jerman menyatakan bahwa wabah Pes (*Plaque*) kemungkinan berperan dalam runtuhnya kekaisaran Romawi. Pernyataan tersebut didasarkan pada penyelidikan dengan metode molekuler modern melalui pemeriksaan DNA purba dari gigi 19 kerangka

abad ke-6 dari beberapa kuburan abad pertengahan yang berbeda di Bavaria, Jerman dan ditemukan jejak bakteri *Yersinia pestis* pada semua kerangka tersebut. Jika temuan tersebut benar, maka diduga itulah perang dengan senjata biologis pertama dalam sejarah setelah bangsa Mongol menyebarkan wabah tersebut (Johannes Gutenberg University, 2010).

Wabah pes terkait setidaknya pada 2 epidemi paling dahsyat dalam sejarah, yaitu *Great Plaque* atau *Black Death* pada abad ke 14 –17 yang menyebabkan kematian  $\frac{2}{3}$  penduduk Eropa pada pertengahan tahun 1300-an dan *Modern Plaque* yang melanda seluruh dunia pada abad ke 19 dan 20 dimulai dari China pada pertengahan tahun 1800-an dan menyebar ke Afrika, Amerika, Australia, Eropa dan Asia (Hough, 2008). Wabah besar lainnya yang tercatat menyebabkan kematian melebihi kematian akibat perang antara lain (UU No 4 tahun 1984 tentang Wabah):

1. Influenza yang terjadi pada akhir abad ke 19 sampai saat ini, menyebabkan kematian 21.64 juta penduduk, termasuk varian influenza yang terus bermutasi sampai saat ini
2. HIV/AIDS sejak kasus pertama ditemukan sampai saat ini telah menelan korban jiwa 26 juta orang
3. *Thyphus* di Eropa pada tahun 1914-1915 menyebabkan kematian 3 juta orang
4. Ebola di Afrika Barat telah menewaskan lebih dari 10.000 penduduk dalam waktu kurang dari 6 bulan
5. H<sub>5</sub>N<sub>1</sub> di Indonesia memiliki *Case Fatality Rate* lebih dari 75%

Perkembangan wabah di Indonesia juga sejalan dengan kejadian wabah dunia, ditambah lagi sebagai negara tropis, Indonesia memiliki kekayaan hayati berupa flora dan fauna sebagai sumber daya alam dalam bentuk jasad renik dan berguna untuk kesehatan, tetapi sebagian juga menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat karena menjadi agen penyakit yang dapat timbul dalam kondisi kejadian luar biasa (KLB), bahkan menyebabkan wabah. Sebagai negara kepulauan, Indonesia juga dikenal sebagai daerah endemis penyakit menular potensial wabah, seperti malaria, DBD, diare, leptospirosis, dan sebagainya.

Sejalan dengan perkembangan perdagangan dunia mulai abad pertengahan, beberapa penyakit menular potensial wabah yang biasanya berjangkit di Benua Eropa, Afrika, dan Amerika, serta daratan Asia, menyebar ke kawasan Indonesia, seperti pes, kolera, demam berdarah dengue, hepatitis, *thyphus*, dan disentri. Pada era tahun 2000 dan memasuki abad ke-21, seiring dengan kemajuan sarana transportasi dan informasi, Indonesia mengalami transisi epidemiologi sekaligus menjadi beban ganda akibat terjadinya penyakit menular baru dan penyakit menular lama yang timbul kembali, karena penyakit menular lama (endemis) belum mampu ditekan prevalensi/insidensinya namun timbul ancaman penyakit menular baru, seperti SARS, flu burung (H<sub>5</sub>N<sub>1</sub>), H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, MERS CoV, Ebola, dan mungkin penyakit zoonosis lainnya. Dinamika kependudukan dan perubahan lingkungan strategis serta perubahan iklim juga berdampak terhadap pola penyebaran penyakit menular, termasuk penyakit menular potensial wabah, yang diperkirakan semakin meningkat intensitasnya. Selain itu dengan semakin majunya teknologi kesehatan, maka dimungkinkan dilakukan rekayasa genetika

dari agen penyakit untuk tujuan tertentu, seperti penggunaan agen penyakit sebagai senjata biologi pemusnah massal.

Wabah saat ini memiliki variabilitas dan severitas yang tinggi serta daya jangkau sangat luas. Mobilitas yang tinggi dan kemudahan komunikasi dan transportasi membuat banyak penyakit berpotensi wabah tersebar dan menjadi sulit dideteksi naturalitasnya. Variabilitas wabah terkait dengan penyakit-penyakit lama yang muncul kembali (*re-emerging diseases*) seperti difteri, demam berdarah dengue (DHF) dan polio, atau merupakan penyakit baru (*new-emerging diseases*) atas hasil mutasi varian virus tertentu dan menimbulkan severitas yang tinggi seperti Ebola, Mers CoV dan SARS, juga penyakit-penyakit yang dalam pengamatan memiliki prevalensi dan insidensi yang tinggi (*emerging diseases*) seperti HIV/AIDS, tuberkulosis dan malaria.

Mencermati perkembangan penyebaran dan pola penyakit yang dipengaruhi oleh berbagai aspek sebagaimana diuraikan di atas, Indonesia wajib melakukan upaya untuk mencegah, mengendalikan, memberantas, dan menanggulangi penyebaran penyakit menular, baik yang endemis maupun yang menyebar dari negara lain. Sesuai dengan konvensi internasional, sebagai anggota badan kesehatan dunia (WHO), Indonesia telah menyepakati penerapan regulasi kesehatan internasional (IHR) secara penuh. Dengan demikian, apabila terjadi wabah di wilayah Indonesia atau kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia, pemerintah Indonesia, baik sendiri maupun bekerja sama dengan negara lain, wajib melakukan upaya penanggulangan secara komprehensif agar tidak menimbulkan dampak yang lebih buruk pada masyarakat.

Berdasarkan pengalaman selama ini, kejadian wabah yang pernah terjadi menunjukkan bahwa wabah merupakan ancaman bagi kehidupan manusia dan keamanan negara. Di beberapa negara, kondisi wabah dimanfaatkan secara politis, ekonomi dan sosial untuk kepentingan tertentu. Misalnya, wabah ebola di Sierra Leone, Afrika Barat digiring ke arah politik menjelang pemilihan presiden pada akhir 2015, wabah Mers CoV di Saudi Arabia menyebabkan diberhentikannya wakil menteri kesehatan KSA, termasuk juga menteri kesehatan Korea Selatan ketika Mers CoV berjangkit di Korea Selatan.

Terhadap hubungan internasional, setiap negara berhak menetapkan *travel warning* bagi warganegaranya untuk tidak berkunjung di daerah terjangkit (*alert area*) selama beberapa waktu dan dihentikannya akses masuk dan keluar dari negara terjangkit yang berakibat pada berhentinya perekonomian negara tersebut seperti kasus SARS di Singapura pada tahun 2003. Saudi Arabia juga melarang 5 negara yang terjangkit ebola untuk mengirimkan jemaah hajinya sampai dinyatakan bebas dari ebola pada tahun 2013 dan 2014. Pada tahun 2009 ketika terjadi pandemi influenza H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, 5 negara memutuskan tidak mengirimkan jemaah hajinya pada tahun tersebut dan pemerintah Arab Saudi mewajibkan seluruh jemaah haji yang berangkat pada tahun 2009 untuk diberikan 3 jenis vaksin *mandatory* yaitu *Meningitis meningococcus*, *seasonal influenza* dan influenza H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.

## **Wabah dan Pertahanan Negara**

Menurut UU TNI tahun 2004, Pertahanan negara adalah segala usaha untuk mempertahankan kedaulatan negara, keutuhan wilayah Negara Kesatuan Republik

Indonesia, dan keselamatan segenap bangsa dari ancaman dan gangguan terhadap keutuhan bangsa dan negara. Sistem pertahanan negara adalah sistem pertahanan yang bersifat semesta yang melibatkan seluruh warga negara, wilayah, dan sumber daya nasional lainnya, serta dipersiapkan secara dini oleh pemerintah dan diselenggarakan secara total, terpadu, terarah, dan berlanjut untuk menegakkan kedaulatan negara, keutuhan wilayah, dan keselamatan segenap bangsa dari segala ancaman.

Beberapa kejadian wabah di era modernisasi dan diindikasikan memiliki pengaruh terhadap pertahanan negara antara lain :

1. Pada Desember 2008, lebih dari 10.000 orang terinfeksi dan wabah kolera telah menyebar ke Botswana dan Afrika Selatan. Wabah yang disebarkan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi bakteri ini menyebar begitu cepat sehingga dalam beberapa bulan saja, kolera menjadi epidemi yang menewaskan hampir 3500 warga. Bahkan World Health Organization (WHO) mencatat wabah kolera di negeri yang dipimpin diktator Robert Mugabe ini, telah menginfeksi 67.945 orang. WHO menggambarkan situasi epidemi kolera di Zimbabwe sebagai "tidak terkontrol". Beberapa pandangan menyatakan bahwa wabah ini "sengaja" dibuat oleh Amerika dan Inggris untuk menjatuhkan rezim Robert Mugabe yang haluan politiknya tidak sejalan dengan haluan politik Amerika dan Inggris. Tetapi tidak terbukti sampai kini.
2. Tahun 2001 kantor senat Amerika pernah mendapat serangan antraks melalui media surat, 5 meninggal dan 17 terinfeksi.
3. Wabah tularemia di Kosovo yang berlangsung sejak Oktober 1999 –Mei 2000, dan diduga merupakan *biological warfare*. Data dikumpulkan berdasarkan hasil surveilans epidemiologi rutin dan pemeriksaan mikrobiologi terhadap *Francisella tularensis* sebagai agen dari tularemia. Beberapa kriteria wabah buatan dibuat sebagai indikator untuk membedakan apakah agen merupakan penular alamiah atau buatan. Model yang dibuat cukup fleksibel dan memperhitungkan peran politis, militer dan analisis sosial dari wilayah terjangkit termasuk analisis kritis berbasis wilayah. Bentuk spesifik dari kuman patogen, karakteristik epidemiologi dan kriteria klinis. Berdasarkan kriteria yang ada hanya 37% memenuhi kriteria sebagai wabah buatan, sehingga tidak dapat dibuktikan bahwa wabah tularemia ini sebagai wabah buatan. Penjelasan ilmiah tentang naturalitas wabah ini disebabkan karena meningkatnya tikus sebagai vektor tularemia pada musim semi tahun 1999 yang menyebabkan banyaknya kontaminan yang dihasilkan dari feses dan urin tikus sehingga menginfeksi hewan dan manusia untuk terjadinya tularemia (Grunow & Finke, 2002; Bradley & Sustaita, 2013) .
4. Tahun 1941, Uni Soviet melaporkan 10.000 kasus tularemia, dan jumlahnya melonjak menjadi 100.000 selama pengepungan Jerman Stalingrad pada tahun berikutnya (Grunow & Finke, 2002).
5. Wabah *The Black Death* (wabah Pes) abad keempat belas diklaim memakan korban tewas lebih banyak dibandingkan dari setiap konflik militer/perang sebelum atau sesudahnya. Epidemi influenza besar 1918-1920 terjadi setelah perang dunia I, membunuh jauh lebih banyak daripada beberapa perang besar sebelum dan setelahnya (Haensch *et al.*, 2010) .

Penggunaan senjata biologis untuk pertahanan negara secara etik tidak perlu diperdebatkan, upaya tersebut sebenarnya sama saja dengan pengembangan riset tentang senjata dan nuklir (Balmer, 2002). Riset senjata biologis juga memiliki pengembangan yang sama dengan riset medis dan kesehatan lainnya, rambu-rambu riset yang jelas akan menjadi petunjuk melakukan riset yang baik. Sejarah perkembangan riset senjata biologis di Inggris dijelaskan dimulai sejak perang dunia pertama dan dilanjutkan hingga kini. Penggunaan senjata biologis dalam perang harus diatur sesuai dengan etika perang internasional, dengan tidak mengorbankan masyarakat umum dan tidak menimbulkan terror bagi kehidupan manusia.

Perspektif baru tentang keamanan nasional sebagai kebijakan pemerintah untuk menjamin kelangsungan hidup (*survival*) dari penduduknya dan keamanan negara bangsanya (*nation-state*), karena itu Indonesia harus mengambil sikap dalam menghadapi kemungkinan ancaman nir-militer seperti wabah, terkait dengan wabah sebagai salah satu bentuk ancaman negara, maka pemerintah memiliki kewajiban untuk membuat kebijakan yang komprehensif dan sistematis dalam menghadapi ancaman wabah. Saat ini pemerintah, dalam hal ini Kementerian Kesehatan, masih beranggapan bahwa wabah yang terjadi bersifat natural dan diatasi sesuai dengan *natural history of diseases* dan memutus *mode of transmission* sesuai jenis wabahnya, belum terlihat pandangan dan perspektif pertahanan negara dalam setiap kejadian wabah, padahal dalam investigasi wabah faktor pertahanan negara dapat dimasukkan sebagai salah satu variabel yang patut dipertimbangkan.

Kasus H5N1 yang dianggap sebagai konspirasi oleh Menteri Kesehatan Dr. Fadilah Supari dalam bukunya "Saatnya Dunia Berubah" sampai saat ini belum dapat dibuktikan baik secara akademis maupun secara teknis. Informasi intelijen yang diberikan tidak melalui operasi intelijen standar dan tidak dapat dibuka secara akademis. Oleh karena itu sudah seharusnya mulai saat ini para epidemiolog mulai mempertimbangkan "sense" dan "naluri" pertahanan dan keamanan negara dalam setiap proses investigasi.

## Daftar Pustaka

- Balmer B. 2002. Killing "Without The Distressing Preliminaries"; Scientific Defence of The British Biological Warfare Programme. *Minerva* 40(1): 57–75.
- Bradley M and Sustaita G. 2013. Applying Scientific Evidence to Prosecuting Perpetrators of Well Contamination as Bio-Warfare Strategy. *Journal of Biosecurity, Biosafety and Biodefense Law* 4(1): 5–18.
- Grunow R and Finke EJ. 2002. A procedure for differentiating between the intentional release of biological warfare agents and natural outbreaks of disease: its use in analyzing the tularemia outbreak in Kosovo in 1999 and 2000. *The European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, CMI*, 8, 510–521.
- Haensch S, Bianucci R, Signoli M, Rajerison M, Schultz M, Kacki S, Vermunt M, Weston DA, Hurst D, Achtman M, Carniel E, Bramanti B. 2010. Distinct Clones of *Yersinia Pestis* Caused the Black Death. *PLoS Pathog* 10(6):e1001134.
- Hough P. 2008. *Understanding Global Security*. Second Edition. Routledge. New York.

Johannes Gutenberg University. 2010. Cause of the big plague epidemic of Middle Ages identified.  
<http://phys.org/news/2010-10-big-plague-epidemic-middle-ages.html> [diakses 1  
September 2015].

UU No. 4 tahun 1984 tentang Wabah

UU No. 34 tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia

# Perilaku Masyarakat dalam Mengonsumsi Obat Anti Filaria

Yuliana Maria Goreti<sup>1</sup>, Arip Ambulan Panjaitan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat STIKes Kapuas Raya, Sintang, Indonesia

<sup>2</sup>Mahasiswa Magister Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas  
Diponegoro, Semarang, Indonesia  
(arief.naburju92@gmail.com / 085245451414)

## Abstrak

Akumulasi kasus Filariasis di Provinsi Kalimantan Barat, tahun 2008-2012 sebanyak 269 kasus. Di kabupaten Sanggau kasus Filariasis sebanyak 124 kasus tahun 2014 dan selalu muncul pada tahun berikutnya. Masyarakat sangat butuh motivasi dalam mengonsumsi obat filariasis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan perilaku masyarakat dalam mengonsumsi obat filariasis yang meliputi umur, pendidikan, jenis kelamin, dukungan keluarga, pengetahuan, sikap, informasi kesehatan, dukungan petugas kesehatan dan program Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi terjangkau adalah masyarakat yang mengonsumsi obat anti filariasis berusia 15-75 tahun. Pemilihan sampel menggunakan simple random sampling dan berjumlah 90 orang. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner, analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat menggunakan uji statistik *uji chi square*. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas masyarakat belum pernah mengonsumsi obat anti filariasis. Variabel yang berhubungan adalah dukungan keluarga, informasi kesehatan, pengetahuan dan sikap masyarakat dengan motivasi mengonsumsi obat anti filariasis. Disimpulkan bahwa upaya peningkatan program promosi kesehatan harus lebih aplikatif agar masyarakat mengonsumsi obat anti filariasis secara konsisten.

Kata kunci: Perilaku, motivasi, filariasis

## Abstract

*The accumulation of Filariasis cases in the province of West Kalimantan, in 2008-2012 as many as 269 cases. In the district Sanggau Filariasis cases as many as 124 cases in 2014 and always appear in the following year. People really need motivation in taking Filariasis. The purpose of this study is to investigate the determinants of people's behavior in Filariasis drugs that included age, education, sex, family support, knowledge, attitudes, health information, support health workers and Bulk Drug Prevention program. This research used cross-sectional framework with sample of 90 people. Techniques of data*

*collection using questionnaires, data analysis using univariate and bivariate analysis using chi square statistical test. Statistical test showed that there the majority of people have never been anti-filariasis drugs. The variables associated are family support, health information, knowledge and attitudes of people with the motivation of anti-filariasis drugs. The improvement by health promotion programs should be more applicable to people taking anti-filariasis drug consistently.*

*Keywords: Behaviour, Motivation, Filariasis*

## **Pendahuluan**

Filariasis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh cacing filaria yang ditularkan melalui berbagai jenis nyamuk. Terdapat tiga spesies cacing penyebab Filariasis yaitu *Wuchereria bancrofti*; *Brugia malayi*; *Brugia timori*. Cacing tersebut hidup di kelenjar dan saluran getah bening sehingga menyebabkan kerusakan pada sistem limfatik yang dapat menimbulkan gejala akut dan kronis.

Filariasis telah menginfeksi 120 juta penduduk di 83 negara diseluruh dunia (WHO dalam Karwiti, 2011). Jumlah kasus Filariasis dari tahun 2003 sampai tahun 2008 cenderung mengalami peningkatan. Hingga tahun 2008 terdapat 11.699 kasus. Hasil survei darah jari pada penduduk desa dengan jumlah penderita terbanyak pada tahun 2002-2005, di Sumatera dan Kalimantan, telah teridentifikasi 84 kabupaten/kota dengan *microfilaria rate (Mf rate)* satu persen atau lebih. Data tersebut menggambarkan bahwa seluruh daerah di Sumatera dan Kalimantan merupakan daerah endemis filariasis (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2012 diketahui bahwa penderita Filariasis pada tahun 2012 yang terbanyak berada di Provinsi Nangroe Aceh Darusalam sebanyak 2.359 kasus, Provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 1.730 kasus, dan Provinsi Papua sebanyak 1.346 kasus, sedangkan untuk wilayah Kalimantan, jumlah penderita terbanyak berada di Provinsi Kalimantan Selatan sebanyak 422 kasus, Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 409 kasus, Provinsi Kalimantan Barat sebanyak 269 kasus dan Provinsi Kalimantan Tengah sebanyak 238 kasus.

Kalimantan Barat termasuk dalam sepuluh provinsi yang menjadi target eliminasi Filariasis tahun 2003 sampai tahun 2004. Endemisitas Filariasis (*Elefantiasis*) di Kalimantan Barat dapat dilihat dari jumlah data kasus terakhir pada tahun 2012 terdapat 269 kasus. Kasus di Kalimantan Barat mengalami peningkatan data menunjukkan dari tahun 2008 hingga tahun 2010 terdapat sebanyak 253 kasus, namun pada tahun 2011-2012 terdapat peningkatan kasus sebanyak 269 kasus.

Kabupaten Sanggau khususnya terinfeksi Filariasis sebanyak 124 kasus di berbagai kecamatan yang terdata pada tahun 2014. Adapun kecamatan yang terinfeksi filariasis tersebut adalah Kecamatan Toba sebanyak 15 kasus, Kecamatan Tayan Hilir sebanyak 33 kasus, Kecamatan Mukok sebanyak 24 kasus, Kecamatan Meliau sebanyak 6 kasus, Kecamatan Batang Tarang sebanyak 10 kasus, Kecamatan Balai Sebut sebanyak 9



kasus dan Kecamatan Tayan Hulu sebanyak 25 kasus serta Kecamatan Parindu sebanyak 2 kasus.

WHO sudah menetapkan Kesepakatan Global (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*) untuk memberantas Filariasis sampai tuntas yaitu program pengeliminasian filariasis secara massal. Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis adalah salah satu upaya program eliminasi Filariasis global. Program ini dilaksanakan melalui pengobatan massal dengan memberikan obat *Diethyl Carbamazine Citrate* (DEC) dan Albendazol setahun sekali selama lima tahun berturut-turut dilokasi yang endemis dan perawatan kasus klinis untuk mencegah kecacatan.

Adanya kasus Filariasis tersebut dan adanya upaya pencegahan dengan melakukan pengeliminasian Filariasis secara massal dengan memberikan obat anti Filariasis yang berlangsung selama lima tahun berturut-turut. Data yang didapatkan menunjukkan bahwa di Kecamatan Tayan Hulu tepatnya berada di Desa Menyabo terdapat kasus Filariasis sebanyak 25 kasus dan *microfilaria rate* (*Mf rate*) lebih dari satu persen yaitu sebesar lima persen. Selain itu cakupan yang mengkonsumsi obat anti filaria masih mencapai 75,17%. Walaupun angka tersebut sudah menunjukkan keberhasilan dalam mengkonsumsi obat, namun masih terdapat kasus Filariasis yang seharusnya tidak ada lagi menjadi salah satu permasalahan yang harus ditangani agar kegiatan pencegahan dan pemberantasan mata rantai penularan dapat terputuskan.

## **Metode Penelitian**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metode *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Desa Menyabo pada bulan Juni 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang mengkonsumsi obat anti filariasis menurut kelompok umur 15-17 tahun di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau sebanyak 1369 orang, jumlah sampel diperoleh 90 orang. Data primer diperoleh menggunakan instrumen berupa kuesioner. Analisis data dilakukan untuk menguji hipotesis alternatif dengan menggunakan uji *chi square* dengan menggunakan program SPSS.

## **Hasil Penelitian**

### **Karakteristik Responden**

Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, konsumsi obat anti filariasis serta pengetahuan dan dukungan keluarga maupun tenaga kesehatan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Responden di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau .

Karakteristik	Kategori	Jumlah	Persentasi
Umur	15-21 tahun	36	40,0
	22-75 tahun	54	60,0
Jenis Kelamin	Laki-Laki	38	42,3
	Perempuan	52	57,8
Mengonsumsi obat anti filariasis	Pernah	29	32,2
	Tidak Pernah	61	67,8
Pengetahuan	Baik	43	47,8
	Kurang Baik	47	52,2
Sikap	Baik	39	43,3
	Kurang Baik	51	56,7
Dukungan Keluarga	Mendukung	48	53,3
	Tidak Mendukung	42	46,7
Dukungan Tenaga Kesehatan	Baik	33	36,7
	Kurang Baik	57	63,3
Informasi Kesehatan	Pernah	48	53,3
	Tidak Pernah	42	46,7
Efektivitas Program POMP	Efektif	38	42,4
	Tidak Efektif	52	57,8

Tabel 1 menunjukkan bahwa 60,0% responden berumur 22-75 tahun terdiri atas laki-laki 42,3% dan perempuan 57,8% serta 32,3% pernah mengonsumsi obat anti filariasis. Sebagian besar (53,5) responden mendapatkan dukungan keluarga. Responden memiliki pengetahuan baik sebanyak 47,8%, sebagian besar responden bersikap kurang baik (56,7), dan 53,5% responden pernah mendapatkan informasi kesehatan serta 42,4% responden menyatakan efektifnya program POMP.

Tabel 2 menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=0,182 ( $p>0,05$ ). Responden yang berumur 15-21 tahun memiliki motivasi tinggi (41,7%) untuk mengonsumsi obat anti filaria.

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=1,000 ( $p>0,05$ ). Responden perempuan memiliki motivasi tinggi (32,7%) untuk mengonsumsi obat anti filaria.

Tabel 2. Faktor yang berhubungan dengan motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau.

Variabel Independen	Konsumsi Obat Anti Filariasis				Uji Statistik
	Pernah		Tidak Pernah		
	n	%	N	%	
Umur (tahun)					
15-21	15	41,7	21	58,3	p = 0,182
22-75	14	25,9	40	74,1	
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	12	31,6	26	68,4	p = 1,000
Perempuan	17	32,7	35	67,3	
Tingkat Pendidikan					
<SMA	15	27,8	39	72,2	p = 0,382
>SMA	14	38,9	22	61,1	
Pengetahuan					
Baik	24	55,8	19	44,2	p = 0,049
Kurang Baik	5	10,6	42	89,4	
Sikap					
Baik	21	53,8	18	25,4	p = 0,030
Kurang Baik	8	15,7	43	57,4	
Dukungan Keluarga					
Mendukung	24	50,0	24	50,0	p = 0,001
Tidak Mendukung	5	11,9	37	88,1	
Dukungan Tenaga Kesehatan					
Baik	12	36,4	21	63,6	p = 0,685
Kurang Baik	17	29,8	40	70,2	
Informasi Kesehatan					
Pernah	24	50,0	24	50,0	p = 0,001
Tidak Pernah	5	11,9	37	88,1	
Efektifitas Program POMP					
Efektif	12	31,6	26	68,4	p = 1,000
Tidak Efektif	17	32,7	35	67,3	

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square* p value=0,382 ( $p > 0,05$ ). Responden yang berpendidikan tinggi memiliki motivasi tinggi (38,9%) untuk mengonsumsi obat anti filaria.

Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square* p value=0,049 ( $p < 0,05$ ). Responden yang berpengetahuan baik memiliki motivasi tinggi (55%) untuk mengonsumsi obat anti filaria.

Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=0,030 ( $p<0,05$ ). Responden yang bersikap baik memiliki motivasi tinggi (53,8%) untuk mengkonsumsi obat anti filaria.

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=0,001 ( $p<0,05$ ). Responden yang mendapat dukungan keluarga memiliki motivasi tinggi (50,0%) untuk mengkonsumsi obat anti filaria.

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan tenaga kesehatan dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=0,685 ( $p>0,05$ ). Responden yang mendapat dukungan tenaga kesehatan memiliki motivasi tinggi (36,4%) untuk mengkonsumsi obat anti filaria.

Terdapat hubungan yang signifikan antara informasi kesehatan dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=0,001 ( $p<0,05$ ). Responden yang mendapatkan informasi kesehatan memiliki motivasi tinggi (50,0%) untuk mengkonsumsi obat anti filaria.

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara efektifitas program POMP dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria di Desa Menyabo Kecamatan Tayan Hulu Kabupaten Sanggau tahun 2015 dengan hasil uji statistik *chi square*  $p$  value=1,000 ( $p>0,05$ ). Responden yang menyatakan efektif program POMP memiliki motivasi tinggi (31,6%) untuk mengkonsumsi obat anti filaria.

## **Pembahasan**

### **Hubungan Umur dengan Motivasi Masyarakat Mengkonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat dengan umur 15-21 tahun memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengkonsumsi obat anti filaria sebanyak 41,7%. Sedangkan masyarakat dengan umur 22-75 tahun memiliki motivasi tinggi untuk mengkonsumsi obat anti filaria sebanyak 25,9%.

Menurut teori *Health Belief Model* (HBM) dalam Notoatmodjo (2010) ada empat kategori yang mempengaruhi seseorang dalam tindakan pencegahan yaitu : keparahan, kerentanan dan hambatan yang dirasakan. Dari keempat kategori tersebut dapat dipengaruhi oleh variabel demografis (umur, jenis kelamin dan latar belakang), variabel sosial-psikologis (kepribadian dan tekanan sosial) serta variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah). Berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM) di atas pada responden yang lebih muda memiliki konsistensi rendah dalam pemakaian kondom

dikarenakan beberapa faktor seperti kesempatan mendapatkan pengetahuan dan pengalaman yang di dapat lebih sedikit dari yang berumur tua.

### **Hubungan Jenis Kelamin Dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa perempuan memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 32,7%. Sedangkan laki-laki memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 31,6%.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Rusmanto (2013), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria dengan  $P\text{-value} = 0.617$ . Hal ini dikarenakan responden dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan sama-sama sering berkerja diluar rumah.

Peran jenis kelamin yaitu dengan cara dimana seseorang bertindak sebagai wanita atau pria. Para ahli teoritis pembelajaran sosial percaya bahwa masyarakat mempengaruhi perilaku wanita dan pria merupakan sumber utama feminitas dan maskulinitas (Potter & Perry, 2005).

### **Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat dengan tingkat pendidikan >SMA memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 38,9%. Sedangkan masyarakat dengan tingkat pendidikan <SMA memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 27,8%.

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, persepsi sehat dan sakit. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor *predisposing*, tingkat pendidikan formal maupun tolak ukur bagi seseorang untuk mempermudah dalam memberikan persepsi, respon atau tanggapan mengenai segala sesuatu dari luar. Pendidikan dapat menjadi sarana untuk membuka wawasan sehingga seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih mudah menerima perubahan (Caple dkk, 2010). Namun demikian untuk meningkatkan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria tidak harus dengan cara meningkatkan pendidikan formal mereka tetapi dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan pengobatan filariasis yang sesuai. Pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filarial. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Randika (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria dengan  $P\text{-value} = 0.976$ .

## **Hubungan Pengetahuan Dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat dengan pengetahuan baik memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 55,8%. Sedangkan masyarakat dengan pengetahuan kurang baik memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 10,6%.

Pengetahuan merupakan bagian yang sangat penting untuk terjadinya tindakan seseorang. Sedangkan kedalaman pengetahuan seseorang dapat diketahui melalui tingkatan yang mereka miliki mulai dari tingkatan tahu, seseorang hanya mampu menyebut istilah-istilah saja berdasarkan apa yang dipelajari atau yang dialaminya. Kemudian masuk ke dalam tingkatan memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan merupakan faktor predisposing yang sangat menentukan untuk membentuk perilaku sehingga adanya pengetahuan yang tinggi maka seseorang dapat mewujudkan suatu tindakan yang positif. Berdasarkan teori adaptasi apabila tingkat pengetahuan baik setidaknya dapat mendorong untuk mempunyai sikap dan perilaku yang baik pula (Widodo, 2005). Dengan adanya pengetahuan masyarakat tentang pencegahan dan pengobatan filariasis diharapkan sikap yang baik dan terwujud dalam praktik berupa kesadaran dan niat dalam motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria.

Didukung pula dengan penjelasan Notoatmodjo (2010) bahwa pengetahuan merupakan domain kognitif yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan, maka apa yang dipelajari antara lain perilaku tersebut akan bersifat langgeng, sebaliknya apabila perilaku baru atau adopsi perilaku tidak didasari oleh pengetahuan maka tidak akan berlangsung lama. Rendahnya motivasi masyarakat dalam mengonsumsi obat anti filaria sebagian besar dikarenakan rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan dan pengobatan filariasi.

## **Hubungan Sikap Dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara sikap dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat bersikap baik memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 53,8%. Sedangkan masyarakat dengan sikap kurang baik memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 15,7%.

Sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Sikap dapat bersifat positif dan negatif. Dalam sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu. Sedangkan dalam sikap negatif terdapat untuk menjauhi, menghindari, membenci, dan tidak

menyukai objek tertentu (Sarwono, 2003). Objek baru yang didapat akan menimbulkan pengetahuan baru pada subjek dan akan menimbulkan respon dalam bentuk sikap.

### **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat yang mendapat dukungan keluarga memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 50%. Sedangkan masyarakat yang tidak mendapat dukungan keluarga memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 11,9%.

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam Zainudin (2002) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya.

### **Hubungan Dukungan Tenaga Kesehatan dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan bermakna antara dukungan petugas kesehatan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat yang mendapat dukungan petugas kesehatan memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 36,4%. Sedangkan masyarakat yang tidak mendapat dukungan petugas kesehatan memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 29,8%.

Dukungan petugas sangat membantu, dimana dengan adanya dukungan petugas kesehatan dapat membantu seseorang dalam mengonsumsi obat, sehingga pemahaman tentang manfaat mengonsumsi obat akan lebih baik dengan sering berinteraksi akan mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas bagi dirinya, dukungan yang diberikan petugas dapat berarti besar terhadap motivasi mengonsumsi obat (Purwanto, 1999).

### **Hubungan Informasi Kesehatan dengan Motivasi Masyarakat Mengonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara informasi kesehatan dengan motivasi masyarakat mengonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat yang mendapat informasi kesehatan memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 50%. Sedangkan masyarakat yang tidak mendapat informasi kesehatan memiliki motivasi tinggi untuk mengonsumsi obat anti filaria sebanyak 11,9%.

Sosialisasi kepada masyarakat mengenai obat anti filaria berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap responden untuk mengkonsumsi obat anti filaria dan pemberian informasi juga berguna untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit filariasis. Semakin banyak informasi yang didapatkan semakin bertambah pengetahuan responden.

Salah satu kegiatan promosi kesehatan adalah pemberian informasi atau pesan kesehatan berupa penyuluhan atau sosialisasi untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan agar dapat memudahkan terjadinya perilaku sehat dalam hal ini mengkonsumsi obat anti filaria ( Notoatmodjo, 2010).

### **Hubungan Efektifitas Program POMP dengan Motivasi Masyarakat Mengkonsumsi Obat Anti Filaria**

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan bermakna antara efektifitas program POMP dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria. Hal ini, menunjukkan bahwa masyarakat yang menilai efektifitas program POMP memiliki motivasi lebih tinggi untuk mengkonsumsi obat anti filaria sebanyak 31,6%. Sedangkan masyarakat yang tidak menilai tidak efektif program POMP memiliki motivasi tinggi untuk mengkonsumsi obat anti filaria sebanyak 32,7%.

Tolak ukur suatu kegiatan yang dijalankan, efektif tidaknya kegiatan atau program pengeleminasian filariasis dengan dilakukannya secara berkala serta masyarakat mendapatkan obat secara langsung dari petugas kesehatan dan mengkonsumsi obat untuk mencegah serta mengurangi kasus filariasis.

### **Kesimpulan**

Karakteristik responden terdiri atas 60% berusia 22-75 tahun, terdiri 57,8% perempuan dan 42,3% laki-laki, 67,8% pernah mengkonsumsi obat anti filaria, 47,8% berpengetahuan baik dan 43,4% memiliki sikap yang baik. Dalam mengkonsumsi obat anti filaria masyarakat mendapatkan dukungan sosial seperti; dukungan keluarga 53,3%, dukungan tenaga kesehatan 36,7%, dan mendapat informasi kesehatan 53,5% serta menilai efektifitas program PMOP 42,4% dalam memotivasi mengkonsumsi obat anti filaria. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan, sikap, dukungan keluarga dan informasi kesehatan dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria. Penelitian ini juga menunjukkan tidak terdapat hubungan umur, jenis kelamin, dukungan tenaga kesehatan dan efektifitas program PMOP dengan motivasi masyarakat mengkonsumsi obat anti filaria.

### **Daftar Pustaka**

- Arikunto, Suharsimi. 2013. *Buku Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Ardias, Onny Setiani, dan Yusniar Hanani D. 2012. *Faktor Lingkungan dan Perilaku Masyarakat yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Sambas*



- Departemen Kesehatan RI. 2005. Direktorat Jenderal PP & PL, *Pedoman Pengobatan Massal Filariasis*, Jakarta
- \_\_\_\_\_. 2005. *Pedoman Penentuan dan Evaluasi Daerah Endemis Filariasis*, Jakarta
- \_\_\_\_\_. 2012. *Jumlah Kasus Filariasis di Indonesia*. diakses dari situs <http://bpk.litbang.depkes.go.id> pada tanggal 16 Mei 2015
- \_\_\_\_\_. 2005. *Pedoman Pengobatan Massal Filariasis*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Diakses pada tanggal 1 Juni 2015
- \_\_\_\_\_. 2010. Direktorat Jenderal PP & PL, *Filariasis di Indonesia*. Buletin Jendela Epidemiologi Volume 1, Jakarta
- \_\_\_\_\_. 2010. Ditjen PP & PL, Subdit Filariasis & Schistomiasis, Direktorat P2B2, *Rencana Nasional Program Akselerasi Eliminasi Filariasis di Indonesia*. Kemenkes RI, Jakarta
- Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Barat, 2010. *Laporan Tahunan*, Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Barat, Pontianak
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2014. *Laporan Hasil Pemberian Obat Missal Pencegahan Filariasis*. Sanggau
- \_\_\_\_\_. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau*. Diakses pada situs [dinkes.sanggau.go.id](http://dinkes.sanggau.go.id) pada tanggal 11 Mei 2015
- Endang Puji Astuti, dkk. 2013. Analisis Perilaku Masyarakat Terhadap Kepatuhan Minum Obat Filariasis di Tiga Desa Kecamatan Majalaya Kabupaten Bandung Tahun 2013
- Eka, 2008. *Pengobatan Massal Penyakit Filariasis Secara Gratis*. Diakses dari situs <http://www.enrekangkab.go.id>. pada tanggal 20 April 2015
- Erwan Agus dan Dyah Ratih, 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Gafa Media. Yogyakarta
- Febriyanto, B, Astri Maharani I.P dan Widiarti. 2008. Faktor Risiko Filariasis di Desa Samborejo, Kecamatan Tirto, Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah", *Buletin Penelitian Kesehatan*, Vol.36, No2,48 – 58, Yogyakarta
- Hasan, Akhmad,(2012). *Studi Komunitas Nyamuk Tersangka Vektor Filariasis di Daerah Endemis Desa Gondanglegi kulon Malang Jawa Timur Tahun 2002*. <http://www.litbang.depkes.go.id>, tanggal 02 juni 2015
- Imam Purnomo, Supriyo, Sri Hidayati, 2010. Pengaruh Faktor Pengetahuan Dan Petugas Kesehatan Terhadap Konsumsi Obat Kaki Gajah (Filariasis) di Kelurahan Bligo Kecamatan Buaran Kabupaten Pekalongan. Di akses pada tanggal 11 juni 2015
- Ira Indriaty P.B Sopi, Ni Wayan Dewi Adnyana, 2011. *Cakupan Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Sumba Barat Daya*. Di akses pada tanggal 23 Juni 2015
- Kumboyono, Ika Setyorini, Dorsina Fransisca. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Minum Obat pda Penderita Filariasis di Kelurahan Batu Gajah Kecamatan Sirimau Kota Ambon. Penyakit Menular di Indonesia Edisi I*. Jakarta; Widya Medika Depok. <http://www.old.fk.ub.ac.id/artikel/id>. di akses pada tanggal 24 juni 2015
- Notoatmodjo, S. 2007. *Buku Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2010. *Buku Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2012. *Buku Metodologi penelitian*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. PT Rineka Cipta, Jakarta
- Nungki Hapsari, Santoso. 2012. *Peran Kepala Desa Dan Petugas Kesehatan Terhadap Eliminasi Filariasis Limfatik di Kecamatan Madang Suku Iii Kabupaten Oku Timur*
- Randika, 2011. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Filarial Pada Penduduk Usia 15-65 Tahun di RW 09 Kelurahan Pondok Petir Kecamatan Bojosari Kota Depok*

- Rusmanto, 2014. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap Dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kepatuhan Knsumsi Obat Anti Filarial di RW II Kelurahan Pondok Aren. Ciputat*
- Sudomo, M.Kasnodihardjo, Siti Supardiyah Santoso. 1994. *Penularan Filariasis di Pemukiman Transmigrasi Kumpeh, Jambi ditinjau dari Aspek Sosio Antropologi. Buletin Penelitian Kesehatan, Jakarta*
- Suherni, 2007. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Minum Obat Filariasis Pada Kegiatan Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang, Jawa Barat Tahun*
- Sugiyanto, 2010. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketidakpatuhan Minum Obat Filariasis pada Kegiatan Pengobatan Massal Tahun 2010 diwilayah Kerja Puskesmas Soreang Kabupaten Bandung. Jurnal di akses pada tanggal 25 juni 2015*
- Puskesmas Sosok, 2014. *Hasil Eliminasi Filariasis Tahap I Puskesmas Sosok Kecamatan Tayan Kabupaten Sanggau Tahun 2014*
- Wahyuni, Dwi. 2010. *Pengaruh Karakteristik Kepala Keluarga Dan Persepsi Tentang Program Pemberantasan Filariasis Terhadap Perilaku Pencegahan Filariasis Di Desa Sigara-Gara Kecamatan Patumbak*
- Wawan A, M Dewi. 2010. *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia. Yogyakarta : Nuha Medika*
- Yudi Syuhada, dkk. 2012. *Studi Lingkungan Rumah dan Perilaku Masyarakat Sebagai Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kecamatan Buaran dan Tirta Kabupaten Pekalongan. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*

# Analisis Pelaksanaan Regional Sistem Rujukan di Jawa Timur

Mirza Esvanti

Staf Seksi Rujukan & Khusus Dinkes Provinsi Jawa Timur

Sekretaris Persakmi Provinsi Jawa Timur

Email: [kesjuksus.dinkesjatim@gmail.com](mailto:kesjuksus.dinkesjatim@gmail.com), [Persakmi\\_Jatim@yahoo.co.id](mailto:Persakmi_Jatim@yahoo.co.id)

Email: [mirza\\_esvanti@yahoo.com](mailto:mirza_esvanti@yahoo.com)

## Abstrak

Regionalisasi sistem rujukan adalah pengaturan sistem rujukan dengan penetapan batas wilayah administrasi daerah berdasarkan kemampuan pelayanan medis, penunjang, dan fasilitas pelayanan kesehatan yang terstruktur, sesuai dengan kemampuan. Sistem pengaturan ini tidak termasuk kondisi gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan, pertimbangan geografis dan ketersediaan fasilitas. Rumah Sakit Rujukan Regional di Jawa Timur ditetapkan melalui SK Gubernur Jawa Timur didasarkan hasil *assessment* sesuai dengan kriteria pedoman/standar yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Pelaksanaan kegiatan regionalisasi sistem rujukan di Provinsi Jawa Timur, perlu upaya pembinaan dan pengawasan yang dilaksanakan secara berjenjang dari pelayanan kesehatan tingkat pertama hingga pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Kegiatan ini dilakukan secara berurutan mulai dari Dinas Kesehatan kabupaten/Kota sampai Dinas Kesehatan Provinsi. Kriteria keberhasilan regionalisasi sistem rujukan di Jawa Timur belum dapat diukur secara maksimal, karena lemahnya sistem pencatatan pelaporan di semua tingkat pelayanan. Oleh karena itu, sangat diperlukan upaya perbaikan serta pengembangan konsep evaluasi prosedur dan tata laksana, pencatatan dan pelaporan regionalisasi sistem rujukan meliputi fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat rujukan, dalam rangka upaya penataan rujukan yang efisien dan efektif.

Kata kunci: sistem rujukan, regionalisasi, pengawasan

## Abstract

*Regionalization of referral system is a regulation of referral system by localizing administrative area based on medical services capability, supporting system, and structured health facilities according to their capability. The regulation system does not include the emergency situation, disaster, a specific health problems, geographical considerations and availability of facilities. Regional Referral Hospital in East Java is established by the Governor of East Java decree which is based on assessment results according to the criteria in the standard guidelines from Ministry of Health. The implementation of referral system regionalization in East Java Province requires an appropriate supervision in each level, beginning from first level of health services until the*

*highest level as well as from District Health Office to Provincial Health Office. A successful criteria for regionalization of reference system in East Java could not be measured optimally due to inappropriate reporting and recording system at primary health care level as well as the the referral services. Otherwise, It is important to improve a planning as well as to develop an evaluation concept of the start procedure and governance, recording and reporting of regionalization referral system begins first-level health facilities to the referral level health facility as an effort to implements the efficient and effective referral system.*

*Key words: referral system, regionalization, supervision*

## **Pendahuluan**

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Regulasi tentang *Referral system* baru diperbarui diatur oleh Pemerintah dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan yang merupakan pengganti dari Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 032/Birhup/1972 tentang *Referral System*.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 ini memuat adanya Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Pelayanan Kesehatan Tingkat pertama, tingkat kedua dan ketiga yang dibedakan berdasarkan pelayanan kesehatan dasar, spesialis dan subspecialistik serta disebutkan adanya pengecualian pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis. Berdasarkan data laporan tahunan RS di Jawa Timur pada tahun 2013 menunjukkan adanya kasus rujukan yang tidak terstruktur dan berjenjang, karena pada RS Kelas A milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur >80 % kasus rujukan berasal dari Puskesmas. Semua itu berakibat pada penumpukan pasien yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan pada akhirnya berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan, penggunaan Sumber daya manusia (SDM) dan teknologi canggih tidak tepat guna. Masalah lain yang mempengaruhi pelaksanaan sistem rujukan adalah kepatuhan petugas kesehatan terhadap pelaksanaan kebijakan dan pedoman tentang sistem rujukan.

Kebijakan sistem rujukan berkembang pada tahun 2013, melalui Surat Edaran Ditjen Pelayanan Kesehatan RI agar setiap provinsi mengirimkan daftar RS Rujukan Regional. Perkembangan Regionalisasi sistem rujukan telah ditindaklanjuti melalui penetapan Surat Keputusan (SK) Gubernur Jawa Timur Nomor 118/359/KPTS/013/2015, tentang Pelaksanaan Regional Sistem Rujukan Provinsi Jawa Timur yang bertujuan untuk

meningkatkan efisiensi sistem rujukan dan akses kesehatan bagi masyarakat Jawa Timur. SK Gubernur ini merupakan revisi dari SK Gubernur Jawa Timur Nomor 188/786/KPTS/013/2013 tentang Pelaksanaan Regional Sistem Rujukan Jawa Timur.

Dalam SK ini ditetapkan 2 (dua) RS Rujukan Provinsi, 8 (delapan) RS Rujukan Regional, 2 (dua) RS Rujukan Kasus Jiwa dan 2 (dua) RS Rujukan Kasus Kusta. Selain itu, SK ini juga mengatur beberapa Kabupaten/Kota karena aspek geografis berada di wilayah perbatasan, mempunyai 2 RS Rujukan Regional, misalnya Kabupaten Lumajang menjadi wilayah RS Saiful Anwar Malang dan RS Soebandi Jember.

Dalam SK Gubernur ini disebutkan bahwa pelaksanaan sistem rujukan Pelaksanaan sistem rujukan berjenjang, mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ke Rumah Sakit di Kabupaten/Kota, dari Rumah Sakit di Kabupaten/Kota ke Rumah Sakit Rujukan Regional dan dari Rumah Sakit Rujukan Regional ke Rumah Sakit Provinsi. Rumah Sakit di Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Rujukan Regional, Rumah Sakit Provinsi melakukan rujuk balik ke fasilitas kesehatan yang merujuk disertai saran-saran dan atau obat untuk kasus-kasus tertentu. Bahwa salah satu permasalahan belum optimalnya rujukan berjenjang adalah karena belum terstandarnya fasilitas kesehatan tingkat pertama baik sarana, prasarana, peralatan dan SDM. Pelaksanaan regionalisasi sistem rujukan ini berdampak dan menjadi *issue* hangat khususnya bersamaan dengan pelaksanaan JKN yang dimulai pada tahun 2014, karena Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama hanya boleh merujuk 144 Diagnosa sesuai Permenkes RI Nomor 5 Tahun 2014. Saat Dinas Kesehatan dan BPJS Cabang di beberapa daerah menginisiasi pertemuan untuk merumuskan kesepakatan dengan didasarkan penilaian bersama terhadap kemampuan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) untuk beberapa diagnose yang karena kondisi setempat dinyatakan tidak mungkin memenuhi standar Permenkes RI Nomor 5 Tahun 2014. Pelaksanaan sistem rujukan yang dimulai dari FKTP sampai dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) perlu dilakukan evaluasi dalam hal gambaran kemampuan RS Rujukan Regional serta alur dan tata laksana regionalisasi sistem rujukan di Provinsi Jawa Timur

## **Gambaran Kondisi RS Rujukan Regional di Jawa Timur**

Saat ini terdapat 960 Puskesmas yang tersebar di 38 Kab/Kota di Jawa Timur selain juga terdapat 1069 Klinik serta beberapa fasilitas kesehatan dasar lainnya. Sedangkan untuk jumlah RS sebagai fasilitas kesehatan rujukan saat ini berjumlah 371 RS. Jumlah faskes yang cukup banyak ini tidak diikuti dengan standarisasi khususnya terkait sarana, prasarana, SDM baik di fasilitas kesehatan tingkat dasar maupun fasilitas kesehatan rujukan, sehingga upaya penataan sebuah sistem rujukan berjenjang bisa lebih optimal. Berdasarkan Permenkes Nomor 1 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, pada pasal 5 menyatakan bahwa sistem rujukan diwajibkan bagi pasien peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial. Pada tahun 2014 Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan terkait regionalisasi sistem rujukan di setiap Provinsi. Provinsi Jawa Timur dengan jumlah penduduk lebih dari 38 juta dan

memiliki fasilitas kesehatan yang cukup banyak, telah menentukan 8 RS Rujukan Regional yang mengampu beberapa RS di Kabupaten/Kota.

Pada tahun 2014, Provinsi Jawa Timur telah mengembangkan konsep regionalisasi sistem rujukan yang didukung oleh program *Australia Indonesia Partnership for Health Systems and Strengthening (AIPHSS)*, dan beroperasi dengan bantuan dana *Australia Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)*. Program kerjasama ini juga mengembangkan rujukan di 4 Kabupaten/Kota di wilayah Jawa Timur, meliputi Situbondo, Bondowoso, Bangkalan dan Sampang. Dalam melaksanakan konsep regionalisasi sistem rujukan, Provinsi Jawa Timur telah menerbitkan Buku Pedoman Teknis Regional Sistem Rujukan di Jawa Timur. Data Rumah Sakit Rujukan Regional disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Data Umum RS Rujukan Regional di Jawa Timur

No	Nama RS	Kelas RS	Akreditasi RS	Ditetapkan sebagai RS Pendidikan	Perkiraan Jarak dengan RS Rujukan Nasional	Perkiraan waktu tempuh dengan RS Rujukan Nasional
1	RSU Dr Saiful Anwar Malang	A Pendidikan	Paripurna versi 2012	sudah ditetapkan	96,23km	2 jam 23 menit
2	RSUD Haji Surabaya	B	Paripurna versi 2012	sudah ditetapkan	4 km	15 menit
3	RSUD Ibnu Sina Gresik	B	belum terakreditasi versi 2012	belum ditetapkan (sudah diterbitkan rekomendasi)	26 km	60 menit
4	RSUD Kab Sidoarjo	B	Paripurna versi 2012	sudah ditetapkan	32 km	60 menit
5	RSUD Kab Jombang	B	Paripurna versi 2012	belum ditetapkan	80 km	2 jam, 15 menit
6	RSUD Dr Soedono Madiun	B	Paripurna versi 2012	sudah ditetapkan	180 km	4 jam, 15 menit
7	RSUD Dr Iskak Tulungagung	B	Paripurna versi 2012	belum ditetapkan (sudah diterbitkan rekomendasi)	170 km	4 jam
8	RSUD Dr Soebandi Jember	B	belum terakreditasi versi 2012	sudah ditetapkan	200 km	5 jam

Sumber data: Seksi Kesehatan Rujukan & Khusus Dinkes Provinsi Jawa Timur Tahun 2015

Berdasarkan tabel 1, secara umum RS yang ditunjuk sebagai RS Rujukan Regional sudah memenuhi persyaratan minimal, yaitu RS Kelas B. Terdapat dua RS Rujukan Regional yang masih belum terakreditasi pada tahun 2012 yaitu RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr Soebandi Jember, selain itu terdapat tiga RS yang belum ditetapkan sebagai RS Pendidikan yaitu RSUD Ibnu Sina Gresik, RSUD Dr Iskak Tulungagung dan RSUD Jombang. Pada tahun 2015, ada 2 (dua) RS yaitu RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr Iskak Tulungagung yang telah diberikan rekomendasi penetapan RS Pendidikan oleh Kadinkes Provinsi Jawa Timur sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1069/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar RS Pendidikan. Pada tabel 1 diatas, juga ditampilkan data jarak tempuh dan perkiraan waktu yang diperlukan masing-masing RS Rujukan Regional ke RSUD Dr Soetomo Surabaya. Bahwa pada kasus-kasus tertentu dan kegawatdaruratan pertimbangan jarak tempuh dan perkiraan waktu diperlukan ketika RS Rujukan Regional akan merujuk ke RS Dr Soetomo Surabaya yang merupakan RS Rujukan Provinsi sesuai SK Gubernur dan RSUD Dr. Soetomo Surabaya merupakan RS Kelas A yang juga ditetapkan sebagai RS Rujukan Nasional oleh Kementerian Kesehatan RI berdasarkan KMK RI Nomor: HK.02.02/MENKES/390/2014.

Tabel 2. Pelayanan Unggulan RS Rujukan Regional di Jawa Timur

No	Nama RS	Pelayanan Unggulan
1	RSU Dr Saiful Anwar Malang	Kegawatdaruratan, Stroke Unit, Ginjal Terpadu, Onkologi Terpadu, Mother and Child, Bedah Minimal Invasif, Burn Unit Care, Laboratorium Terpadu, Brachyterapi, Radioterapi, Jantung Terpadu
2	RSUD Haji Surabaya	Pusat pelayanan rujukan jama'ah haji, Pelayanan kosmetik medis, Pelayanan bedah endoskopi, Pelayanan kardiovaskular invasif, Pelayanan Rehabilitasi medik
3	RSUD Ibnu Sina Gresik	Pelayanan Tindakan Hemodialisa , Tindakan VECO ( Operasi Katarak tanpa irisan ), Pelayanan Bank Darah, Pelayanan Tindakan Fluoroskopi.
4	RSUD Kab Sidoarjo	Poli Eksekutif, Pelayanan Rehab Medis, Hemodialisa, Layanan Bedah, Pelayanan Intensif Terpadu, Pemeriksaan Mikrobiologi, Layanan Bedah Mulut, Laparascopy, Endoscopy, Spine Ortho Surgery (Laminectomy)
5	RSUD Kab Jombang	PONEK/RSSIB
6	RSUD Dr Soedono Madiun	Pelayanan Unit Stroke, Pelayanan Urologi (ESWL), Pelayanan Trauma Kepala dan Tulang Belakang, Pelayanan endoscopy, Pelayanan CT-Scan
7	RSUD Dr Iskak Tulungagung	Instalasi Gawat Darurat
8	RSUD Dr Soebandi Jember	ESWL, VCT/ CST, MRI, Poli eksekutif, Hemodialisa, Kemoterapi, Kamar Operasi, rujukan flu burung, rujukan trauma center

Sumber data: Laporan Tahunan RS tahun 2015 Seksi Kesehatan Rujukan & Khusus Dinkes Provinsi Jawa Timur

Penetapan RS Rujukan Regional di Provinsi Jawa Timur selain melalui SK Gubernur Jawa Timur, juga diterbitkan Kepmenkes RI Nomor HK.02.02/MENKES/391/2014 tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional. Dalam Kepmenkes RI tersebut dijelaskan bahwa salah satu tugas RS Rujukan Regional adalah mengembangkan pelayanan unggulan spesialisik. Berbagai jenis pelayanan spesialisik dapat dilihat pada Tabel 2. Selain itu juga disebutkan bahwa peran pemerintah dalam pengembangan sistem rujukan dimana hal ini terkait dengan pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan sebagai RS Rujukan Regional. Beberapa sumber anggaran yang bisa didapatkan oleh RS diantaranya adalah dana DBHCHT, dana BLUD, dana APBN TP pada tahun 2014 yang saat ini telah diubah menjadi dana Dana Alokasi Khusus

Tabel 3. Data Ketersediaan Fasilitas di RS Rujukan Regional di Jawa Timur

No	Nama RS	Jumlah Tempat Tidur	Jumlah TT ICU & ICCU	Jumlah TT NICU	Jumlah kamar operasi	Jumlah ruang isolasi
1	RSU Dr Saiful Anwar Malang	872	23	4	17	21
2	RSUD Haji Surabaya	257	10	10	4	6
3	RSUD Ibnu Sina Gresik	194	9	20	6	19
4	RSUD Kab Sidoarjo	573	20	10	11	1
5	RSUD Kab Jombang	446	13	6	11	15
6	RSUD Dr Soedono Madiun	343	13	25	10	2
7	RSUD Dr Iskak Tulungagung	354	18	8	10	10
8	RSUD Dr Soebandi Jember	352	9	3	6	10

Sumber data: Laporan Tahunan RS Tahun 2015 Seksi Kesehatan Rujukan & Dinkes Provinsi Jawa Timur

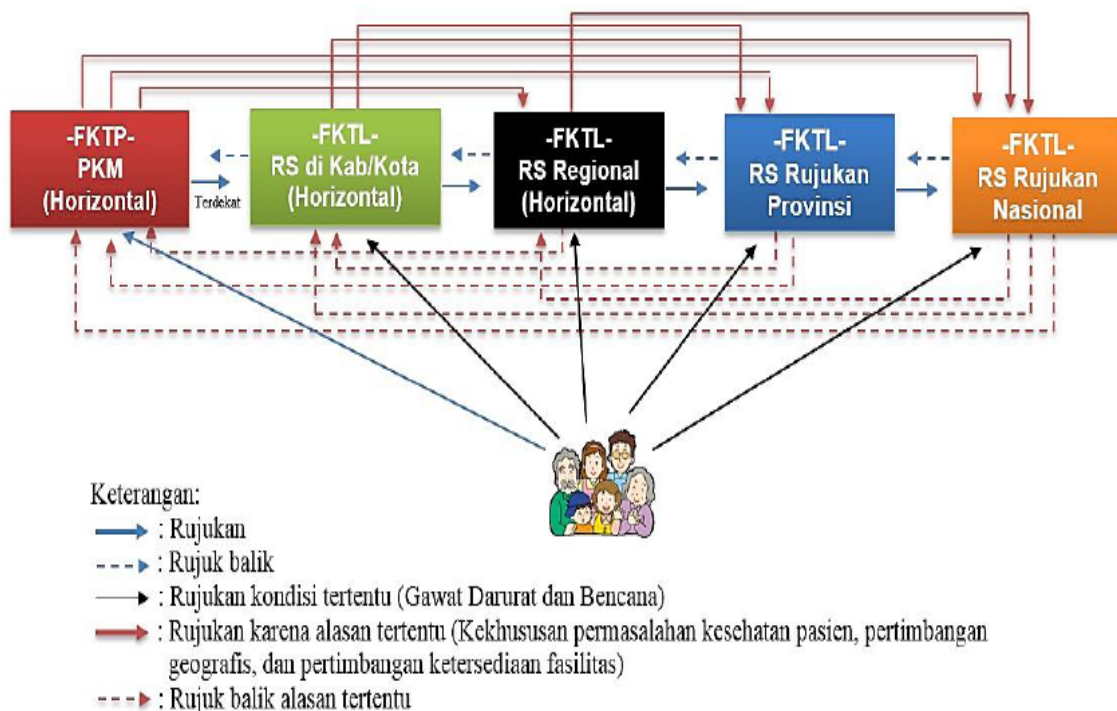
Dengan ditunjukkan 8 (delapan) RS Rujukan Regional, maka diharapkan kemampuan RS Rujukan Regional bisa meningkat khususnya terkait dengan kasus-kasus yang tidak mampu dilayani di masing-masing RS di Kab/Kota baik dari ketersediaan tempat tidur maupun kasus-kasus yang membutuhkan Ruang Intensif (ICU, ICCU, NICU) termasuk peralatan pendukungnya misalnya ventilator, *Continuos Positive Airway Pressure* (CPAP) maupun tenaga medis dan tenaga perawat yang terlatih.

Berdasarkan Buku Pedoman Teknis Regionalisasi Sistem Rujukan disebutkan bahwa RS Rujukan Regional diharapkan memiliki minimal 5 ruang kamar operasi (Tabel 3). Rumah Sakit Haji Surabaya baru memiliki jumlah kamar operasi 4 ruang. RS Rujukan Regional disiapkan juga untuk menerima kasus-kasus yang memerlukan ruang isolasi terkait dengan rujukan kasus-kasus menular. Data ruang isolasi di RS Rujukan Regional pada bab 3 lebih. Ketersediaan atau pemisahan ruang perawatan dari pasien lain saat menerima perawatan medis, ruang isolasi sesuai standar Kementerian Kesehatan adalah ruang yang digunakan untuk perawatan pasien dengan penyakitresiko yang dapat ditularkan pada orang lain seperti penyakit-penyakit infeksi antara lain HIV/AIDS, SARS, Flu Burung, Flu Babi, dan lain-lain.



## Analisis Regionalisasi Sistem Rujukan di Jawa Timur

Pada Buku Pedoman Teknis Regionalisasi Sistem Rujukan di Jawa Timur yang terbit pada tahun 2014 terdapat beberapa hal yang diatur, diantaranya ruang lingkup, alur rujukan regional, tata laksana dan prosedur rujukan, pencatatan dan pelaporan, monitoring evaluasi serta kriteria keberhasilan. Pada aspek ruang lingkup, secara umum sistem rujukan sudah berjalan, baik terkait jenis rujukan, rujukan dari masyarakat, rujukan lintas batas dan perbatasan, pelayanan kegawatdaruratan serta rujukan pada kondisi bencana alam, kejadian luar biasa (*force majeure*) dan program penyakit khusus tertentu. Dimana untuk ketentuan rujukan penyakit khusus mengikuti proses rujukan yang berlaku pada program tersebut. Alur rujukan regional di Jawa Timur telah ditetapkan dalam Buku Pedoman Teknis ini, seperti pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur Regionalisasi Sistem Rujukan di Provinsi Jawa Timur

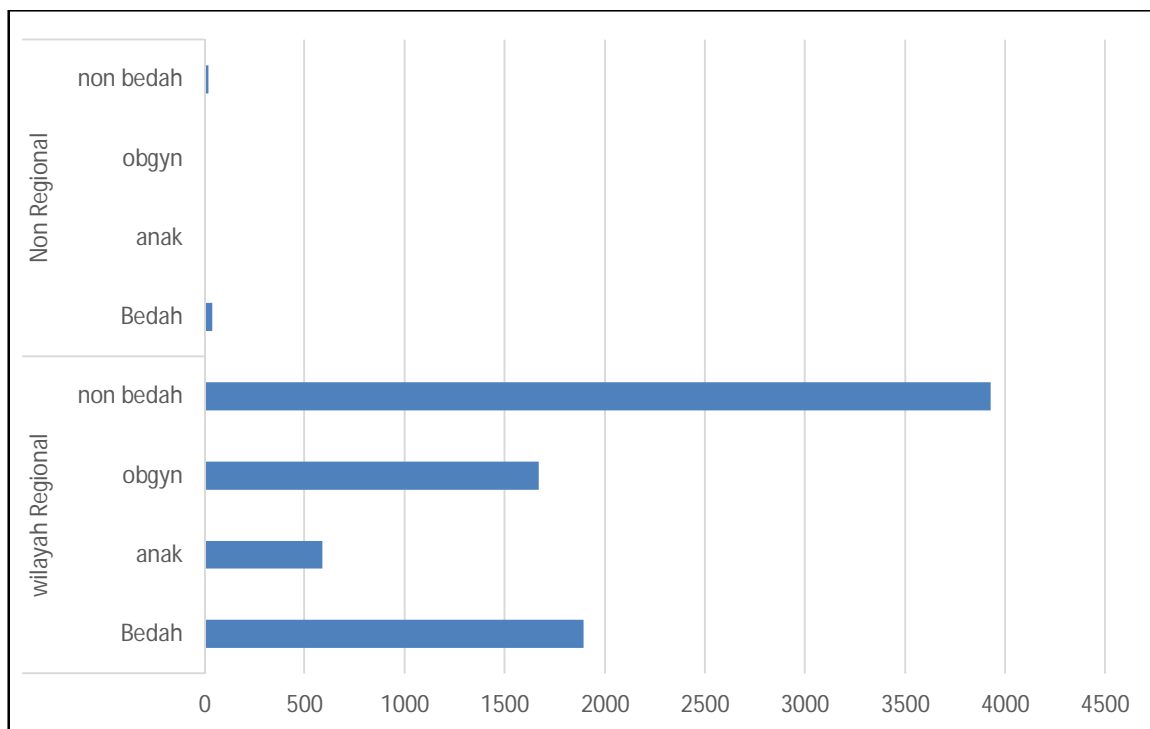
Pada awal diterbitkan SK Gubernur Jawa Timur nomor 118/359/KPTS/013/2015, beberapa permasalahan muncul terkait alur rujukan. Khususnya pada kasus rujukan yang terbiasa langsung ke RSUD Dr Soetomo Surabaya dan masih belum siapnya RS Rujukan Regional, khususnya terkait sarana prasarana RS. Beberapa kasus muncul salah satunya adalah RS Haji, yang hampir 90 % kasus rujukan ke RS Dr Soetomo karena kamar penuh.

Tata laksana dan Prosedur Rujukan dalam Pedoman Teknis ini bersifat umum, dan merupakan ketentuan yang harus dilaksanakan dalam mekanisme rujukan. Beberapa kendala terkait tata laksana dan prosedur rujukan antara lain:

- 1) Pada lampiran Buku Pedoman Teknis ini secara umum sudah terlampir format rujukan yang merupakan salah satu persyaratan prosedur administratif yang berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnose awal, terapi yang sudah diberikan,

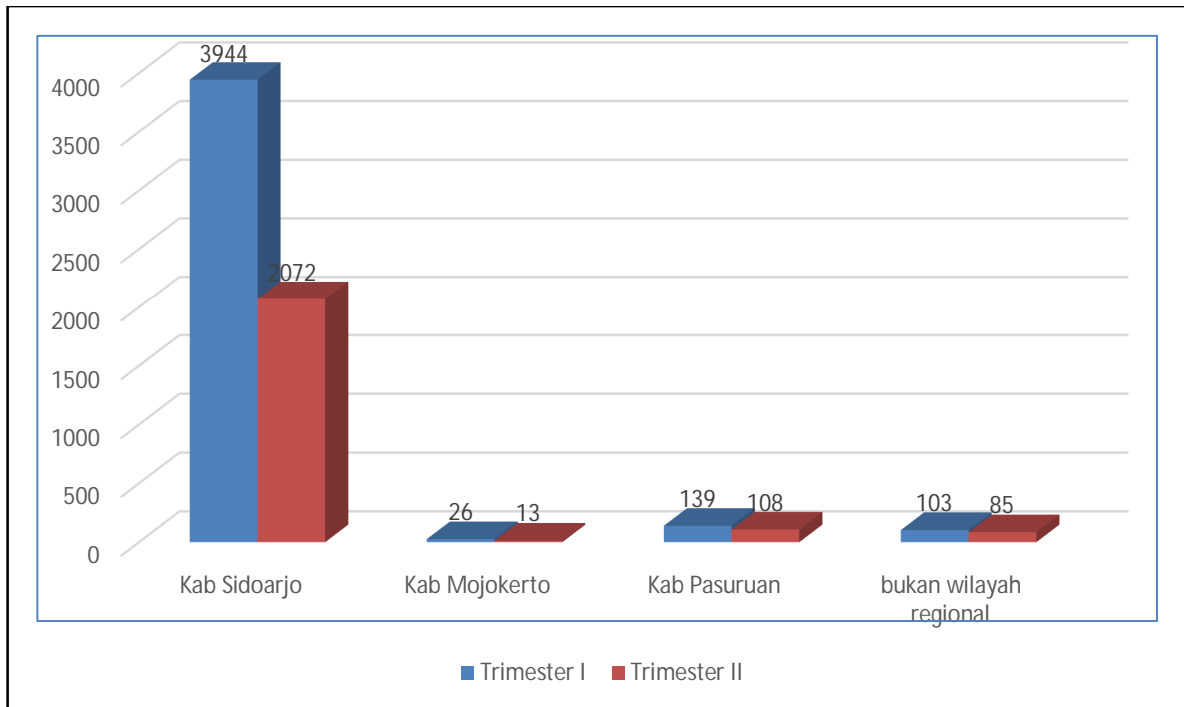
tujuan rujukan dan nama/tandatangan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan. Berdasarkan evaluasi format rujukan yang ada di puskesmas maupun yang ada di rumah sakit, secara umum tidak seragam, bahkan perujuk juga tidak melakukan arsip format rujukan sehingga tidak bisa dilakukan evaluasi.

- 2) Pada prosedur rujukan dimana perujuk memastikan penerima rujukan bisa dan mampu menerima pasien dengan menggunakan fasilitas radiomedik dan telekomunikasi, hal ini masih belum berjalan dengan baik. Beberapa dilaporkan perujuk langsung datang ke RS Rujukan Regional tanpa koodinasi terlebih dahulu atau terkadang telepon pada saat pasien sudah dalam perjalanan. Dalam prosedur ini lebih diatur untuk pasien rujukan rawat inap, karena untuk rujukan rawat jalan, semua tidak menggunakan fasilitas komunikasi karena pasien langsung membawa surat rujukan.
- 3) Terkait fasilitas kesehatan yang menerima rujukan pasien harus memberikan laporan atau informasi medis balasan rujukan kepada fasilitas kesehatan pengirim pasien mengenai kondisi klinis terakhir pasien, Prosedur ini juga sampai saat ini belum terlaksana dengan baik, sehingga pihak yang merujuk terkadang tidak bisa melakukan evaluasi terhadap pasien yang dirujuk kefaskes yang lebih tinggi.



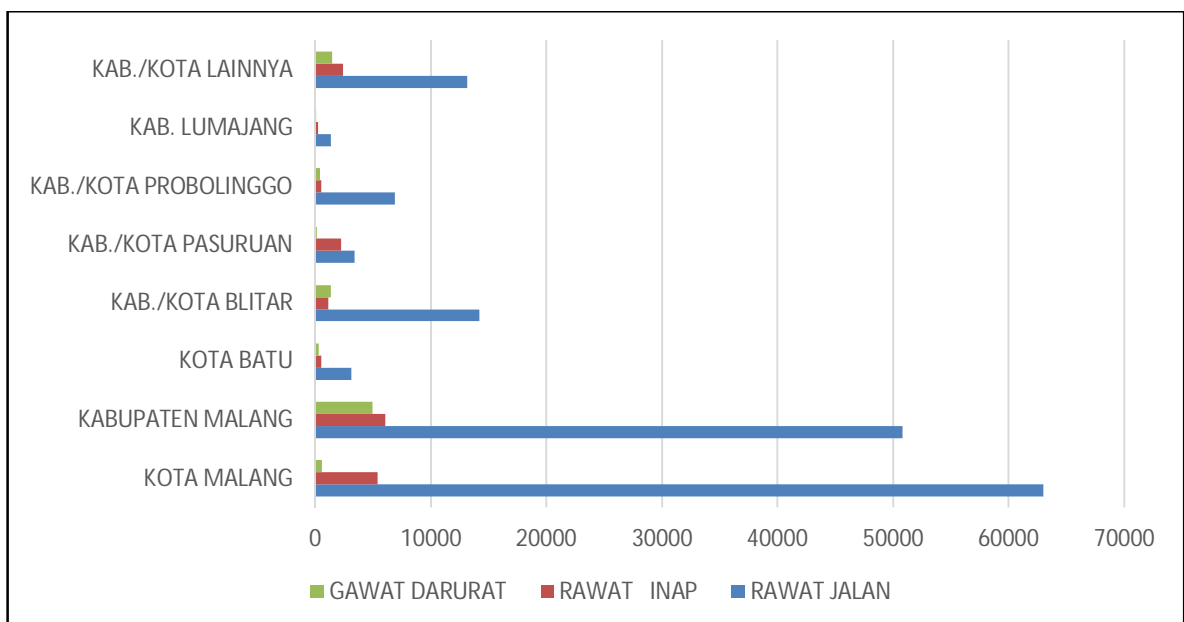
Gambar 2. Data asal rujukan di IGD di RS Soebandi Jember dari wilayah regional Jember dan Non Regional Jember tahun 2015

Berdasarkan Gambar 2, terlihat bahwa data kegiatan rujukan di IGD RS Soebandi Jember 99 % berasal dari wilayah Jember dan sekitarnya yang menjadi wilayah rujukan regional Jember, sedang 1% berasal dari wilayah non regional Jember.

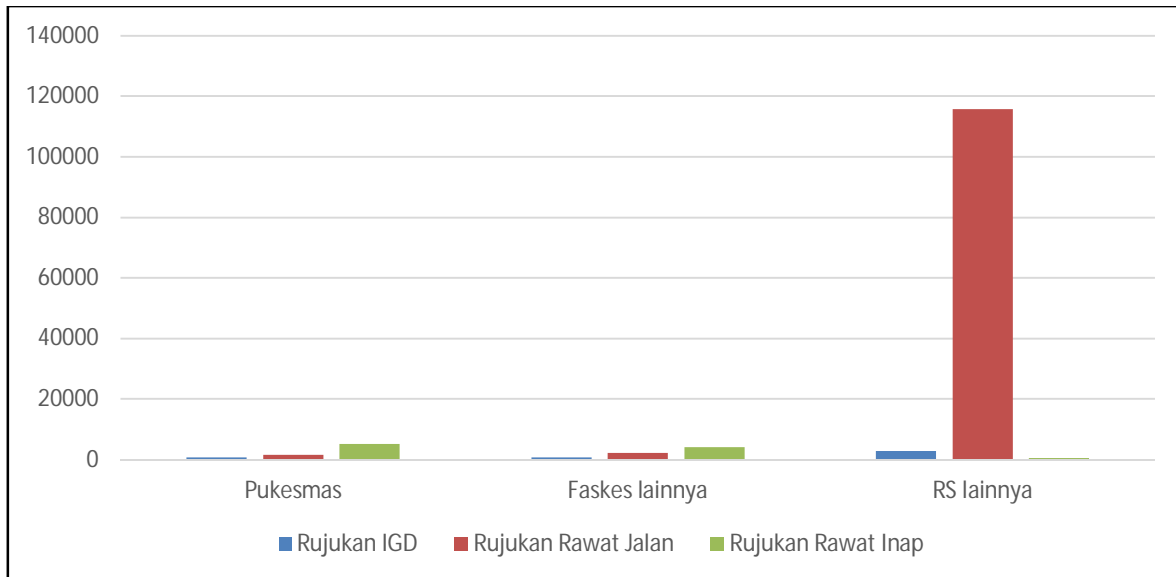


Gambar 3. Data Kasus Rujukan di IGD di RS Rujukan Regional Wilayah Sidoarjo pada semester I & II Tahun 2015

Pada Gambar 3 secara detail ditampilkan kasus rujukan per wilayah kabupaten/kota di wilayah Regional Sidoarjo yaitu yang meliputi wilayah Sidoarjo, Kabupaten/Kota Mojokerto dan Kabupaten/Kota Pasuruan. Data kasus rujukan di IGD RS Sidoarjo hampir sama kondisinya dengan wilayah regional Jember dengan total >90 % rujukan sudah berasal dari wilayah regional. Dari data tersebut >95 % adalah rujukan dari Kab Sidoarjo hanya 5 % rujukan dari kab/kota dalam wilayah regional.

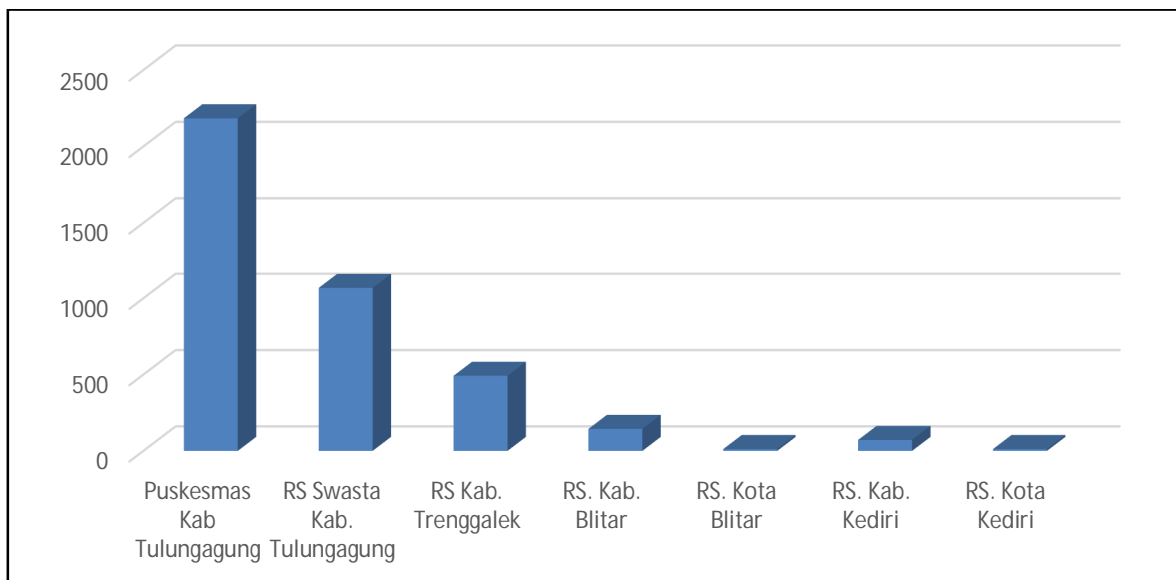


Gambar 4. Data Rujukan Gawat Darurat, Rawat Inap dan Rawat Jalan berdasarkan asal wilayah di RS Saiful Anwar Malang (Semester I tahun 2015)



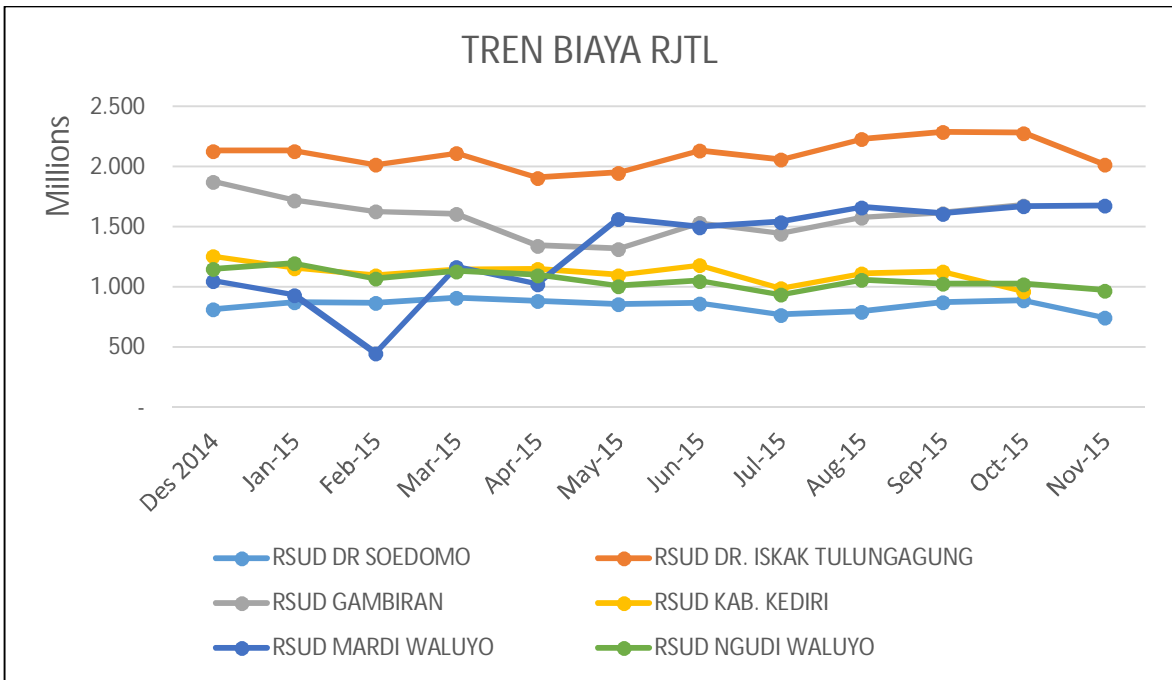
Gambar 5. Data Rujukan Gawat Darurat, Rawat Inap dan Rawat Jalan berdasarkan asal Fasilitas Kesehatan di RS Saiful Anwar Malang (Semester I tahun 2015)

Pada Gambar 5 menunjukkan bahwa sebaran kasus rujukan di RS Saiful Anwar Malang adalah rujukan rawat jalan yang sebagian besar dari Kota dan Kabupaten Malang. Sedangkan untuk gambar 5 menunjukkan bahwa saat ini rujukan di IGD RS Saiful Anwar > 65 % adalah dari RS lainnya termasuk rujukan di rawat jalan RS Saiful Anwar > 95 % juga dari RS lainnya. Hanya 2 % puskesmas yang melakukan rujukan rawat jalan di RS Saiful Anwar Malang.



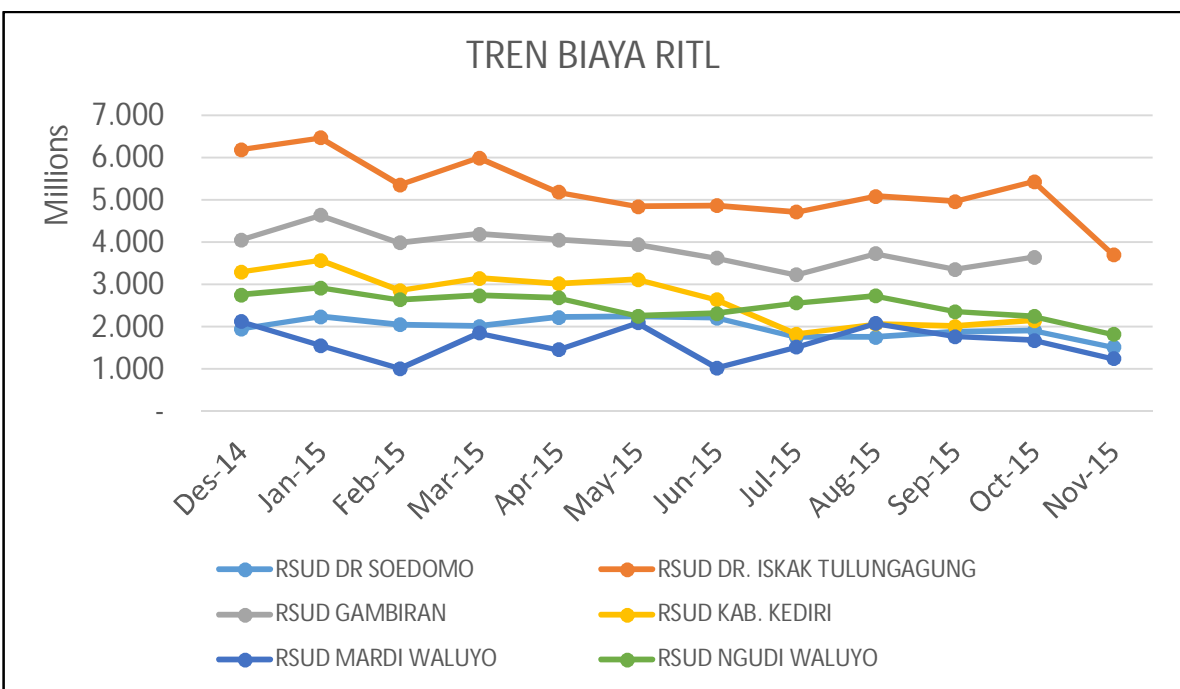
Gambar 6. Sebaran Fasilitas Kesehatan yang merujuk ke IGD RSUD Dr Iskak Tulungagung Tahun 2015

Dari Gambar 6, tampak bahwa data kasus rujukan di RS Dr Iskak Tulungagung 54,8 % berasal dari Puskesmas di wilayah Tulungagung dan hampir sama dengan kondisi regional lain yang menunjukkan bahwa dari total pasien yang ada >90 % adalah pasien dari wilayah regional Tulungagung



Gambar 7. Tren Biaya Rawat Jalan Tingkat Lanjutan RS Dr Iskak Tulungagungdiantara RS Kab/Kotadi wilayah Regional

Sumber: BPJS Regional VII pada Pertemuan Fasilitasi Sistem Rujukan di Regional Tulungagung tgl 11 Februari 2015



Gambar 8. Tren Biaya Rawat Inap Tingkat Lanjutan RS Dr Iskak Tulungagungdiantara RS Kab/Kotadi wilayah Regional

Sumber: BPJS Regional VII pada Pertemuan Fasilitasi Sistem Rujukan di Regional Tulungagung tgl 11 Februari 2015

Secara umum, dengan ditunjukkannya RS Rujukan Regional bahwa pembiayaan baik Rawat Jalan (RJTL) maupun Rawat Inap (RITL) di RS Rujukan Regional (RS Dr Iskak Tulungagung) menunjukkan kecenderungan pembiayaan yang meningkat/lebih tinggidi antara RS yang diampu/di sekitar wilayah regional seperti pada gambar 7 dan gambar 8.

Pada Pedoman Teknis terdapat beberapa indikator keberhasilan regionalisasi sistem rujukan diantaranya: Angka Ketepatan Regionalisasi Sistem Rujukan, Angka Rujukan FTKP, Angka Ketepatan Diagnosis Rujukan, Angka Ketidampuan Pelayanan Rujukan, Angka Balasan Rujukan Dikirim, Angka Balasan Rujukan Diterima, Indeks Kepuasan Pelayanan Rujukan. Data tersebut ada yang didapatkan dari Fasilitas Kesehatan Dasar dan Fasilitas Kesehatan Rujukan.

Sampai dengan tahun 2015 data Keberhasilan Regionalisasi Sistem Rujukan masih belum diperoleh secara optimal karena beberapa hal, yaitu, 1) belum ada standarisasi Formulir Rujukan yang digunakan oleh Fasilitas Kesehatan; 2) belum ada standarisasi register rujukan di FKTP; 3) blum ada standarisasi register rujukan di faskes rujukan; 4) belum optimalnya rujuk balik 5) belum ada evaluasi secara khusus terkait kepuasan pelayanan rujukan.

## **Kesimpulan**

- 1) Dari aspek regulasi, pedoman teknis tentang sistem rujukan telah dibuat baik di tingkat pusat dan Provinsi Jawa Timur Terdapat 4 kab/Kota yang disupport oleh Lembaga Donor untuk membuat sistem rujukan di wilayah Kab/Kota
- 2) Dibutuhkan sosialisasi terkait dengan regulasi yang ada termasuk pembinaan dan pengawasan baik oleh Dinkes Provinsi maupun Dinkes Kab/Kota. Pembinaan diharapkan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai dengan pelayanan kesehatan rujukan terkait dengan indikator keberhasilan sistem rujukan
- 3) Penguatan fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting untuk memenuhi persyaratan sebuah RS Rujukan Regional sesuai regulasi yang ada. Apabila ditinjau dari aspek sarana, prasarana dan SDM, RS Rujukan Regional tidak lebih baik dari RS di wilayahnya.
- 4) Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan terkait sistem rujukan pada fasilitas kesehatan belum dilakukan dengan lengkap termasuk pelaporannya ke Dinas Kesehatan, ehingga data evaluasi rujukan tidak bisa dianalisa dengan baik.
- 5) Sistem informasi merupakan bagian yang sangat penting dalam sistem rujukan dan harus disediakan oleh RS rujukan Regional untuk meningkatkan kualitas pelayanan rujukan. Infromasi yang disediakan antara lain informasi terkini mengenai kebutuhan pasien, infromasi sarana dan prasaranayang tersedia di RS.

## Daftar Pustaka

- Undang-Undang Republik Indonesia No.40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia No.24, Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta.
- Undang-Undang Nomor. 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jenderal BUK (Bina Upaya Kesehatan) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 01 Tahun 2012 tentang *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan No.71 tahun 2013 tentang *Pelayanan Kesehatan pada JKN*. Jakarta.
- Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2014. *Pedoman Teknis Regionalisasi Sistem Rujukan*. Surabaya

