



Poltekkes Kemenkes Kupang



# PROSIDING

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEBIDANAN

**Kolaborasi Profesi Kesehatan  
Dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak**

**KUPANG, 12 MEI 2018**

Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Kupang  
Jl. RA Kartini No. 1 Kelapa Lima Kupang - NTT  
[www.bidanpoltekkeskupang.ac.id](http://www.bidanpoltekkeskupang.ac.id)



**PROSIDING**  
**SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEBIDANAN**  
“Kolaborasi Profesi Kesehatan dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak”



**PANITIA SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEBIDANAN**  
**JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG**  
**TAHUN 2018**

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala Penyertaan-Nya yang telah diberikan kepada Kita semua, sehingga Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan dengan tema “Kolaborasi Profesi Kesehatan dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak” di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dapat terwujud. Prosiding ini memuat sejumlah artikel hasil penelitian yang telah dilakukan oleh para peneliti, tenaga kesehatan, praktisi kesehatan, dan dosen perguruan tinggi baik dalam lingkup Poltekkes Kemenkes Kupang maupun dari institusi kesehatan lainnya dari seluruh Indonesia, yang dikumpulkan dan ditata oleh Dewan Redaksi dalam Kepanitiaan Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan. Oleh karena itu dalam kesempatan ini, perkenankan Kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. Jefrin Sambara, Apt, MSi, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang, yang telah memfasilitasi dan mendukung penyelenggaraan kegiatan Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan.
2. Bringiwatty Batbual, AMd.Keb. SKep.Ns, MSc, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang dan penanggungjawab kegiatan Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan.
3. Bapak/Ibu panitia Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pemikirannya, demi suksesnya kegiatan ini.
4. Bapak/Ibu dosen penyumbang artikel hasil penelitian dalam prosiding ini.

Semoga prosiding ini dapat memberi manfaat bagi Kita semua untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang ilmu kesehatan. Disamping itu, diharapkan juga dapat menjadi referensi bagi upaya pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia secara optimal. Mohon maaf jika ada hal-hal yang kurang berkenan, segala saran dan kritik yang membangun sangat Kami harapkan demi kesempurnaan prosiding ini.

Ketua Panitia

Dr.Mareta B. Bakoil,SST,MPH

NIP.19760310 200012 2 001

## SEKAPUR SIRIH

Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang merupakan salah satu jurusan yang berada dalam Lingkup Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. Jurusan Kebidanan merupakan institusi Pendidikan Tinggi yang menyelenggarakan program pendidikan profesional kebidanan dalam bidang keahlian ilmu kebidanan. Jurusan Kebidanan mendidik mahasiswa menjadi Ahli Madya Kebidanan (AMd.Keb) yang memiliki kemampuan profesional dalam menerapkan, mengembangkan, menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan teknologi kebidanan, serta mengupayakan pemanfaatan teknologi kebidanan tersebut untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat terutama dalam bidang Kesehatan Ibu dan Anak, Kesehatan Reproduksi, dan Keluarga Berencana sepanjang daur kehidupan wanita.

Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, sampai dengan tahun 2018 telah meluluskan  $\pm$  3500 orang (alumni). Lulusan dari Jurusan Kebidanan telah menyebar di berbagai Kabupaten dan Kota diseluruh NTT dan di beberapa provinsi lainnya serta di Negara Timor Leste. Sesuai dengan perkembangan ketentuan DIKTI mengenai akreditasi jurnal, setiap jurnal terakreditasi yang diterbitkan harus dalam bentuk jurnal elektronik. Terkait hal itu, edisi perdana Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan diterbitkan dalam bentuk cetakan. Dengan prosiding ini, ruang lingkup penelitian kebidanan diharapkan dapat berkembang cepat sampai pada tingkat internasional.

Terkait akan dimulainya penerbitan naskah Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan untuk edisi pertama, saat ini beberapa naskah artikel yang akan di *Launching* dalam edisi pertama telah dipilih dan diseleksi melalui sistim *double blind review*. *Launching* prosiding ini akan dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan seminar dan *call for paper*. Karena signifikansi dari acara ini, panitia mengharapkan segala kerjasama, daya dan upaya sehingga acara ini dapat berlangsung dengan sukses, dengan semangat “*Together We Can*”.

Salam Sukses

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kupang

Bringiwatty Batbual, AMd.Keb, S.Kep, Ns, MSc  
NIP. 19710515199403 2 002

## **SAMBUTAN**

### **DIREKTUR POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

Mengawali sambutan ini marilah kita panjatkan Puji dan syukur kehadirat Tuhan yang maha Kuasa atas segala rahmat dan penyertaan-Nya sehingga kegiatan “ Seminar Nasional” dengan Tema “Pendidikan Berkelanjutan Bidan dalam Rangka Peningkatan Profesional Bidan dan Peningkatan Kesehatan Masyarakat”, telah selesai digelar dan berlangsung dengan lancar yang *output* nya karya Ilmiah (prosiding) dan jurnal kebidanan yang merangkum berbagai hasil penelitian baik dari dosen maupun dari peneliti lain.

Seminar Nasional ini diadakan oleh Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang, yang bertujuan untuk peningkatan kualitas bidan dengan meningkatkan pengetahuan di bidang Iptek Kebidanan dan perkembangan kebijakan pendidikan berkelanjutan bidan, dan kesehatan masyarakat. Diharapkan melalui seminar ini, tercipta sinergitas antar professional dibidang kesehatan.

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terimakasih kepada Gubernur NTT, *Stakeholders*, Panitia, Civitas Akademika dan semua pihak yang berpartisipasi dan mendukung dalam penyelenggaraan kegiatan Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan pada hari ini, semoga kegiatan ini dan ilmu yang diberikan oleh Nara Sumber dapat bermanfaat bagi kita.

Akhir kata, semoga prosiding ini dapat menyumbangkan manfaat yang besar bagi pengembangan khazanah ilmu kebidanan, peningkatan profesional bidan serta kesehatan masyarakat Indonesia dimasa yang akan datang. Terima kasih

Direktur  
Poltekkes Kemenkes Kupang

Drs.Jefrin Sambara, Apt., MSi  
NIP. 196306121995031001



**SUSUNAN DEWAN REDAKSI**  
**PROSIDING SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEBIDANAN**

PELINDUNG : Drs Jefrin Sambara, Apt, M.Si  
PENGARAH : R.H Kristina,SKM, M.Kes  
PENANGGUNGJAWAB : Bringiwatty Batbual, Amd.Keb, S.Kep, Ns, M.Sc  
Kamilus Mamoh, SKM, MPH  
EDITOR : Dr. Mareta B. Bakoil, SST, MPH  
Dr. Sabina Gero, SKp, M.Sc  
*REVIEWER* : Dr. Pius Weraman, M.Kes  
Dr. Rafael Paun, M.Kes  
Dr. Ina Debora Ratu Ludji, M.Kes  
KETUA DEWAN REDAKSI : Ignasensia D Mirong, SST, M.Kes  
SEKERTARIS : Dewa Ayu Putu MK, S.Si.T, M.Kes  
Astin Nur Hanifah, SST, M.Kes  
ANGGOTA DEWAN REDAKSI : Umami Kaltsum S. Saleh, SST, M.Keb  
Loriana L. Manalor, SST. M.Kes  
Yosina Lakusa  
BENDAHARA : Melinda R. Wariyaka, SST, M.Keb

ALAMAT REDAKSI :

Sekretariat Panitia Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan

Jl. R. A Kartini I, Kelapa Lima, Kupang, NTT

Email : [semnashbidanpoltekkes2018@gmail.com](mailto:semnashbidanpoltekkes2018@gmail.com)

Contact Person : Ina (081314043747)

Umami (08113841384)

Yosi (081337094441)

Bekerjasama dengan IBI (Ikatan Bidan Indonesia), dan AIPKIND (Asosiasi Institusi Pendidikan Kebidanan Indonesia)

**JADWAL TENTATIVE SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEBIDANAN**  
**TEMA : “PENDIDIKAN BERKELANJUTAN BIDAN DALAM RANGKA**  
**PENINGKATAN PROFESIONAL BIDAN DAN**  
**KESEHATAN MASYARAKAT”**

**Hari 1 : 11 Mei 2018 di Millenium Ballroom Kupang**

NO	JAM	KEGIATAN	NARASUMBER	MODERATOR	PJ
	08.00-09.30	Registrasi peserta			Sie. Acara
	09.30-09.40	Pembukaan	MC		
	09.40-09.50	Doa			
	09.50-10.05	Laporan Ketua Panitia	Ketua Panitia		
	10.05-10.20	Sambutan Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang	Drs. Jefrin Sambara, Apt, M.Si		
	10.20-10.40	Snack			Sie. Konsumsi
	11.00-13.00	PANEL 1 Seminar Materi 1 : Arah dan Kebijakan Pendidikan Kebidanan di Indonesia Seminar Materi 2 : Pendidikan Berkelanjutan bidan (Jalur Akademisi dan Vokasi) Materi 3 : Arah, Kebijakan dan Perkembangan Pendidikan Vokasi Indonesia di Masa Mendatang	Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes  Dr. Dewi Purnamawati  Drs. Endang Taryono	Bringiwatty Batbual, Amd. Keb, S.Kep, Ns, M.Sc	Sie Ilmiah
	13.00-14.00	ISOMA			Sie. Konsumsi
	14.00-16.00	PANEL 2 Materi 4 : Kebijakan Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Propinsi NTT  Materi 5 : Peran Poltekkes Kemenkes Kupang dalam pendidikan berkelanjutan bidan  Materi 6: Kebijakan LAM PT Kes tentang akreditasi pendidikan Kebidanan di Indonesia	Drg. Dominikus Minggu Mere, M.Kes  Drs. Jefrin Sambara, Apt, M.Si  Laurensia Lawintono, M.Sc	R H Kristina, SKM, M.Kes	Sie Ilmiah
	16.00-17.00	SNACK			Sie. Konsumsi



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
SEKAPUR SIRIH .....	iii
SAMBUTAN DIREKTUR POLTEKKES KEMENKES KUPANG .....	iv
LOGO SEMINAR NASIONAL KEBIDANAN .....	v
SUSUNAN DEWAN REDAKSI .....	vi
SUSUNAN ACARA SEMINAR .....	vii
SUSUNAN ACARA ORAL PRESENTASI .....	viii
DAFTAR ISI .....	xii

No	Judul	
<b>KEHAMILAN</b>		
1	Hubungan Penerapan Pelaksanaan Antenatal Care (Anc) Berkualitas Oleh Bidan Dengan Cakupan Pelayanan Anc Di Puskesmas Wilayah Kota Kupang Tahun 2017 ( <i>Ririn Widyastuti, Charisma Destrikasari</i> )	1 – 5
2	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Dengan Kunjungan Antenatal Care Di Puskesmas Sikumana ( <i>Adriana M.S.Boimau, Rossita Masi Libing</i> )	6 – 10
3	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Anemia Dalam Kehamilan Di Puskesmas Sikumana ( <i>Serlyansie V. Boimau, Ertila Amfrida</i> )	11 – 18
4	A New Light (Sebuah Cahaya Baru) Upaya Membangun Ketahanan Diri (Imunitas Diri) Ibu Hamil Dan Bayi Dengan Pendekatan Neo-Holistic ( <i>Pius Weraman, Petornius Damat, Jimmy Parera</i> )	19 – 24
5	Survei Rencana Pemakaian Metode Kb Pasca Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester Iii Di Puskesmas Pembantu Dauh Puri Tahun 2017 ( <i>Ni Made Rai Widiastuti, Ketut Novia Arini, Ni Kadek Pemudi Mahayani</i> )	25 – 29
<b>PERSALINAN</b>		
6	Analisis Keterampilan Pada Asuhan Persalinan Berdasarkan Jumlah Pertolongan Persalinan ( <i>Melinda R. Wariyaka</i> )	30 – 35
7	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Bersalin Dengan Pelaksanaan Revolusi Kia Di Puskesmas Baun Tahun 2014 ( <i>Diyan Maria Kristin, Meliana Bani</i> )	36 – 43
8	Pengetahuan Dan Sikap Bidan Dalam Penerapan Asuhan Sayang Ibu Saat Asuhan Persalinan Normal Di Puskesmas Kota Kupang Tahun 2016 ( <i>Odi L. Namangdjabar, Matje M. Huru</i> )	44 – 48
9	Hubungan Antara Berat Badan Bayi Baru Lahir Dan Paritas Dengan Derajat Ruptur Perineum Pada Persalinan Normal Di Puskesmas Kota Kupang Tahun 2016 ( <i>Matje M. Huru</i> )	49 – 53
<b>NIFAS</b>		
10	Pemenuhan Zat Gizi Ibu Nifas Dalam Budaya Se'i Pada Masyarakat Suku Timor Dawan Di Kecamatan Molo Selatan Provinsi NTT ( <i>Alberth M. Bau Mali, I Made Alit Gunawan, Sumarni DW</i> )	54 – 59
<b>BAYI, BALITA DAN ANAK</b>		

11	Hubungan Berat Bayi Lahir Dengan Kejadian Sindrom Distress Respirasi Di Rsud Gambiran Kediri - Jawa Timur ( <i>Maria Judith Lokangleu</i> )	60 – 64
12	Masalah Stunting Di Indonesia ( <i>Melly Damayanti</i> )	65 – 68
13	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan Buku KIA Dengan Perkembangan Balita Di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat ( <i>Maharani, Diah Fitrianti, Vuspita Sari</i> )	69 – 75
14	Pola Jajan Pada Anak Di Sd Negeri 12 Sesetan Tahun 2018 ( <i>Ketut Novia Arini, Ni Made Rai Widiastuti, Ni Wayan Era Sareni</i> )	76 – 78
15	Efektivitas Baby Spa Terhadap Pertumbuhan Berat Badan Pada Bayi Umur 3 - 12 Bulan ( <i>Karningsih, Sri Mulyati</i> )	79 – 85
16	Pengaruh Karakteristik Ibu Dan Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian Asi Eksklusif Di Puskesmas Bakunase Kota Kupang ( <i>Elisabeth Herwanti, Rafael Paun, Yustinus Rindu</i> )	86 – 92
17	Hubungan Antara Kebiasaan Merokok Anggota Keluarga Dengan Kejadian Ispa Pada Balita Di Kelurahan Naimata Kota Kupang ( <i>Olga Dakubain, Ferry W. F. Waangsir, Albina Bare Telan</i> )	93 – 97
18	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Ibu Tentang Pijat Bayi ( <i>Ummi Kalsum, Elisabeth Costa</i> )	98 – 102
19	Gambaran Status Gizi Balita Di Dusun Palelo Desa Kesetnana Kecamatan Molo Selatan Kabupaten Tts Tahun 2018 ( <i>Ni Luh Made Diah P.A</i> )	103 – 106
20	Profil Penggunaan Obat Ispa Pneumonia Pad Pasien Bayi Dan Balita Rawat Jalan Di Rumah Sakit Tni Al Samuel J. Moeda Kupang Periode Februari - Desember Tahun 2014 ( <i>Ni Nyoman Yuliani, Jefrin Sambara, Maureen Agustina Novita</i> )	107 - 115
21	Evaluasi Pelaksanaan MTBS terhadap Kepuasan dan Pemahaman Orang Tua Dalam Perawatan Anak Sakit di Rumah di Puskesmas Tarus ( <i>Yulianti K. Banhae</i> )	116 – 122
<b>KESEHATAN REPRODUKSI</b>		
22	Kebiasaan Makan Dan Aktivitas Fisik Remaja Gemuk, Pendek, Dan Kurus Pada Murid SMA Kristen Mercusuar Kupang ( <i>Lalu Juntra Utama</i> )	123 – 131
23	Pemberdayaan Teman Sebaya Dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Sekolah, Keluarga Dan Masyarakat Di Wilayah Perbatasan Sebagai Wilayah Risiko Tinggi Hiv-Aids ( <i>Indriati Andolita Tedju Hinga, Diana Aipipidely</i> )	132 – 140
24	Efektivitas Pemberian Pepaya ( <i>Carica Papaya Linn</i> ) Dan Vitamin C Terhadap Kadar Haemoglobin Remaja Putri Anemia Yang Mendapat Suplementasi Tablet Fe di Prodi D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh Tahun 2017 ( <i>Nisrina Hanum, Cut Nurhasanah, Nurlaili Ramli</i> )	141 – 145
<b>KELUARGA BERENCANA</b>		
25	Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin Dengan Efek Samping Pada Akseptor Di Wilayah Kerja Puskesmas Alak Tahun 2017 ( <i>Eka Putri R. A. Layuk, Pius Weraman, Amelya B. Sir</i> )	146 – 152
26	Hubungan Sikap Terhadap Perilaku Akseptor Kb Oral ( <i>Hasri Yulianti</i> )	153 – 157
27	Hubungan Pekerjaan Dan Aktivitas Fisik Dengan Perubahan Berat Badan Pada Ibu Pengguna Alat Kontrasepsi Implan Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang Tahun 2016 ( <i>Loriana L. Manalor</i> )	158 – 161
<b>KESEHATAN MASYARAKAT</b>		

28	Kajian Kematian Bayi Berdasarkan Penyebab Kematian, Umur Saat Kematian, Tempat Kematian Dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Di Kabupaten Sumba Timur Tahun 2011 – 2015 ( <i>Mariana Ng. Awang</i> )	162 – 168
29	Studi Komparasi Pelaksanaan Mtbs Di Puskesmas Kab. Kupang Dan Kab. Sumba Barat Daya Tahun 2017 ( <i>Orpa Diana Suek</i> )	169 – 172
30	Analisis Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit Di Kabupaten Kupang ( <i>Kori Limbong</i> )	173 – 175
31	Gambaran Pencegahan Kasus Kegawatdaruratanmaternal Dan Neonatal ( <i>Diyah Tepi Rahmawati, Ice Rakizah Syafrie</i> )	176 – 181
32	Pengaruh Edukasi “ Learning By Doing “ Terhadap Tingkat Kesiapan Kader Dalam Memberikan Bantuan Hidup Dasar Di Puskesmas Pembantu Naimata ( <i>Yoani Maria V. B. Aty</i> )	182 – 188
33	Evaluasi Pelaksanaan Pkl Luar Propinsi Mahasiswa Pjj Diii Kebidananpoltekkes Kemenkes Kupang Di Rsup. Sanglah Denpasar Tahun 2016 ( <i>Dewa Ayu Putu M. Kencanawati, Bringiwatty Batbual</i> )	189 –191
34	Kajian Pelaksanaan Pilar I Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Kecamatan Fatuleu Tengah Kabupaten Kupang ( <i>Ferry William F. Waangsir, Olga M. Dukabain</i> )	192 – 196
35	Studi Kondisi Hygiene Sanitasi Dan Kualitas Bakteriologis <i>Escherichia Coli</i> Makanan Jajanan Pada Kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang Tahun 2015 ( <i>Debora Gaudensiana Suluh</i> )	197 – 203
36	Kepadatan Jentik <i>Aedes Aegypti</i> Pada Tempat Penampungan Air Di Kecamatan Kota Raja Dan Kecamatan Kota Lama Kota Kupang ( <i>Ety Rahmawati</i> )	204 – 208
37	Kondisi Fisik Dan Kualitas Udara Dalam Ruang Rumah Di Kelurahan Naimata Kota Kupang ( <i>Oktofianus Sila</i> )	209 – 217
38	Peran Tua-Tua Adat Dalam Budayamelahirkan Suku Nuaulu Di Pulau Seram Maluku Tengah ( <i>Sri Eny Setyowati</i> )	218 – 221
39	Peningkatan Protein Dan Vitamin B Melalui Pemberian Whey Dan Lerry Pada Produk Nata ( <i>Indira Shagti</i> )	222 – 229
40	Hubungan Antara Gaya Kepemimpinan Dengan Kepuasan Kerja Perawat Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Tahun 2015 ( <i>Jane Leo Mangi, Ignasensia D. Mirong</i> )	230 – 234
41	Hubungan Ratio Lingkar Pinggang dan Panggul dengan Kadar Glukosa Darah Pria dan Wanita Dewasa di Kelurahan Penfui Kota Kupang Tahun 2017 ( <i>Emilia Erningwati Akoit</i> )	235 – 244
42	Faktor-Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018 ( <i>Nida Addinia</i> )	245 – 248
43	Hubungan perilaku hidup sehat dan gizi seimbang dengan status gizi anak seklah dasar negeri Tanah Putih kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang ( <i>Yohanes Don Bosko Demu</i> )	249 – 256

# HUBUNGAN PENERAPAN PELAKSANAAN ANTENATAL CARE (ANC) BERKUALITAS OLEH BIDAN DENGAN CAKUPAN PELAYANAN ANC DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA KUPANG TAHUN 2017

Ririn Widyastuti, Charisma Destrikasari  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[ririendyastuti@gmail.com](mailto:ririendyastuti@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background:** Maternal mortality (MMR) is one indicator of women's health status. High maternal mortality due to lack of knowledge about the prevention of complications in pregnancy, childbirth, and lack of good midwifery services for all pregnant women, one of them is antenatal care (ANC) (Sakinah and Fibriana, 2015). Quality ANC services have an inspection service indicator of 10T. The coverage of K4 pregnant women's health services in 2015 has met the Ministry of Health's Renstra target of 72%. However, there are five provinces that have not reached the target of Papua, West Papua, Maluku, NTT and Central Sulawesi. Problem formulation in this research is how the implementation of quality ANC implementation by Midwife at Kupang City Health Center Year 2017?

**Objective:** to know the implementation of quality ANC implementation by Midwife at Kupang Public Health Center Year 2017. This research type is observational analytic research with cross sectional research design. The population is midwife who served in poly KIA at Health Center of Kupang City which amounts to 30 people. Technique of sampling with sample saturated / total population. Data collection techniques using questionnaires and secondary data collection from PWS KIA. Data analysis using univariate in the form of frequency distribution table and bivariate with Chi Square.

**Result:** 21 respondents (70%) have done the application of quality ANC service and 9 respondents (30%) have not yet applied ANC quality service. From 10 Puskesmas, 4 Puskesmas (40%) have reached the target of service coverage and 6 Puskesmas (60%) have not reached the target. Based on the Fisher's exact test statistic test the value of Exact Sig (2-sided) or p value: .249. A large p-value value of 0.05 indicates that the hypothesis is rejected which states there is no relationship. Fourth Visit (K4)

**Keywords:** ANC Qualified, Coverage of ANC Services

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator derajat kesehatan perempuan. AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas di setiap 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228 (Kemenkes RI, 2016). Laporan SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2013b). Upaya untuk mempercepat penurunan AKI telah dimulai sejak akhir tahun 1980-an melalui program *Safe Motherhood Initiative* yang dikenal dengan empat pilar terdiri dari: asuhan antenatal, persalinan bersih dan aman, keluarga berencana dan pelayanan obstetric esensial. Pada akhir tahun 1990-an secara konseptual telah diperkenalkan lagi upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan AKI yaitu *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan oleh pemerintah Indonesia pada tahun 2000 (Andriani, Edison dan Gracediani, 2014) dan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan pada tahun 2012 (Kemenkes RI, 2016).

AKI yang tinggi disebabkan oleh dua hal pokok yaitu masih kurangnya pengetahuan mengenai sebab akibat dan penanggulangan komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas serta kurang meratanya pelayanan kebidanan yang baik untuk semua ibu hamil, salah satunya adalah pelayanan *antenatal care*

(ANC) (Sakinah dan Fibriana, 2015). ANC merupakan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan ANC berkualitas memiliki indikator pelayanan pemeriksaan berupa 10T, yaitu: (1) penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan; (2) pengukuran tekanan darah; (3) pengukuran lingkaran lengan atas (LILA); (4) pengukuran tinggi fundus uteri (TFU); (5) penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi; (6) pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan; (7) penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ); (8) pelaksanaan temu wicara; (9) pelayanan tes laboratorium sederhana dan (10) tata laksana kasus (Kemenkes RI, 2016). Selain elemen tindakan yang harus dipenuhi, pelayanan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, 1 kali pada trimester satu (usia kehamilan 0-12 minggu), 1 kali pada trimester dua (usia kehamilan 12-24 minggu) dan 2 kali pada trimester III (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan) (Andriani, Edison dan Gracediani, 2014). Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat K4 (Nurhayati, Wahyuningsih dan Sistiari, 2012).

Kemenkes RI (2016), melaporkan bahwa terjadi peningkatan cakupan K1 dan K4. Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 pada tahun 2015 telah memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan sebesar 72%. Namun demikian, terdapat lima provinsi yang belum mencapai target yaitu Papua, Papua Barat, Maluku, NTT dan Sulawesi Tengah. Cakupan ibu hamil K4 di Provinsi NTT adalah 61.63%. Data berbeda dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT (2016), persentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil K4 tahun 2015 sebesar 53.3% dengan target pencapaian K4 yang harus dicapai sesuai renstra Dinkes Provinsi NTT sebesar 95% yang berarti bahwa belum mencapai target.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Mengetahui penerapan pelaksanaan ANC berkualitas oleh bidan dengan cakupan pelayanan ANC di Puskesmas Wilayah Kota Kupang Tahun 2017

## **METODE PENELITIAN**

Jenis Penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Rancangan penelitian observasional analitik bertujuan untuk mencari hubungan antarvariabel yang sifatnya bukan hubungan sebab akibat (Hidayat, 2011). Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian yang pengukurannya atau pengamatannya dilakukan secara simultan pada satu saat/sekali waktu (Setiawan dan Saryono, 2011).

Populasi dalam penelitian ini adalah bidan yang bertugas di poli KIA di Puskesmas Wilayah Kota Kupang Tahun 2017 yang berjumlah 30 orang. Teknik pengambilan sampel dengan cara sampel jenuh/total populasi. Teknik pengumpulan data penerapan ANC berkualitas dengan menggunakan kuesioner tertutup berbentuk ceklist sekaligus lembar observasi sebagai pedoman observasi/daftar tilik yang diisi oleh peneliti pada saat melakukan penelitian dengan cara membubuhkan tanda check (✓). Lembar kuesioner dan observasi berisi item-item pernyataan standar tentang penerapan pelaksanaan ANC berkualitas yang terdiri dari 10 T. Pengumpulan data cakupan pelayanan ANC diperoleh dari data sekunder yaitu laporan PWS KIA yang meliputi data cakupan K4. Teknik analisis data dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat yaitu data yang diperoleh dari hasil pengumpulan data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Analisis bivariat menggunakan *Chi Square* untuk mengetahui hubungan penerapan Pelaksanaan *Antenatal Care* (ANC) Berkualitas Oleh Bidan dengan Cakupan Pelayanan ANC di Puskesmas wilayah Kota Kupang Tahun 2017. Hipotesis penelitiannya adalah Terdapat hubungan antara pelaksanaan ANC berkualitas dengan cakupan ANC (K1 dan K4).  $H_0 : p \leq 0$  dan  $H_1 : p \geq 0$ .

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian dilakukan pada 10 Puskesmas yang ada di Kota Kupang yaitu Puskesmas Kupang Kota, Puskesmas Oebobo, Puskesmas Pasir Panjang, Puskesmas Alak, Puskesmas Oepoi, Puskesmas Sikumana dan Puskesmas Bakunase, Puskesmas Manutapen, Puskesmas Penfui, dan Puskesmas Oesapa

Analisis univariat disajikan pada tabel 1 dan 2 menunjukkan bahwa 21 responden (70%) sudah menerapkan ANC berkualitas dan 9 responden (30%) tidak menerapkan ANC berkualitas.

Tabel 1  
Distribusi Frekuensi Penerapan ANC Berkualitas (10T) di 10  
Puskesmas di Kota Kupang Tahun 2017

<b>Kualitas ANC</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Berkualitas	21	70
Tidak Berkualitas	9	30
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tabel 2  
Distribusi Frekuensi Cakupan Pelayanan ANC pada Kunjungan  
ke-4

<b>Cakupan K4</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Tidak Mencapai target	18	60
Mencapai target	12	40
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tabel 3 Hubungan Penerapan ANC Berkualitas oleh Bidan Dengan Cakupan Pelayanan  
ANC pada Kunjungan Keempat (K4)

<b>Kualitas ANC (Penerapan 10 T) oleh Bidan</b>	<b>Cakupan Pelayanan ANC pada Kunjungan Keempat (K4)</b>						<b>p- value</b>
	<b>Mencapai Target</b>	<b>%</b>	<b>Tidak Mencapai Target</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
Berkualitas	10	33.3	11	36.7	21	70.0	0.249
Tidak Berkualitas	2	6.7	7	23.3	9	30.0	
<b>Jumlah</b>	<b>12</b>	<b>40.0</b>	<b>18</b>	<b>60.0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Analisa bivariat pada tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat 21 responden (70%) Bidan telah melakukan ANC berkualitas yaitu penerapan 10 T pada pelaksanaan pemeriksaan ibu hamil (ANC), akan tetapi masih terdapat 9 responden (30%) yang belum melaksanakan 10 T. Data Cakupan pelayanan ANC dapat diketahui bahwa 12 (40 %) sudah mencapai target nasional sedangkan 18 (60%) belum memenuhi target nasional. Berdasarkan uji statistik perhitungan *Fisher's exact test* diperoleh nilai *Exact Sig (2-sided)* atau nilai *p*: 249 Nilai *p-value* yang besar dari 0.05 menunjukkan bahwa hipotesis ditolak yang menyatakan ada tidak ada hubungan Penerapan ANC Berkualitas oleh Bidan Dengan Cakupan Pelayanan ANC pada Kunjungan Keempat (K4).

Sistem pelayanan kesehatan yang optimal merupakan salah satu komponen pendukung keberhasilan baiknya pelayanan *antenatal care* di suatu wilayah. Berbagai upaya dan program telah dikerahkan untuk memaksimalkan dan memperkuat sistem kesehatan. Indikator yang digunakan untuk menggambarkan pencapaian program pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah akses ibu hamil ke tenaga kesehatan yang diukur dengan pencapaian K4. K4 adalah kunjungan ibu hamil ke tenaga kesehatan yang dilakukan paling sedikit 4 kali selama hamil yaitu satu kali pada trimester satu, satu kali pada trimester dua, dan dua kali pada timester tiga dengan asuhan standar minimal 10 T yaitu: (1) penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan; (2) pengukuran tekanan darah; (3) pengukuran lingkar lengan atas (LILA); (4) pengukuran tinggi fundus uteri (TFU); (5) penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi; (6) pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan; (7) penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ); (8) pelaksanaan temu wicara;

(9) pelayanan tes laboratorium sederhana dan (10) tata laksana kasus. Sumber daya manusia utama yang terlibat dalam pelayanan *antenatal care* adalah bidan.

Berdasarkan analisis univariat pada tabel 1 dapat diketahui bahwa dari 30 responden bidan yang dilakukan observasi tentang penerapan kualitas ANC dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan standar 10 T didapatkan hasil 21 responden bidan (70%) sudah menerapkan 10 T pada pemeriksaan ibu hamil dan 9 orang responden (30%) belum melakukan 10 T pada asuhan kebidanan ibu hamil. Dari 9 orang responden (30%) yang tidak berkualitas dalam penerapan 10 T diantaranya adalah 1) Pengukuran Tinggi Badan, secara teori pengukuran tinggi badan dilakukan pada saat kunjungan pertama, akan tetapi hasil observasi didapatkan data bahwa pengukuran tinggi badan hanya dilakukan pada primigravida sedangkan pada multi gravida tidak dilakukan pengukuran tinggi badan. 2) Teknik pengukuran TFU yang kurang tepat. Secara teori pengukuran TFU dilakukan dengan cara menentukan bagian fundus dengan bantuan tangan kanan dan kiri, setelah diketahui posisi dari fundus pengukuran dilakukan dari symphysis pubis ke arah fundus dengan posisi pita cm terbalik dan posisi angka nol (0) di atas symphysis. Tetapi pada saat observasi didapatkan data bahwa pengukuran TFU dilakukan dari arah fundus ke symphysis dengan posisi pita cm tidak terbalik dan 0 cm nya berada di fundus dan 3) Penentuan status imunisasi tidak ditanyakan kepada pasien.

Data univariat pada tabel 2 didapatkan data bahwa dari 10 Puskesmas yang dilakukan penelitian terdapat 4 puskesmas (40%) yang sudah mencapai target cakupan pelayanan ibu hamil pada K4 yaitu Puskesmas Alak, Puskesmas Oesapa, Puskesmas Kupang Kota dan Puskesmas Bakunase. Puskesmas yang belum mencapai target cakupan pelayanan ibu hamil K4 terdiri dari 6 puskesmas (60%) yaitu Puskesmas Pasir Panjang, Puskesmas Manutapen, Puskesmas Sikumana, Puskesmas Penfui, Puskesmas Oebobo dan Puskesmas Oepoi.

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa terdapat 21 responden (70%) Bidan telah melakukan ANC berkualitas yaitu penerapan 10 T pada pelaksanaan pemeriksaan ibu hamil (ANC), akan tetapi masih terdapat 9 responden (30%) yang belum melaksanakan 10 T. Data Cakupan pelayanan ANC dapat diketahui bahwa 12 (40 %) sudah mencapai target nasional sedangkan 18 (60%) belum memenuhi target nasional. Berdasarkan uji statistik perhitungan *Fisher's exact test* diperoleh nilai *Exact Sig (2-sided)* atau nilai *p*: 249 Nilai *p-value* yang besar dari 0.05 menunjukkan bahwa hipotesis ditolak yang menyatakan ada tidak ada hubungan Penerapan ANC Berkualitas oleh Bidan Dengan Cakupan Pelayanan ANC pada Kunjungan Keempat (K4).

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan teori Green (2005), bahwa kualitas pelayanan mempengaruhi kunjungan ibu hamil. Secara teori semakin berkualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan akan meningkatkan cakupan kunjungan pada ibu hamil, akan tetapi pada penelitian ini hasilnya bertolak belakang dengan teori tersebut. Pada penelitian ini 21 responden bidan (70%) sudah menerapkan ANC berkualitas tetapi dari 10 puskesmas yang sudah mencapai target cakupan pelayanan ANC hanya 4 puskesmas (40%). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Husniah (2015), penyebab rendahnya cakupan K4 di Desa Ranupakis yaitu 1) Kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan sejak dini, 2) Kurangnya keterlibatan tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam mensosialisasikan pentingnya pemeriksaan hamil sejak dini, 3) Kurangnya pengetahuan keluarga tentang pentingnya pemeriksaan hamil sejak dini, 4) Adanya kepercayaan turun temurun bahwa ibu hamil tidak boleh periksa saat kehamilannya kurang dari 3 bulan karena ditakutkan terjadi keguguran dan 5) motivasi dan loyalitas kader yang kurang. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara peneliti kepada responden tentang belum tercapainya cakupan K4 yaitu: 1) ibu hamil datang periksa setelah 12 minggu atau setelah merasakan adanya gerakan janin dan 2) ibu hamil berasal dari luar wilayah sehingga ketika sudah mendekati persalinan, ibu hamil akan kembali ke wilayah asalnya. Depkes RI (2008), menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan K1 dan K4 ibu hamil diantaranya adalah faktor internal (paritas dan usia) dan faktor eksternal (pengetahuan, sikap, ekonomi, social budaya, geografis, informasi dan dukungan).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa 70% responden sudah menerapkan ANC berkualitas yang terdiri dari 10 T dan 30% responden belum menerapkan ANC berkualitas. Cakupan

pelayanan ANC (K4) yang sudah memenuhi target terdapat 4 puskesmas (40%) dan yang belum memenuhi target 6 puskesmas (60%). Tidak ada hubungan antara penerapan pelaksanaan ANC berkualitas dengan Cakupan pelayanan ANC.

Disarankan agar tenaga kesehatan lebih meningkatkan kualitas pelayanan agar kepercayaan ibu hamil terhadap tenaga kesehatan semakin baik, dan meningkatkan kesadaran ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan lebih dini. Kader lebih aktif dan loyal kepada sasaran. Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama meningkatkan dukungan dan keterlibatan diri dalam mensosialisasikan pentingnya pemeriksaan hamil sejak dini. Keluarga meningkatkan pengetahuan dan dukungan tentang pemeriksaan kehamilan, Ibu Hamil meningkatkan pengetahuan dan kesadaran untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sejak dini di tenaga kesehatan

#### DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, Edison, & Gracediani, L. (2014). Implementasi Pelayanan Ibu Hamil (K4) Oleh Bidan Berdasarkan SPM Di Puskesmas Silungkang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 27–33.
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2015*. (E. R. Salmun, D. Hutahaean, A. Kikhau, M. T. Roja, & Y. D. Rini, Eds.). Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- Hidayat, A. A. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. (Nurchasanah, Ed.) (Pertama). Jakarta: Salemba Medika.
- Kemendes RI. (2013a). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. (E. M. Moegni & D. Ocviyanti, Eds.) (Pertama). Jakarta: AIPKIND.
- Kemendes RI. (2013b). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- Kemendes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. (D. Budijanto, Yudianto, B. Hardhana, & T. A. Soenardi, Eds.). Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I.
- Nurhayati, S., Wahyuningsih, E., & Sistiari, C. (2012). World Fit For Children. In Budiyo, P. Ginandjar, Li. Di. Saraswati, M. A. Wuryanto, & L. Widajanti (Eds.), *Pemantauan Pencapaian Cakupan K1, Cakupan K4, Cakupan Buku KIA Dan Kualitas Pelayanan Antenatal Wilayah Kerja Puskesmas Di Kabupaten Banyumas* (pp. 63–68). Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Sakinah, V., & Fibriana, A. I. (2015). Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil Melalui Pemberdayaan Kader ANC. *Unnes Journal of Public Health*, 4(1), 54–60.
- Salmah, Rusmiati, Maryanah, & Susanti, N. N. (2006). *Asuhan Kebidanan Antenatal*. (M. Ester, Ed.) (Pertama). Jakarta: EGC.
- Saminem. (2008). *Kehamilan Normal*. (M. Ester & S. Isneini, Eds.) (Pertama). Jakarta.
- Setiawan, A., & Saryono. (2011). *Metodologi Penelitian Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tyastuti, S. (2015). *Modul Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia.
- Wibisono, H., & Dewi, A. B. F. K. (2009). *Solusi Sehat Seputar Kehamilan*. (Astutiningsih, Ed.) (Pertama). Jakarta: Agro Media Pustaka.



# HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU HAMIL DENGAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE DI PUSKESMAS SIKUMANA

Adriana M.S.Boimau  
Rossita Masi Libing  
[adrianamariana005@gmail.com](mailto:adrianamariana005@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background issues:** Maternal and perinatal health problems are a national issue that needs to be given top priority. This service, or often called ANC is a service provided to pregnant women to monitor the progress of pregnancy and ensure maternal health and fetal growth. Maternal mortality rate in Indonesia is still relatively high compared to ASEAN countries. Indonesia ranks 6th out of six countries in Asean while in Indonesia, in NTT province overall maternal mortality is ranked second after Papua Province. Puskesmas Sikumana is one of health centers that have low ANC visit.

**Research Methods:** Quantitative analytic studies using cross-sectional sampling of non-random sampling (sampling accidental), the number of respondents 50.

**The results:** the results of a statistical test your knowledge with a visit ANC relationship with Chi-Square calculations count obtained  $X^2 > X^2$  table (5.02 > 3.84) then  $H_0$  is rejected, the relationship with the attitude of ANC visits obtained Count  $X^2 > X^2$  table (4.13 > 3.84) then  $H_0$  is rejected.

**Conclusion:** There is a significant relationship between knowledge and attitudes with ANC visits.

**Keywords:** Knowledge, attitudes, ANC visits.

## PENDAHULUAN

Masalah kesehatan ibu dan perinatal merupakan masalah nasional yang perlu mendapat prioritas utama. Pelayanan ini, atau sering disebut pelayanan antenatal care (ANC) adalah merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil untuk memantau kemajuan kehamilan dan memastikan kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin. Selain untuk memantau kesehatan ibu maupun janin, pelayanan ANC juga melibatkan pelayanan psikologis ibu hamil, sehingga sering disebut – sebut bahwa kualitas pelayanan ANC juga merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kecemasan ibu hamil menghadapi persalinan. Ibu hamil yang mendapat pelayanan ANC yang baik akan mempunyai tingkat kecemasan yang rendah dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan pelayanan ANC yang tidak berkualitas.

Angka kematian ibu di Indonesia masih relatif tinggi dibandingkan dengan negara Asean. Indonesia menduduki urutan ke-6 dari enam negara di Asean sedangkan di Indonesia, di Propinsi Nusa Tenggara Timur kematian ibu secara keseluruhan berada di urutan ke-2 setelah Propinsi Papua.

Antenatal care merupakan salah satu program safe motherhood yang merupakan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan janinnya oleh tenaga profesional meliputi pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 4 kali pemeriksaan selama kehamilan, 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Pemeriksaan ANC pada ibu dapat mendeteksi sedini mungkin penyulit yang mungkin terjadi sehingga diharapkan ibu dapat merawat dirinya selama hamil dalam mempersiapkan persalinannya. Pentingnya pelayanan ANC karena setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat, itu sebabnya mengapa ibu hamil harus memerlukan pemantauan selama kehamilannya.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Kupang didapatkan bahwa pada hampir sebagian besar ibu hamil masih kurang berpartisipasi dalam kunjungan ANC. Dari seluruh puskesmas yang ada di Kota Kupang, Puskesmas Sikumana merupakan salah satu puskesmas yang mempunyai kunjungan ANC masih rendah.

## TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu hamil dengan kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian analitik kuantitatif dengan menggunakan *pendekatan cross sectional*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu hamil dengan kunjungan *antenatal care*. Penelitian dilakukan di Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Alasan penulis memilih Puskesmas Sikumana sebagai tempat penelitian karena kasus kunjungan K4 yang kurang atau belum sesuai target. Populasi penelitian adalah semua ibu hamil yang melakukan ANC di wilayah kerja Puskesmas Sikumana Kota Kupang berjumlah 250 orang dengan sampel 20% x Populasi, yaitu 50 orang.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

- Karakteristik responden  
50 responden ibu hamil sebagian besar 41 responden 82 persen berusia 20-35 tahun berada pada usia reproduksi sehat dan yang terendah yaitu 4 persen berusia < 20 tahun dan 14 persen > 35 tahun berada pada usia reproduksi resiko tinggi. Responden yang berpendidikan SMP sebanyak 20 atau 40 persen, dalam hal ini pendidikan ibu hamil sebagian besar berpendidikan rendah adalah SMP 40 persen dan SD 26 persen. Jumlah kehamilan multipara sebanyak 27 atau 54 persen, dan responden yang tidak bekerja sebanyak 32 atau 64 persen
- Analisis Deskriptif
  - a. Pengetahuan responden tentang Antenatal Care

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Responden Tentang ANC di Puskesmas Sikumana

No	Pengetahuan	f	%
1	Baik	16	32
2	Cukup	34	68
Total		50	100

Berdasarkan tabel 8 dapat dijelaskan bahwa dari 50 responden, didapatkan sebagian besar 34 atau 68 persen berpengetahuan cukup dan 16 responden atau 32 persen berpengetahuan baik.

- b. Sikap responden tentang Antenatal Care

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Tentang Antenatal Care di Puskesmas Sikumana

No	Sikap	f	%
1	Positif	33	66
2	Negatif	17	34
Total		50	100

Sumber : Data Primer Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa dari 50 responden didapatkan sebagian besar 33 responden atau 66 persen bersikap positif dan 17 responden atau 34 persen bersikap negatif.

- c. Kunjungan Antenatal Care

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana

No	Kunjungan ANC	f	%
1	Sesuai	38	76
2	Tidak sesuai	12	24
Total		50	100

Sumber : Data Primer Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa dari 50 responden didapatkan sebagian besar yaitu 38 responden atau 76 persen melakukan kunjungan ANC sesuai standar, dan 12 responden atau 24 persen melakukan kunjungan tidak sesuai standar.

d. Analisa antarpengertian dengan kunjungan Antenatal care

Tabel 4. Distribusi Pengetahuan Dengan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana

No	Pengetahuan	Kunjungan ANC				Total	
		Sesuai		Tidak sesuai		N	%
		n	%	n	%		
1	Baik	9	18	7	14	16	32
2	Cukup	29	58	5	10	34	68
Total		38	76	12	24	50	100

Sumber : Data Primer Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa dari 50 responden, yang berpengetahuan baik dan melakukan kunjungan ANC sesuai standar adalah sebanyak 9 orang atau 18 persen, responden dengan pengetahuan baik tetapi melakukan kunjungan ANC tidak sesuai standar adalah sebanyak 7 orang atau 14 persen, sedangkan responden yang berpengetahuan cukup dan melakukan kunjungan ANC sesuai standar adalah sebanyak 29 orang atau 58 persen, responden yang berpengetahuan cukup dan melakukan kunjungan ANC tidak sesuai standar adalah sebanyak 5 orang atau 10 persen.

e. Analisa antara sikap dengan kunjungan Antenatal Care

Tabel 5. Distribusi Sikap Dengan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana

No	Sikap	Kunjungan Antenatal Care				Total	
		Sesuai		Tidak sesuai		n	%
		n	%	n	%		
1	Positif	28	56	5	10	33	66
2	Negatif	10	20	7	14	17	34
Total		38	76	12	24	50	100

Sumber : Data Primer Penelitian

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa dari 50 responden, yang bersikap positif dan melakukan kunjungan ANC sesuai standar adalah sebanyak 28 orang atau 56 persen, responden dengan sikap positif tetapi melakukan kunjungan ANC tidak sesuai standar adalah sebanyak 5 orang atau 10 persen, sedangkan responden yang bersikap negatif dan melakukan kunjungan ANC sesuai standar adalah sebanyak 10 orang atau 20 persen, responden yang bersikap negatif dan melakukan kunjungan ANC tidak sesuai standar adalah sebanyak 7 orang atau 14 persen.

• Analisa Bivariat

Tabel 6. Tabel Kerja Analisis Hasil Hubungan Antara Pengetahuan dengan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana

O	E	O-E	(O - E) <sup>2</sup>	(O - E) <sup>2</sup> /E
9	12,16	-3,16	9,98	0,82
7	3,84	3,16	9,98	2,60
29	25,84	3,16	9,98	0,38
5	8,16	-3,16	9,98	1,22
50	50	12,64	39,92	5,02

Berdasarkan hasil uji statistik perhitungan *Chi-Square* didapatkan nilai  $\chi^2$  hitung (5,02) lebih besar dari  $\chi^2$  tabel (3,84) ini berarti  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  diterima maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kunjungan antenatal care yang mana secara statistik

menunjukkan hubungan yang signifikan atau bermakna, artinya semakin tingginya pengetahuan seseorang maka semakin baik pula dalam bertindak atau bersikap (Notoatmodjo, 2003).

Tabel 7. Tabel kerja analisis hasil hubungan antara Sikap dengan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana

O	E	O-E	$(O - E)^2$	$(O - E)^2/E$
28	25,08	2,92	8,52	0,33
5	7,92	-2,92	8,52	1,07
10	12,92	-2,92	8,52	0,65
7	4,08	2,92	8,52	2,08
50	50	11,68	34,08	4,13

Berdasarkan hasil uji statistik perhitungan *Chi-Square* didapatkan nilai  $\chi^2$  hitung sebesar 4,13 dan nilai  $\chi^2$  tabel sebesar 3,84 oleh karena nilai  $\chi^2$  hitung lebih besar dari nilai  $\chi^2$  tabel ( $4,13 > 3,84$ ) dengan df 1 pada taraf kepercayaan 95 persen, maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana.

Analisa hubungan pengetahuan dan sikap dengan kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sikumana. Berdasarkan tabel hubungan pengetahuan dengan kunjungan ANC, setelah dilakukan uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan  $\chi^2$  hitung lebih besar dari  $\chi^2$  tabel ( $5,02 > 3,84$ ) yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kunjungan ANC, semakin baik pengetahuan ibu hamil maka akan lebih baik lagi ibu hamil bertindak dalam hal melakukan kunjungan ANC. Begitu pula pada tabel hubungan sikap dengan kunjungan ANC, setelah dilakukan uji statistik didapatkan  $\chi^2$  hitung lebih besar dari  $\chi^2$  tabel ( $4,13 > 3,84$ ) yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan kunjungan ANC, sikap positif seseorang mempengaruhi orang tersebut untuk bertindak atau melakukan kunjungan ANC.

Pengetahuan seseorang tentang sebuah obyek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif, kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tertentu. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tinggi rendahnya pendidikan seseorang atau masyarakat. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi. Dari 50 responden terdapat 20 atau 40 persen responden berpendidikan SMP. Tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah mereka mendapatkan informasi dan pada akhirnya makin banyak pengetahuan yang mereka miliki. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa dari 50 responden 34 atau 68 persen berpengetahuan cukup, hal ini dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Pendidikan berarti timbangan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal yang dapat dipahami, tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh faktor-faktor diantaranya pendidikan, usia, dan sumber informasi. Informasi akan memberikan pengaruh terhadap pengetahuan seseorang, meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio, surat kabar, maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Bila seseorang mempunyai motivasi yang tinggi ia akan berbuat sekuat tenaga untuk mewujudkan apa yang diinginkannya. Dari hasil penelitian walaupun sebagian besar ibu hamil berpengetahuan cukup namun memiliki sikap yang positif dalam melakukan kunjungan ANC. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh pekerjaan. Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya, bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga dan mempengaruhi dalam

cara berpikir. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh umur. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja juga bertindak dalam hal melakukan kunjungan ANC.

Dari 50 responden terdapat 33 atau 66 persen responden bersikap positif ini berarti bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap positif untuk melakukan kunjungan ANC, sikap positif seseorang mempengaruhi orang tersebut untuk bertindak. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa respon atau reaksi dari ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC di Puskesmas Sikumana sangat positif dimana ibu hamil yang bersikap positif bersedia menerima secara positif dan siap untuk melakukan kunjungan ANC sesuai standar. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa walaupun pengetahuan ibu hamil cukup, namun memiliki sikap yang positif dalam hal melakukan kunjungan ANC. Berdasarkan tabel analisis bivariat hubungan pengetahuan dengan kunjungan ANC dan juga hubungan sikap dengan kunjungan ANC didapatkan bahwa  $\chi^2$  hitung  $> \chi^2$  tabel maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, ini artinya ada hubungan yang signifikan baik antara pengetahuan dengan kunjungan ANC maupun antara sikap dengan kunjungan ANC.

Pengetahuan ibu hamil dipengaruhi oleh pendidikan, umur dan juga sumber informasi, pengetahuan yang cukup tidak selalu menghasilkan sikap negatif, namun dapat menghasilkan sikap positif terutama dalam sikap untuk melakukan kunjungan ANC.

Setiap ibu hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya, oleh karena itu setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal, yakni satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu), satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28), dan dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke 28-36 dan sesudah minggu ke 36). Temuan penelitian didapatkan bahwa dari 50 responden 38 atau 76 persen melakukan kunjungan sesuai standar, dari hasil tabel ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar ibu hamil di Puskesmas Sikumana sudah memiliki partisipasi yang tinggi dalam hal melakukan kunjungan ANC.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan pengetahuan dan sikap dengan kunjungan ANC di Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpengetahuan cukup namun memiliki sikap yang positif dalam hal melakukan kunjungan ANC. Hasil analisa bivariat dengan uji statistik didapatkan  $\chi^2$  hitung  $> \chi^2$  tabel yang menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, ini artinya ada hubungan yang signifikan baik antara pengetahuan dengan kunjungan ANC maupun antara sikap dengan kunjungan ANC. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, sikap ibu hamil dengan kunjungan ANC. Disarankan agar Kepala Puskesmas Sikumana dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan cakupan kunjungan ibu hamil dengan selalu memberikan konseling, penyuluhan dan pendidikan kesehatan bagi ibu hamil khususnya tentang pentingnya ANC. Diharapkan ibu hamil juga lebih memperkaya pengetahuannya, terutama pengetahuan tentang kehamilannya dan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dengan lebih banyak belajar dan membaca buku yang berhubungan dengan kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah, Putri Siswoyo, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Aswar S, 2003. *Sikap Manusia dan Teori Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian*. Rineka, Jakarta.
- Kusmiyati, Wahyuningsih & Sujiyatini, (2009). *Perawatan ibu hamil*. Fitra Maya : Yogyakarta.
- Nursalam, 2008 *Metode Penelitian Kesehatan*. Salemba Medika
- Manuaba. 2001, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, ECG : Jakarta.
- Notoatmojo. 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta : Jakarta.
- \_\_\_\_\_ 2003. *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*, Rineka Cipta : Jakarta.
- \_\_\_\_\_ 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta : Jakarta.
- Nursalam, 2008. *Metode Penelitian Kesehatan*, Salemba Medika.
- Prawirohardjo, 2008. *Ilmu Kebidanan* edisi III Jakarta, Yayasan Bina Pustaka.

# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA ANEMIA DALAM KEHAMILAN DI PUSKESMAS SIKUMANA

Serlyansie V. Boimau

Ertilia Amfrida

Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

[serlyansieboimau69@gmail.com](mailto:serlyansieboimau69@gmail.com)

## ABSTRACT

*Background: Anemia in Indonesia remains a challenge in efforts to improve anemia prevalence in Indonesia. Several factors are closely related to anemia such as parity, age, birth spacing, and Fe tablet consumption. Data collected from Puskesmas Sikumana, there are 120 pregnant women with anemia.*

*Objective: Identify the factors that influence the occurrence of anemia during pregnancy.*

*Methods: This research is using analytical descriptive with cross-sectional approach, the number of respondents are 30 pregnant women. The data used are primary and secondary data.*

*Result: There are 73,3% of 22 respondent respondents who have anemia. Most of respondents (70%) have multiparity status while (70%) are 20-35 years old. We found that 66.7% of respondents are not at risk of birth and 60% of respondents have irregular consumption of Fe tablets.*

*Conclusion: There is a relationship between parity, maternal age, birth spacing and consumption of Fe tablets to the occurrence of anemia in pregnancy at the Sikumana Health Center.*

*Key Words: Anemia, hemoglobin, pregnancy*

## PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan masa kehidupan yang penting. Kehamilan dengan anemia adalah satu hal yang perlu diperhatikan karena banyak hal yang dapat disebabkan oleh karena anemia itu sendiri. Anemia pada kehamilan menjadi salah satu masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Anemia pada ibu hamil disebut “*Potential danger to mother and child*” (potensi membahayakan ibu dan anak). Oleh karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba, 2010).

Anemia merupakan masalah medik yang paling sering dijumpai di klinik di seluruh dunia, di samping sebagai masalah kesehatan utama masyarakat, terutama di negara berkembang. Diperkirakan lebih dari 30% penduduk dunia atau 1500 juta orang menderita anemia dengan sebagian besar tinggal di daerah tropik (Sudoyo, 2009). Badan kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa 35-75 % ibu hamil di negara berkembang dan 18 persen ibu hamil di negara maju mengalami anemia. Angka kejadian anemia menurut WHO berkisar antara 20-89 persen dengan menetapkan hemoglobin 11 gram persen sebagai dasarnya (Manuaba, 2010). Menurut penelitian Siteti *et al* (2014), angka kejadian anemia di Kenya menunjukkan nilai yang cukup tinggi yaitu (38,7%). Di India terdapat sekitar 88 persen ibu hamil yang menderita anemia dan pada wilayah Asia lainnya ditemukan hampir 60 persen wanita yang mengalami anemia (Gibney dkk, 2009).

Survei yang dilakukan sejumlah fakultas kedokteran di beberapa universitas di Indonesia menemukan bahwa 50 - 63 persen ibu hamil menderita anemia. Prevalensi anemia ibu hamil di Indonesia sebesar 37,1 persen yaitu ibu hamil dengan kadar Hb kurang dari 11,0 gram/dl, dengan proporsi yang hampir sama antara di kawasan perkotaan (36,4%) dan perdesaan (37,8%). Keadaan ini mengindikasikan bahwa anemia di Indonesia masih menjadi satu tantangan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu karena terjadi peningkatan prevalensi anemia di Indonesia beberapa tahun terakhir ini.

Prevalensi anemia pada ibu hamil di NTT juga mengalami peningkatan. Sedangkan prevalensi anemia di puskesmas Sikumana dari tahun 2012 sampai tahun 2013 masih menduduki peringkat tertinggi dibanding komplikasi kehamilan lainnya.

## TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia pada kehamilan di Puskesmas Sikumana.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan fenomena yang terjadi di dalam masyarakat secara objektif. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross-sectional* yaitu melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan antara variabel independen dan variable dependen. Dalam hal ini peneliti mengkaji faktor jarak kelahiran umur ibu, jumlah paritas, dan konsumsi tablet Fe yang mempengaruhi terjadinya anemia dalam kehamilan. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang berusia kehamilan  $\geq 10$  minggu sampai  $\leq 36$  minggu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada bulan Februari 2016 di Puskesmas Sikumana yang berjumlah 168 orang. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 42 ibu hamil.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

Berdasarkan data yang diambil saat penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia dalam kehamilan di Puskesmas Sikumana pada 42 ibu hamil yang memenuhi criteria inklusi sebagai responden, diperoleh data karakteristik yang akan diolah yakni paritas, umur, jarak kelahiran dan konsumsi tablet Fe.

#### a. Paritas

Karakteristik paritas dari 42 responden ada yang belum pernah melahirkan, ada yang sudah melahirkan 1 kali, 2 sampai 4 kali melahirkan bahkan adayang melahirkan 5 kali atau lebih.

Tabel 4.1 Karakteristik Ibu Hamil berdasarkan Paritas

Paritas	F	Presentase (%)
Nulipara	14	33,33
Primipara	9	21,42
Multipara	18	42,85
Grandemultipara	1	2,38
Total	42	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa 14 responden (33,33%) nulipara, 9 responden(21,42%) primipara, 18 responden (42,85%) multipara dan 1 responden (2,38%) grandemultipara.

#### b. Umur

Karakteristik umur dari 42 responden memiliki umur kurang dari 20 tahun, umur 20-35 tahun dan umur lebih dari 35 tahun responden.

Table 4.2 karakteristik Ibu hamil berdasarkan Umur

Umur (Tahun )	F	Presentase (%)
<20	2	4,76
20-35	31	73,80
>35	9	21,42
Total	42	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan data dari table di atas menunjukkan bahwa 2 responden (4,76%) umur kurang dari 20 tahun, 31 responden (73,80%) umur 20-35 tahun, 9 responden (21,42%) umur lebih dari 35 tahun

c. Jarak kelahiran

Karakteristik jarak kelahiran dari 42 responden memiliki jarak kelahiran kurang dari 2 tahun dan lebih dari 2 tahun

Tabel 4.3 Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran	F	Presentase (%)
< 2 tahun	9	21,42
> 2 tahun	33	78,57
Total	42	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan data dari tabel di atas menunjukkan bahwa 9 responden (21,42%) memiliki jarak kelahiran anak kurang dari 2 tahun dan 33 responden (78%) memiliki jarak kelahiran lebih dari 2 tahun.

d. Konsumsi tablet Fe

Karakteristik Ibu hamil berdasarkan Konsumsi tablet Fe dari 42 responden ada responden yang teratur mengkonsumsi tablet Fe tetapi ada yang tidak teratur meminum tablet Fe baik dari frekuensi minum tablet Fe maupun cara minum tablet Fe

Table 4.4 karakteristik Ibu Hamil berdasarkan konsumsi tablet Fe

Konsumsi tablet Fe	F	Presentase (%)
Tidak teratur	25	59,52
Teratur	17	40,47
Total	42	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan data tabel di atas menunjukkan bahwa 25 responden (59,52%) yang mengkonsumsi tablet Fe tidak teratur dan 17 responden (40,47%) yang mengkonsumsi tablet Fe secara teratur.

2. Hasil Analisa

a. Distribusi Frekuensi Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu Hamil Di Puskesmas Sikumana

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative Percent
Valid	Nulipara	14	33,33	33,33	33,33
	Pimipara	9	21,42	21,42	54,76
	Multipara	18	42,85	42,85	97,61
	Grandemultipara	1	2,38	2,38	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Tabel di atas menunjukkan bahwa status paritas responden sebagian besar (42,85%) multipara

Tabel 4.2. Distribusi Umur Ibu Hamil Di Puskesmas Sikumana

Valid		Frequency	percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Berisiko	11	26,19	26,19	26,19
	tidak berisiko	31	73,80	73,80	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (73,80%) responden memiliki umur tidak berisiko

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Jarak Kelahiran di Puskesmas Sikumana

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Risiko tinggi	9	21,42	21,42	21,42
	Tidak berisiko	33	78,57	78,57	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (78,57%) responden mempunyai jarak kelahiran tidak berisiko

Table 4.4. Distribusi Frekuensi Konsumsi Tablet Fe di Puskesmas Sikumana

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak teratur	25	59,52	59,52	59,52
	Teratur	17	40,47	40,47	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Tabel di atas menunjukkan bahwa bahwa sebagian besar (59,52%) responden tidak teratur konsumsi tablet Fe

Table 4.5. Distribusi Frekuensi Kadar Haemoglobin Ibu Hamil Di Puskesmas Sikumana Periode Februari 2016

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Anemia	32	76,19	76,19	76,19
	Normal	10	23,80	28,57	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Tabel di atas menunjukkan bahwa hampir semua responden (76,19%) mengaami anemia

**b.** Hasil uji chi Square menggunakan SSPS

**1)** Pengaruh Faktor Paritas terhadap Anemia

Tabel 4.6. Tabel Silang faktor Paritas terhadap Anemia di Puskesmas Sikumana

	hb		Total
	Anemia	Tidak Anemia	
Paritas	Jumlah	%	Jumlah
Nulipara	11	26,19	3
Primipara	5	11,90	4
Multipara	15	35,71	3
Grandemultipara	1	2,38	-
Total	32		10

**2)** Pengaruh Faktor Umur Ibu Hamil terhadap Anemia

Tabel 4.7. Tabel Silang Faktor Umur Ibu Hamil terhadap Anemia Di Puskesmas Sikumana

	hb		Total
	Anemia	Tidak Anemia	
Umur	Jumlah	%	Jumlah
Resiko Tinggi	10	23,80	2
Tidak berisiko	22	52,38	8
Total	32	76,19	10

**3)** Pengaruh Faktor Jarak Kelahiran Terhadap Anemia

Tabel 4.8. Tabel Silang faktor Jarak Kelahiran Ibu Hamil terhadap Anemia di Puskesmas Sikumana

	hb		Total
	Anemia	Tidak Anemia	
Jarak kelahiran	Jumlah	%	Jumlah
Berisiko	12	23,80	1

Berisiko rendah	20	53,38		9	11,90	31
Total	32	76,19		10	23,80	42

#### 4) Pengaruh Faktor Konsumsi Tablet Fe Terhadap Anemia

Tabel 4.9. Tabel silang faktor Konsumsi Tablet Fe terhadap Anemia di Puskesmas Sikumana

			hb			Total
	Anemia			Tidak Anemia		
Konsumsi tablet Fe	Jumlah	%		Jumlah	%	
Tidak Teratur	21	50,0		4	9,52	25
Teratur	11	26,19		6	14,28	17
Total	32	76,19		10	23,80	42

#### 1. Paritas

Hasil penelitian paritas ibu hamil dinyatakan dalam table 4.1 bahwa dari 42 responden terdapat sebagian besar (35,71%) multipara yaitu paritas 2-4 anak.

Paritas adalah jumlah persalinan yang dialami oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati. Paritas ibu merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya komplikasi dalam kehamilan karena dapat mempengaruhi kesehatan ibu. Ibu yang sering melahirkan kemungkinan akan mengalami banyak masalah seperti anemia, malnutrisi, kekendoran pada dinding rahim dan dinding perut. Bahaya yang dapat terjadi seperti kelainan letak, *rupture* uteri dan perdarahan setelah persalinan. Walaupun pada dasarnya semua ibu hamil dan bersalin adalah berisiko namun ibu yang berulang kali melahirkan akan cenderung mengalami komplikasi baik maternal maupun neonatal oleh karena hal-hal tersebut. Semakin besar angka kehamilan dan melahirkan seorang ibu akan semakin besar risiko kematian perinatal sebab pada waktu melahirkan pembuluh darah dinding rahim yang rusak tidak dapat pulih sepenuhnya seperti sebelum melahirkan. Hal ini akan mempengaruhi sirkulasi makanan ke janin sehingga dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada janin. Berbagai gangguan pada janin dan bayi yang dipengaruhi oleh paritas seperti terlambatnya pertumbuhan janin dalam kandungan, abortus, cacat bawaan, berat badan lahir rendah dan anemia pada bayi yang dilahirkan. Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya terjadinya komplikasi. Untuk itu dibutuhkan upaya pencegahan proaktif sejak awal kehamilan sampai persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

#### 2. Umur Ibu Hamil

Hasil penelitian umur ibu hamil dinyatakan dalam table 4.2 bahwa dari 42 responden terdapat sebagian besar (73,80) berumur 20-35 tahun. Hasil penelitian ini dikaitkan dengan teori terdapat kesesuaian, dimana menurut Manuaba (1998, p.39) umur ibu diklasifikasikan antara lain reproduksi sehat (antara 20 sampai 35 tahun) dan reproduksi tidak sehat (< 20 tahun dan > 35 tahun).

Kesiapan seorang ibu untuk hamil dan melahirkan ditentukan oleh kesiapan fisik, mental dan kesiapan sosial ekonomi. Secara umum, dikatakan siap secara fisik jika telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya, yaitu sekitar umur 20 tahun. Kesiapan mental dan sosial pun biasanya terjadi pada umur 20 tahun, karena pada umur 20 tahun seorang ibu sudah mendapat tingkat pendidikan yang cukup dan sudah mempunyai pekerjaan. Ibu umur 20 sampai 35 tahun dianggap ideal untuk menjalani kehamilan dan persalinan karena di rentang umur ini kondisi fisik ibu dalam keadaan prima. Umur 20 sampai 35 tahun secara mental pun sudah siap, hal ini berdampak pada perilaku merawat dan menjaga kehamilannya secara berhati-hati.

Pada umur < 20 tahun dapat menyebabkan anemia karena pada umur tersebut perkembangan biologis dalam hal ini alat reproduksi belum optimal untuk menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moral, mental dan emosional. Sedangkan kehamilan di atas 35 tahun juga merupakan berisiko tinggi. Wanita yang hamil dalam usia yang terlalu tua yaitu > 35 tahun pun akan rentan terhadap anemia. Sehingga mudah terkena berbagai infeksi selama kehamilan.

Ada kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori yaitu bahwa umur 20-35 tahun adalah periode reproduksi sehat dan risiko rendah bagi seorang ibu. Jadi tatap muka antara petugas kesehatan terkait dengan masa pra-gestasi maupun pemeriksaan antenatal yang teratur dan konseling antara klien dengan tenaga kesehatan yang terjalin dengan baik akan mempengaruhi persepsi seseorang mengenai keputusan dan rencana untuk hamil dan melahirkan.

### 3. Jarak kelahiran

Berdasarkan penelitian pada table 4.3 tentang jarak kelahiran menunjukkan bahwa dari 42 responden terdapat sebesar 53,38% responden yang mempunyai jarak kelahiran lebih dari 2 tahun. Sebaiknya jarak persalinan terakhir dengan jarak persalinan yang berikutnya minimal 2 tahun. Dengan adanya tenggang waktu tersebut diharapkan ibu dapat mempersiapkan keadaan fisik dengan cara melengkapi diri dengan memakan makanan yang mengandung protein dan zat besi serta bergizi untuk menghindari terjadinya anemia, di samping itu memberikan kesempatan kepada organ – organ tubuh untuk memulihkan fungsi maupun anatomisnya.

Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun dapat menyebabkan hasil kehamilan yang kurang baik. Jarak dua kehamilan yang terlalu pendek akan mempengaruhi daya tahan dan gizi ibu yang selanjutnya akan mempengaruhi hasil reproduksi. Konsumsi tablet Fe

Berdasarkan penelitian pada table 4.4 tentang konsumsi tablet Fe menunjukkan bahwa dari 42 responden 50,0% responden mengkonsumsi tablet Fe dengan tidak teratur. Penyebab anemia gizi besi dikarenakan kurang masuknya unsur zat besi dalam makanan, karena gangguan reabsorpsi atau terlampaunya banyaknya zat besi keluar dari badan misalnya perdarahan. Sementara itu kebutuhan ibu hamil akan Fe meningkat untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah sebesar 200 – 300%. Perkiraan besaran zat besi yang perlu ditimbun selama hamil ialah 1040 mg. Dari jumlah ini, 200 mg Fe tertahan oleh tubuh ketika melahirkan dan 840 mg sisanya hilang. Sebanyak 300 mg zat besi di transfer ke janin, dengan rincian 50-75 mg untuk pembentukan plasenta, 450 mg untuk pembentukan sel darah merah dan 200 mg lenyap ketika melahirkan. Jumlah sebanyak ini tidak mungkin tercukupi hanya dengan melalui diet. Karena itu suplementasi zat besi perlu sekali diberlakukan, bahkan pada wanita yang memiliki gizi baik.

### 4. Kadar Haemoglobine

Anemia dalam kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan berpotensi membahayakan ibu dan anak. Wanita hamil atau dalam masa nifas dinyatakan menderita anemia bila kadar hemoglobin kurang dari 10 gr %. Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai penurunan kadar hemoglobin kurang dari 11 gr % selama masa kehamilan pada trimester I dan ke III dan kurang dari 10 gr % selama masa post partum dan trimester II.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (76,19) mengalami anemia di wilayah kerja puskesmas Sikumana, kecamatan Maulafa. Anemia ini disebabkan karena kurangnya unsure zat besi dalam makanan, terlalu banyak zat besi yang keluar dari tubuh, misalnya keperluan zat besi bertambah dalam kehamilan terutama trimester terakhir. Apabila masuknya zat besi tidak ditambah dalam kehamilan maka dapat terjadi anemia defisiensi zat besi.

Kenaikan volume darah selama kehamilan akan meningkatkan kebutuhan zat besi. Selain itu secara fisiologis anemia defisiensi zat besi pada ibu hamil dapat disebabkan oleh: kandungan zat besi dari makanan yang dikonsumsi tidak mencukupi kebutuhan.

### 5. Hubungan Paritas dengan Kejadian Anemia dalam Kehamilan

Pada penelitian ini dari 42 responden didapatkan kelompok nulipara 11 (26,19%) primipara 5 (11,90%) responden, kelompok multipara 15 (35,71%) responden dan kelompok grandemultipara sebesar 1 (2,38%) orang mengalami anemia. Ini berarti tidak terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil di Puskesmas Sikumana. Artinya melahirkan lebih dari 5 kali tidak memberikan pengaruh terhadap kejadian anemia pada ibu hamil.

Anemia bisa terjadi pada ibu dengan paritas tinggi terkait dengan keadaan biologis ibu dan asupan zat besi. Anemia dalam hal ini akan terkait dengan kehamilan sebelumnya. Apabila cadangan zat besi di dalam tubuh berkurang maka kehamilan ini akan menguras persediaan besi di dalam tubuh dan akan menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya (Asyirah, 2012).

#### 6. Hubungan Umur dengan Kejadian Anemia dalam Kehamilan

Pada penelitian ini didapatkan responden yang berumur <20 dan >35 tahun ada 10 (23,80%) yang mengalami anemia sedangkan yang berumur 20-35 tahun ada 22 (53,38%) yang mengalami anemia. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan kejadian anemia. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Sitti Asyirah (2012) yang menyatakan bahwa anemia pada ibu hamil dapat terjadi pada semua kelompok umur. Artinya dalam kelompok umur apapun terlalu tua atau terlalu muda tidak akan berpengaruh terhadap kejadian anemia pada ibu hamil.

Defisiensi zat besi pada saat kebutuhan akan zat besi meningkat. Pada tingkat umur yang berbeda terdapat variasi kebutuhan zat besi setiap hari. Umur 20-35 tahun adalah periode reproduksi sehat dan risiko rendah bagi seorang ibu.

#### 7. Hubungan jarak kelahiran dengan Kejadian Anemia dalam Kehamilan

Pada penelitian ini didapatkan responden yang jarak kelahiran kurang dari 2 tahun ada 12 (28,57%) yang mengalami anemia sedangkan yang jarak kelahiran lebih dari 2 tahun ada 20 (47,61%) yang mengalami anemia. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak kelahiran dengan kejadian anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Sikumana.

Pada setiap akhir persalinan akan diperlukan waktu 2 tahun untuk mengembalikan cadangan zat besi ke tingkat normal. Maka sebaiknya jarak persalinan terakhir dengan jarak persalinan yang berikutnya minimal 2 tahun. Dengan adanya tenggang waktu tersebut diharapkan ibu dapat mempersiapkan keadaan fisik dengan cara melengkapi diri dengan memakan makanan yang mengandung protein dan zat besi serta bergizi untuk menghindari terjadinya anemia, di samping itu memberikan kesempatan kepada organ – organ tubuh untuk memulihkan fungsi maupun anatomisnya.

#### 8. Hubungan Konsumsi Tablet Fe dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil

Pada penelitian ini didapatkan ibu hamil yang konsumsi tablet Fe tidak teratur ada 21 (50,0%) yang mengalami anemia sedangkan ibu hamil yang konsumsi obat teratur ada 11 (26,19%) yang mengalami anemia. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antar konsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia pada ibu hamil.

Penyebab anemia gizi besi dikarenakan kurang masuknya unsur zat besi dalam makanan, karena gangguan reabsorpsi, gangguan -gangguan atau terlampaunya banyaknya zat besi keluar dari badan misalnya perdarahan. Sementara itu kebutuhan ibu hamil akan Fe meningkat untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah sebesar 200-300%. Perkiraan besaran zat besi yang perlu ditimbun selama hamil ialah 1040 mg. Karena itu suplementasi zat besi perlu sekali diberlakukan, bahkan pada wanita yang memiliki gizi baik

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia dalam kehamilan di Puskesmas Sikumana tahun 2015 yaitu: tidak ada hubungan antara faktor paritas, faktor umur, faktor jarak kelahiran dengan kejadian anemia dalam kehamilan di Puskesmas Sikumana. Ada hubungan yang bermakna antara faktor konsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia dalam kehamilan di Puskesmas Sikumana. Faktor yang paling dominan mempengaruhi kejadian anemia dalam kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Sikumana tahun 2015 adalah faktor jarak kelahiran.

Perlunya peningkatan pengetahuan melalui penyuluhan kesehatan dan konseling pada ibu hamil dan keluarganya secara berkesinambungan tentang bahaya anemia dalam kehamilan, manfaat dan efek samping mengkonsumsi tablet Fe, jenis-jenis makanan yang mengandung zat besi serta makanan dan minuman yang dapat mengganggu absorbsi zat besi. Meningkatkan KIE pada ibu hamil terutama ibu hamil yang berada pada usia kehamilan trimester III untuk banyak mengkonsumsi makanan yang lebih beragam terutama makanan yang banyak mengandung zat besi. Masih banyaknya ibu hamil yang kurang mengkonsumsi tablet Fe, maka perlu dilakukan pendistribusian yang lebih baik di tempat yang sering didatangi oleh ibu hamil seperti bidan desa dan posyandu dan tetap dilakukan penyuluhan tentang cara konsumsi tablet Fe yang baik. Memberikan KIE (Konseling Informasi dan Edukasi) tentang cara mencegah kejadian anemia dalam kehamilan pada Pasangan Usia Subur (PUS) untuk merencanakan kehamilan dan melahirkan dengan menjadi akseptor KB.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asyirah, Sitti. 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Anemia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Bajeng Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa , Available from [http://lib ui. ac.id.file=digital/20314687-s sitti%20Asyirah.pdf](http://lib.ui.ac.id/file=digital/20314687-s_sitti%20Asyirah.pdf). Diakses pada tanggal 20 oktober 2013
- Borton, Chloe. 2009. *Gravidity and Parity Definitions (and their Implications in Risk Assessment. Patient.info*. Retrieved June 26, 2013.
- Djamilus, Herlina. 2008. *Faktor Risiko Kejadian Anemia Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor*, Artikel , Available from : [http://www.motekar.tk/topik/pengkajiananemia\\_pada\\_ibu\\_hamil.html](http://www.motekar.tk/topik/pengkajiananemia_pada_ibu_hamil.html) <http://www.google.com/2012> Jurnal+penelitian+hubungan+antara+kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet tambah darah dengan kejadian anemia. Diakses 23 Desember 2012
- Fahriansjah, FW. 2009. *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kejadian Anemia di Rumah Sakit Bersalin Siti Khadijah IV Makassar Periode Januari Desember 2008*. (<http://asramamedicafk.unhas.blogspot.com/2009/04/hubungan-karakteristik-ibu-hamil-dengan.html>, Diakses tanggal 12 maret 2011).
- Gibney, M, Margetts, B, Kearney, J, Arab, L. 2009 .*Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Herlina, Nina dkk. 2009. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil*. ([http://irvantoni.blogspot.com/2010/02/faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan\\_07.html](http://irvantoni.blogspot.com/2010/02/faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan_07.html), Diakses tanggal 12 maret 2011).
- Hidayat. A.Z. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Irwan Budiono. *Prevalensi Dan Determinan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Perkampungan Nelayan Di Kelurahan Mangkang Wetan Semarang Kemas– Volume 4 / No. 2 / Januari sampai Juni (2009 , p.1 )*
- Koura, Port, Garcia A. 2012. *Anemia during pregnancy : impact on birth outcome and infant haemoglobin level during the first 18 month of life*. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Diakses pada tanggal 23 Oktober 2015

# ***A New Light (Sebuah Cahaya baru) Upaya Membangun Ketahanan Diri (Imunitas Diri) Ibu Hamil Dan Bayi dengan Pendekatan Neo---Holistik***

Pius Weraman<sup>1</sup>, Petornius Damat<sup>2</sup>, Jimmy Parera<sup>3</sup>  
FKM, Universitas Nusa Cendana Kupang

## **ABSTRACT**

**Background:** *Pregnancy is a divine mystery. Mystery desired and designed by the power of Godhead. Pregnancy is a process (in - carnis) of the inclusion of the soul in the biological process of meeting sperm cells and egg cells.*

**Objective:** *to know the effort to build self-defense of pregnant mother and baby.*  
**Methods:** *The principles and approaches of Neoholism are manifested in 'what you eat / drink for body' and 'what you do for soul'.*

**Outcome:** *This process forms the 'existence' of a new human entity within a woman. The logical consequence is the existence of two human beings each possessed of uniqueness. Self-Resilience (Self Immunity) is formed from within itself above a holistic natural relationship, the first relation of the expectant mother and her baby to God. Both 'their' relationships with each other (starting from the relationship of pregnant mother with her baby), relation with nature, on self relation.*

**Conclusion:** *On the basis of uniqueness then the dose should be 'one size fits one' instead of 'one size fits all' (one size for all).*

**Keywords:** *Pregnancy, uniqueness, body, soul, relation, God, fellow, nature, self*

## **PENDAHULUAN**

Makalah ini menggambarkan karya nyata upaya LPTK mengambil peran secara langsung dalam upaya membangun Ketahanan Diri (Imunitas Diri) terhadap Ibu---ibu Hamil dan Bayi di NTT. Upaya yang dilakukan LPTK dengan pendekatan yang belum pernah dilakukan di atas muka bumi. Sehingga uraiannya bertujuan utama ke hadapan public khususnya peserta seminar *to shed a new light* (memancarkan sebuah cahaya baru).

*A new light* (Sebuah Cahaya Baru) sebagai konsekuensi penggunaan pendekatan terhadap Ibu hamil dan bayi dengan menggunakan Konsep Ketahanan Diri. Konsep yang memandang Kehamilan dalam koholistikan relasi seorang Ibu hamil dan bayi yang dikandungnya yang pertama dan utama adalah relasi 'mereka' dengan Sang Pemilik Hidup dan yang ke dua relasi mereka dengan sesamanya (Ibu Hami dengan Bayinya), suami/ayah, anggota keluarga, relasi mereka dengan alam tentang makanan dan minuman dan pada dirinya sendiri (antara si Ibu Hamil dengan si bayi yang dikandungnya).

Konsep Ketahanan Diri merupakan definisi yang berbeda dari konsep ketahanan tubuh dalam ilmu kesehatan modern selama ini. Perbedaan mendasar di antara Konsep Ketahanan Diri dan Konsep Ketahanan Tubuh terletak pada Institusi Jiwa. Konsep ketahanan Diri menunjukkan bahwa "Diri" seorang ibu hamil (manusia) memiliki Institusi Jiwa dan Institusi Tubuh. Pada diri seorang ibu hamil sekaligus 'ada' dua institusi tubuh dan dua institusi jiwa yaitu institusi tubuh ibu dan bayi dan institusi jiwa ibu dan bayi.

Konsekuensinya, *treatment* yang harus diberikan terhadap seorang ibu hamil dan bayi yang dikandungnya haruslah holistik, terintegrasi terhadap dua Entitas yang masing-masingnya memiliki keunikan pada diri mereka. Dan kedua subyek hukum tersebut tidak dapat dipisahkan antara satu dengan yang lainnya. Hanya memandang institusi tubuh sambil melupakan kembarannya yaitu institusi jiwa merupakan sebuah malapetaka bagi manusia. Termasuk di dalamnya adalah dalam urusan kesehatan manusia.

Konsep Ketahanan Tubuh yang hanya memberikan *treatment* pada tubuh akan mengabaikan institusi jiwa sebagai kembaran utuh dari tubuh pada entitas manusia. Penting untuk memperhatikan takaran pada tubuh alasannya adalah karena pada tubuh manusia ada komposit zat dengan jumlah tertentu, namun tidak mutlak. Dalam pandangan LPTK, konsep ini tidak memiliki keutuhan dalam memandang manusia (Porat Antonius, 2014).

Manusia tidak cukup hanya sampai di situ. Konsep Memiliki yang biasanya dipergunakan oleh dunia medis pada hakikatnya sebatas material biologis. Sementara manusia lebih dari sekedar kompositum zat---zat material biologis. Ilmu kedokteran atau ilmu medis lainnya sangat peduli pada relasi internal kebendaan ini. Karenanya ilmu tersebut mempelajari unsur---unsur yang membentuk tubuh yang dalam bahasa medisnya disebut sebagai jantung, lever, pembuluh darah, dan sebagainya, serta komposit pembentuknya. Sebagai konsekuensi dari sudut pandang ini, sakit atau sehat tergantung pada kelengkapan atau kekurangan unsur---unsur pembentuknya dan relasi di antaranya. Sebagai contoh, tekanan darah tinggi yang dipompa dari jantung bisa menyebabkan pecahnya pembuluh darah.

Konsep Ketahanan Diri seorang ibu hamil menunjukkan bahwa setiap bumil dan bayinya dilengkapi dengan laboratorium yang akan mengungkapkan secara nyata apa yang dibutuhkan dan apa yang tidak dibutuhkan oleh diri. Proses menjadi sehat secara fisik dapat dilakukan dengan memperhatikan reaksi tubuh terhadap apa yang dimakan/diminum. Setiap bumil memiliki dua institusi jiwa yang selalu mengingatkannya untuk boleh mengonsumsi atau tidak boleh mengonsumsi sesuatu. Institusi jiwa juga bahkan dapat meneguhkan kembali seseorang bumil sebelum atau setelah mengonsumsi sesuatu.

Bumil yang mampu mengaktifkan laboratorium alamiah pada dirinya maka Ketahanan Diri (Imunitas Diri) dengan sendirinya terbentuk. Selanjutnya imunitas diri terbentuk dari dalam yang akan terpancar keluar dalam bentuk manifestasi fisik yang sehat. Oleh karena itu imunitas sintesis (hasil dari laboratorium bentukan manusia) yang datang dari luar manusia tidak dibutuhkan lagi.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

*A New Light* : pendektan baru terhadap Bumil dan Bayi.

*The LPTK's Healthy Behaviour Relation Theory* Teori Perilaku Sehat LPTK, memberikan gagasan tentang cara membangun perilaku sehat individu dengan cara memperhatikan pemilihan jenis makanan/minuman, belajar mendengarkan suara hati dan pesan---pesan tubuh, berjuang membangun relasi dengan Allah, sesama, orang lain, alam semesta dan diri sendiri. Teori ini didasari oleh keyakinan bahwa manusia diciptakan oleh Yang Ilahi dari jiwa dan tubuh. Jiwa itu unik dan keunikan tersebut menentukan keunikan setiap orang. Jiwa memiliki peran yang sangat substansial dalam membangun relasi seperti disebutkan di atas.

Dengan pendasaran tersebut, maka kesehatan seorang Ibu hamil hanya ditentukan oleh dua hal yaitu makanan/minuman yang dikonsumsi dan apa yang dilakukannya (*What You eat and what You do*). Makanan/minuman berhubungan dengan tubuh. dapat dikatakan bahwa apa yang dikonsumsi berasal dari luar diri. Selanjutnya, apa yang dilakukan berhubungan dengan jiwa atau dapat dikatakan bahwa apa yang dilakukan berasal dari dalam diri ke luar. Apa yang dilakukan adalah dalam tindakan kebajikan hidup. Apa yang dilakukan selalu terjadi dalam relasi yang unik dan utuh dari seorang individu dengan Allah, sesama, orang lain, alam semesta dan diri sendiri. Pada titik ini, lahir sebuah cara pandang/adagium baru yaitu tubuh yang sehat terdapat di dalam jiwa yang sehat (*corpus sanum in mentem sanam*). Cara berpikir seperti ini mengantarkan setiap individu untuk menjadi “seorang tuan” untuk kesehatan masing---masing. Adagium lama, *mens sana in corpore sano*, sudah tidak digunakan lagi.

*The LPTK's Healthy Behaviour Relation Theory* telah terevidensi yang dilakukan dalam riset intervensi terhadap pasien---pasien dengan berbagai jenis penyakit. Dari data LPTK, diketahui bahwa sudah ada lebih dari seribu pasien yang ditangani secara formal (data ini dapat diperoleh dari laporan hasil riset intervensi LPTK pada tahun 2013 terhadap 500 ibu hamil di Kupang dan laporan hasil riset intrvensi LPTK terhadap pasien malaria di Kabupaten Lembata, Sikka dan Manggarai Timur pada tahun 2014, Riset Intervensi Penyembuhan Penyakit Kusta di Kabupaten Lembata tahun 2016 dan 2017.

Dengan demikian, teori ini sudah mengalami evidensi dengan jumlah kasus sekian. Proses ini telah dimulai sejak awal tahun 2013 dan dengan demikian telah memasuki tahun ke enam. Salah satu evidensinya terhadap intervensi terhadap ibu hamil di kota Kupang yang membawa LPTK meraih penghargaan MDGs Award untuk kategori Inovasi Terbaik bagi Kesehatan Ibu dan Anak.

Riset dengan pendekatan yang sama oleh Mujur (2014) melaporkan bahwa ada relasi yang sangat intens antara bayi dan ibunya manakala makanan/minuman yang dikonsumsi ibunya dirasakan bermasalah bagi tubuh. Selain itu, ada sejumlah tindakan yang dilakukan oleh ibunya dirasakan bermasalah bagi Jiwa bayi. Akibat dari makanan asupan ibunya yang tidak cocok dan tidak sesuai dengan kebutuhan maka bentuk penolakan dan ketidaksukaan bayi ditandai dengan sejumlah keluhan fisik seperti ngidam, mual dan muntah---muntah, nyeri perut dan diare, atau bayi menendang---mendang ke lambung ibunya.

Demikian juga dengan nutrisi Jiwa bagi bayi yang sedang dikandung oleh ibunya. Bayi merasa tidak damai karena relasi antara Ibu dan ayahnya dan orang lain dalam kondisi yang tidak damai. Janin terganggu ketika ibunya suka marah, dendam dan benci. Bentuk penolakan dan ketidaksukaan bayi dapat diketahui melalui keluhan fisik seperti mual---mual, muntah---muntah, tidak suka makan, pusing dan sakit kepala, flu, susah tidur, gelisah, sedih, menangis dan kontraksi rahim, gerakan berkurang, gerakan keras (marah), rahim dicolek (misalnya ketika ibu hamil bergosip dan cerewet).

Jika kehidupan suami---isteri dalam keadaan damai, maka bayi pun merasakan kedamaian bersama ibunya. Perasaan nyaman dan damai bayi tampak pada kondisi ibunya yang mengalami rasa gembira, ceria, tidur nyaman, makan tidak bermasalah, dan mual. Keluhan yang terakhir ini dirasakan positif karena mual yang terjadi pertama kali dan hanya sekali saja merefleksikan bayi ketika mengucapkan selamat pagi kepada Ibu dan ayahnya melalui fenomena mual. Mual tipe ini menjelaskan bahwa bayi telah ada di dalam rahim ibunya dan mulai saat itu ibunya mulai menjalankan masa kehamilan.

Selama ini, jarang ada pandangan terhadap manusia yang melampaui fisik hingga menyentuh basis psikologis, sosiologis bahkan simbolik. Salah satu masalah terbesar yang sering dialami manusia adalah sulit mengubah cara berpikir. Sebagai misal, orang berbicara tentang insomania, hipertensi, lambung bermasalah, diabetes dan obesitas pada diri Ibu Hamil sebagai pengaruh dari lingkungan fisik. Akibatnya, penanganan masalah kesehatan Ibu Hamil hanya berhenti pada ranah fisik. Akibatnya, masalah kesehatan Ibu Hamil tidak pernah selesai bahkan menimbulkan komplikasi lebih lanjut baik bagi Ibu dan Janinnya.

Contoh pandangan yang melampaui fisik adalah sebagai berikut. Seorang Ibu Hamil dengan stigmatisasi negatif kemungkinan mengalami insomania. Ia tidak bisa tidur karena secara spontan mengingat---ingat kata kotor dan kasar yang dilabelkan orang lain kepadanya. Ketika seorang Ibu Hamil telah terjebak dalam *negative thinking* tentang diri dan tentang orang lain maka ia akan mengalami insomania. Dampak lanjutannya adalah bermunculannya kasus komplikasi lain seperti susah makan dan maag, serta darah tinggi. Pada gilirannya Ibu Hamil tersebut akan agresif, curiga, benci dan dendam atau cuek terhadap orang lain.

Imunitas bagi bumil dan bayinya sebaiknya memenuhi secara neoholisik kebutuhan Jiwa karena Jiwa juga membutuhkan nutrisi dalam bentuk Kebaikan dalam satu keutuhan relasi dengan Allah, sesama dan orang lain serta diri sendiri. Dengan keutuhan tersebut, tubuh dituntun untuk **'memiliki'**/memilih kebutuhan fisik (*to have*) yang dinilai cocok/sesuai dalam mendukung individu untuk *to be* **'menjadi'**. Sehingga imunitas tubuhnya terbentuk. Imunitas tersebut seperti uraian di atas bahwa Imunitas manusia diperoleh/ditumbuhkan dari dalam bukan dari luar.

Melalui proses relasional yang bersifat *Neo---holistic* ini, diri menjadi lebih sehat dan manusiawi. Dengan cara seperti itu, ibu Hamil diharapkan terus berjuang melakukan tindakan kebaikan dan kebaikan itu akan membantu dalam menuntun proses pertumbuhan janin yang bebas dari ancaman cacat mental dan fisik. Hal ini dapat terlihat pada persalinan yang mudah, murah, sederhana tanpa ada masalah dengan kesehatan bayi dan ibunya pada pascapartus.



e Intervensi---Hasil: Ibu Hamil dan bayi.



**Lembaga Jasa Psikologi Terapan Kupang (LPTK)**  
 Alamat: Mekon Indah-Penfui Timur, Kupang;  
 HP: 081386645800; 081218558024/081233789293  
 email: mekonindah@yahoo.com

---

KARTU REGISTRASI IBU HAMIL

<b>NAMA</b>	: <del>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</del> : Maria Goreti Ingor
<b>UMUR</b>	: 31 Thn
<b>HP</b>	:
<b>ALAMAT</b>	: Pusk. Mano (Desa Golo Lobos)
<b>HPHT/USIA KEHAMILAN</b>	: 25-12-2013

ANAMNESE	PSIKOLOGIS	SPIRITUAL	RACUN	TERAPI
Sakit kepala. Tenguk tegang, perut kembung kencing sedikit sedikit, keringat telapak kaki tangan. Sering sariawan.	Dendam. Tukang ngomel. Cemberut.	Suka suka saja ke gereja.	Makanan dan minuman pabrik. Telur ayam ras. Ayam ras. Lombok, kangkung. Tomat . Santan dan ikan asin.	Nasi campur jagung. Banyak makan toge dan pisang rebus Telur ayam kampung dua kali satu butir. Daun singkong bunga pepaya kacang panjang Kopi tanpa gula satu kali sat gelas

TRANSKRIP IBU HAMIL PUSKESMAS MANO KABUPATEN RONGGARU TIMUR 2014

Sabtu 31 Mei 2014

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ (31th), Hamil Bulan ke-5/Anak ke-2  
 Golo Lobos (~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~)

**Anamnesis** : Sakit kepala. Tenguk tegang. Perut kembung. Kencing sedikit-sedikit. Keringat telapak kaki tangan. Sering sariawan.

**Psikososial** : Dendam. Tukang ngomel. Cemberut.

**Kerohanian** : Suka-suka ke gereja

**Racun** : Makanan dan minuman pabrik. Telur ayam ras. Ayam ras. Lombok. Kangkung. Tomat. Santan. Ikan asin.

**Terapi** : Nasi campur jagung. Banyak makan toge dan pisang rebus. Telur ayam kampung dua kali satu butir. Daun sinkong bunga pepaya dan kacang panjang. Kopi tanpa gula satu kali satu gelas.

**Reaksi saat intervensi :**  
 Intervensi kepada Ibu ~~XXXXXXXXXXXX~~ terjadi pada 31 Mei 2014. Ibu Maria Goreti selalu tersenyum, mengangguk dan tertawa serta menjawab "iya" ketika semua keluhan fisik, keadaan psikososial dan kerohanian di sampaikan oleh LPTK. Ia menambahkan bahwa ia juga mengalami gangguan telinga kiri, pinggul sakit dan kalau balikan badan sakit juga. ~~XXXXXXXXXXXX~~ bersedia menjalankan rekomendasi LPTK demi kesehatan dirinya dan janinnya dengan menandatangani *letter of consent*.

**Perkembangan :**  
 Monev pertama terhadap Ibu ~~XXXXXXXX~~ terjadi pada 14 September 2014. Ia masih mengalami keringat di telapak kaki tangan dan sakit pinggul. Sedangkan keluhan lainnya sudah tidak dirasakan. Keadaan psikologi dan kerohanian masih belum berubah. Masih juga mengonsumsi makanan dan minuman pabrik (roti dan permen). Sedangkan lainnya pernah dicoba, dan akibatnya ada yang mencret-mencret, tidak bisa tidur, mulut gatal dan perut panas. Di bagian terapi pisang rebus sering dikonsumsi. Nasi jagung hanya 1 minggu. Toge dan telur ayam jarang dikonsumsi. Yang belum dikonsumsi yaitu kacang panjang. Kopi campur gula sering dikonsumsi.  
 Monev kedua terhadap Ibu ~~XXXXXXXXXX~~ terjadi pada bulan Oktober. Ibu ~~XXXXXXXXXXXXXXXX~~ melahirkan seorang bayi secara normal pada tanggal 18 September 2014. Berat bayi 3,6 kg. Ia sudah tidak mengalami keluhan fisik kecuali keringat pada telapak kaki dan tangan. Dendam dan cemburu masih ada, sedangkan ngomel diakuinya sudah berkurang. Ia masih konsumsi biskuit, vitsin, telur ras dan ikan asin. Ia belum sepenuhnya konsumsi makanan terapinya. Kadang-kadang saja ia konsumsi bahkan kopi selalu campur gula padahal untuk terapi dianjurkan kopi tanpa gula. Ibu ~~XXXXXXXXXX~~ berkomitmen untuk menjalankan rekomendasi LPTK demi kesehatan dirinya dan bayi yang baru saja lahir, karena menurutnya ada banyak perubahan pada kesehatannya. Ia mau menjalankan rekomendasi tersebut, bukan karena dipaksa atau diberi imbalan tertentu.



## Lembaga Jasa Psikologi Terapan Kupang (LPTK)

Alamat: Mekon Indah-Penful Timur, Kupang;  
HP: 081306645800; 081218558024; 081233789293  
email: mekonindah@yahoo.com

### KARTU REGISTRASI IBU HAMIL

NAMA : ~~XXXXXXXXXX~~  
UMUR : 30 Thn  
HP :  
ALAMAT : Pusk. Mano  
HPHT/USIA KEHAMILAN : 23-10-2013

ANAMNESE	PSIKOLOGIS	SPIRITUAL	RACUN	TERAPI
Perut kembung sariawan. Susah makan. Keram perut sebelah kiri. Kaki tangan keram. Sering berkeringat di leher.	Tukang gosip. Tukang mengamuk.	Malas ke gereja dan doa pribadi.	Makanan dan minuman pabrik. (susu Pabrik) Telur ras dan ayam ras. Ikan kombong, ikan mulut panjang, Lombok. Kol. Sawi dan bayam.	Nasi campur jagung. Rajin makan toge. Makan pisang bakar. Sayur daun singkong campur buah pepaya dan kacang ijo. Kopi tanpa gula satu kali satu gelas.

FUNGSI KARTU IBU HAMIL POSKESKES MANO KABUPATEN BANGGAWATI TIMUR 2014

Sabtu 31 Mei 2014

~~XXXXXXXXXX~~ Bulan ke- /

Mano

- Anamnesis : Perut kembung, Sariawan, Susah makan, Keram perut sebelah kiri, Kaki tangan keram, Sering berkeringat di leher.
- Psikososial : Tukang gosip, Tukang mengamuk.
- Kerohanian : Malas ke gereja dan doa pribadi.
- Racun : Makanan dan minuman pabrik, Telur ras dan ayam ras, Ikan kombong, Ikan mulut panjang, Lombok, Kol, Sawi dan bayam.
- Terapi : Nasi campur jagung, Rajin makan toge, Makan pisang bakar, Sayur daun singkong campur buah pepaya dan kacang ijo, Kopi tanpa gula satu kali satu gelas.

#### Reaksi saat intervensi :

Semua diagnosa (anamnesis, psikologi dan kerohanian) diterima dan diakui oleh Ibu ~~XXXXXXXXXX~~ dengan tersenyum dan sesekali tertawa tanda setuju. Ia bersedia menjalankan rekomendasi LPTK demi kesehatan dirinya dan janinnya dengan menandatangani letter of consent

#### Perkembangan :

Ibu ~~XXXXXXXXXX~~ ditemui kembali oleh tim dalam monitoring pertama bulan September 2014. Ibu ~~XXXXXXXXXX~~ sudah melahirkan seorang bayi perempuan secara normal pada tanggal 8 Agustus 2014. Semua anamnesis sudah tidak lagi dialami. Gosip masih dilakukan tapi mengamuk tidak lagi. Ibu ~~XXXXXXXXXX~~ masih malas ke gereja dan doa pribadi. Racun yang masih dikonsumsi adalah makanan dan minuman pabrik, dan sawi. Semua terapi sudah dilakukan.

Moner kedua terjadi pada tanggal 28 oktober 2014. Tidak ada lagi keluhan fisik yang ia alami. Ia sudah berkurang dalam hal marah-marah dan gosip. Ia rajin berdoa pribadi tetapi belum pergi ke gereja setelah ia melahirkan karena tidak ada yang membantunya di rumah. Racun yang masih dikonsumsinya adalah vitsein, royko, permen, dan roti. Selain itu ia juga satu kali mengkonsumsi telur ras dan daging ayam ras ketika masih berada dirumah sakit setelah melahirkan. Akibat masih mengkonsumsi racun tersebut, ibu ~~XXXXXX~~ akhirnya di-*Section Caeser* pada 8 agustus 2014. Sebagian besar yang menjadi terapi baginya telah biasa ia konsumsi. Ibu ~~XXXXXX~~ tetap akan melanjutkan apa yang direkomendasikan LPTK karena pertimbangan kesehatannya dan anaknya yang masih bayi. Ia melanjutkan rekomendasi bukan karena dipaksa atau diberikan imbalan tertentu.

Foto pasien tahap intervensi

Foto tahap monitoring

Foto akhir

## KESIMPULAN DAN SARAN

Manusia adalah makhluk berjiwa dan bertubuh. Pada Ibu Hamil terdapat dua Entitas manusia yang memiliki keunikan pada masing---masing diri baik pada Institusi Tubuh dan Institusi Jiwa.

Ketahanan Diri (Imunitas Diri) diperoleh/dibangun dari dalam diri bukan dari luar diri. Hal ini mengikuti logika *corpus danum in mentem sanam*) (di dalam jiwa yang sehat, terdapat tubuh yang sehat).

Keunikan jiwa pada Ibu Hamil dan bayinya memberikan pengetahuan alamiah (tidak direayasa) untuk terbentuknya relasional holistik dalam upaya membangun Ketahanan Diri (Imunitas Diri).

Prinsip 'one size fits one' bukan 'one size fits all' yang seharusnya diterapkan pada ibu hamil dan bayinya.

Ketahanan Diri (Imunitas Diri) ibu hamil dan bayinya dibentuk dari dua hal mendasar yakni apa yang dimakan/diminum untuk institusi tubuh 'mereka' dan apa yang dibuat untuk jiwa 'mereka'.

Disarankan agar :

Penanganan terhadap Ibu Hamil dan bayinya seharusnya bersifat neoholistik. Menyentuh institusi tubuh dan institusi jiwa mereka.

Komunikasi 'mereka' dibangun sejak pertamakali secara alamiah sejak terjadinya proses pembuahan (in---carnis). Proses jiwa masuk ke dalam tubuh.

Keunikan jiwa pada 'mereka' dalam relasi dengan Allah, diri sendiri, orang lain dan alam semesta berkonsekuensi pada pendekatan yang unik. Memeilih makanan/minuman sesuai dengan disposisi genetik yang dipandu oleh institusi jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baldwin, James Mark. (2007). *History of Psychology. A Sketch and an Interpretation*. Jogyakarta: Primasophie.
- Bertens, K. (1983). *Memperkenalkan Psikoanalisa Sigmund Freud*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Boeree, C. George.(2005). *Sejarah Psikologi dari Masa Kelahiran sampai Masa Modern*. Jogyakarta.Primasophie.
- Brower, M.A.W. (1983). *Psikologi Fenomenologis*. Jakarta: Penerbit PT Gramedia. Carl, R. Rogers. (1987). *Antara Engkau dan Aku*. Edisi terjemahan. Jakarta. Penerbit PT. Gramedia.
- Porat, Antonius dan Max Biae Dae. (2015). *Exegese Orang Jalanan*. Kupang. Penerbit Lembaga Jasa Psikologi Terapan Kupang (LPTK).
- R. Clegg, Cynthia Hardy, Thomas B. Lawrence, and Walter R. Nord (Ed). (1999). *Researching Organization Using Action Research*. Pp 388---408.
- Guaba, G. Egon (1990). *The Paradigm Dialog*. London. Sage publication.
- Mujur, Maximus: *Pandangan Holistik Baru Dalam Pelayanan Kesehatan dan Implikasinya pada Kesehatan Ibu dan Janin*, via Wutun dkk 2014: *Manusia Sehat dalam Modus 'to have' dan 'to be'*. Bogor : Grafika Mardi Yuana, 93---108.
- .....: *Relasi Fisik dan Psikologis Selama Kehamilan*. Dipresentasikan pada Temu Ilmiah Nasional & Konferensi Ikatan Psikologi Sosial HIMPSi 2015, 21---23 Januari 2015, Bali.
- Sarlito, Sarwono Wirawan. (2009). *Pengantar Psikologi Umum*. Jakarta. PT.RajaGrafindo Persada.
- . (2002). *Berkenalan dengan Aliran---aliran dan Tokoh---tokoh Psikologi*. Jakarta. Penerbit Bulan Bintang.
- . (2002). *Psikologi Sosial. Individu dan Teori---teori Psikologi Sosial*. Jakarta. Balai Pustaka.
- Sarlito, Wirawan Sarwono dan Eko A. Meinarno 2009. *Psikologi Sosial*. Jakarta.Salemba Humanika.
- Sebatu, Alfons. (1994). *Psikologi Jung. Aspek Wanita dalam Kepribadian Manusia*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Sullivan J.W.N. (1954). *The Limitation of Science*. USA. The New American Library.
- Soemanto, Wasty. (1988). *Pengantar Psikologi*. Jakarta. PT. Bina aksara.

# SURVEI RENCANA PEMAKAIAN METODE KB PASCA PERSALINAN PADA IBU HAMIL TRIMESTER III DI PUSKESMAS PEMBANTU DAUH PURI TAHUN 2017

Ni Made Rai Widiastuti, Ketut Novia Arini, Ni Kadek Pemudi Mahayani  
AKBID Kartini Bali

## ABSTRACT

*Background: KB postpartum is the initiation of use of contraceptive methods within the first six weeks after delivery. The use of family planning after childbirth is a strategic effort in increasing CPR and preventing the loss of missed opportunity (BKKBN, 2014). Based on the 2010 population census and Indonesia Demographic Health Survey (SDKI) Year 2012, the problems facing the Population and Family program. Based on data obtained from Puskesmas Dauh Puri in 2016 the use of post-salt contraception reached 19,17%.*

*Objective: To know the plan of use of KB after delivery in pregnant mother of trimester III at Puskesmas Pembantu Dauh Puri*

*Method: This research type is descriptive research with cross sectional approach. The study was conducted at Puskesmas Pembantu Dauh Puri with a total of 169 people. The sample was calculated using Slovin formula and got the number of sampe of 63 people. Sampling in this study using consecutive sampling technique.*

*Results: Describing that mother had no plan 33 (52,4%) and who did not have plan of KB usage that will be used after delivery as much as 30 (42,6%). And in part, most of the respondents planned to use the three-month injection method of 9 months (30%) and followed by the election of IUD post-placebo method 8 (26.7%) and no respondents planning to use the MOW method*

*Conclusion: This study illustrates that mothers who have good knowledge of KB post-saline have planned use of IUD KB post-placenta and vice versa mothers who have enough knowledge and less have no family planning plan that will be used after delivery*

## PENDAHULUAN

Upaya menurunkan kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan dengan keputusan untuk menunda kehamilan yang dapat dilakukan dengan menggunakan metode kontrasepsi setelah bersalin. KB pasca persalinan merupakan inisiasi pemakaian metode kontrasepsi dalam waktu enam minggu pertama setelah persalinan. Penggunaan KB pasca persalinan merupakan suatu upaya strategis dalam meningkatkan CPR dan mencegah kehilangan kesempatan ber-KB (*missed opportunity*) (BKKBN, 2014). Berdasarkan sensus penduduk tahun 2010 dan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012, permasalahan yang dihadapi program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB) adalah masih belum terkendalinya laju pertumbuhan dan penambahan penduduk melalui program KB. Pemerintah sudah memiliki program untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur jarak diantara kelahiran, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu hamil dan bersalin, program tersebut adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang dapat direncanakan saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Dauh Puri pada tahun 2016 pemakaian alat kontrasepsi pasca salin mencapai 19,17%.

**TUJUAN PENELITIAN :** Mengetahui rencana pemakaian KB pasca persalinan pada ibu hamil trimester III di Puskesmas Pembantu Dauh Puri

**METODE PENELITIAN :** Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Puskesmas Pembantu Dauh Puri dengan jumlah sebanyak 169 orang. Sampel penelitian dihitung menggunakan rumus Slovin dan didapatkan jumlah sampe penelitian sebesar 63 orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling*.

## HASIL PENELITIAN :Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
1	Umur		
	<20 tahun	1	1,6
	20-35 tahun	59	93,6
	>35 tahun	3	4,8
2	Paritas		
	Primipara	42	66,6
	Multipara	21	33,4
3	Pekerjaan		
	Wirausaha	15	23,8
	Pegawai swasta	8	12,7
	Tidak bekerja	40	63,5
4	Pengetahuan		
	Kurang	35	55,5
	Cukup	19	30,2
	Baik	9	14,3

Hasil Pengamatan Objek Penelitian

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Rencana Pemakaian KB Pasca Persalinan

No	Rencana pemakaian KB pasca persalinan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Tidak mempunyai rencana	33	52,4
2.	Mempunyai rencana	30	47,6
	Jumlah	63	100

Hal ini menggambarkan bahwa masih banyak ibu yang belum memiliki rencana pemakaian KB yang akan digunakan setelah bersalin.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Metode KB Yang Akan Digunakan Oleh Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Pembantu Dauh Puri

No	Rencana Pemakaian Metode KB Pasca Persalinan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	MAL	3	10
2.	Pil kombinasi	0	0
3.	Suntik satu bulan	0	0
4.	Suntik tiga bulan	9	30
5.	Pil mini	3	10
6.	Implant	4	13,4
7.	Senggama terputus	1	3,3
8.	IUD pasca plasenta	8	26,7
9.	IUD 42 hari	1	3,3
10.	Kondom	1	3,3
11.	MOW	0	0
	Jumlah	30	100

Hal ini menggambarkan bahwa, sebagian besar responden berencana menggunakan metode KB suntik tiga bulan dan diikuti dengan pemilihan metode KB IUD pasca plasenta serta tidak ada responden yang berencana menggunakan metode MOW.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Rencana Pemakaian Metode KB Pasca Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Berdasarkan Umur

No	Motode KB Pasca Persalinan	Umur					
		<20 tahun		20-35 tahun		>35 tahun	
		F	%	F	%	F	%
1.	MAL	0	0	2	3,4	1	33,3
2.	Pil kombinasi	0	0	0	0	0	0
3.	Suntik satu bulan	0	0	0	0	0	0
4.	Suntik tiga bulan	0	0	9	15,2	0	0
5.	Pil mini	0	0	3	5,1	0	0
6.	Implant	0	0	4	6,8	0	0
7.	Senggama terputus	0	0	1	1,7	0	0
8.	IUD pasca plasenta	0	0	6	10,2	2	66,7
9.	IUD 42 hari	0	0	1	1,7	0	0
10.	Kondom	0	0	1	1,7	0	0
11.	MOW	0	0	0	0	0	0
12.	Belum memiliki rencana	1	100	32	54,2	0	0
	Jumlah	1	100	59	100	3	100

Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar ibu yang berusia kurang dari 20 tahun dan 20-35 tahun belum memiliki rencana pemakaian KB pasca salin, di sisi lain responden yang umur lebih dari 35 memiliki rencana pemakaian KB IUD pasca plasenta yang merupakan metode KB jangka panjang.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Survei Rencana Pemakaian Metode KB Pasca Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Berdasarkan Pendidikan

No	Motode KB Pasca Persalinan	Pendidikan					
		Dasar		Menengah		Tinggi	
		F	%	F	%	F	%
1.	MAL	1	3,2	1	4,7	1	9,1
2.	Pil kombinasi	0	0	0	0	0	0
3.	Suntik satu bulan	0	0	0	0	0	0
4.	Suntik tiga bulan	3	9,7	3	14,5	3	27,3
5.	Pil mini	0	0	2	9,5	1	9,1
6.	Implant	0	0	2	9,5	2	18,2
7.	Senggama terputus	0	0	1	4,7	0	0
8.	IUD pasca plasenta	2	6,5	2	9,5	4	36,3
9.	IUD 42 hari	0	0	1	4,7	0	0
10.	MOW	0	0	0	0	0	0
11.	Kondom	1	3,2	0	0	0	0
12.	Belum memiliki rencana	24	77,4	9	42,9	0	0
	Jumlah	31	100	21	100	11	100

Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar ibu yang berpendidikan dasar belum memiliki rencana pemakaian KB pasca salin, disisi lain ibu yang berpendidikan tinggi sudah memiliki rencana akan menggunakan KB IUD pasca plasenta segera setelah bersalin.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Survei Rencana Pemakaian Metode KB Pasca Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Berdasarkan Paritas

No	Motode KB Pasca Persalinan	Paritas			
		Primipara		Multipara	
		F	%	F	%
1.	MAL	2	4,7	1	4,8
2.	Pil kombinasi	0	0	0	0
3.	Suntik satu bulan	0	0	0	0
4.	Suntik tiga bulan	5	11,9	4	19
5.	Pil mini	1	2,4	2	9,5
6.	Implant	3	7,1	1	4,8
7.	Senggama terputus	1	2,4	0	0
8.	IUD pasca plasenta	3	7,1	5	23,8
9.	IUD 42 hari	1	2,4	0	0
10.	Kondom	0	0	1	4,8
11.	MOW	0	0	0	0
12.	Belum memiliki rencana	26	62	7	33,3
	Jumlah	42	100	21	100

Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar ibu primipara dan multipara belum memiliki rencana pemakaian KB yang akan digunakan setelah bersalin

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Survei Rencana Pemakaian Metode KB Pasca Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Berdasarkan Pekerjaan

No	Motode KB Pasca Persalinan	Pekerjaan							
		PNS		Wirausaha		Pegawai swasta		Tidak bekerja	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1.	MAL	0	0	0	0	0	0	3	6,6
2.	Pil kombinasi	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	Suntik satu bulan	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	Suntik tiga bulan	0	0	2	13,3	2	25	5	12,5
5.	Pil mini	0	0	0	0	0	0	3	7,5
6.	Implant	0	0	1	6,7	2	25	1	2,5
7.	Senggama terputus	0	0	0	0	0	0	1	2,5
8.	IUD pasca plasenta	0	0	0	0	2	25	6	15
9.	IUD 42 hari	0	0	0	0	1	12,5	0	0
10.	Kondom	0	0	1	6,7	0	0	0	0
11.	MOW	0	0	0	0	0	0	0	0
12.	Belum memiliki rencana	0	0	11	73,3	1	12,5	21	52,5
	Jumlah	0	0	15	100	8	100	40	99,1

Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar ibu yang bekerja dan tidak bekerja belum memiliki rencana pemakaian KB setelah bersalin

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Survei Rencana Pemakaian Metode KB Pasca Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Berdasarkan Pengetahuan

No	Motode KB Pasca Persalinan	Pengetahuan					
		Baik		Cukup		Kurang	
		F	%	F	%	F	%

1.	MAL	2	22,2	1	3,2	0	0
2.	Pil kombinasi	0	0	0	0	0	0
3.	Suntik satu bulan	0	0	0	0	0	0
4.	Suntik tiga bulan	2	22,2	5	16,1	2	8,7
5.	Pil mini	0	0	3	9,7	0	0
6.	Implant	0	0	4	12,9	0	0
7.	Senggama terputus	0	0	1	3,2	0	0
8.	IUD pasca plasenta	5	55,6	3	9,7	0	0
9.	IUD 42 hari	0	0	1	3,2	0	0
10.	MOW	0	0	0	0	0	0
11.	Kondom	0	0	0	0	1	4,3
12.	Belum memiliki rencana	0	0	13	42	20	87
	Jumlah	9	100	31	100	23	100

Penelitian ini menggambarkan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan baik tentang KB pasca salin memiliki rencana pemakaian KB IUD pasca plasenta dan sebaliknya ibu yang memiliki pengetahuan cukup dan kurang belum memiliki rencana KB yang akan digunakan setelah bersalin.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Abera, Y., Mengesha, Z., Tessema, G. 2015. *Postpartum contraceptive use in Gondar town, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study*. (cited 2015 October, 25). DOI 10.1186/s12905-015-0178-1.
- BKKBN dan Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu dan Anak Kemenkes RI.
- BKKBN. 2015. *Laporan Tahunan Pelaksanaan Program Kependudukan KB dan Pembangunan Keluarga Nasional di Provinsi Bali Tahun 2015*. BKKBN.
- SDKI. 2007. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes.
- Kemeskes RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual



# ANALISIS KETERAMPILAN PADA ASUHAN PERSALINAN BERDASARKAN JUMLAH PERTOLONGAN PERSALINAN

Melinda R. Wariyaka  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[wrmelinda@yahoo.co.id](mailto:wrmelinda@yahoo.co.id)

## ABSTRACT

**Background:** *The absence of standard targeting of the number of deliveries nationwide. Existing targets are too high when compared to amount*

*of students, cases, mentors. Weak supervision and control functions affect student clinical competence.*

**Objective:** *Analyze the skills of delivery care based on the amount of deliveries delivered*

**Methodology:** *Cross Sectional study was used in 71 respondents of the V semester student population at Kupang Midwifery Department who conducted clinical practice meeting inclusion criteria. This study measures the skills of respondents with secondary data on the number of deliveries adjusted to the field supervisor and institution, practicum experience and the grade of askeb II as the initial competence of the respondents, in the comparative test of the variables using Chi-Square and Mann Whitney tests.*

**Results:** *with an average of 8 delivery aids as realistic cut of points can be achieved by respondents during clinical practice. The  $p > 0.05$  score with Chi-square test resulted in skill analysis proving the value of  $p < 0.05$ , the above-average group have better skills than below average*

**Conclusion:** *The practice of helping deliver in a clinic gives meaning to skills change while not to knowledge.*

**Keywords:** *amount of delivery help, Skills*

## Pendahuluan

Regulasi di Indonesia mengatur bahwa bidan bertanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan anak.<sup>4</sup> Tanggung jawab bidan seyogyanya dipersiapkan sejak masa pendidikannya, oleh karena itu dipandang perlu strategi dalam pendidikan kebidanan agar dapat menghasilkan lulusan bidan yang kompeten sesuai dengan tugas wewenangnya dimasyarakat.<sup>4-5</sup> World Health Organization (WHO) tahun 1992 menyimpulkan, bila bidan dipersiapkan atau dididik dengan baik, maka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi dapat diturunkan sampai 2/3 darisebelumnya ("Midwives Guardian of The Future").<sup>6</sup>

Keterampilan merupakan aspek penting yang harus dimiliki seorang bidan sebagai bagian dari kompetensi profesionalnya dalam memberikan pelayanan.<sup>7-9</sup> Studi kualitatif oleh Hall dordsdottir mengungkapkan bidan profesional adalah bidan yang bijak mengetahui bagaimana dan kapan menerapkan domain kompetensi profesional dalam setiap asuhan yang diberikan.<sup>10</sup>

Kebijakan untuk meningkatkan kompetensi mahasiswa berdasarkan prinsip pengulangan dalam belajar dapat memperkuat kesan dan perilaku baru yang terbentuk.<sup>11</sup> Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang dan institusi pendidikan kebidanan lain di NTT menetapkan 50 target kompetensi asuhan kebidanan pada persalinan meskipun terdapat perbedaan penetapan jumlah target kompetensi di beberapa institusi kebidanan lainnya secara nasional oleh karena tidak terdapat aturan yang tertulis mengenai penetapan target tersebut.

Target kompetensi mulai dicapai pada pembelajaran semester empat yang akan digunakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk mengikuti Ujian Akhir Program (UAP).<sup>12</sup> Pembelajaran di klinik merupakan jantung dari pendidikan kebidanan dan membutuhkan perhatian yang besar dalam pengelolaannya.<sup>13-14</sup>

Tingginya target yang dicapai tidak sesuai dengan rasio mahasiswa dengan ketersediaan kasus serta pembimbing lahan yang memenuhi kriteria di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang. Permasalahan di lapangan peserta didik lebih banyak melakukan observasi pasif, belum adanya supervisi yang dekuat, kesempatan berdiskusi masih kurang sehingga dan kurangnya masukan dari pembimbing klinik, terjadi permasalahan dalam penghargaan terhadap privasi dan harga diri klien.<sup>14-15</sup>. Sebuah pendapat disampaikan tentang penurunan kualitas bidan dihubungkan dengan banyaknya lulusan bidan yang kurang memenuhi standar, hal ini ditanggapi oleh Ketua Ikatan Bidan Indonesia (IBI) yang menyampaikan bahwa kompetensi bidan menurun karena dalam pembelajaran tidak memenuhi target-target kompetensi.<sup>16</sup>

Rekapitan pencapaian jumlah persalinan mahasiswa semester lima pada bulan September 2013 berada pada kisaran rata-rata 3 dengan tertinggi 10 dan terendah 0 dengan alasan tidak mendapatkan kasus di lahan saat praktik klinik. Hasil rekapitulasi lokasi praktikum mahasiswa didapatkan adanya perbedaan frekuensi praktikum baik rumah sakit maupun puskesmas diantara mahasiswa. Penelitian membuktikan bahwa adanya perbedaan kompetensi antara perawat yang bertugas di puskesmas dan di rumah sakit terhadap kompetensi tertentu oleh karena rutinitas pekerjaan yang berbeda pula.<sup>17</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keterampilan responden pada asuhan kebidanan persalinan berdasarkan kelompok dengan pencapaian jumlah pertolongan persalinan lebih atau sama dengan rata-rata dan kelompok kurang dari rata-rata, dengan data dasar responden yang dikontrol adalah kompetensi awal dan pengalaman praktikum responden.

### Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis keterampilan pertolongan persalinan pada mahasiswa jurusan kebidanan berdasarkan jumlah pertolongan persalinan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

### Metode Penelitian

Metode penelitian ini adalah penelitian analisis observasional dengan menggunakan pendekatan cross-sectional studi. Analisis statistik yang digunakan komparatif dengan chi-square untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam asuhan persalinan antara kelompok dengan jumlah pertolongan persalinan lebih atau sama dengan rata-rata dengan kelompok yang jumlah persalinan di bawah rata-rata, serta analisis dampak variabel perancu terhadap variabel dependen yang diukur menggunakan analisis Mann-Whitney.

### Hasil Penelitian dan Pembahasan

**Tabel 1 Perbandingan distribusi data dasar pada kelompok berdasarkan jumlah pertolongan persalinan.**

Variabel	Jumlah pertolongan persalinan				*Nilai p
	<8 (n =35)		≥ 8 (n =36)		
	Jumlah	Persentasi (%)	Jumlah	Persentasi (%)	
1. Kompetensi awal					
<71	20	63,3	11	36,7	0,24
71-100	15	39,0	26	61,0	
2. Pengalaman Praktikum					
0-1	22	40,0	33	60,0	0,04
2-3	13	81,3	3	18,8	

Keterangan: \*) hasiluji Chi-Ssquare

Data dasar frekuensi pegalaman praktikum dirumah sakit berbeda antara kedua kelompok sehingga perlu untuk dianalisis lebih lanjut.

**Tabel 2 Perbandingan keterampilan responden dalam asuhan persalinan berdasarkan jumlah pertolongan persalinan**

Variabel	Keterampilan				*Nilai p
	Kurang terampil	Persentasi (%)	Terampil	Persentasi (%)	
Jumlahpertolongan Persalinan					
<8	29	82,9	6	17,1	0,000
≥ 8	14	38,9	22	61,1	

Keterangan: \*) hasiluji Chi-Ssquare

**Tabel 3. Perbandingan keterampilan dalam asuhan persalinan berdasarkan pengalaman praktikum**

Variabel	Keterampilan			Nilai p
	Mean(sd)	Me	Rentang	
Pengalaman praktikum				
0-1 ( n=55)	64 (18,85)	69	19-95	0,000
2-3 (n = 16)	43(19,62)	34	19-74	

Keterangan: \*) hasilujiMann-Whitney

### Pembahasan

Keterampilan merupakan aspek yang terkandung dalam kompetensi asuhan kebidanan persalinan, dengan hasil pembelajarannya adalah pembentukan kemampuan psikomotor peserta didik.<sup>7, 11, 14</sup> Praktik klinik asuhan kebidanan memberikan kesempatan kepada setiap mahasiswa untuk belajar melakukan pertolongan persalinan secara mandiri di bawah pengawasan pembimbing dengan harapan pengalamannya dapat meningkatkan kompetensi klinik dalam asuhan kebidanan persalinan. Penelitian membuktikan pengalaman seseorang dalam pemaparannya terhadap suatu kasus mempengaruhi kompetensi kliniknya.<sup>18-20</sup>

Melakukan praktik pertolongan persalinan diharapkan dapat membentuk kemampuan kognitif dan psikomotor mahasiswa dalam asuhan kebidanan persalinan. Kemampuan ini tidak hanya dipengaruhi oleh berapa kali responden menolong persalinan namun ada faktor lain yang ikut mempengaruhi, oleh karena itu di dalam tabel 1 penulis menggambarkan data dasar kompetensi awal dan pengalaman praktikum di rumah sakit sebagai variabel perancu yang dipertimbangkan dalam penelitian ini.

Analisis keterampilan di sajikan dalam tabel 2 dan 3 bahwa bahwa kelompok dengan jumlah pertolongan persalinan lebih atau sama dengan rata-rata memiliki keterampilan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok dengan jumlah pertolongan persalinan yang kurang dari rata-rata.

Orang yang berhasil dalam belajar ditunjukkan dengan perubahan peningkatan hasil belajar dan kemampuan dalam dirinya berkaitan dengan kemampuan berpikir, keterampilan dan sikapnya.<sup>8</sup> Iskandar dalam bukunya menegaskan bahwa makna dari proses belajar seseorang adalah terdapatnya perubahan tingkah laku secara sadar, bersifat kontinu dan fungsional, positif dan

aktif serta perubahan sepanjang hayat oleh karena apa yang telah dipelajari atau dihadapinya bukan perubahan yang terjadi secara alami atau karena telah menjadi dewasa. Pengalaman belajar harus dipelajari sendiri sehingga mendapatkan pengertian yang mendalam dan membesarkan kemampuan untuk menerapkan atau mempraktikkannya.<sup>21</sup> Senada dengan Iskandar, Wicaksono dalam tulisannya membuktikan bahwa terdapat hubungan pengalaman kerja dokter di puskesmas dengan pengetahuan dan keterampilannya dalam penanganan penyakit jantung anak.<sup>20</sup>

Pembelajaran klinik memiliki tahapan pembelajaran yang memberikan peluang belajar tidak terbatas kepada kemampuan psikomotor peserta didik.<sup>14</sup> Tahapan didalam pembelajaran klinik adalah pre conference, bed side teaching dan post conference. Tahapan bed side teaching adalah kesempatan untuk mengajarkan keterampilan dan membentuk kemampuan psikomotor

Memarian, dan beberapa penulis lain mengungkapkan bahwa selain faktor internal, faktor eksternal berupa kebijakan lokasi praktikum, kemampuan pembimbing klinik serta manajemen kontrol dan supervisi yang memadai juga mempengaruhi kompetensi klinik mahasiswa. Praktik klinik kebidanan memberikan ruang bagi responden untuk dapat mengaplikasikan teori dan praktikum sebelumnya secara langsung kepada klien, serta melakukan umpan balik dan review seluruh materi yang telah didapatkan di kelas dan laboratorium dengan kenyataan sesungguhnya di lapangan. Konsep pembelajaran learning by doing memiliki nilai retensi pemahaman terhadap yang dipelajari lebih maksimal bahkan sampai 90 persen materi dapat tersimpan di long memory system pada otak manusia.<sup>21</sup>

Permasalahan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang dengan ratio antara mahasiswa dengan dosen dan pembimbing institusi yang irasional serta adanya waktu praktikum dan status pembimbing klinik yang relatif sama antara beberapa institusi yang ada di popinsi Nusa Tenggara Timur menjadi sesuatu yang harus di kaji lebih dalam apakah memiliki korelasi yang positif terhadap kemampuan kognitif mahasiswa.

Uji keterampilan responden didalam penelitian ini menggunakan checklist asuhan persalinan normal yang telah dibakukan oleh JNPKR dimana terdiri dari 58 langkah menolong persalinan yang harus tepat dan benar dikerjakan oleh responden.<sup>30</sup> Terdapat responden dengan jumlah pertolongan persalinan lebih atau sama dengan rata-rata yang berada pada kategori kurang terampil. Peneliti mengaitkan hal tersebut dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kurangnya kepatuhan bidan dalam melaksanakan standar asuhan persalinan yang seharusnya telah menjadi prosedur tetap di rumah sakit atau tempat praktiknya, oleh karena itu meskipun lokasi praktik telah menetapkan standar asuhan persalinan normal sebagai prosedur tetap tidak menjamin didalam pelaksanaannya dilaksanakan oleh seluruh bidan sehingga mempengaruhi penguasaan mahasiswa terhadap ketepatannya dalam melakukan langkah-langkah asuhan persalinan normal yang sesuai di lokasi tersebut.<sup>31</sup> Penelitian ini dikuatkan oleh penelitian yang disampaikan bahwa kompetensi klinik seseorang juga dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu manajemen dan kebijakan di lokasi praktikum.<sup>18</sup>

Hasil rekapitulasi item di checklist keterampilan asuhan persalinan normal dalam penelitian ini menunjukkan dari 71 responden skor tertinggi yang dilakukan benar oleh responden berada pada item langkah keterampilan nomor 37 yaitu keterampilan melahirkan palsenta, sedangkan skor terendah berada pada langkah 48 yakni evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah pada kala IV persalinan, hal ini sebagai masukan bagi intitusi untuk lebih menjadi perhatian dalam pembelajaran.

Peneliti menyimpulkan dalam penelitian ini oleh karena beberapa responden memiliki nilai yang sama tetapi berasal dari kelompok berbeda, dan responden dari kelompok pencapaian pertolongan persalinan di bawah rata-rata beberapa memiliki nilai yang lebih baik dibandingkan responden pada kelompok di atas rata-rata menentukan seseorang kompeten tidak dipandang dari berapa kali ia melakukan kegiatan tetapi ketika ia mampu memenuhi standar kompetensi yang

ditetapkan. Rata-rata pencapaian delapan kali menolong persalinan dibawah bimbingan mandiri pembimbing adalah temuan yang realistis dan dimungkinkan untuk dicapai peserta didik pada institusi pendidikan kebidanan di Propinsi Nusa Tenggara Timur, sehingga menjadi suatu masukan positif kepada institusi pendidikan untuk memaksimalkan pembelajaran pada setiap pengalaman belajar menolong persalinan dan akhirnya mampu meningkatkan kompetensi mahasiswa khususnya dalam asuhan persalinan normal.

### **Kesimpulan dan Saran**

Keterampilan kelompok pertolongan persalinan dia atas rata-rata lebih baik dibandingkan dengan kelompok dibawah rata-rata

Rekomendasidijanjurkan kepada peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian tentang strategi pembelajaran asuhan persalinan dengan menggunakan metode penelitian, jumlah sampel dan substansi variabel penelitian yang lain agar dapat memperdalam kajian berbasis bukti dan akhirnya mampu meningkatkan kompetensi mahasiswa dalam asuhan persalinan.

### **DaftarPustaka**

- Andayani A. Analisis Pembelajaran Praktek Klinik Asuhan Kebidanan [Tesis]. Surakarta: Universitas Muhamadiyah; 2010.
- Ayiasi RM, Criel B, Orach CG, Nabiwemba E, Kolsteren2 P. Primary healthcare worker knowledge related to prenatal and immediate newborn care: a cross sectional study in Masindi, Uganda. *BMC Health Service Research*. [Research Article]. 2014;14:1-11.
- Daftar Target Kompetensi Mahasiswa Dalam Praktik Klinik Kebidanan. Kupang: Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang; 2007.
- Harnowo PA. Kualitas Bidan Menurun, Di duga karena jumlah lulusannya terlalu banyak. <http://health.detik.com/>; 2013.
- H.Nawangsari, D.K.Sunjaya, F.F.Wirakusumah. Hubungan penguasaan kompetensi Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan pengetahuan dan sikap bidan dalam pelaksanaan pertolongan persalinan normal di Kabupaten Jombang, Jawa Timur. *Obstetri dan ginekologi*. 2009.
- Herlina N. Rencana Operasional Pembelajaran Praktik Klinik Guna peningkatan Pencapaian Kompetensi Inti Mahasiswa Program Studi Kebidanan Sutomo Surabaya. Surabaya: Airlangga; 2006.
- Hanafiah N, Suhana C. Konsep Strategi Pembelajaran. Reflika R, editor. Bandung: Refika Aditama; 2009.
- Hung Y-C, Chuang Y-H. Factors Afeecting Knowledge Sharinf Behavior : a Content Analysis of Empirical Findings. Department of Accounting and Information Technology, National Chung Cheng University. [Research Article]. 2010.
- Iskandar. Psikologi Pendidikan Mahmud, editor. Jakarta: Referensi; 2012.
- IBI, AIPKIND. Naskah Akademik Sistim Pendidikan Kebidanan di Indonesia (Draft). Jakarta: hpeq dikti; 2012.
- ICM. Global Standards for Midwifery Education. International Confederation Of Midwives; 2010.
- Kurniawan D. Pembelajaran Terpadu Teori, Praktik dan Penilaian. Bandung: Pustaka Cendekia Utama; 2011.
- Kurikulum Inti Kebidanan. In: KEMENKES, editor. Jakarta: PPSDM Kemnkes RI; 2011.
- Nursalam, Efendi F. Pendidikan dalam Keperawatan. Anggriani R, editor. Jakarta: Salemba Medika 2008.
- Pedoman pelaksanaan strategi pembelajaran dan target kompetensi mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang. In: Kemenkes P, editor. Kupang: Jurusan Kebidanan; 2002.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan In: Kemenkes, editor. Jakarta: Kemenkes RI; 2010.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). In: Kemenkes, editor. Jakarta: Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI; 2010. p. iv.
- Slatten K, Fagerström L, Hatlevik OE. Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010; 16:80 - 6.
- Sanjaya W. Pembelajaran dalam implementasi Kurikulum berbasis Kompetensi. 1 ed. Jakarta: Prenada Media Group; 2005.
- Sukotjo C, Thammasitboon K, Howell H, Karimbux N. The Impact of Targeted Shortened Preclinical Exercises on Student Perceptions and Outcomes. *Journal of Dental Education [Journal Article]*. 2007;7:1070-9.
- Sukmadinata NS, Syaodih E. Kurikulum dan Pembelajaran Kompetensi. In: Novitasari R, editor. 1 ed. Bandung: Refika Aditama; 2012.
- Wahidmurni, Mustikawan A, Ridho A. Evaluasi Pembelajaran Kompetensi dan praktik. Yogyakarta: Niha Litera;
- Wicaksono F. Hubungan pengalaman Kerja Dokter Puskesmas Kota Semarang Dengan Pengetahuan Penyakit Jantung Anak [Artikel Ilmiah]. Semarang: Undip; 2011.

# FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN PROGRAM REVOLUSI KIA DI PUSKESMAS BAUN TAHUN 2014

Diyan Maria Kristin  
Meliana Bani  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
kristindiyan@yahoo.co.id

## ABSTRACT

**Background:** The degree of public health is one of the determinants of human development indicators. Maternal and child health as a strategic group needs to take measures to improve health and prevention and treatment. Indonesia Health Demographic Survey (SDKI) Survey in 2012, Maternal Mortality Rate in Indonesia is 359 per 100,000 live births and Infant Mortality is 32 per 1,000 live births.

**Objective :** to know the factors that affect the implementation of the Revolusi KIA program at the Baun Public Health Center in 2013. Analytic survey type, Cross Sectional research design. Location of research in the work area of Baun Puskesmas December 2013. Population are all mothers who have given birth at Baun Public Health Center from January to August 2013 which is 153 people (Register KIA, 2013) with samples of mothers who have given birth from January to August 2013 who are located at each posyandu in the work area of Baun Community Health Center during the research. The technique of this research is non probability sampling with Purposive sampling technique.

**Research Result:** this research is knowledge having significant relation where  $\chi^2$  value is 19.1 bigger than  $\chi^2$  table  $df = 2$  is 5,991. Mothers who have less knowledge as much as 33 respondents (58.9%) have a relationship to the implementation of the revolution program KIA. Attitude has a relationship where the value of  $\chi^2$  is 34.4 greater than  $\chi^2$  table  $df = 1$  is 3.841. Mothers who have disagree as much as 6 respondents (10.71%) have a relationship to the implementation of the revolution program KIA. The family income has a significant relationship where the value of  $\chi^2$  is 48.2 greater than  $\chi^2$  table  $df = 1$  is 3,841. Mothers who have low incomes as much as 54 respondents (96.43%) have a relationship to the implementation of the revolution program KIA. Distance has a significant relationship where the value of  $\chi^2$  is 20.6 larger than  $\chi^2$  table  $df = 1$  is 3.841. Mother who has a distant home distance of 11 respondents (19.64%) has a relationship to the implementation of the revolution program KIA.

**Keywords :** Revolution KIA, mother of birth

## PENDAHULUAN

Derajat kesehatan masyarakat merupakan salah satu penentu indikator pembangunan manusia. Kesehatan ibu dan anak sebagai kelompok strategis perlu dilakukan tindakan peningkatan kesehatan dan pencegahan maupun pengobatan.

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi adalah 32 per 1.000 kelahiran hidup. Penelitian Wahyudi (2009), Angka Kematian Ibu 28% disebabkan oleh perdarahan, 24% preeklamsi atau eklamsi, 11% infeksi, 5% partus lama, 5% abortus.

Penyebab Angka Kematian Bayi di Indonesia di antaranya asfiksia 27%, berat bayi baru lahir rendah 29%, tetanus neonatorum 10%, dan infeksi 5%, hal ini terjadi karena penolong persalinan oleh tenaga kesehatan hanya 69,3%. Persalinan 55,4% terjadi di fasilitas kesehatan, 43,2% melahirkan di rumah. Ibu hamil yang melahirkan di rumah 51,9% ditolong oleh bidan, 40,25 oleh dukun bersalin (Riskesdas, 2010).

## TUJUAN

Mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun Tahun 2013.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei Analitik. Rancangan yang digunakan yakni rancangan penelitian *Cross Sectional*. Lokasi penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Baun. Waktu penelitian bulan Desember 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun dari Januari sampai Agustus 2013 dan besar populasinya adalah 153 orang (Register KIA, 2013). Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang sudah melahirkan dari bulan Januari sampai Agustus 2013 yang sedang berada disetiap posyandu dalam wilayah kerja puskesmas Baun pada saat penelitian.

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan teknik *Purposive sampling*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Umur	Jumlah	Persentase
1	< 20 Tahun	0	0
2	20-35 Tahun	47	83,93
3	>35 Tahun	9	16,07
	JUMLAH	56	100

Sumber data: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 47 responden (83,93%) berumur 20-35 tahun dimana merupakan usia produktif yang sehat sedangkan 9 responden (16,07%) usia produktif yang beresiko.

Tabel 2 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Pendidikan	Jumlah	persentase
1	SD	13	23,21
2	SMP	16	28,57
3	SMA	24	42,86
4	PT	3	5,36
	JUMLAH	56	100

Sumber data: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 24 responden (42,86%) berpendidikan SMA, 16 responden (28,57%) berpendidikan SMP, dan 13 responden (23,21%) berpendidikan SD.

Tabel 3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaandi Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Pekerjaan	Jumlah	Persentase
1	IRT	53	94,64
2	Tani	0	0
3	PNS	1	1,79
4	Swasta	2	3,57
	Jumlah	56	100

Sumber data: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden bekerja di dalam rumah sebagai ibu rumah tangga yaitu 53 responden (94,64%), PNS 1 responden (1,79%), swasta 2 responden (3,57%)



Tabel 4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Program Revolusi KIA oleh ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Revolusi KIA	Jumlah	Persentase
1	Ya	51	91,0
2	Tidak	5	9
Jumlah		56	100

Sumber data: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 51 responden (91,0%) melaksanakan program Revolusi KIA dan masih ditemukan 5 responden (9 %) yang belum melaksanakan Program Revolusi KIA.

- a. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang sudah melahirkan yaitu 33 responden (58,9%) memiliki pengetahuan yang kurang, 12 responden (21,5%) memiliki pengetahuan cukup dan 11 responden (19,6%) memiliki pengetahuan baik. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4di bawah ini.

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Pengetahuan ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Pengetahuan	Pelaksanaan Revolusi KIA					
		Tidak melaksanakan		Melaksanakan		Jumlah	
		N	%	n	%	N	%
1	Kurang	2	40	31	60,8	33	58,9
2	Cukup	2	40	10	19,6	12	21,5
3	Baik	1	20	10	19,6	11	19,6
Jumlah		5	100	51	100	56	100

Sumber data: Data Primer

- b. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa pada variabel sikap ibu bersalin terdapat 50 responden (89,3 %) yang setuju terhadap pelaksanaan revolusi KIA dan 6 responden (10,7%) yang tidak setuju melaksanakan revolusi KIA. Selengkapnya dilihat pada tabel 5 di bawah ini.

Tabel 5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun Februari 2014

No	Sikap	Pelaksanaan Revolusi KIA					
		Tidak Melaksanakan		Melaksanakan		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Tidak Setuju	0	0	6	10,7	6	10,7
2	Setuju	0	0	50	89,3	50	89,3
Jumlah		0	0	56	100	56	100

Sumber data: Data Primer

- c. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa untuk variabel dukungan keluarga pada ibu bersalin terdapat 56 responden (100%) keluarga memberi dukungan melaksanakan Revolusi KIA. Selengkapnya dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Dukungan Keluarga	Pelaksanaan Revolusi KIA					
		Tidak Melaksanakan		Melaksanakan		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Tidak Mendukung	0	0	0	0	0	0
2	Mendukung	0	0	56	100	56	100
	Jumlah	0	0	56	100	56	100

Sumber data: Data Primer

- d. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan maka didapatkan bahwa untuk variabel pendapatan keluarga didapatkan data yaitu untuk pendapatan yang kurang 54 responden (96,4%), pendapatan menengah 0 responden (0%), dan pendapatan tinggi hanya 2 responden (3,6%). Hal ini menunjukkan bahwa responden ditempat penelitian lebih banyak yang berpendapatan dibawah UMR. Selengkapnya dilihat pada tabel 7 dibawah ini.

Tabel 7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Pendapatan keluarga	Pelaksanaan Revolusi KIA					
		Tidak melaksanakan		Melaksanakan		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Kurang	5	100	49	96,1	54	96,4
2	Menengah	0	0	0	0	0	0
3	Tinggi	0	0	2	3,9	2	3,6
	Jumlah	5	100	51	100	56	100

Sumber data: Data Primer

- e. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Kader di Puskesmas Baun. Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa kader sangat berperan aktif 56 responden (100%) dalam mendukung pelaksanaan program revolusi KIA. Selengkapnya dilihat pada tabel 8 dibawah ini.

Tabel 8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Kader di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Peran Kader	Pelaksanaan Revolusi KIA					
		Tidak Melaksanakan		Melaksanakan		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Tidak Aktif	0	0	0	0	0	0

2	Aktif	0	0	56	100	56	100
	Jumlah	0	0	56	100	56	100

Sumber data: Data Primer

- f. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak ke pelayanan kesehatan dari rumah ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa responden yang memiliki rumah yang jauh dengan pelayanan kesehatan terdapat 11 responden (19,64 %) dan yang rumahnya dekat sebanyak 45 responden (80,36%). Selengkapnya dilihat pada tabel 9 dibawah ini.

Tabel 9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan jarak ke fasilitas kesehatan dari rumah ibu yang sudah melahirkan di Puskesmas Baun, Februari 2014

No	Jarak	Pelaksanaan Revolusi KIA					
		Tidak Melaksanakan		Melaksanakan		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Jauh	3	60	9	17,6	11	19,64
2	Dekat	2	40	42	82,4	45	80,36
	Jumlah	5	100	51	100	56	100

Sumber data: Data Primer

Tabel 10 Tabel kerja Analisis Hubungan Pengetahuan ibu bersalin dalam pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun, Februari 2014

Observed N	Expected N	Residual	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
33	18.7	14.3	204,4	10.9
12	18.7	-6.7	44,8	2.4
11	18.7	-7.7	59,2	3.1
56				X <sup>2</sup> hitung=16.4

$$\alpha = 0,05 \text{ df} = 2 \text{ x}^2 \text{ tabel} = 4.605$$

Berdasarkan hasil uji statistik dengan perhitungan chi-square di dapatkan nilai x<sup>2</sup> hasil perhitungan adalah 16.4 sedangkan x<sup>2</sup> yang didapat dari tabel df = (3-1) (2-1) = 2 pada taraf signifikan 0,05 adalah 5,991, berarti bahwa x<sup>2</sup> hitung > x<sup>2</sup> tabel artinya H<sub>a</sub> diterima dan H<sub>0</sub> ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu yang sudah melahirkan dengan pelaksanaan program revolusi KIA, dimana secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna atau signifikan.

Tabel 11 Tabel kerja Analisis Hubungan Sikap ibu bersalin terhadap pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun, Februari 2014

Sikap	Observed N	Expected N	Residual	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
Setuju	50	28.0	22.0	484	17.2
Tdk setuju	6	28.0	-22.0	484	17.2
Total	56				X <sup>2</sup> hitung=34.4

$$\alpha = 0,05 \text{ df} = 1 \text{ x}^2 \text{ tabel} = 3,841$$

Berdasarkan hasil uji statistik dengan perhitungan chi-square di dapatkan nilai  $\chi^2$  hasil perhitungan adalah 34.4 sedangkan  $\chi^2$  yang didapat dari tabel df = (2-1) = 1 pada taraf signifikan 0,05 adalah 3,841 berarti bahwa  $\chi^2$  hitung >  $\chi^2$  tabel artinya  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pelaksanaan program revolusi KIA dengan terhadap sikap ibu yang sudah melahirkan, dimana secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna atau signifikan.

Tabel 12 Tabel kerja Analisis Hubungan Dukungan keluarga terhadap pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun, Februari 2014

Dukungan	Observed N	Expected N	Residual	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
Mendukung	56	56.0	0	0	0
Total	56 <sup>a</sup>				$\chi^2$ hitung=0

Berdasarkan hasil uji statistik dengan perhitungan chi-square di dapatkan nilai  $\chi^2$  hasil perhitungan adalah 0 artinya  $H_a$  ditolak dan  $H_o$  diterima. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pelaksanaan program revolusi KIA dengan dukungan keluarga ibu yang sudah melahirkan, dimana secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna atau signifikan.

Tabel 13 Tabel kerja Analisis Hubungan pendapatan keluarga terhadap pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun, Februari 2014

Pendapatan	Observed N	Expected N	Residual	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
Rendah	54	28.0	26.0	676	24.1
Atas	2	28.0	-26.0	676	24.1
Total	56				$\chi^2$ hitung=48.2

$\alpha = 0,05$  df = 1  $\chi^2$  tabel = 3,841

Berdasarkan hasil uji statistik dengan perhitungan chi-square di dapatkan nilai  $\chi^2$  hasil perhitungan adalah 48.2 sedangkan  $\chi^2$  yang didapat dari tabel df = (2-1) = 1 pada taraf signifikan 0,05 adalah 3,841 berarti bahwa  $\chi^2$  hitung >  $\chi^2$  tabel artinya  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pelaksanaan program revolusi KIA dengan pendapatan keluarga ibu yang sudah melahirkan, dimana secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna atau signifikan.

Tabel 14 Tabel kerja Analisis Hubungan peran kader terhadap pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun, Februari 2014

Kader	Observed N	Expected N	Residual	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
Aktif	56	56.0	0	0	0
Total	56 <sup>a</sup>				$\chi^2$ hitung=0

Berdasarkan hasil uji statistik dengan perhitungan chi-square di dapatkan nilai  $\chi^2$  hasil perhitungan adalah 0 artinya  $H_a$  ditolak dan  $H_o$  diterima. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pelaksanaan program revolusi KIA dengan peran kader, dimana secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna atau signifikan.

Tabel 15 Tabel kerja Analisis Hubungan jarak ke pelayanan kesehatan terhadap pelaksanaan program Revolusi KIA di Puskesmas Baun, Februari 2014

Jarak	Observed N	Expected N	Residual	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
Jauh	11	28.0	-17.0	289	10.3
Dekat	45	28.0	17.0	289	10.3
Total	56				X <sup>2</sup> hitung=20. 6

$$\alpha = 0,05 \text{ df} = 1 \text{ x}^2 \text{ tabel} = 3,841$$

Berdasarkan hasil uji statistik dengan perhitungan chi-square di dapatkan nilai  $x^2$  hasil perhitungan adalah 20,6 sedangkan  $x^2$  yang didapat dari tabel df = (2-1) = 1 pada taraf signifikan 0,05 adalah 3, 841 berarti bahwa  $x^2$  hitung >  $x^2$  tabel artinya  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pelaksanaan program revolusi KIA dengan jarak ibu yang sudah melahirkan kefasilitas kesehatan, dimana secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna atau signifikan.

Tabel 16 Test Statistics

	Tingkat pengetahuan ibu bersalin	Sikap ibu bersalin	Tingkat pendapatan keluarga	Jarak ibu bersalin ke pelayanan kesehatan
Chi-Square	16.536 <sup>a</sup>	34.571 <sup>b</sup>	48.286 <sup>b</sup>	20.643 <sup>b</sup>
Df	2	1	1	1
Asymp. Sig.	.000	.000	.000	.000

## KESIMPULAN

Pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dilihat dari nilai  $x^2$  hasil perhitungan adalah 19.1 lebih besar dari  $x^2$  tabel df = 2 adalah 5.991. Ibu yang memiliki pengetahuan yang kurang sebanyak 33 responden (58,9%) memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan program revolusi KIA. Sikap memiliki hubungan yang signifikan dilihat dari nilai  $x^2$  hasil perhitungan adalah 34.4 lebih besar dari  $x^2$  tabel df = 1 adalah 3.841. Ibu yang memiliki sikap tidak setuju sebanyak 6 responden (10,71%) memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan program revolusi KIA. Dukungan keluarga tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pelaksanaan program revolusi KIA dilihat dari nilai  $x^2$  hitung 0. Pendapatan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dilihat dari nilai  $x^2$  hasil perhitungan adalah 48.2 lebih besar dari  $x^2$  tabel df = 1 adalah 3.841. Ibu yang memiliki pendapatan rendah sebanyak 54 responden (96,43%) memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan program revolusi KIA. Peran kader tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pelaksanaan program revolusi KIA dilihat dari nilai  $x^2$  hitung 0. Jarak memiliki hubungan yang signifikan dilihat dari nilai  $x^2$  hasil perhitungan adalah 20.6 lebih besar dari  $x^2$  tabel df = 1 adalah 3.841. Ibu yang memiliki jarak rumah jauh sebanyak 11 responden (19,64%) memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan program revolusi KIA.

## SARAN

1. Memberikan pelayanan yang optimal dan memberikan promosi kesehatan, kepada masyarakat tentang persalinan yang aman, sehat dan selamat difasilitas kesehatan yang memadai.
2. Memberi penyuluhan dan KIE kepada sasaran dimasyarakat tentang tujuan dan manfaat dari revolusi KIA.
3. Memotivasi kepada masyarakat untuk memanfaatkan potensi alam yang ada guna memenuhi kebutuhan sehari-hari.

4. Bekerja sama dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, kader posyandu, bidan desa, poskesdes untuk melakukan pemantauan terhadap ibu hamil yang akan melahirkan sehingga segera diantar ke fasilitas kesehatan yang memadai untuk melakukan persalinan dengan sistem jemput bola, mengadakan Ambulance Desa dan Rumah Tunggu.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2006, *Metode Penelitian*, Jakarta, Rineka Cipta
- , 2010, *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan praktik*, Jakarta, Rineka Cipta
- Badan Pusat Statistik Kota Kupang, 2010, *Kota Kupang dalam Angka*. Kupang
- Bangsung, 2001, Dukun bayi sebagai pilihan utama tenaga penolong persalinan, jurnal penelitian, UNIB volume VII no.2
- Budiman, 2011, *Penelitian Kesehatan*, Bandung, Refika Aditama
- Depkes RI, 2001, *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer*, (MPS) di Indonesia 2001-2010 Jakarta
- Depkes RI, 2009, *Pedoman Pegangan Kader*. Jakarta
- Depkes RI, 2010, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Badan Penelitian Bidan Kesehatan, Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2012, *Data Profil Dinas Kesehatan NTT*, Kupang
- Fibriana, 2007, *Tesis diterbitkan (Faktor-faktor yang mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus Di Kabupaten Cilacap)*, [www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com), diakses tanggal 25 September 2013
- Handoko, 2010, *Statistik untuk penelitian kesehatan dengan programSSPS edisi II*, Yogyakarta, Pustaka Rihana
- Juariah, 2012, *Antara Bidan dan Dukun*, Jakarta, Majalah Bidan Volume XIII
- Mardalis, 2008, *Metode Penelitian (Suatu Pendekatan Proposal)*, Jakarta, Bumi Aksara
- Meliono, 2007, *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*, Jakarta, Salemba Medika
- Mubarak, Nurul Chayatin, Khoril Rozikin, Supradi, 2007, *Promosi Kesehatan*, Yogyakarta, Graha Ilmu
- Notoadmodjo, 2002, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta
- , 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta, Rineka Cipta
- , 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta
- Nursalam, 2011, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan edisi II*, Jakarta, Salemba Medika
- Puskesmas Baun, 2013, *Register kohort ibu bersalin Puskesmas Baun*, Kupang, NTT
- Prabowo, 2006, *Rendahnya Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan*, Jakarta, Salemba Medika

# **PENGETAHUAN DAN SIKAP BIDAN DALAM PENERAPAN ASUHAN SAYANG IBU SAAT ASUHAN PERSALINAN NORMAL DI PUSKESMAS KOTA KUPANG TAHUN 2016**

Odi L. Namangdjabar, Matje M. Huru  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

## **ABSTRACT**

**Background:** *Maternal care is the care that mutual respect for culture, the belief of the mother's desire for the safe care during the delivery and involves the mother and family as decision makers are not emotional and supportive nature.*

**Objective:** *To Know Knowledge and Attitude of Midwife in Implementation of Maternal Care during the Normal delivery care at Puskesmas Kota Kupang 2016*

**Research Method :** *The population in this study were all midwives in birthing room of Kupang city health center as many as 33 people, with sampling method that is total sampling. Descriptive data analysis techniques*

**Result:** *Most of the respondents had good knowledge about maternal care as much as 26 people (78.8%) and most respondents had effective attitude in the implementation of maternal care during normal delivery as many as 26 people (78.8%).*

**Conclusion:** *Most of the respondents have good knowledge about maternal care and most respondents have effective attitude in applying maternal care during normal delivery care.*

**Keywords:** *Knowledge, Attitude, Mother's Care*

## **PENDAHULUAN**

Pelaksanaan asuhan sayang ibu oleh bidan saat menolong persalinan sangat membantu agar ibu merasa aman dan nyaman selama proses persalinan. Bidan di Ruang bersalin Puskesmas Alak Kota Kupang sebagai penolong persalinan yang sudah dilatih APN tentu sudah paham tentang asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu (Waspodo Djoko, dkk, 2007).

Berdasarkan salah satu contoh asuhan sayang ibu antara lain panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai dan jaga martabatnya, merupakan pelaksanaan asuhan persalinan normal (APN) dengan penekanan aspek sayang ibu dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu baik dalam komunikasi dan pemberian perawatan diharapkan harus dilakukan oleh semua bidan di kamar bersalin. Salah satu contoh prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami atau keluarga dalam pendampingan persalinan sampai pemberian asuhan kepada bayi yaitu mempertahankan suhu tubuh dan memberikan ASI terutama kolostrum.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik (Enkin, et.al, 2000). Disebutkan pula bahwa hal tersebut di atas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, SC dan persalinan berlangsung lebih cepat (Enkin, et.al, 2000). Asuhan sayang ibu dapat di terapkan dengan baik jika setiap bidan memiliki pengetahuan, pendidikan dan pelatihan yang professional, juga didukung hal lain misalnya kondisi pasien, keluarga, lingkungan dan fasilitas perawatan yang baik.

Hasil studi pendahuluan, berdasarkan observasi bahwa tidak semua bidan melaksanakan asuhan sayang ibu pada setiap persalinan. Beberapa contoh antara lain, bidan memanggil nama ibu dengan tidak menyebut nama ibu, bidan tidak menjelaskan proses persalinan, bidan tidak menjelaskan semua asuhan

dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut. Kondisi ini tidak sejalan dengan keberadaan bidan-bidan di kamar bersalin yang sudah dilatih APN.

Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul pengetahuan bidan dan sikap bidan dalam penerapan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal di Puskesmas Kota Kupang tahun 2016.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan metode evaluasi pengetahuan dan sikap bidan dalam penerapan asuhan sayang ibu. Penelitian dilakukan pada bulan oktober – Nopember 2016 di Puskesmas Kota Kupang.

Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah semua bidan di ruang bersalin Puskesmas Kota Kupang yang berjumlah 33 orang bidan.

Variabel independen (variabel bebas) yaitu pengetahuan bidan dan sikap bidan dan Variabel dependen (variabel terikat) yaitu penerapan asuhan sayang ibu dalam asuhan persalinan normal di kamar bersalin.

Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan analisa secara deskriptif yaitu analisa data dilakukan dalam bentuk tabel.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

No	Umur	f	%
1	< 25 tahun	2	6.1
2	25-30 tahun	8	24.2
3	>30 tahun	23	69.7
Total		33	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden umur >30 tahun yaitu sebanyak 23 orang (69.7%), umur 20-30 tahun sebanyak 8 orang (24.2%) dan < 25 tahun sebanyak 2 orang (6.1%). Menurut Nursalam umur 20-30 tahun merupakan umur yang cukup matang dalam perkembangan jiwa seseorang. Berdasarkan karakteristik umur tersebut menunjukkan bahwa kecenderungan responden semakin baik dalam menerapkan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal.

Tabel 2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	f	%
1	D3	25	75.8
2	D4/S1	5	15.2
3	S2	3	9.1
Total		33	100

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan D3 Kebidanan sebanyak 25 orang (75.8%), berpendidikan D4/S1 sebanyak 5 orang (15.2%) dan Pendidikan S2 sebanyak 3 orang (9.1%). Hal ini menunjukkan dengan semakin tinggi tingkat pendidikan seorang bidan maka semakin baik pengetahuan bidan dalam memberikan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal.

Pengetahuan bidan yang baik tentang asuhan sayang ibu tidak dapat dipisahkan dari pengalaman dan pendidikan serta faktor pendukung disekitar ibu seperti pelatihan dan seminar/seminar yang pernah diikuti oleh bidan serta kemajuan teknologi dalam dunia kesehatan khususnya kebidanan. Pada penelitian ini didapatkan fakta bahwa mayoritas responden merupakan tamatan D3 kebidanan, D4 dan S2 dan sebagian besar bidan telah mengikuti pelatihan asuhan persalinan normal (APN) sehingga pengetahuan bidan akan asuhan sayang ibu juga semakin baik. Tingkat pendidikan seorang bidan berpengaruh terhadap penerapan asuhan sayang ibu saat pertolongan persalinan normal dimana semakin tinggi pendidikan maka semakin baik dalam menerapkan asuhan sayang ibu.



Secara teori semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Tingkat pendidikan merupakan suatu proses pengembangan sumberdaya manusia. Menurut Notoatmodjo pendidikan adalah salah satu faktor yang menjadi dasar untuk melaksanakan tindakan. Pendidikan pada dasarnya adalah proses belajar yang berarti didalam pendidikan terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau berubah arah ke lebih dewasa.

Tabel 3 Karakteristik Pelatihan APN

No	Pelatihan APN	F	%
1	Ya	25	75.8
2	Tidak	8	24.2
Total		33	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal Sebanyak 25 orang (75.8%) sedangkan yang belum mengikuti pelatihan APN sebanyak 8 orang (24.2%).

Tabel 4 Pengetahuan Bidan Tentang Asuhan Sayang Ibu Saat Asuhan Persalinan Normal di Puskesmas Kota Kupang Tahun 2016

No	Pengetahuan	F	%
1	Baik	26	78.8
2	Cukup	5	15.2
3	Kurang	2	6.1
Total		33	100

Tabel 4. menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik tentang asuhan sayang ibu sebanyak 26 orang (78.8%), responden yang memiliki pengetahuan cukup tentang asuhan sayang ibu sebanyak 5 orang (15.2%) dan responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 2 orang (6.1%). Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan seorang bidan maka semakin baik pula dalam menerapkan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal.

Tabel 5 Sikap Bidan Dalam Penerapan Asuhan Sayang Ibu Saat Asuhan Persalinan Normal di Puskesmas Kota Kupang Tahun 2016

No	Sikap	F	%
1	Efektif	26	78.8
2	Tidak Efektif	7	21.2
Total		33	100

Tabel 5. menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap efektif dalam penerapan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal sebanyak 26 orang (78.8%). Sedangkan yang memiliki sikap Tidak Efektif sebanyak 7 orang (21.2%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin efektif sikap seorang bidan maka semakin baik dalam menerapkan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal. Menurut Soetimah (2004) bahwa sikap berhubungan dengan kepatuhan dalam melaksanakan asuhan sayang ibu.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh fauziah yang menyatakan bahwa bidan memiliki sikap positif sebesar 88%. Sikap yang baik akan mempengaruhi kepatuhan bidan dalam memberikan asuhan persalinan normal. Bila asuhan persalinan normal tidak dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku maka salah satu dampaknya adalah tidak terpenuhinya asuhan sayang ibu dan asuhan sayang bayi.

#### Pembahasan

Berdasarkan tabel 4.. menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik tentang asuhan sayang ibu sebanyak 26 orang (78.8%), responden yang memiliki pengetahuan cukup

tentang asuhan sayang ibu sebanyak 5 orang (15.2%) dan responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 2 orang (6.1%). Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan seorang bidan maka semakin baik pula dalam menerapkan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya suatu tindakan terhadap perilaku yang baik yang menguntungkan bagi suatu kegiatan (Notoadmodjo, 2003).

Menurut Ali (2004) menyatakan bahwa pengetahuan bidan tentang asuhan persalinan normal mempengaruhi bidan dalam menerapkan Asuhan Persalinan Normal (APN). Menurut Soetimah (2004) bahwa pengetahuan sangat berpengaruh pada perilaku seseorang untuk menjadi patuh. Pengetahuan bidan tentang APN merupakan penunjang bidan dalam menerapkan APN yang baik dan aman sesuai dengan tugas yang dilaksanakan dan perlu dioptimalkan.

APN merupakan asuhan persalinan yang diberikan kepada ibu dengan intervensi seminimal mungkin, dampak dari ketidakpatuhan dalam menerapkan APN adalah tidak terpenuhinya rasa nyaman ibu didalam proses persalinan, hal ini tidak sesuai dengan asuhan sayang ibu yang termasuk dalam lima benang merah sebagai aplikasi dalam menerapkan APN ( JNPK-KR Depkes, 2009). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, peraba, pembau, perasa. Sebagian besar pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Namun, pembentukan perilaku itu sendiri tidak semata-mata berdasarkan pengetahuan, tetapi masih dipengaruhi oleh banyak faktor yang sangat kompleks.

Pengetahuan sangat berperan dalam menentukan bagaimana seseorang bertindak. Ketika seorang bidan mengetahui dengan baik akan manfaat asuhan sayang ibu, maka kemungkinan besar akan menerapkan asuhan sayang ibu pada setiap asuhan persalinan normal yang diberikan. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh dari pendidikan, pelatihan maupun pengalaman selama bekerja. Namun, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa masih ada responden dengan tingkat pengetahuan yang baik mengenai asuhan sayang ibu, tetapi tidak menerapkan asuhan sayang ibu dengan baik saat memberikan asuhan persalinan normal. Hal ini terjadi karena selain pengetahuan, banyak faktor lain yang mempengaruhi penerapan asuhan sayang ibu. Beberapa diantaranya adalah tingkat kebutuhan yang dirasakan atau sikap dan keyakinan menyangkut pelayanan kesehatan.

Hal ini tidak sejalan dengan teori Green dalam Notoatmodjo tentang faktor pengetahuan yang berpengaruh pada perilaku seseorang. Menurut pendapat Notoatmodjo bahwa pengetahuan seseorang memiliki 5 tingkatan, tingkatan terendah adalah tahu (*know*) yang diartikan sekedar dapat menyebutkan, tingkatan kedua dan ketiga yaitu memahami dan mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut.

Menurut Saifuddin upaya peningkatan perilaku seorang bidan, pengetahuan merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Artinya, semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka kesadaran untuk menerapkan asuhan sayang ibu semakin besar atau tingkat partisipasi menjadi aktif.

Berdasarkan tabel 4.5. menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap efektif dalam penerapan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal sebanyak 26 orang (78.8%). Sedangkan yang memiliki sikap Tidak Efektif sebanyak 7 orang (21.2%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin efektif sikap seorang bidan maka semakin baik dalam menerapkan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal. Menurut Soetimah (2004) bahwa sikap berhubungan dengan kepatuhan dalam melaksanakan asuhan sayang ibu.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh fauziah yang menyatakan bahwa bidan memiliki sikap positif sebesar 88%. Sikap yang baik akan mempengaruhi kepatuhan bidan dalam memberikan asuhan persalinan normal. Bila asuhan persalinan normal tidak dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku maka salah satu dampaknya adalah tidak terpenuhinya asuhan sayang ibu dan asuhan sayang bayi.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap positif terhadap suatu objek tidak serta merta dinyatakan dalam

bentuk tindakan, dengan demikian dalam mengkaji sikap individu tidak hanya berpedoman pada tindakan tetapi harus didasari pada suatu fenomena yang dapat diamati dan dikur dalam bentuk verbal seperti pernyataan keyakinan, pernyataan intensi dan juga dalam bentuk non verbal seperti reaksi fisiologis

Sikap merupakan itikad dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana orang mau melakukan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu yang menjadi konflik internal. seorang bidan yang memiliki sikap/keyakinan yang positif tentang asuhan sayang ibu maka akan menerapkan asuhan sayang ibu dengan baik saat asuhan persalinan normal dan sebaliknya, bidan dengan sikap/keyakinan yang negatif atau tidak yakin mengenai asuhan sayang ibu maka tidak akan menerapkan asuhan sayang ibu.

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya sikap menjadi suatu tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan agar seorang bidan dapat menerapkan asuhan sayang ibu. Menurut Allpont, sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu : Kepercayaan, ide dan konsep terhadap suatu objek, Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek, Kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini secara bersama-sama dapat membentuk suatu sikap yang utuh.

Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut: Menerima (*receiving*), diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek), Menanggapi (*responding*), diartikan seseorang memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi, terlepas dari benar atau salah, Menghargai (*valuing*), diartikan seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon dan bertanggung jawab (*responsible*), sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya resiko lain.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik tentang asuhan sayang ibu sebanyak 26 orang (78.8%), Sebagian besar responden memiliki sikap efektif dalam penerapan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal sebanyak 26 orang (78.8%). Dari hasil penelitian ini di harapkan bagi profesi bidan untuk dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu serta kualitas pelayanan kebidanan khususnya pelayanan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal. Dapat menambah pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal dan dapat menerapkannya dalam melaksanakan tugas sebagai bidan. Hasil penelitian ini dapat di jadikan acuan untuk dapat mempertahankan, meningkatkan dan juga dapat menambah tenaga bidan dalam menaikkan mutu pelayanan kebidanan sehingga bidan dapat menerapkan secara baik dan benar khususnya pelayanan asuhan sayang ibu saat asuhan persalinan normal.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI, 2009. Asuhan Persalinan Normal, JNPK-KR, Jakarta
- Fauziah, 2014. Pengetahuan Bidan merupakan Faktor dominan Terhadap Kepatuhan Bidan Menerapkan Asuhan Persalinan Normal. Jurnal Ilmu dan Tenologi Kesehatan. Jakarta
- Saiffudin Abdul Bari, 2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 11 Th.ed. Jakarta .EGC
- Marmi.2012. *Asuhan Persalinan Normal*. EGC : Jakarta.
- Prwairohardjo,Sarwono.2009. *Ilmu Kebidanan*. BP- SP : Jakarta.
- Riyanto, A.2009. *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Varney Helen, dkk.2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Mochtar, Rustam.1998. *Sinopsis Obstetri*. EGC : Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Arikunto, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta, Rineka Cipta.
- Hidayat, 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Analisis Data*. Jakarta. Salemba Medika.

# HUBUNGAN ANTARA BERAT BADAN BAYI BARU LAHIR DAN PARITAS DENGAN DERAJAD RUPTUR PERINEUM PADA PERSALINAN NORMAL DI PUSKESMAS KOTA KUPANG TAHUN 2016

Matje Meriati Huru  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

## ABSTRACT

**Background:** *The women who give birth with perineum tears have a risk of bleeding and infection also can have serious long-term consequences in women lives including painful sexual intercourse (Mochtar, 1998). The intervention of perineum laceration divided by intervention for first-degree tears which can be treated by a simple repair. Whereas the second degree of tears needs more sophisticated repair with layer by layer reparation. Indeed, the third-degree tears and four-degree tears intervention will perform by the obstetrician due to the involving of anal sphincter in the injury.*

**Objective:** *The research design is an analytic qualitative using cross-sectional method. The data is collecting by using questioners. The research sample is 647 women whose give birth and had perineum tears. The inferential analysis is using Chi-Square.*

**Results:** *The results show the majority of respondents had the first degree of perineum tears 79.3 % or 513 respondents. The perineum tears occur mostly for the baby weight between 2500 gram-4000 gram which is 620 people or 95.8%. The perineum tears arise in 367 women who gave birth or 56.7% which have their first baby. The Chi-Square test defines a significant correlation between newborn babies weight ( $P=0.035$ ), Parity ( $p= 0.000$ ) with the degree of perineum tears. It recommended for local Puskesmas (Primary Health Center) in improving counselling and education to pregnant women especially first pregnancy. The information is including the risks factor that contributes to perineum tears and intervention to reduce the incidence of rupture tear in labour.*

**Keywords:** *Newborn baby Weight, the degree of perineum tears.*

## PENDAHULUAN

Persalinan merupakan serangkaian proses alamiah yang sangat di nantikan oleh setiap ibu hamil. Peristiwa ini tentunya diharapkan dapat berlangsung normal, namun berbagai kejadian yang tidak normal pun dapat terjadi jika tidak dikelola dengan baik. 85 persen persalinan berjalan dengan normal, namun 15 persennya di jumpai komplikasi yang memerlukan penanganan khusus salah satunya perdarahan postpartum yang disebabkan karena ruptur perineum ( Mochtar,1998).

Di Indonesia 40% kematian ibu di sebabkan oleh perdarahan postpartum. Ruptur perineum merupakan salah satu penyebab perdarahan yang hampir terjadi pada setiap persalinan pervaginam. Lapisan mukosa dan kulit perineum pada seorang ibu primipara mudah terjadi ruptur yang bisa menyebabkan perdarahan pervaginam. Selain itu bayi baru lahir yang terlalu besar atau berat badan lahir lebih dari 4000 gram akan meningkatkan risiko proses persalinan yaitu kemungkinan terjadi bahu bayi tersangkut, bayi akan lahir dengan gangguan nafas dan kadang bayi lahir dengan trauma tulang leher, bahu dan sarafnya. Hal ini terjadi karena massa bayi yang besar sehingga sulit melewati panggul dan menyebabkan terjadinya ruptur perineum pada ibu bersalin. (Sekartini, 2007).

Persalinan dengan ruptur perineum apabila tidak ditangani secara efektif menyebabkan perdarahan dan infeksi menjadi lebih berat, serta pada jangka waktu panjang dapat mengganggu ketidaknyamanan ibu dalam hal hubungan seksual (Mochtar, 1998).

Penatalaksanaan ruptur perineum terdiri dari penatalaksanaan derajat I robekan ini diperbaiki sesederhana mungkin, derajat II robekan ini lebih dalam Pada robekan ini akan dilakukan perbaikan lapis demi lapis, sedangkan derajat III dan IV biasanya dilakukan oleh dokter atau dokter obgyn karena luka dalam bahkan hingga rectum diperbaiki sama lapis demi lapis. Dampak dari terjadinya ruptur perineum pada ibu antara lain terjadinya infeksi pada jahitan dimana dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir. Selain itu juga dapat terjadi perdarahan karena terbukanya pembuluh darah yang tidak menutup sempurna sehingga perdarahan terjadi terus menerus.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Kota Kupang diperoleh data jumlah ibu bersalin normal sebanyak 850 persalinan. Ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum sebanyak 647 orang (76.12 persen) sedangkan 203 orang (23.88 persen) melahirkan spontan tanpa ruptur perineum. Dari 647 kejadian ruptur perineum diperoleh 367 orang (56.7 persen) pada primipara dan 280 orang (43.3 persen) pada multipara. Dan ibu yang mengalami ruptur perineum karena berat badan bayi 2500-4000 gram sebanyak 620 orang (95.8%)

Ruptur perineum sering terjadi pada seorang primipara karena memiliki resiko lebih besar untuk mengalami ruptur perineum dari pada multipara, hal ini dikarenakan karena jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum belum meregang (Wiknjosastro, 2005). Berat badan bayi baru lahir memiliki peran penting terjadinya ruptur perineum pada persalinan normal. Semakin besar berat janin maka perluasan luka perineum semakin besar, sehingga insiden perdarahan postpartum semakin meningkat.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah total populasi yaitu 647 ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum di Puskesmas Kota Kupang yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi: ibu bersalin normal, aterm, janin tunggal, melakukan posisi miring, Ibu meneran jika ada his, penolong menekan parineum saat kepala bayi mulai tampak dan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah distosia bahu, malpresentasi dan malposisi, kala II lama, ketuban pecah dini, persalinan dengan *episiotomy*. Analisis data bivariat dilakukan dengan uji *chi-square*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden mengalami Ruptur perineum derajat I sebanyak 513 orang (79.3%), ruptur perineum lebih banyak pada BBL dengan BBL 2500-4000 gr sebanyak 620 orang (95.8%), ruptur perineum lebih banyak terjadi pada persalinan primigravida sebanyak 367 orang (56.7%).

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum pada persalinan normal menunjukkan nilai  $p = 0.034 < 0.05$ . Hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum.

Tabel 1 Tabel Silang Hubungan Berat Badan Bayi dengan Derajat Ruptur Perineum di Puskesmas Kota Kupang Periode Januari-Oktober 2016.

Berat Badan Bayi Baru Lahir	Derajat Ruptur Perineum								Nilai p
	Derajat I		Derajat II		Derajat III		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayi Cukup	497	80.2	112	18.1	11	1.8	620	100	0.034
BBLR	14	56.0	11	44.0	0	0	25	100	
BBLSR	2	100	0	0	0	0	2	100	
Total	513	79.3	123	19.0	11	1.7	647	100	

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum pada persalinan normal menunjukkan nilai  $p = 0.000 < 0.05$ . Hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan derajat ruptur perineum

Tabel 2 Tabel Silang Hubungan Paritas Ibu Dengan Derajat Ruptur Perineum di Puskesmas Kota Kupang Periode Januari-Oktober 2016.

Paritas	Derajat Ruptur Perineum								Nilai p
	Derajat I		Derajat II		Derajat III		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Primigravida	261	71.1	97	26.4	9	2.5	367	100	0.000
Multigravida	252	90.0	26	9.3	2	0.7	280	100	
Total	513	79.3	123	19.0	11	1.7	647	100	

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar bayi dengan berat badan besar mengalami ruptur perineum derajat I sebanyak 497 orang (80.2%), Ruptur perineum derajat II sebanyak 112 orang ( 18.1%) dan Ruptur perineum derajat 3 sebanyak 11 orang (1.8%). Meskipun sudah dilakukan upaya pencegahan ruptur perineum pada proses kelahiran dengan berat badan bayi besar, tetap saja masih ada kemungkinan terjadi ruptur perineum tinggi.

Hal ini menunjukkan bahwa berat badan janin dapat mengakibatkan ruptur perineum terutama pada berat badan diatas 3500 gram, karena resiko trauma partus melalui vagina seperti distosia bahu dan kerusakan jaringan lunak ibu. Hal ini sesuai dengan pendapat Oxorn bahwa ruptur perineum merupakan salah satu resiko terbesar melahirkan bayi besar.

Menurut Varney, 2008 mengatakan bahwa robekan perineum terjadi pada kelahiran dengan berat badan bayi yang besar. Hal ini terjadi karena semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat badan bayi yang besar, sehingga proses kelahiran bayi dengan berat badan lahir yang besar sering terjadi ruptur perineum. Hal ini sama menurut Mochtar menyatakan bahwa derajat ruptur perineum semakin besar bila berat badan bayi baru lahir terlalu besar atau berat badan bayi baru lahir lebih dari 4000 gram.

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum pada persalinan normal menunjukkan nilai  $p = 0.035 < 0.05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum . Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sekartini (2009) bahwa berat badan bayi yang besar berhubungan dengan besarnya janin yang dapat mengakibatkan perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan BBL yang besar sehingga sering menyebabkan ruptur perineum. Hasil Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sutarmi (2012) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan berat badan lahir dengan ruptur perineum.

Hal ini menunjukkan bahwa semakin besar BBL semakin meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum yang disebabkan karena jaringan otot disekitar dasar panggul dan jalan lahir memiliki elastisitas yang berbeda-beda pada setiap responden termasuk jaringan kulit disekitar perineum. Otot-otot ini akan bertambah tingkat elastisitasnya pada saat persalinan untuk menyesuaikan dengan besarnya bayi yang akan lahir. Semakin meningkat pula elastisitasnya bila bayi yang dilahirkan berukuran besar akibatnya kulit perineum menjadi sangat teregang dan tipis sehingga sangat rawan terjadi ruptur perineum apalagi jika kelahiran bayi besar ini terjadi pada perineum yang masih utuh dan kaku juga maka perineum akan sulit menahan regangan besarnya janin sehingga bayi dengan berat badan besar (*makrosomia*) meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum.

Menurut Oxorn (1996) semakin besar bayi yang dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum. Penelitian ini menunjukkan ibu mempunyai bayi dengan berat badan bayi lahir besar atau berat bayi lebih dari 4000 gram, semuanya dengan robekan perineum derajat 3. Hasil penelitian ini menunjukkan keterkaitan antara derajat ruptur perineum dengan berat badan bayi baru lahir. Ibu dengan berat badan bayi lahir lebih dari 4000 gram akan mengalami ruptur perineum dengan derajat yang lebih

tinggi dibandingkan dengan ibu yang mempunyai bayi dengan berat badan bayi lahir kurang dari 4000 gram. Hal ini sesuai dengan pendapat Mochtar (1998) yang menyatakan bahwa ruptur perineum disebabkan oleh berat badan bayi baru lahir yang terlalu besar atau berat badan bayi baru lahir lebih 4000 gram.

Berdasarkan teori yang ada, robekan perineum terjadi pada kelahiran dengan berat badan lahir yang besar. Hal ini terjadi karena semakin besar bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum dikarenakan berat badan lahir yang besar berhubungan dengan besarnya janin yang dapat mengakibatkan perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat badan lahir yang besar sehingga pada proses kelahiran bayi dengan berat badan lahir yang besar sering terjadi ruptur perineum (Sekartini, 2007).

Penanganan yang dilakukan bila terdapat ruptur perineum adalah dengan melakukan episiotomi untuk mencegah luka yang di pinggir yang tidak rata. Bila dijumpai robekan perineum, dapat dilakukan penjahitan luka dengan baik dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh. dan memberikan ibu antibiotic yang cukup agar tidak terjadi infeksi (Mochtar, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar primigravida mengalami ruptur perineum derajat I sebanyak 261 orang (71.1%), Ruptur perineum derajat II sebanyak 97 orang (26.4%) dan ruptur perineum derajat 3 sebanyak 9 orang (12.5%). sedangkan sebagian besar Multigravida mengalami ruptur perineum derajat I sebanyak 252 (90.0%), Ruptur perineum derajat 2 sebanyak 26 orang (9.3%) dan ruptur perineum derajat 3 sebanyak 2 orang (0.7%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Adriana yang menunjukkan bahwa ruptur perineum terjadi pada primigravida sebanyak 98 (100%) dan multipara yang mengalami ruptur perineum sebanyak 116 (84.06%). Hal ini menunjukkan bahwa ruptur perineum tidak hanya terjadi pada persalinan primigravida saja tetapi juga dapat terjadi pada persalinan multigravida. Hal ini sesuai dengan Wiknjastro (2005), dan Liu (2008), ruptur perineum spontan terjadi hampir terutama pada semua masa persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dian Lestari dimana primigravida yang belum pernah melahirkan bayi yang *viable* ditemukan sebanyak 78% mengalami ruptur perineum sedangkan pada multigravida yang sudah pernah melahirkan bayi yang *viable* lebih dari 1 kali ditemukan 52% mengalami ruptur perineum.

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum pada persalinan normal menunjukkan nilai  $p = 0.000 < 0.05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan derajat ruptur perineum. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Adriana (2011) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan spontan pervaginam. Hasil penelitian ini juga di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Cahyaning (2009) menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas dengan ruptur perineum dengan nilai *p-value*  $0.000 < 0.05$ .

Hasil ini sesuai dengan pendapat Liu, 2008 yang menyatakan bahwa 85% kelahiran pertama selalu disertai robekan perineum. Hubungan robekan perineum dengan paritas adalah kerusakan jaringan lunak. Kerusakan jalan lahir biasanya lebih nyata pada wanita primigravida karena jaringan pada primigravida lebih padat dan lebih resisten dari pada wanita multigravida. Penyebab lain dari ruptur perineum adalah keadaan otot dasar panggul pada multipara lebih elastis daripada primigravida sehingga kejadian robekan perineum lebih banyak terjadi pada primigravida. Pada saat memimpin persalinan kecepatan lahirnya kepala bayi harus dikendalikan karena kelahiran kepala yang mendadak dapat menimbulkan robekan hebat pada sfingter ani.

Paritas mempengaruhi kejadian ruptur perineum spontan. Pada setiap persalinan jaringan lunak dan struktur di sekitar perineum mengalami kerusakan. Kerusakan biasanya terjadi lebih nyata pada wanita primigravida dalam artian wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang *viable* (nullipara), dari pada wanita multigravida dalam artian wanita yang sudah pernah melahirkan bayi yang *viable* lebih dari satu kali atau multigravida (Bobak, 2005).

Ruptur perineum spontan banyak ditemui pada persalinan ibu primigravida yang belum pernah melahirkan bayi yang *viable*. Paritas dapat mempengaruhi ruptur perineum spontan dikarenakan struktur jaringan daerah perineum pada primigravida dan multigravida berbeda keelastisitasannya. Pada nullipara yang baru mengalami kehamilan pertama dapat ditemukan perineum yang kaku sehingga lebih mudah dan retan terjadi ruptur perineum spontan, sedangkan pada multigravida yang sudah pernah melahirkan bayi yang *viable* lebih dari 1 kali daerah perineumnya lebih elastis. Selain itu ibu nullipara yang primigravida belum pernah mendapat pengalaman mengalami persalinan apabila dibandingkan dengan ibu multipara yang multigravida, hal ini mempengaruhi penatalaksanaan/pertolongan persalinan yang akan dilakukan oleh bidan

Primipara berpeluang lebih besar terjadi ruptur perineum dibandingkan, multipara dan grandemultipara, ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pada saat persalinan oleh karena keadaan perineum yang masih utuh, vulva tertutup, hymen perforates dan vagina masih sempit dan adanya rugae pada primigravida akan mengalami tekanan pada jalan lahir lunak oleh kepala janin, dengan keadaan perineum yang masih utuh pada primigravida akan mudah terjadi ruptur perineum. Multipara berpeluang terbanyak mengalami kejadian ruptur perineum spontan dibandingkan primipara, sehubungan dengan tidak lagi dilakukan episiotomi, kesalahan penanganan ruptur perineum pada persalinan sebelumnya serta kurangnya ketrampilan penolong dalam menyokong perineum.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar responden mengalami Ruptur perineum derajat I, Sebagian besar bayi yang dilahirkan dengan berat badan bayi baru lahir cukup (2500-4000gr), Sebagian besar kejadian ruptur perineum terjadi pada primigravida, Ada hubungan antara berat badan bayi baru lahir dengan derajat ruptur perineum, Ada hubungan antara paritas ibu dengan derajat ruptur perineum.

Bagi Puskesmas setempat diharapkan agar lebih meningkatkan konseling dan memberikan informasi kepada ibu hamil khususnya primigravida mengenai kondisi pada ibu yang dapat menyebabkan ruptur perineum dan tanda tanda persalinan sehingga meminimalkan terjadinya ruptur perineum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriana,P. 2011. Hubungan Paritas dengan Kejadian Ruptur Perineum Di VK Bersalin RSUD. Dr. Ansari Banjarmasin.
- Bobak, I, dkk.2005. Buku Ajar Keperawatan MAternitas. EGC. Jakarta
- Hidayat Asri, Sujiyatini.2010. *Asuhan kebidanan Persalinan*. NuhaMedika: Yogyakarta.
- Indrayani,Djami Moudy Emma Unaria.2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Nuha Medika : Jakarta.
- Jurnal bidan diah. Gambar posisi meneran, <http://bidandiah@telkom.net>. Jakarta (Diakses pada tgl 18 Juli 2014).
- JNPKR-KR.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal* : Jakarta.
- Marmi.2012. *Asuhan Persalinan Normal*. EGC : Jakarta.
- Mochtar, Rustam.1998. *Sinopsis Obstetri*. EGC : Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Riyanto, A.2009. *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Oxorn. 1996. Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan. Yayasan Esensia Medika. Jakarta.
- Sekartini Rini. 2007. Pelatalaksanaan Bayi Baru Lahir dan Pencegahan Komplikasi. [http://www. MediaIndonesia.co.id](http://www.MediaIndonesia.co.id). di akses 9 Nopember 2016.
- Varney Helen, dkk.2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Waspodo A.R, Danuatmadja, B. Kusmiyati. Y., 2001. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta
- Wiknjosastro (2005). Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta



# PEMENUHAN ZAT GIZI IBU NIFAS DALAM BUDAYA SE'I PADA MASYARAKAT SUKU TIMOR DAWAN DI KECAMATAN MOLO SELATANKABUPATEN TIMOR TENGAH SELATANPROPINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Alberth m.Bau Mali<sup>1</sup>, I Made Alit Gunawan<sup>2</sup>, Sumarni DW<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

<sup>2,3</sup>Prodi Gizi Universitas Gajah Mada

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

## ABSTRACT

**Background :** *The culture of Se'i forms a kind of activity which cares mother during childbirth consisting of diet on food, grilling mother over the fire, and compressing during 40 days. Breast-feeding mother is one of dangerous nutrition group, because when breast-feeding mother is experiencing recovery, menstruation, breast-feeding and fulfilling her body. Besides that, breast-feeding mothers lose much nutrition value either micro or macro such as iron value and calcium which is being produced by the mother's breasts. Diet on food in a total of number and frequency will have a negative impact of fulfilling nutrition value.*

**The purpose of the research :** *This research has a purpose of getting a picture of fulfilling nutrition value for childbirth mother in the implementation according to Se'i culture in Timor tribes.*

**Research method :** *This research is qualitative research with phenomenology with subject of the research is childbirth in Timor tribes. To get a picture on how to fulfill nutrition value for childbirth by doing observation and Food Recall 24 hours. Data analysis uses Miles and Huber man model.*

**The result of the research :** *Childbirth care which is done during the implementation in the culture of Se'i has a purpose of supporting the recovery process and recovering body style as it used to be before pregnant. The fulfillment of nutrition value in the culture of Se'i does not fulfill the total number of sufficient nutrition value offered. Conclusion :* *Nutrition value intake of a mother in the culture of Se'i doesn't fulfill the need, therefore it needs doing an effort to increase the total number of nutrition value which is consumed and consuming other food having same nutrition value when a mother is on diet for some food.*

**Key words :** *The culture of Se'i, childbirth mother, nutrition value intake*

## PENDAHULUAN

Salah satu faktor yang secara langsung menyebabkan masalah gizi kurang adalah asupan makanan seseorang. Asupan makanan seseorang juga sangat dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain adalah kebiasaan makan yang ada dalam lingkungan keluarga maupun lingkungan masyarakat dimana seseorang mempunyai pengalaman terhadap cara pandang, penilaian dan arti makanan bagi dirinya sendiri berdasarkan keyakinan maupun kepercayaan-kepercayaan yang ada di dalam masyarakatnya yang merupakan hasil dari budaya setempat.

Menurut Suhardjo (1989), Tradisi/ kebiasaan makan berhubungan erat dengan lingkungan hidup, tingkat kehidupan serta pendidikan dan pengalaman seseorang. Makanan yang dikonsumsi manusia adalah untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya, baik untuk kenikmatan, kekeluargaan, persahabatan, koneksi maupun simbol untuk mencapai harapan. Menurut Swasono (1997), di lingkungan masyarakat yang menganut keyakinan mengenai dikotomi panas-dingin, kondisi ibu melahirkan dianggap mempunyai kualitas "dingin" karena itu dilarang mengkonsumsi bahan makanan yang berkualitas dingin. Dalam sejumlah kebudayaan, wanita dalam periode pasca persalinan diharuskan menjalani masa berdiang dekat tungku atau bara api yang terus-menerus menyala selama beberapa hari agar ibu dan bayinya berada dalam keadaan hangat.

Tidak semua kebiasaan makan yang dipraktikkan di masyarakat mempunyai korelasi positif bagi pemenuhan zat gizi bagi masyarakat itu sendiri, seperti adanya pantangan-pantangan atau tabu terhadap beberapa makanan yang mempunyai nilai gizi yang baik untuk kesehatan. Tabu terhadap makanan

bersangkutan dengan emosi sehingga tidak mengherankan sebahagian besar tabu makanan terutama dianut oleh para wanita dan anak-anak yang masih di bawah asuhan wanita tersebut. Suhardjo (1989), mengatakan bahwa ada tiga kelompok masyarakat yang biasanya mempunyai makanan pantangan yaitu anak kecil, ibu hamil dan ibu menyusui. Penelitian yang dilakukan oleh Swasono dan Soselisa (1991) di Bandaneira, didapatkan bahwa sesudah terjadi persalinan, sang ibu akan menjalani perawatan baik yang sifatnya berupa larangan makanan, maupun perawatan fisik oleh seorang dukun.

Menurut budaya masyarakat Atoin Meto, seorang ibu yang telah melahirkan wajib mendapat perawatan di dalam rumah bulat oleh seorang dukun atau seseorang yang dipercaya mempunyai pengalaman merawat ibu melahirkan. Perawatan kepada ibu Nifas ini biasanya berupa panggang atau tatobi dan pantangan terhadap makanan tertentu yang disebut dengan Se'i. Ketentuan atau pantangan-pantangan yang harus diikuti oleh ibu-ibu nifas tersebut adalah tidak boleh keluar selama 40 hari kecuali ke WC/kamar mandi, tidak boleh mengkonsumsi makanan seperti daging, ikan, telur, sayur-sayuran dan garam. Makanan yang sering dikonsumsi oleh ibu yang sedang menjalani perawatan nifas adalah bubur dan atau jagung Bose (jagung yang telah di tumbuk/dihaluskan menggunakan lesung).

Hal ini disebabkan oleh karena sebagian besar pantangan makanan tersebut merupakan makanan yang mengandung zat-zat gizi penting seperti protein, lemak, vitamin dan mineral yang sangat dibutuhkan untuk menunjang proses metabolisme tubuh dan pemulihan organ-organ reproduksinya serta produksi ASI.

Selain itu, akibat lingkungan rumah yang kurang bersih karena semua aktifitas untuk perawatan dilakukan di dalam rumah tersebut, seperti memasak dan panggang sehingga ibu maupun bayi beresiko mengalami ISPA.

Fakta ini terlihat pada data tahun 2005, jumlah bayi di Timor Tengah Selatan yang mendapat ASI eksklusif hanya 4,15% bayi dari total 10.663 bayi (Dinas Kesehatan Prop.NTT, 2006). Fakta lain adalah kematian maternal pada tahun 2005 terbanyak di propinsi NTT adalah kabupaten TTS dengan jumlah 103 kematian. Kematian pada masa Nifas di propinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2004 sebanyak 185 kematian. Salah satu penyebab kematian maternal di propinsi NTT adalah sosial budaya (Dinas Kesehatan Prop.NTT, 2006).

Dari uraian di atas, jelaslah bahwa pihak yang dirugikan dari pantangan dan perawatan nifas yang dilakukan oleh masyarakat setempat berhubungan dengan masalah-masalah gizi bagi ibu nifas dan tumbuh kembang bayinya.

Dari latar belakang masalah di atas, maka peneliti merasa perlu untuk dilakukan penelitian sehingga memperoleh gambaran tentang pemenuhan kebutuhan zat gizi ibu selama masa nifas dalam budaya Se'i pada suku Timor.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran pemenuhan zat gizi ibu Nifas dalam pelaksanaan budaya Se'i di Kecamatan Molo Selatan. Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah untuk mengkaji :

- a. Perawatan nifas dalam budaya Se'i.
- b. Cara pemenuhan kebutuhan zat gizi ibu nifas dalam pelaksanaan budaya Se'i
- c. Tingkat kecukupan zat gizi ibu nifas dalam pelaksanaan budaya Se'i

## **METODOLOGI**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis untuk mencari gambaran mengenai pemenuhan zat gizi ibu nifas dalam melaksanakan budaya Se'i di Kecamatan Molo Selatan Kabupaten Timor Tengah Selatan Propinsi Nusa Tenggara Timur.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu nifas di Kecamatan Molo Selatan dengan subyek penelitiannya adalah ibu-ibu post partum 0-40 hari di Kecamatan Molo Selatan sebanyak 5 orang yang melaksanakan budaya Se'i, seorang dukun, seorang bidan dan seorang tokoh masyarakat. Dalam hal ini, subyek penelitiannya adalah ibu-ibu nifas yang melaksanakan seluruh rangkaian kegiatan yang berupa panggang atau tatobi, pantang terhadap makanan dan mengonsumsi ramuan atau jamu selama 0-40 hari serta dirawat di dalam rumah bulat. Cara pengambilan sampel yaitu *Purposive sampling* atau sampling

yang bertujuan sehingga besar sampel ditentukan berdasarkan kualitas atau ciri-ciri responden yang diwakili. Untuk menunjang proses penelitian ini maka, peneliti akan memanfaatkan sumber data atau informan, yang terdiri dari tokoh adat setempat, dukun dan bidan.

Intrumen dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, dengan menggunakan alat bantu antara lain :Panduan wawancara mendalam terhadap ibu-ibu yang melakukan budaya Se'I, Panduan observasi terhadap ibu-ibu dalam memenuhi kebutuhan zat gizinya dalam pelaksanaan budaya Se'I, Formulir *Food Recall* 24 jam untuk mengukur konsumsi zat gizi ibu nifas, Audio visual yang digunakan untuk mendukung proses pengumpulan data dalam penelitian ini, Alat tulis, Peneliti. Pengumpulan data primer pada penelitian ini menggunakan metode wawancara mendalam, observasi dan *Food Recall* 24 jam. Wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti sendiri untuk memperoleh data pemenuhan kebutuhan zat gizi ibu selama melaksanakan budaya Se'I dan pantangan makanan dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam yang telah dipersiapkan sebelumnya. Untuk menunjang pelaksanaan pengumpulan data, maka peneliti akan melakukan wawancara kepada 4 orang informan.

Observasi dilakukan dengan menggunakan *check list* untuk memperoleh data asupan makanan dan aktivitas perawatan yang dilakukan selama ibu melaksanakan budaya Se'i. Untuk memperoleh data asupan zat gizi (jumlah, jenis dan frekuensi) pada ibu selama masa nifas (0-40 hari) digunakan *Food Recall* 24 jam. Dalam metode ini, ibu diminta untuk menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin). Pengambilan data dengan formulir *Food recall* 24 jam dilakukan sebanyak tiga kali pada hari yang berbeda. Pengumpulan data akan dihentikan apabila peneliti telah mendapatkan data yang sama (data jenuh) pada beberapa responden.

Analisa data dilakukan secara induktif terhadap informasi berupa pendapat dalam bentuk kata-kata, ungkapan atau narasi yang diungkapkan subjek penelitian dan data hasil observasi.

## HASIL

### 1. Pemenuhan Zat Gizi Ibu Nifas Dalam Budaya Se'i

#### a. Makanan Sumber Energi

Pemenuhan makanan sumber energi diperoleh responden dengan mengonsumsi makanan seperti nasi, bubur dan jagung boso dengan frekuensi 3-4 kali per hari. Hal ini didukung oleh pernyataan responden :

“ selama 40 hari ini kita hanya makan nasi, bubur, boso dengan sayur” (R1).

“ kami orang timor, kalo abis melahirkan hanya makan boso, nasi, bubur dan sayur “ (R2).

Hal yang sama juga disampaikan oleh dukun dan tokoh adat setempat :

“ kalo ibu yang baru melahirkan tidak boleh makan sembarang, kita biasa kasi makan jagung boso, nasi atau bubur saja “ (R6).

“ ibu harus makan jagung boso, nasi atau bubur yang banyak “ (R8).

Pernyataan di atas didukung dengan data hasil observasi selama penelitian, seperti terlihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar 1 : makanan Nasi dan Sayur Buah Pepaya dan Jagung boso**



Sumber : Data Primer (2009)

Alasan responden mengonsumsi makanan tersebut adalah :

“ supaya air susu banyak” (R4)

“ Orang tua dong bilang supaya air susu banyak “ (R3).

Hal yang sama ditanyakan ke tokoh adat dan dukun setempat juga memberi alasan yang sama.

“ibu harus makan banyak jagung bose supaya air susunya banyak” (R8).

“kalo makan jagung bose air susu ibu akan banyak” (R6).

b. Sumber Protein

Untuk memenuhi kebutuhan protein, responden mengonsumsi beberapa jenis makanan sumber protein seperti kacang tanah, jagung dan daun singkong dengan frekuensi 2-3 kali per hari. Hal ini didukung oleh :

“selama 40 hari ini kita hanya makan bose dengan sayur” (R1).

“kami orang timor, kalo abis melahirkan hanya makan bose dan sayur” (R2).

Hal yang sama juga disampaikan oleh dukun dan tokoh adat setempat :

“kalo ibu yang baru melahirkan tidak boleh makan sembarang, kita biasa kasi makan jagung bose” (R6).

“ibu harus makan jagung bose yang banyak” (R8).

Budaya Se'i juga mengharuskan responden melakukan pantangan dengan alasan bahwa mengonsumsi daging dan ikan dapat menghambat proses penyembuhan luka pada ibu nifas, hal ini didukung dengan pernyataan responden :

“Luka dong belum kering, jadi bisa infeksi, orang tua dong bilang begitu” (R1).

“Selama 40 hari ini tidak makan daging, ikan, sayur, garam, kalo sudah 40 hari baru boleh makan” (R3).

“Mama dukun bilang jangan makan daging dan ikan dulu nanti luka bisa lama baru sembuh” (R4).

c. Makanan Sumber Vitamin

Vitamin banyak bersumber dari sayuran dan buah, Sayuran yang biasa dikonsumsi oleh responden seperti daun singkong dan buah pepaya muda yang dimasak dengan cara merebus.

Kandungan zat gizi pada daun singkong adalah protein, vitamin C, kalsium dan zat besi (Fe), sedangkan kandungan zat gizi pada buah pepaya muda adalah vitamin C.

d. Makanan Sumber Mineral

Dalam memenuhi kebutuhannya akan mineral (Ca, Fe, Zn), responden memperolehnya dengan mengonsumsi daun singkong, jagung kuning pipil lama dan kacang tanah.

2. Tingkat Kecukupan Asupan Zat Gizi Ibu Nifas

Jumlah asupan zat gizi yang diperoleh akan dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan untuk ibu nifas. Hasil perbandingan antara asupan dengan AKG akan dikategorikan menjadi 3 yaitu asupan Kurang, Cukup dan Lebih. Hasil *Recall* 24 jam adalah sebagai berikut :

a. Energi

Hasil recall 24 jam berikut ini :

R1 : 1589 KKal. R2 : 592.2 KKal. R3 : 1247 KKal.

R4 : 1063.4 KKal. R5 : 1604.7 KKal.

Angka kecukupan energi yang dianjurkan untuk ibu nifas pada masa 6 bulan pertama adalah 2400 Kkal. Berdasarkan hasil *recall* dan angka kecukupan yang dianjurkan maka, dapat disimpulkan bahwa tingkat asupan energi responden kurang dari kebutuhan yang dianjurkan karena asupan energi responden tidak mencapai 2160-2640 kkal.

b. Protein

Hasil Recall terhadap responden di bawah ini.

Table 2. Tingkat Asupan Protein Responden

No	Responden	Hasil <i>Recall</i> 24 jam
1	R1	35.5 gram/hari
2	R2	12.9 gram/hari
3	R3	27.4 gram/hari
4	R4	23.7 gram/hari
5	R5	42 gram/hari

Angka kecukupan protein yang dianjurkan untuk seorang ibu nifas pada 6 bulan pertama adalah 67 gram/hari dengan koefisien variasi berkisar .60.3 – 73.7 gram/hari. Berdasarkan hasil *recall* dan angka kecukupan yang dianjurkan maka asupan protein responden selama pelaksanaan budaya Se'i dikategorikan kurang.

c. Vitamin

Gambaran tingkat pemenuhan kebutuhan vitamin sesuai dengan hasil *recall* 24 jam secara berturut-turut dari responden pertama sampai responden kelima adalah :

- Vitamin A : 214.7 RE, 136.8 RE, 146.2 RE, 171.9 RE, 195 RE.
- Vitamin B1 : 1.5 mg, 0.4 mg, 1.2 mg, 0.9 mg, 1.2 mg.
- Vitamin B2 : 0.8 mg, 0.3 mg, 0.6 mg, 0.5 mg, 0.7 mg
- Vitamin B6 : 1.3 mg, 0.5 mg, 0.9 mg, 0.8 mg, 1.1 mg
- Vitamin C : 9 mg, 5.8 mg, 0.9 mg, 3.5 mg, 4.5 mg

Untuk menentukan tingkat kecukupan vitamin maka, digunakan koefisien variasi sebesar 10%, sehingga tingkat kecukupan vitamin berkisar antara :

Vit. A : 513 – 627 RE, Vit. B1 : 0.72 – 0.88 mg, Vit. B2 : 1.44 – 1.76 mg, Vit. B6 : 1.53 – 1.87 mg, Vit. C : 63 – 77 mg

Berdasarkan data hasil *Recall* 24 jam dan angka kecukupan yang dianjurkan, maka asupan vitamin responden dikategorikan kurang.

d. Kalsium

Gambaran pemenuhan kalsium dari responden yang diperoleh dengan cara *Recall* 24 jam selama 3 kali sebagai berikut :

- R1 : 54.4 mg, R2 : 50.6 mg, R3 : 21.7mg, R4 : 42.1 mg, R5 : 100.8 mg

Angka kecukupan kalsium yang dianjurkan untuk seorang ibu nifas pada masa 6 bulan pertama adalah 950 – 2650 mg per hari (Muhilal dan Hardinsyah, 2004). Berdasarkan hasil *recall* 24 jam dan angka kecukupan kalsium yang dianjurkan maka, tingkat kecukupan asupan kalsium responden selama pelaksanaan budaya Se'i dikategorikan kurang.

e. Besi (Fe)

Gambaran tingkat pemenuhan kebutuhan akan besi (Fe) dari responden yang diambil dengan cara *Recall* 24 jam selama 3 kali sebagai berikut :

- R1 : 13.6 mg, R2 : 4.1 mg, R3 : 11.4 mg, R4 : 9.2 mg, R5 : 12.7 mg

Angka kecukupan zat besi yang dianjurkan adalah 32 mg per hari dengan koefisien variasi berkisar antara 28.2 – 35.2 mg per hari.

Berdasarkan angka kecukupan dan tingkat pemenuhan zat besi responden selama melaksanakan budaya Se'i maka tingkat kecukupan responden dikategorikan kurang.

f. Seng (Zn)

Gambaran hasil *Recall* 24 jam sebanyak 3 kali, dengan hasil sebagai berikut :

- R1 : 10.8 mg, R2 : 2.5 mg, R3 : 5.9 mg, R4 : 4.9 mg, R5 : 7.6 mg

Angka kecukupan seng (Zn) untuk seorang ibu menyusui adalah 14.4 mg per hari dengan koefisien variasi berkisar antara 12.96 – 15.84 mg per hari. Berdasarkan hasil *recall* 24 jam dan angka kecukupan yang dianjurkan maka tingkat kecukupan asupan seng (Zn) selama melaksanakan budaya Se'I dikategorikan kurang.

## KESIMPULAN

Perawatan nifas yang dilakukan oleh responden selama melaksanakan budaya Se'i terdiri dari panggang, tatobi dan pemberian ramuan atau jamu. Kegiatan-kegiatan perawatan nifas tersebut dilakukan selama 40 hari dan merupakan suatu rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk membantu proses pemulihan (Mengeluarkan zat-zat kotor/*lochea* dan menguatkan tubuh ibu) dan mengembalikan bentuk tubuh ibu seperti sebelum hamil. Tempat berlangsungnya proses perawatan dalam melaksanakan budaya Se'i adalah di dalam rumah bulat yang terletak dibagian belakang rumah induk.

Asupan zat gizi ibu nifas selama pelaksanaan budaya Se'i terdiri dari energi, protein, vitamin mineral dan elektrolit. Asupan zat gizi tersebut diperoleh dari mengonsumsi nasi, bubur, jagung boso,

sayur dan buah dengan frekuensi 3-4 kali per hari. Pemenuhan zat gizi selama melaksanakan budaya Se'i dibatasi dengan adanya pantangan terhadap beberapa jenis makanan atau bahan makanan seperti daging, ikan dengan alasan proses penyembuhan luka jalan lahir terhambat. Tingkat kecukupan zat-zat gizi (Energi, protein, vitamin dan mineral) selama pelaksanaan budaya Se'i tidak mencukupi angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk ibu nifas pada 6 bulan pertama.

Kekurangan ini berkaitan dengan adanya pantangan sehingga makanan yang dikonsumsi terbatas dalam hal jenis, ketersediaan bahan makanan di tingkat rumah dan jumlah makanan yang dikonsumsi setiap hari.

## SARAN

Responden yang melakukan pantangan terhadap makanan atau bahan makanan tertentu, perlu dicarikan makanan atau bahan makanan lain yang mempunyai kandungan gizi sama untuk memenuhi angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk ibu nifas pada masa 6 bulan pertama. Perlu dilakukan peningkatan dalam hal jumlah makanan atau bahan makanan yang dikonsumsi untuk memenuhi angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk ibu nifas pada masa 6 bulan pertama setelah melahirkan. Responden yang melakukan pemanggangan setelah melahirkan, sebaiknya menggunakan bara api dan bukan api yang menyala dan bara api sebaiknya jauh dari posisi ibu. Air yang digunakan untuk melakukan Tataobis sebaiknya air hangat sehingga tidak berisiko terjadinya luka bakar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggorodi A.R. (1985) *Pantangan Makanan Pada Wanita Sunda*. Di Dalam Swasono M.F. *Kehamilan, Kelahiran, Perawatan Ibu dan Bayi Dalam Konteks Budaya*. Jakarta. UI Press (1998) Pp. 91-114
- BKKBN. (2001) *Kehamilan, Persalinan dan Pasca Melahirkan* (Internet) ; <http://www.BKKBN.go.id> (diakses 10 Agustus 2008).
- BPS Prop.NTT (200) *Profil Kependudukan Propinsi NTT*. BPS Prop.NTT
- Departemen Kesehatan RI. (1991) *Buku Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta DEPKES. RI.
- Dinas Kesehatan Propinsi NTT (2005) *Profil Kesehatan Propinsi NTT*. Dinkes Prop NTT.
- FKM-UI. (2007) *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Foster & Anderson (2006) *Antropologi Kesehatan*. UI Press, Jakarta.
- Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S & Patridge K.B. (1980) Diterjemahkan Oleh Wamdi Z, Tafal Z & Kresno S. Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan RI.
- Hardinsyah (1990) *Menaksir Kecukupan Energi dan Protei serta Penilaian Mutu Gizi Konsumsi Pangan*, GMSK Faperta IPB, Bogor.
- Husaini, Yayah K. & Mahdin Anwar, 2001. *Makanan Bayi Bergizi*. Gadjah Mada University Press Yogyakarta.
- Irma Afsesta (2005) *Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Praktek Gizi Ibu Nifas Suku Dayak*. Tesis, Universitas Gadjah Mada.
- Mahadewi P., Hamam H. & Padmawati R.S. (2003) Pola Konsumsi Pangan Dan Status Gizi Ibu Post Partum 4 Dan 6 Bulan. *Sains Kesehatan*, 16, pp. 359-371
- Muchtadi D. (2002) *Gizi untuk Bayi: ASI, Susu Formula dan Makanan Tambahan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta Jakarta.
- Paath E.F., Rumdasih Y. & Heryati (2005) *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. EGC, Jakarta.
- Program Pascasarjana UGM (2003) *Sains Kesehatan vol.16*. Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta
- Roesli, Utami. (2000) *Mengenal ASI Eksklusif Seri I*. Trubus Agriwidya Jakarta.
- Sanjur, D. (1982). *Social and Cultural Perspectives in Nutrition*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J,07632
- Soetjningsih (1995) *Tumbuh Kembang Anak*. EGC, Jakarta
- Soetjningsih. (1997). *ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Sugiyono, 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* Alfabeta, Bandung.
- Suhardjo. (1989) *Sosio Budaya Gizi*. PAU Pangan dan Gizi IPB, Bogor.
- Sunita A. (2005) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Sustini (2001) *Pengaruh kebiasaan ibu sewaktu dan pasca persalinan terhadap kejadian demam nifas*. Tesis, Universitas Gadjah Mada.

# HUBUNGAN BERAT BAYI LAHIR DENGAN KEJADIAN SINDROM DISTRESS RESPIRASI DI RSUD GAMBIRAN KEDIRI - JAWA TIMUR

Maria Judith Lokangleu  
STIKes Nusantara Kupang  
[rialokang@gmail.com](mailto:rialokang@gmail.com)

## ABSTRAK

**Background:** *Respiratory distress syndrome is a respiratory syndrome caused by surfactant deficiency, especially in infants born with less gestation. Manifestations of respiratory distress syndrome are attributed to alveolar atelectasis, edema, and cellular damage and subsequently lead to leakage of serum proteins into the alveoli thus inhibiting surfactant function.*

**The purpose of this study** was to determine the relationship between birth weight with the incidence of respiratory distress syndrome at RSUD Gambiran Kota Kediri Year 2014.

**Method:** *The research design used is correlational research. The population studied were all babies in RSUD Gambiran Kediri City amounted to 281 people with simple random sampling technique obtained sample 69 people. The research instrument used is documentation sheet. The results were then analyzed by using contingency coefficient.*

**Result:** *The result of the research shows that most of baby's birth weight is less than 2500 gram at Gambiran Hospital Kediri year 2014 and most of respiratory distress syndrome happened to respondent with birth weight less than 2500 gram at Gambiran Hospital Kediri year 2014.*

**Conclusion:** *The results showed that there was a correlation between birth weight with the incidence of respiratory distress syndrome at RSUD Gambiran Kota Kediri Year 2014. Based on the research result it is expected for the research area to be expected to be improved the emergency services so that the baby with respiratory distress syndrome can be handled quickly, no infant death due to respiratory distress syndrome.*

*Keywords: birth weight, respiratory distress syndrome*

## Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup masih diatas negara-negara seperti malaysia (10), Thailand (20), Vietnam (18), Brunei (8) dan Singapura (3). Pada tahun 2012 angka ini meningkat menjadi 36 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2013). Salah satu penyebab angka morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi pada bayi adalah berat badan lahir rendah. Bayi dengan berat badan lahir rendah biasanya disertai dengan komplikasi penyakit tertentu seperti *sindrom distress respirasi* salah satunya. Di Amerika Serikat, sindrom ini terjadi sekitar 20.000 - 30.000 pada bayi baru lahir tiap tahunnya. Menurut Lemons *et al* tahun 2008, *sindrom distress respirasi* terjadi pada 78% neonatus dengan berat badan lahir 501 -1.500 gram yang mana 71% terjadi pada bayi dengan berat badan lahir 501 – 750 gram, 54% terjadi pada bayi dengan berat badan lahir 751-1.000 gram. Sindrom ini terjadi pada 36% bayi dengan berat badan lahir 1.001-1.250 gram dan 26% terjadi pada bayi dengan berat badan lahir 1.250-1.500 gram. Di Indonesia pada tahun 2012 *sindrom distres respirasi* rata-rata terjadi pada 45 % bayi lahir. Angka ini tidak menentu karena banyak bayi di daerah pedesaan yang tidak didata secara lengkap. Berdasarkan survei Badan Pusat Statistik Propinsi Jawa Timur tahun 2012 menunjukkan bahwa angka kematian bayi sebesar 28 per 1000 kelahiran hidup *Sindrom distres respirasi* merupakan salah satu penyebab terbanyak angka kesakitan dan kematian pada bayi.

Berdasarkan hasil *survey* data sekunder di RSUD Gambiran Kota Kediri pada bulan Oktober – Desember 2013 pada bayi baru lahir di RSUD Gambiran maka diperoleh data bayi dengan kejadian *sindrom distres respirasi* sebagai berikut :

Tabel 1.1 Data angka kejadian bayi baru lahir dengan kejadian *sindrom distres respirasi* di RSUD Gambiran tahun 2013

No	Bulan	Bayi Baru Lahir	<i>Sindrom distres respirasi</i>	Presentase(%)
1.	Oktober	134	20	14,92
2.	November	147	23	15,64
3.	Desember	120	19	15,8

Sumber : Data sekunder kejadian *sindrom distres respirasi* di RSUD Gambiran 2013

Hal ini menunjukkan masih adanya kejadian *sindrom distres respirasi* pada bayi baru lahir di RSUD Gambiran Kota Kediri tahun 2013. Berdasarkan hasil *survey* pada bulan Desember insiden kejadian *sindrom distres respirasi* dari 19 bayi yang di rawat di RSUD Gambiran didapatkan 2 bayi (10,53%) disebabkan karena *sectio secarea*, 8 bayi (42,10%) karena berat badan lahir rendah, 5 bayi (26,31%) karena lahir prematur, dan 4 bayi (21,06%) karena asfiksia perinatal.

*Respiratory Distress Syndrome / sindrom distres respirasi* merupakan sindrom gawat napas yang disebabkan *defisiensi surfaktan* terutama pada bayi yang lahir dengan masa gestasi kurang (Malloy & Freeman 2000) . Dampak dari *sindrom distres respirasi* secara mikro antara lain pernafasan menjadi berat, shunting intrapulmonal meningkat dan terjadi hipoksemia berat, hipoventilasi yang menyebabkan asidosis respiratorik. Dampak makro adalah semakin meningkatnya AKB akibat *sindrom distres respirasi*. Berdasarkan fenomena diatas tentang hubungan berat badan lahir dengan kejadian *sindrom distres respirasi* pada BBLR di RSUD Gambiran Kota Kediri yang dapat menyebabkan kematian bayi ini adalah hal yang urgen. Berdasarkan pertimbangan waktu, tenaga, dan biaya, dan kesesuaian kompetensi peneliti, apabila dilakukan penelitian dimungkinkan membawa manfaat baik bagi responden, institusi, atau tempat penelitian. Sehingga peneliti merasa tertarik untuk mengungkap tentang Hubungan Berat Badan Lahir Dengan Kejadian *Sindrom Distres Respirasi* Di Rumah Sakit Gambiran Kota Kediri tahun 2013.

### Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi berat badan lahir pada bayi di RSUD Gambiran Kota Kediri tahun 2014
2. Mengidentifikasi terjadinya *sindrom distres respirasi* pada bayi di RSUD Gambiran Kota Kediri tahun 2014
3. Menganalisis hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *sindrom distres respirasi* di RSUD Gambiran Kota Kediri tahun 2014.

### Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan lingkup penelitian termasuk penelitian *inferensial*. Berdasarkan tempat penelitian termasuk penelitian lapangan. Berdasarkan waktu pengambilan data peneliti ini merupakan penelitian *cross sectional*. Berdasarkan cara pengumpulan data termasuk penelitian *survey*. Berdasarkan ada tidaknya perlakuan, penelitian ini merupakan penelitian *expose facto*. Berdasarkan tujuan penelitian termasuk penelitian *analisis korelasional*. Berdasarkan jenis data yang digunakan, penelitian ini menggunakan data sekunder.

### Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ibu

Tabel 1.1. Distribusi Frekuensi Data Menurut Umur Ibu di RSUD Gambiran Kota Kediri Tahun 2014.

Umur Ibu	Frekuensi	Persentase (%)
< 20 tahun	19	27,54
20-35 tahun	28	40,57
>35 tahun	22	31,89
Jumlah	69	100



Sumber : Data Sekunder Tahun 2014

Berdasarkan tabel 1.1 diatas menunjukkan bahwa umur ibu 62amper setengahnya yaitu umur 20-35 tahun sebanyak 28 responden (40,57%)

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Paritas Ibu

Tabel 2.1 Distribusi Frekuensi Data Menurut Paritas Ibu di RSUD Gambiran Kota Kediri Tahun 2014.

No	Paritas	Frekuensi	Persentase (%)
1	<i>Primipara</i>	5	7,25
2	<i>Multipara</i>	38	55,07
3	<i>Grande multipara</i>	26	37,68
Jumlah		69	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2014

Berdasarkan data pada tabel 2.1 diatas dapat dilihat bahwa responden dengan paritas sebagian besar yaitu *Multipara* yaitu sebanyak 38 responden (55,07%).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Bayi

Tabel 3.1 Distribusi Frekuensi Data Menurut Jenis Kelamin Bayi di RSUD Gambiran Kota Kediri Tahun 2014.

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki-laki	36	52,17
2	Perempuan	33	47,83
Jumlah		69	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2014

Berdasarkan tabel 3.1 diatas dapat dilihat bahwa jenis kelamin responden sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 36 responden (52,17%)

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir Bayi

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Data Menurut Berat Badan Lahir Bayi di RSUD Gambiran Kota Kediri Tahun 2014.

No	BBL	Frekuensi	Persentase (%)
1	<2500 gr	31	44,93
2	2500-4000 gr	20	28,99
3	>4000 gr	18	26,09
Jumlah		69	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2014

Berdasarkan data pada tabel 4.1 diatas dapat dilihat bahwa responden yang Berat Badan Lahir hampir seluruhnya yaitu <2500 gr sebesar 31 responden (44,93%).

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Kejadian *Sindrom Distres Respirasi*

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Data Menurut Kejadian *Sindrom Distres Respirasi* di RSUD Gambiran Kota Kediri Tahun 2014.

No	Kejadian <i>Sindrom Distres Respirasi</i>	Frekuensi	Persentase (%)
1	Terjadi <i>Sindrom Distres Respirasi</i>	50	72,46
2		19	27,54

	Tidak terjadi <i>Sindrom Distres Respirasi</i>	Jumlah
	69	100

Sumber : Data Sekunder Tahun 2014

Berdasarkan data pada tabel 5.1 diatas dapat dilihat bahwa responden sebagian besar yang mengalami kejadian *Sindrom Distres Respirasi* sebesar 50 responden (72,46%).

6. Tabulasi Silang Berat Badan Lahir dengan Kejadian *Sindrom Distres Respirasi* di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gambiran Kota Kediri

Tabel 6.1 Tabulasi Silang Berat Badan Lahir dengan Kejadian *Sindrom Distres Respirasi* di RSUD Gambiran Kota Kediri

BBL	Terjadi <i>Sindrom Distres Respirasi</i>		Tidak terjadi <i>Sindrom Distres Respirasi</i>		Jumlah	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
<2500 gr	21	30,43	10	14,49	31	44,93
2500-4000 gr	11	15,94	9	13,04	20	28,99
>4000 gr	18	26,09	0	0	18	26,09
Jumlah	50	72,46	19	27,54	69	100
	r = 0,360		P = 0,006		α = 0,05	

Sumber : Data Sekunder Tahun 2014

Berdasarkan tabel 6.1 diatas dapat dilihat bahwa kejadian *Sindrom Distres Respirasi* hampir setengahnya terjadi pada Berat Badan Lahir <2500 gr yaitu sebesar 21 bayi (30,43 %).

Analisis Hasil Penelitian Dari Hasil Tabulasi Silang Berat Badan Lahir dengan Kejadian Distres Respirasi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gambiran Kota Kediri

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan Program SPSS 17.0 for Windows menggunakan korelasi *Koefisien Kontingensi* maka diperoleh nilai P sebesar 0,006 dimana nilai  $P < 0,05$  ( $\alpha = 0,05$ ) maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *distres respirasi* di RSUD Gambiran Kota Kediri.

Kekuatan korelasi antara antara berat badan lahir dengan kejadian *distres respirasi* (r) sebesar 0,360 sehingga dapat disimpulkan bahwa korelasi/tingkat hubungan tergolong Lemah.

## Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada bab-bab sebelumnya maka dapat disimpulkan sebagai berikut

1. Sebagian besar berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram di RSUD Gambiran Kota Kediri tahun 2014.
2. Sebagian besar kejadian *sindrom distres respirasi* terjadi pada responden dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram di RSUD Gambiran Kota Kediri tahun 2014.
3. Ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *sindrom distres respirasi*. Kekuatan korelasi antara antara berat badan lahir dengan Kejadian *sindrom distres respirasi* tergolong rendah.
4. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan korelasi *koefisien kontingensi* maka diperoleh nilai P sebesar 0,006 sehingga terdapat hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *distres respirasi* di RSUD Gambiran Kota Kediri. Kekuatan korelasi antara antara berat badan lahir dengan kejadian *distres respirasi* tergolong rendah (r = 0,360). Rendahnya korelasi ini karena masih banyak faktor lain yang lebih kuat mempengaruhi bayi mengalami *distress respirasi*.

## Rekomendasi

1. Bagi institusi pendidikan  
Disarankan agar menjadikan hasil penelitian ini sebagai tambahan referensi dan wacana dilingkungan pendidikan serta sebagai bahan kajian lebih lanjut khususnya untuk penelitian yang sejenis dan diharapkan institusi lebih banyak menyediakan referensi tentang berat badan lahir rendah dan *sindrom distres respirasi*, sehingga dapat mempermudah pada penelitian selanjutnya.
2. Bagi lahan penelitian  
Diharapkan dapat dilakukan peningkatan pelayanan kegawat daruratan sehingga bayi yang mengalami *sindrom distres respirasi* dapat ditangani secara cepat, agar tidak terjadi kematian pada bayi akibat *sindrom distres respirasi*.
3. Bagi Responden  
Diharapkan dengan penelitian ini responden dapat memahami tentang pentingnya ANC dan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan sehingga responden bisa mencegah berat badan lahir rendah dan kejadian *sindrom distres respirasi*.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya  
Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut hubungan berat badan lahir dengan kejadian *sindrom distres respirasi* di RSUD Gambiran Kota Kediri Tahun 2014 untuk menurunkan angka kesakitan pada bayi.

## Daftar Pustaka

- Alimul. H, Aziz. (2007). **Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data**. Salemba, Jakarta.
- Arikunto, Suharsimi. (2006). **Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik**. Rineka Cipta, Jakarta.
- Bobak, etal. (2005). **Keperawatan Maternitas**. EGC, Jakarta.
- Depkes RI . (2008).
- Mansjoer. (2002). **Kapita Selekta Kedokteran**. Edisi III. FKUI, EGC Jakarta.
- Meining Issuryanti. (2007). **Asuhan Neonatus : Rujukan Cepat**, EGC, Jakarta.
- M Sholeh Kosim. (2003). **Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir untuk Dokter, Perawat, Bidan di Rumah Sakit Rujukan Dasar**. MNH-JHPIEGO Depkes RI, Jakarta.
- Nildom, Hasan. (2012). *Diktat Mata Kuliah Metodologi Penelitian Kesehatan Kediri*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta, Rineka Cipta, Pusdiknakes. (2003).
- Rochmah K. M, Spd. SKM. (2011). **Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, Jakarta, EGC**. **SDKI, Survey Demografi Kesehatan Indonesia. (2013)**.
- Saifudin, Abdul Bahri. (2007). **Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal**. Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Wong Donna L. (2004). **Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik**. EGC, Jakarta.

# MASALAH STUNTING DI INDONESIA

**Melly Damayanti**

*Jurusan Kebidanan ; Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang*

[apriyandimelly@gmail.com](mailto:apriyandimelly@gmail.com)

*Jl*

## **ABSTRACT**

*Prevalence of stunting in Indonesia has stagnant enough number from 2007 until 2013. WHO set limitation of nutritional problem not more than 20%. In Indonesia recorded 7.8 million from 23 million children under five is stunting about 35,6%. Indonesia is included in a country that has health problems. The purpose of this study is to examine the stunting that occurs in children under five so it can be prevented and intervened well through the analysis of legal documents and other literature and programs that have been developed. Presidential Regulation no.42/2013 has set the First National Movement of Thousand Days of Life in an effort to improve the nutritional status of children under five followed by program development. Stunting has a lot of impact, both short and long term. Efforts to reduce nutritional problems should be addressed cross-sectorally on all fronts.*

***Kata Kunci: Issue, stunting, Indonesia***

## **PENDAHULUAN**

Pertumbuhan linear yang tidak sesuai umur merefleksikan masalah stunting (kerdil). *World Health Organisation* (WHO) menetapkan batas toleransi stunting maksimal 20% atau seperlima dari jumlah keseluruhan balita (bawah lima tahun).<sup>1</sup> Saat ini, Indonesia merupakan salah satu negara dengan prevalensi stunting yang cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara berpendapatan menengah lainnya. Di Indonesia tercatat 7,8 juta dari 23 juta balita adalah penderita stunting atau sekitar 35,6%. Sebanyak 18,5% kategori sangat pendek dan 17,1% kategori pendek. Indonesia menempati peringkat ke-5 dunia dengan jumlah anak pendek terbanyak, yaitu 30-39%.<sup>2</sup>

Situasi ini jika tidak diatasi dapat memengaruhi kinerja pembangunan Indonesia baik yang menyangkut pertumbuhan ekonomi, kemiskinan dan ketimpangan. Pemerintah menargetkan penurunan prevalensi stunting dari status awal 32,9% turun menjadi 28% pada tahun 2019 pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).<sup>2</sup>

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir. Kondisi stunting baru terlihat setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek dan sangat pendek adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO. Stunting menurut Kementerian Kesehatan RI adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2SD/standar deviasi dan kurang dari -3SD Balita/ Baduta (Bayi dibawah usia Dua Tahun).<sup>2,3</sup>

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk mengurangi prevalensi stunting dapat dilakukan pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Anak yang mengalami stunting akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat beresiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas stunting akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan.<sup>2,4</sup>

## **TUJUAN**

Tujuan kajian ini adalah untuk mengkaji stunting yang terjadi pada balita sehingga nantinya dapat dicegah dan dilakukan intervensi dengan tepat melalui analisis dokumen legal dan literatur lainnya serta program yang telah dikembangkan.

## METODE

Analisis kajian dilakukan melalui review literatur terkait masalah stunting. Literatur review dilakukan dari berbagai sudut pandang, meliputi teori dan jurnal untuk mempelajari stunting. Kajian hasil analisis data Riskesdas 2013 merupakan salah satu informasi berbasis masyarakat yang digunakan dalam menganalisis determinan terkait kejadian. Informasi terkait kebijakan dan program diperoleh dari sektor-sektor terkait antara lain Kementerian Kesehatan, dan lain-lain. Kebijakan global diperoleh dengan cara mengunduh dari situs-situs dunia, seperti WHO, UNICEF, dan lain-lain melalui teknologi internet.

## HASIL

### Masalah Balita Stunting di Indonesia

Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, dari 189 anak yang lahir dan diikuti perkembangannya, secara keseluruhan terlihat bahwa prevalensi stunting meningkat dari 10,1% saat lahir menjadi 14,8% pada usia 1 tahun. Bila diikuti perindividu, terlihat dinamika yang menarik antara saat lahir, ketika usia 6 bulan dan 1 tahun. Ada yang tetap normal, ada yang bergeser dari normal ke pendek tetapi kemudian normal lagi, ada yang pendek saat lahir menjadi normal di usia 6 bulan dan tetap normal pada usia 1 tahun,. Dari dinamika ini terlihat bahwa pendek bisa menjadi normal bila diintervensi dengan tepat. Sebaliknya, yang normal juga bisa menjadi pendek bila pola pengasuhannya tidak tepat.<sup>2,3</sup> Temuan ini dikaji lebih lanjut dengan melihat perkembangan atau dinamika dari lahir ke 6 bulan terhadap kemungkinan perubahan status pendek pada usia setahun.

Pada tabel 1, terlihat bahwa dalam 6 bulan pertama yang normal bisa tetap normal, maka lebih dari 90% akan tetap normal pada usia 1 tahun., sebaliknya bila dalam 6 bulan terjadi perubahan dari normal ke pendek, maka lebih 80% akan tetap pendek pada usia 1 tahun. Ini menunjukkan pentingnya menjaga agar anak yang telah normal, jangan sampai jatuh ke status gizi pendek. Bila dari saat lahir pendek tetapi selama 6 bulan kemudian bisa menjadi normal, maka lebih 70% tetap normal pada usia 1 tahun.

Tabel 1. Dinamika Perubahan Status Pendek 0-6 Bulan terhadap Status Pendek Usia 1 Tahun

Perkembangan Status Gizi saat Lahir – 6 Bulan	Status Gizi Bayi Usia 12 Bulan	
	Normal	Pendek
	Jumlah (%)	Jumlah (%)
Normal → Normal	146 (93,6)	10 (6,4)
Normal → Pendek	2 (14,3)	12 (85,7)
Pendek → Normal	11 (73,3)	4 (26,7)
Pendek → Pendek	2 (50,0)	2 (50,0)
Jumlah	161 (85,2)	28 (14,8)

Berdasarkan tabel 2 di bawah, anak yang pendek pada usia 0-2 tahun dan tetap pendek pada usia 4-6 tahun sebagian besar (77,1%) akan tetap pendek pada usia 7-9 tahun. Akan tetapi bila pertumbuhannya dari pendek ke normal, maka 84,3% akan tetap normal. Artinya, bila kita mengatasi pendek pada usia dini, maka sebagian besar akan menjadi normal pada usia selanjutnya.

Table 2. Dinamika Perubahan Status Pendek 0-2 tahun Ke 4-6 Tahun terhadap Status Pendek Usia 7-9 Tahun

0-2 Tahun Sampai 4-6 Tahun	Status Gizi Bayi Usia 7-9 Tahun		Jumlah
	Normal	Pendek	
	(%)	(%)	
Normal → Normal	89,9	10,1	138
Normal → Pendek	40,5	59,5	42
Pendek → Normal	84,3	15,7	51
Pendek → Pendek	22,9	77,1	70
Jumlah	66,4	33,6	301

## **Faktor Penyebab Stunting**

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi stunting perlu dilakukan pada 1.000 HPK dari anak balita. Faktor penyebab stunting dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/ mulai diperkenalkan ketika balita berusia di atas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MP-ASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman.<sup>5-8</sup>
2. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *Antenatal Care* (ANC), *Postnatal Care* (PNC) dan pembelajaran dini yang berkualitas. Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kementerian Kesehatan dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas.<sup>5-7,9</sup>
3. Masih kurangnya akses rumah tangga/ keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal.<sup>6</sup>
4. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.<sup>3,6,10,11</sup>

## **Kebijakan Stunting oleh Pemerintah**

Sebagai negara anggota Perserikatan Bangsa- Bangsa, Indonesia telah berkomitmen untuk ikut menurunkan prevalensi stunting yang masih menjadi masalah dalam kesehatan masyarakat. Peraturan Presiden nomor 42/2013 tentang Gerakan Nasional Perbaikan Gizi diterbitkan untuk mendukung upaya penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinir untuk percepatan perbaikan gizi dalam 1000 HPK. Berikut upaya penanggulangan kasus stunting<sup>3,4,12-14</sup>

### **1. Intervensi Gizi Spesifik**

Ini merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 HPK dan berkontribusi pada 30% penurunan stunting. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan.

- a. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil, meliputi kegiatan memberikan makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis, mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat, mengatasi kekurangan iodium, menanggulangi kecacingan pada ibu hamil serta melindungi ibu hamil dari Malaria.
- b. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan, pemberian kolostrum serta mendorong pemberian ASI eksklusif.
- c. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan. Intervensi ini meliputi kegiatan untuk mendorong penerusan pemberian ASI hingga anak/bayi berusia 23 bulan. Kemudian, setelah bayi berusia diatas 6 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI, menyediakan obat cacing, menyediakan suplementasi zink, melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan, memberikan perlindungan terhadap malaria, memberikan imunisasi lengkap, serta melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

### **2. Intervensi Gizi Sensitif**

Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 HPK. Kegiatan terkait Intervensi ini dapat dilaksanakan melalui beberapa kegiatan yang umumnya makro dan dilakukan secara lintas Kementerian dan lembaga, yaitu menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih dan sanitasi, melakukan fortifikasi bahan pangan, menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB), menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal), memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua, memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal, memberikan

pendidikan gizi masyarakat dan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta gizi pada remaja, menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin, meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

Generasi yang tumbuh optimal alias tidak stunting memiliki tingkat kecerdasan yang lebih baik, akan memberikan daya saing yang baik dibidang pembangunan dan ekonomi. Disamping itu, pertumbuhan optimal dapat mengurangi beban terhadap risiko penyakit degeneratif sebagai dampak sisa yang terbawa dari dalam kandungan. Penyakit degeneratif seperti diabetes, hipertensi, jantung, ginjal merupakan penyakit yang membutuhkan biaya pengobatan tinggi. Dengan demikian, bila pertumbuhan stunting dapat dicegah, maka diharapkan pertumbuhan ekonomi bisa lebih baik, tanpa dibebani oleh biaya-biaya pengobatan terhadap penyakit degeneratif.

## **KESIMPULAN**

Stunting pada anak mencerminkan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis, sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi kronis terjadi sejak bayi dalam kandungan hingga usia dua tahun. Periode 1000 HPK seharusnya mendapat perhatian khusus karena menjadi penentu tingkat pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas seseorang di masa depan.

## **SARAN**

Penanggulangan masalah stunting harus dimulai jauh sebelum seorang anak dilahirkan (periode 1000 HPK) dan bahkan sejak masa remaja untuk dapat memutus rantai stunting dalam siklus kehidupan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr.* September 2011;7(s3).
2. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 100 Kabupaten/Kota prioritas untuk intervensi anak kerdil (stunting). Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. Jakarta: 2017.
3. Trihono, Atmarita, Tjandrarini DH, Irawati A, Utami NH, Tejayanti T, dkk. Pendek (Stunting) di Indonesia, masalah dan solusinya. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: 2015
4. World Health Organization. Improving Child Nutrition The achievable imperative for global progress. Geneva, Switzerland: 2013.
5. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health.* 2014;34(4):250-265.
6. Chowdhury L, Busse H, Butteris S, Fofanah M, Jogo W, Balikian R. Multi-sector approaches to reduce child under-5 stunting: a cross-sectional study of child stunting and underweight in Southern Ethiopia. *PEDIATRICS.* Februari 2018;141(1).
7. Shefors P, Rahman C, Ekstrom EC, Khan AI, Lindstrom E, Persson LA, et al. Trajectories and stunting from birth to pre-adolescence in a Rural Bangladeshi cohort. *Mret* 2016.
8. Walker SP, Chang MC, Wright A, Osmond C, Grantham-Mc Gregor SM. Early childhood stunting is associated with lower developmental levels in the subsequent generation of children. *American Society for Nutrition.* April 2015.;145(4):823-828.
9. Carpenter DO, Svehors P, Rahman A, Ekstrom EC, Khan IK, Lindstrom E, et al. Stunted at 10 years. Linear growth trajectories and stunting from birth to pre-adolescence in a Rural Bangladeshi Cohort. *PloS ONE.* March 2016;11(3).
10. Hafid F, Nasrul. Faktor Resiko pada Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Janeponto. *Indonesian Journal of Human Nutrition.* Juni 2016;3(1):42-53.
11. World Health Organization. Global nutrition policy review 2016-2017: Country progress in creating enabling policy environments forpromoting healthy diets and nutrition. Geneva, Switzerland: WHO Press; February 2018.
12. Kemenkes RI. Situasi balita pendek. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. Jakarta: 2016.

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBUDALAMPEMANFAATAN BUKU KIA DENGANPERKEMBANGAN BALITA DI POSYANDU DESA MEUREUBO KECAMATAN MEUREUBO KABUPATEN ACEH BARAT

Maharani<sup>1</sup>, DiahFitrianti<sup>2</sup>, Vuspita Sari<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup>Program StudiKebidananMeulabohPoltekkesKemenkes Aceh  
maharani@poltekkesaceh.ac.id

## ABSTRACT

**Background:** *The toddler period called the golden period, and the period of the so-called period of critical period is the most rapid development period in the human brain, this time the brain is plastic compared with adults so that toddlers are very open and sensitive in receiving various kinds of learning and enrichment is good positive or negative. The development of toddlers will be optimal if the environment provides positive support or vice versa.*

**Objective:** *The purpose of this study is the relationship of knowledge and attitude of the mother in the use of books kia with the development of children under five in Posyandu Meureubo Village Meureubo District West Aceh District.*

**Methods:** *This research is an analytic survey using cross sectional approach. Population in this research is a mother who has a toddler who is registered in Posyandu Meureubo Village Meureubo Sub-district of West Aceh Regency as many as 102 mothers who have balita. Tekel sampling technique in research with slovin formula the amount of sample in earn from the calculation, 50 people.*

**Result:** *From the result of the research, there is a relationship of Knowledge of Mother in Utilization of KIA book with toddler development at Posyandu Meureubo Village Meureubo Sub-District of West Aceh Regency where the probability value is 0.000 or <0,05. There is a relationship of Mother Attitude in Utilization of KIA book with toddler development at Posyandu Meureubo Village Meureubo Sub-District West Aceh District where the probability value is 0.000 or <0,05.*

**Conclusion:** *in this research is there is relationship Knowledge and attitude of Mother In Utilization of KIA book with development of balita at Posyandu Meureubo Village Meureubo Sub District West Aceh Regency. As for suggestion for Puskesmas expected this research can become input for Posyandu Official of Meureubo Village Meureubo Sub District of Aceh Barat Regency as information in improving service quality for mother and child.*

**Keywords:** *Knowledge, Attitude, MCH Book, Toddler Development*

## PENDAHULUAN

Setiap orangtua tentu berkeinginan agar anaknya dapat berkembang optimal, yaitu agar anaknya dapat mencapai perkembangan yang terbaik sesuai dengan potensi genetik yang ada pada anak tersebut. Hal ini dapat tercapai apabila kebutuhan dasar anak (asah, asih dan asuh) terpenuhi. Kebutuhan dasar anak harus dipenuhi yang mencakup imtaq, perhatian, kasih sayang, gizi, kesehatan, penghargaan, pengasuhan, rasa aman /perlindungan, partisipasi, stimulasi dan pendidikan (asah, asih dan asuh). Kebutuhan dasar tersebut harus dipenuhi sejak dini, bahkan sejak bayi berada dalam kandungan.

Masa balita yang disebut dengan *golden periode*, dan masa batita yang disebut masa *critical periode* merupakan masa perkembangan yang paling pesat pada otak manusia, masa ini otak bersifat plastis dibandingkan dengan orang dewasa sehingga balita sangat terbuka dan peka dalam menerima berbagai macam pembelajaran dan pengayaan baik bersifat positif maupun negatif. Perkembangan balita akan optimal jika lingkungan memberikan dukungan yang positif atau sebaliknya.<sup>1</sup>

Perkembangan dihubungkan dengan penambahan jumlah dan besar sel tubuh dan dapat dilihat dari berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala. Pada dasarnya, setiap anak akan melewati proses perkembangan sesuai dengan tahapan usianya, akan tetapi banyak faktor yang memengaruhi di antaranya faktor genetik dan lingkungan sejak *prenatal*, *perinatal*, dan *postnatal*.<sup>3</sup> Faktor lingkungan adalah faktor



yang menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan yang terdiri atas lingkungan bio-psiko-sosial.1 Faktor lain yang memengaruhi perkembangan anak yaitu faktor usia anak, pendidikan ibu, penghasilan keluarga, jumlah anak, beban kerja ibu, pola asuh psikososial, kepribadian orangtua, adat istiadat, agama, urbanisasi, kehidupan berpolitik dan stimulasi yang diberikan oleh orangtua.<sup>2</sup>

Menurut WHO tahun 2014 didapat data masih tingginya angka kejadian gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia balita khususnya gangguan perkembangan motorik didapatkan (27,5%) atau 3 juta anak mengalami gangguan. Data nasional menurut Kementerian Kesehatan Indonesia bahwa pada tahun 2010, 11,5% anak balita di Indonesia mengalami kelainan pertumbuhan dan perkembangan. Keterlambatan perkembangan merupakan masalah yang serius bagi negara majudan negara berkembang di dunia. Angka kejadian di Amerika Serikat berkisar 12-16%, Argentina 22%, dan Hongkong 23%.<sup>7,8</sup> Profil kesehatan Indonesia tahun 2015 menunjukkan bahwa 13-18% mengalami keterlambatan perkembangan. Pada tahun 2015, WHO mengeluarkan sebuah kurva pertumbuhan standar yang menggambarkan pertumbuhan anak umur 0-59 bulan di lingkungan yang diyakini dapat mendukung pertumbuhan optimal anak. Untuk membuat kurva pertumbuhan ini, WHO melakukan penelitian multisenter pada tahun 1997 sampai 2013 dengan tujuan untuk menggambarkan pertumbuhan anak yang hidup di lingkungan yang tidak memiliki faktor penghambat pertumbuhan. Data dikumpulkan dari 6 negara yaitu Brazil, Ghana, India, Norwegia, Oman dan Amerika.<sup>5</sup>

Kebutuhan setiap orang akan makanan tidak sama, karena kebutuhan akan berbagai zat gizi juga berbeda. Pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, macam pekerjaan dan faktor-faktor lain menentukan kebutuhan masing-masing orang akan zat makanan hingga menjadi kurang energi protein (KEP) sehingga sangat mudah terserang penyakit dan dapat berakibat kematian.<sup>2</sup>

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2015 Pemeriksaan deteksi tumbuh kembang anak balita dan anak usia prasekolah sejumlah 3.657.353 anak yang mengalami masalah keterlambatan tumbuh kembang di Jawa Timur pada tahun 2015 sebesar 2.321.542 (63,48%) cenderung menurun dibandingkan pada tahun 2013 sebesar 64,03% dan masih dibawah target 80%. Data kabupaten Ponorogo pada tahun 2015, balita yang mengalami keterlambatan tumbuh kembang salah satu faktor utamanya adalah gizi sebesar 18,83% anak, dengan jumlah balita yang ada di Ponorogo 43.465 anak, sedangkan di Kecamatan Siman jumlah balita adalah 5467 anak yang terdeteksi KPSP hanya 5435 anak (1%) atau 32 anak. Berdasarkan study pendahuluan yang peneliti lakukan di TK Darmawanita Desa Beton Kecamatan Siman Kabupaten Ponorogo pada tanggal 18 desember 2014 terhadap 7 anak yang telah di tes dengan KPSP yang terdiri dari laki-laki 4 orang (57%) dan perempuan 3 orang (43%) dengan jumlah nilai 3 KPSP adalah 9-10 (normal) didapatkan 36 % yang terdiri dari anak laki-laki 2 orang (19%) dan anak perempuan 1 orang (17%), sedangkan didapat sekitar 64% yang terdiri dari anak laki-laki 2 orang (35%) dan anak perempuan 2 orang (29%) dengan jumlah nilai KPSP 7-8 (meragukan).

Berdasarkan Profil Kesehatan Aceh angka kematian dan kesakitan bayi terus meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2015 angka kesakitan bayi mencapai 9781 balita. Sementara itu, angka pertumbuhan dan perkembangan balita tahun 2013, tercatat 822 balita.<sup>7</sup>

Rekapan Dinas Kesehatan Aceh Barat tahun 2016 jumlah seluruh balita dari 13 Wilayah kerja Puskesmas sebanyak 14.258 balita dengan klasifikasi laki-laki 7.343 dan perempuan 6.915 balita dari seluruh balita jumlah balita yang tidak mengalami pertumbuhan dan perkembangan dengan baik sebanyak 417 balita.<sup>8</sup>

Berdasarkan rekapan Puskesmas Meureubo Kecamatan Meureubo tahun 2017 jumlah balita adalah 2190 balita, jumlah balita yang datang dan ditimbang pada bulan agustus adalah 1554, balita yang baru pertama kali ditimbang sebanyak 34, balita yang tidak ditimbang sebanyak 39, balita yang berat badannya tidak naik 2 bulan berturut-turut sebanyak 39, balita yang tidak mengalami pertumbuhan dan perkembangan dengan baik sebanyak 99. Sedangkan jumlah balita yang berada di Desa Meureubo sebanyak 152 balita, dengan jumlah balita yang tidak mengalami pertumbuhan dan perkembangan dengan baik sebanyak 33 orang.<sup>9</sup>

Berbagai upaya dilakukan oleh Pemerintah untuk menurunkan AKI. Upaya tersebut antara lain adalah penempatan bidan desa, Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED)* di Puskesmas perawatan, Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency*

*Komprehensif (PONEK)* di Rumah Sakit. Upaya yang dilakukan Pemerintah dengan menempatkan program KIA sebagai program prioritas melalui fokus strategi *Making Pregnancy Safer (MPS)*. Salah satu tujuan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah kemandirian keluarga dalam memelihara kesehatan Ibu dan Anak.<sup>10</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Agusri pada tahun 2013 di Puskesmas Sronol didapatkan hasil bahwa Pengetahuan ibu tentang penggunaan buku KIA dengan tumbuh kembang balita dengan metode pengambilan sampel total sampling dan didapatkan hasil terdapat hubungan antara Pengetahuan ibu tentang penggunaan buku KIA dengan tumbuh kembang balita sebanyak 20 ibu yang memiliki pengetahuan baik atau (40%) dan 30 ibu yang memiliki pengetahuan kurang baik atau (60%).<sup>11</sup>

Penelitian Sustanto 2014 dengan judul Tingkat pengetahuan ibu tentang stimulasi tumbuh kembang balita dan perkembangan anak didapatkan hasil sebagian besar responden mempunyai tingkat pengetahuan kurang tentang perkembangan dan pertumbuhan anak yaitu sebanyak 17 orang (56,7%), sedangkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 4 orang (13,3%), dan yang memiliki tingkat pengetahuan sedang sebanyak 9 orang (30%). Sebagian besar responden tidak patuh dalam melakukan ANC sebanyak 21 orang (70%) dan yang patuh sebanyak 9 orang (30%). *Chi-square* hitung 11,365 > nilai *Chi-Square* adalah 5,991.<sup>12</sup>

Buku KIA adalah buku catatan terpadu yang digunakan dalam keluarga dengan tujuan meningkatkan praktik keluarga dan masyarakat dalam pemeliharaan atau perawatan kesehatan ibu dan anak serta meningkatkan kualitas pelayanan KIA. Pencatatan buku KIA dilakukan oleh bidan desa serta dapat dibantu oleh kader dalam penyelenggaraan posyandu. Pencatatan buku KIA yang lengkap tetap harus diperhatikan oleh ibu, meskipun hasil penelitian pencatatan buku KIA yang lengkap lebih banyak dilakukan oleh ibu yang mempunyai pengetahuan kurang baik dibandingkan pencatatan yang tidak lengkap.<sup>10</sup>

## **METODE**

Penelitian ini dilakukan di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek/objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.<sup>19</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita yang terdaftar di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat sebanyak 102 ibu yang mempunyai balita. Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan rumus Slovic dan jumlah sampel yang diperoleh dari perhitungannya itu 50 orang.

Teknik analisa data yang dilakukan dengan cara teknik univariat dan bivariat yaitu untuk mencari hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat.

Metode penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

Untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat menggunakan analisis univariate dan bivariat dengan uji *chi-square* pada batas kemaknaan perhitungan statistik sig  $\alpha$  (0,05).<sup>11</sup>

**Tabel 4.1. Distribusi Karakteristik Umur Responden di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

No	Umur	Jumlah	Persentase
1	<20 tahun	19	38.0
2	20-35 tahun	10	20.0
3	>35 tahun	21	42.0
	Total	50	100

Dari Tabel 4.1 dapat di lihat bahwa dari 50 responden, yang memiliki umur <20 tahun sebanyak 19 responden (38.0%) yang memiliki umur 20-35 tahun sebanyak 10 responden (20.0%) dan yang memiliki umur >35 tahun sebanyak 21 responden (42.0%).

**Tabel 4.2. Distribusi Karakteristik Pendidikan Responden di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	SD	7	14.0
2	SMP	20	40.0
3	SMA	17	34.0
4	Sarjana	6	12.0
	Total	50	100

Dari Tabel 4.2 dapat di lihat bahwa dari 50 responden, sebagian besar responden memiliki pendidikan SMP sebanyak 20 responden (40.4%) dan sebagian kecil yang berpendidikan Sarjana sebanyak 6 responden (12.1%).

**Tabel 4.3. Distribusi Karakteristik Jumlah Anak Responden di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

No	Jumlah Anak	Jumlah	Persentase
1	Multipara	29	58.0
2	Primipara	21	42.0
	Total	50	100

Dari Tabel 4.3 dapat di lihat bahwa dari 50 responden, sebagian besar responden memiliki jumlah anak yang tergolong dalam multipara atau lebih dari 1 sebanyak 29 responden (58.0%) dan sebagian kecil yang memiliki anak yang tergolong primipara atau 1 sebanyak 21 responden (42.0%).

**Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1	Baik	15	30.0
2	Cukup	9	18.0
3	Kurang	26	52.0
	Total	50	100

Dari Tabel 4.4 dapat di lihat bahwa dari 50 responden, yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 26 responden (52.0%), yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 9 responden (18.0%) yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 15 responden (30.0%)

**Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

No	Sikap	Jumlah	Persentase
1	Positif	20	40.0
2	Negatif	30	60.0
	Total	50	100

Dari Tabel 4.5 dapat di lihat bahwa dari 50 responden, yang memiliki sikap negatif sebanyak 30 responden (60.0%), dan sikap positif sebanyak 20 responden (40.0%).

**Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

No	Perkembangan Balita	Jumlah	Persentase
1	Penyimpangan	19	38.0
2	Meragukan	9	18.0
3	Sesuai	22	44.0
	Total	50	100

Dari Tabel 4.6 dapat di lihat bahwa dari 50 responden, yang memiliki perkembangan balita mengalami penyimpangan sebanyak 19 responden (38.0%), yang memiliki perkembangan meragukan sebanyak 9 responden (18.0%) yang memiliki perkembangan sesuai sebanyak 22 responden (44.0%).

**Tabel 4.7. Tabulasi Silang Hubungan Pengetahuan Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

Pengetahuan	Perkembangan Balita						Total	Sig p
	Penyimpangan		Meragukan		Sesuai			
	F	%	F	%	F	%		
Kurang	22	44.0	0	.0	4	3.0	26	52.0
Cukup	0	.0	9	18.0	0	.0	9	18.0
Baik	0	.0	0	.0	15	30.0	15	30.0
	22	44.0	9	18.0	19	38.0	50	100

Dari Tabel 4.7 dilihat bahwa dari 26 responden yang memiliki pengetahuan Kurang mayoritas memiliki perkembangan balita menyimpang sebanyak 22 responden (44.0%), dari 9 responden yang memiliki pengetahuan cukup mayoritas memiliki perkembangan balita meragukan sebanyak 9 responden (18.0%) dan dari 15 yang memiliki pengetahuan baik mayoritas perkembangan balitanya sesuai sebanyak 15 responden (30.0%).

**Tabel 4.8. Tabulasi Silang Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat**

Sikap	Perkembangan Balita						Total	Sig p
	Penyimpangan		Meragukan		Sesuai			
	F	%	F	%	F	%		
Negatif	20	44.0	6	12.0	4	8.0	30	60.0
Positif	2	4.0	3	6.0	15	30.0	20	40.0
Total	22	44.0	9	18.0	19	38.0	50	100

Dari Tabel 4.8 dilihat bahwa dari 30 responden yang memiliki sikap negatif mayoritas perkembangan balitanya mengalami penyimpangan sebanyak 20 responden (20%), dari 20 responden yang mengalami sikap positif mayoritas perkembangan balitanya sesuai sebanyak 15 responden (30.0%).

Selanjutnya dari hasil analisa *chi-square* pada lampiran tabel uji *chi-square* antara Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat diketahui bahwa nilai probabilitasnya  $(0,000) < \text{sig } \alpha = 0,05$ . Hasil analisis ini memenuhi kriteria persyaratan hipotesis hubungan, sehingga dapat disimpulkan bahwa sikap berhubungan dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat.

## PEMBAHASAN

Faktor Pengetahuan Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat dari 26 responden yang memiliki pengetahuan Kurang mayoritas memiliki perkembangan balita menyimpang sebanyak 22 responden (44.0%), dari 9 responden yang memiliki pengetahuan cukup mayoritas memiliki perkembangan balita meragukan sebanyak 9 responden (18.0%) dan dari 15 yang memiliki pengetahuan baik mayoritas perkembangan balitanya sesuai sebanyak 15 responden (30.0%).

Selanjutnya dari hasil analisa *chi-square* pada lampiran tabel uji *chi-square* antara Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat diketahui bahwa nilai probabilitasnya  $(0,000) < \text{sig } \alpha = 0,05$ . Hasil analisis ini memenuhi kriteria persyaratan hipotesis hubungan, sehingga dapat disimpulkan bahwa pengetahuan berhubungan dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat.

Dari hasil penelitian terdahulu oleh Suryati tahun 2016 dengan judul perilaku ibu balita tentang pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan dan pertumbuhan balita dengan hasil tentang buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang memanfaatkan dengan baik yaitu sebanyak 10 orang (29,4%), memanfaatkan dengan cukup baik sebanyak 13 orang (38,4%) dan yang memanfaatkan dengan kurang baik yaitu sebanyak 11 orang (32,4%).<sup>19</sup>

Berdasarkan asumsi peneliti dari hasil penelitian yang telah dilakukan yaitu mayoritas memiliki pengetahuan kurang baik dan perkembangan balitanya menyimpang artinya masih banyak balita yang tidak berkembang sesuai dengan umurnya dan aktivitas yang sudah seharusnya balita bisa lakukan namun tidak bisa dilakukan balita, perkembangan balita setiap bertambahnya umur tentu harus dipantau dan salah satu cara memantaunya adalah dengan menggunakan buku KIA yang sudah tertera didalamnya point-point yang harus balita lakukan, untuk itu setiap ibu balita hendaknya memantau setiap perkembangan balitanya.

Faktor Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat bahwa dari 30 responden yang memiliki sikap negatif mayoritas perkembangan balitanya mengalami penyimpangan sebanyak 20 responden (20%), dari 20 responden yang mengalami sikap positif mayoritas perkembangan balitanya sesuai sebanyak 15 responden (30.0%).

Selanjutnya dari hasil analisa *chi-square* pada lampiran tabel uji *chi-square* antara Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat diketahui bahwa nilai probabilitasnya  $(0,000) < \text{sig } \alpha = 0,05$ . Hasil analisis ini memenuhi kriteria persyaratan hipotesis hubungan, sehingga dapat disimpulkan bahwa sikap berhubungan dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Leila tahun 2016 menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap ibu tentang pemanfaatan buku KIA yang dikategorikan baik sebanyak 30%, cukup 6,7% dan kurang 63,3%. Responden yang memanfaatkan buku KIA dan memiliki sikap positif sebanyak 8 orang (26,7%) dan memiliki sikap negatif sebanyak 4 orang (13,3%).<sup>20</sup>

Sikap adalah keseluruhan dari kecenderungan dan perasaan, curiga atau bias, asumsi-asumsi, ide-ide, ketakutan-ketakutan, tantangan-tantangan dan keyakinan-keyakinan manusia mengenai topik tertentu.<sup>23</sup>

Sikap adalah cara menempatkan atau membawa diri, atau cara merasakan, jalan pikiran dan perilaku. Sikap adalah kondisi mental yang kompleks yang melibatkan keyakinan dan perasaan, serta disposisi untuk bertindak dengan cara tertentu.<sup>23</sup>

Berdasarkan asumsi peneliti yang didapatkan dari hasil penelitian ini adalah banyak ibu ibu balita yang masih memiliki sikap negatif dengan perkembangan balitanya menyimpang artinya masih banyak ibu balita yang tidak memiliki sikap yang baik untuk terus memantau perkembangan balita nya sehingga menyebabkan penyimpangan seperti tahapan perkembangan sesuai umur yang seharusnya balita sudah mampu melakukannya namun masih ba yak balita yang tida mampu berkembang sesuai dengan usianya, ibu-ibu balita masih kurang memperdulikan hal itu sehingga balita tidak dipantau setiap memasuki usia barunya.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat” dapat di simpulkan bahwa :Ada hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pemanfaatan buku KIA dengan perkembangan balita di Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat dimana nilai probabilitasnya 0,000 atau  $<0,05$ .

Bagi Puskesmas diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk petugas Posyandu Desa Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat sebagai informasi dalam peningkatan mutu pelayanan bagi ibu dan anak. Bagi Institusi Pendidikan diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi perpustakaan Institutut Kesehatan Helvetia Medan dan sebagai bahan perbandingan bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Harjaningrum, A. 2013. *Peranan Orang Tua dan Praktis Dalam Membentuk Tumbuh Kembang Anak Berbakat Melalui Pemahaman Teori dan Tren Pendidikan* Cetakan Pertama. Prenada Media Group : Jakarta Timur
- Soetjiningsih. 2013. *Tumbuh Kembang Anak*, Jilid II, Penerbit Buku Kedokteran, EGC: Jakarta
- Purwanti, S. H. 2014. *Konsep Membentuk Tumbuh Kembang Anak*, EGC: Jakarta
- Purwoastuti, dan Walyani. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan Konsep, Teori dan APLikasi*. Pustaka Baru Press: Yogyakarta
- World Health Organization (WHO). 2017. Data Perkembangan dan pertumbuhan anak di Dunia. <http://edupost.id/internasional/pendidikan-indonesia-berada-di-peringkat-ke-57-dunia-versi-oecd/>. Di unduh tanggal 25 Juli 2017
- Profil Kesehatan Indonesia. 2017. Data Perkembangan dan pertumbuhan anak di Indonesia. <http://www.depkes.go.id>. Diunduh tanggal 25 Juli 2017

# JAJAN PADA ANAK DI SD NEGERI 12 SESETAN TAHUN 2018

Ketut Novia Arini<sup>1</sup>, Ni Made Rai Widiastuti<sup>2</sup>, Ni Wayan Era Sareni<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup>AKBID KARTINI BALI

## ABSTRACT

**Background:** From the findings of BPOM in the last five years shows as much as 48% of children's snacks in schools do not meet food safety requirements because they contain hazardous chemicals. In addition, 17.3-25.2% of cases of food poisoning occur in schools with the highest group of elementary school students (State Intelligence Agency, 2012).

**Objective:** To know the habit of carrying food supplies; the amount of allowance received every day; the amount of allowance spent; where to buy snacks; and types of snack foods that are often consumed in schools on the students of SD Negeri 12 Seseetan in 2018.

**Methods:** This research type is descriptive research with subject approach used is cross sectional.

**Result:** low respondent bringing food stock because mother did not have time to make provision of food in child because working mother and mother only had time to make food supplies during work day.

**Conclusion:** This illustrates that respondents' preference for snacks and packaged drinks is higher than that of main foods and fruits that are more nutritious. The respondent's preference for snack and beverage packaging needs to get more serious attention because it could be snack and beverage packaging consumed containing dyes and sweeteners that come from chemical substances that are not for food.

**Keywords:** pattern of snack, child

## PENDAHULUAN

Asupan makanan bergizi dapat diperoleh dari makanan utama dan makanan jajanan. Dewasa ini, makanan jajanan anak sekolah merupakan masalah yang perlu mendapatkan perhatian masyarakat, khususnya orang tua, pendidik, dan pengelola sekolah. Makanan jajanan anak sekolah sangat berisiko terhadap cemaran biologis dan kimiawi yang dapat mengganggu kesehatan, baik jangka pendek maupun jangka panjang (Lubis, 2008). Makanan jajanan dapat berdampak negatif apabila tidak mengandung nilai gizi yang cukup dan tidak terjamin kebersihan serta keamanannya. Selain menimbulkan masalah gizi, dampak lain dari mengonsumsi jajanan yang tidak baik adalah dapat mengganggu kesehatan anak seperti terserang penyakit saluran pencernaan. Sehingga hal ini berdampak pada menurunnya konsentrasi belajar siswa, serta berpengaruh pada prestasi belajar anak (Safriana, 2012).

Makanan jajanan memegang peranan yang cukup penting dalam memberikan asupan energi dan zat gizi lain bagi anak usia sekolah. Pemberian makanan tambahan pada anak sekolah perlu diperhatikan karena aktivitas anak yang tinggi. Konsumsi makanan jajanan diharapkan dapat memberikan kontribusi energi dan zat gizi lain yang berguna untuk pertumbuhan anak (Hamida dan Khairuna, 2012).

Dari hasil temuan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) dalam lima tahun terakhir menunjukkan sebanyak 48% jajanan anak di sekolah tidak memenuhi syarat keamanan pangan karena mengandung bahan kimia yang berbahaya. Berdasarkan pengambilan sampel pangan jajanan anak sekolah yang dilakukan di enam wilayah diantaranya DKI Jakarta, Serang, Bandung, Semarang, Yogyakarta dan Surabaya, ditemukan 72,1% jajanan yang ada di lingkungan sekolah positif mengandung zat berbahaya. Selain itu, 17,3-25,2% kasus kejadian keracunan pangan terjadi di lingkungan sekolah dengan kelompok tertinggi yaitu siswa sekolah dasar (Badan Intelejen Negara, 2012).

## TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui kebiasaan membawa bekal makanan; jumlah uang saku yang diterima setiap hari; jumlah uang saku yang dibelanjakan; tempat membeli jajanan; dan jenis makanan jajanan yang sering dikonsumsi di sekolah pada siswa SD Negeri 12 Seseetan tahun 2018.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan subjek yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian dilakukan di SD Negeri 12 Sesetan dengan jumlah siswa sebanyak 298 orang. Sampel penelitian dihitung menggunakan rumus Slovin (Narbuko, 2008). Total sampel dalam penelitian ini adalah 75 orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Random Sampling*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki-laki	38	50,7
2	Perempuan	37	49,3
Jumlah		75	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkatan Kelas di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Tingkatan Kelas	Frekuensi	Persentase
1	Kelas I	10	13,3
2	Kelas II	11	14,7
3	Kelas III	10	13,3
4	Kelas IV	13	17,3
5	Kelas V	15	20
6	Kelas VI	16	21,4
Jumlah		75	100

### 2. Hasil Pengamatan Objek Penelitian

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Membawa Bekal Makanan Dalam Satu Minggu di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Frekuensi Bekal Makanan	Frekuensi	Persentase
1	1 – 2 kali	53	70,7
2	3 – 4 kali	4	5,3
3	5 – 6 kali	0	0
4	Tidak pernah bekal	18	24
Jumlah		75	100

Hal ini menggambarkan bahwa masih rendahnya responden membawa bekal makanan karena ibu tidak sempat membuat bekal makanan pada anak karena ibu bekerja dan ibu hanya sempat membuat bekal makanan pada saat hari libur kerja.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Jumlah Uang Saku yang Diberikan Oleh Orang Tua Pada Responden di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Jumlah Uang Saku	Frekuensi	Persentase
1	Rp. 1.000-5.000	31	41,3
2	Rp. 5.500-10.000	41	54,7
3	Rp. 10.500-15.000	3	4
4	Rp. 15.500-20.000	0	0
5	Rp. >20.000	0	0
Jumlah		75	100



Hal ini disebabkan karena harga makanan jajanan di sekolah berkisar antara Rp. 500-5.000, sehingga orang tua memberikan bekal uang saku pada anak sebesar RP. 5.500-10.000.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Besar Uang Jajan Yang Dibelanjakan Responden di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Besar Uang Jajan	Frekuensi	Persentase
1	0%	0	0
2	<50%	1	1,3
3	50%	6	8
4	>50%	40	53,4
5	100%	28	37,3
Jumlah		75	100

Hal ini dikarenakan sebagian besar responden tidak membawa bekal makanan dari rumah.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Tempat Yang Banyak Dipilih Responden Untuk Membeli Jajanan Pada Anak di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Tempat Membeli Jajan	Frekuensi	Persentase
1	Kantin	54	72
2	Pedagang disekitar sekolah	21	28
Jumlah		75	100

Hal ini dikarenakan pada saat sedang berlangsungnya proses pembelajaran, responden hanya diperbolehkan belanja di kantin sekolah dan tidak boleh belanja ke luar lingkungan sekolah.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Jenis Makanan Jajanan Yang Sering Dikonsumsi Responden di SD Negeri 12 Sesetan Tahun 2018

No	Jenis Makanan Jajanan	Frekuensi	Presentase
1	Main disk	10	13,3
2	Snack	34	45,3
3	Minuman	29	38,7
4	Buah-buahan	2	2,7
Jumlah		75	100

## KESIMPULAN DAN SARAN

Hal ini menggambarkan bahwa kegemaran responden terhadap makanan ringan (*snack*) dan minuman kemasan lebih tinggi dibandingkan dengan makanan utama (*main disk*) dan buah-buahan yang lebih banyak mengandung gizi. Kesukaan responden terhadap *snack* dan minuman kemasan perlu mendapat perhatian lebih serius karena bisa saja *snack* dan minuman kemasan yang dikonsumsi mengandung pewarna dan pemanis yang berasal dari zat kimia yang bukan untuk makanan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Intelejen Negara. 2012. *Penyuluhan Keamanan Pangan*, Jakarta : Badan Intelejen Negara Indonesia
- Hamida dan Khairuna. 2012. *Kebiasaan Sarapan dan Kebiasaan Jajan Anak Sekolah Dasar*, Jakarta: Permata Puri Medika
- Lubis. 2008. *Jenis Makanan Jajanan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Safriana. 2012. *Perilaku Memilih Jajanan pada Siswa Sekolah Dasar*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Narbuko. 2008. *Metode Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

# EFEKTIVITAS *BABY SPA* TERHADAP PERTUMBUHAN BERAT BADAN PADA BAYI UMUR 3 - 12 BULAN

Karningsih, Sri Mulyati  
Jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III  
*karningsihsudiro@yahoo.com*

## ABSTRAC

*This study discusses the effectiveness of Baby Spa Against Weight Growth In Infants Age 3 - 12 Months. The purpose of this study was to determine the effectiveness of Baby Spa Against Weight Growth In Infants Age 3 - 12 Months. The research method used quantitative study with quasi experiment design with pretest-posttest design with control group design. The sample of this research is some babies who do Baby Spa and who do not do Baby Spa in self-employed midwives (BPM) and Puskesmas area of East Jakarta. The number of respondents were 70 respondents consisting of 1 group (35 respondents) with treatment of Baby Spa and 1 group (35 respondents) ie control group not with Baby Spa treatment. Analysis to determine the effect of effectiveness of baby spa by using mancova test. The expected result of the research is Baby Spa effective against weight growth in infants aged 3 - 12 months. The conclusion that Baby Spa can be used to help the baby's weight gain, but also need to consider the factors of feeding a balanced baby. Use of Baby Spa needs coordination between midwives and other health workers. The midwife should also provide support and health education on using Baby Spa to assist the baby's growth, so as to provide good progress on infant growth.*

**Keywords:** *Baby Spa and Weight Loss*

## PENDAHULUAN

Masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Selain itu perlu juga memantau pertumbuhan bayi dan balita di pelayanan kesehatan atau posyandu secara teratur, hal ini merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan. Sehingga perlu diberikan intervensi selain kebutuhan nutrisi, perlu juga dilakukan stimulasi yang membantu pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2014)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010) sekitar 16% bayi di Indonesia mengalami gangguan perkembangan saraf dan otak mulai ringan sampai berat. Masa bayi dan balita, perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Data dari Kemenkes memaparkan 500 anak yang dilakukan pengukuran pertumbuhan dan perkembangan diperoleh 97 anak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Stimulasi tumbuh kembang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Mengingat jumlah balita di Indonesia sangat besar yaitu sekitar 10% dari seluruh populasi, maka sebagai calon generasi bangsa, kualitas tumbuh kembang bayi di Indonesia perlu mendapat perhatian serius yaitu mendapat gizi yang baik, stimulasi yang memadai serta terjangkau oleh pelayanan kesehatan berkualitas. Selain faktor keturunan dan nutrisi, faktor yang dapat mengoptimalkan tumbuh kembang bayi adalah stimulasi dini tumbuh kembang yang dilakukan secara intensif tahun pertama kehidupannya. Stimulasi dapat dilakukan dengan berbagai cara salah satunya adalah dengan *baby spa* (Indriyani 2012).

*Baby spa* merupakan salah stimulasi yang bermanfaat bagi kesehatan dan perkembangan bayi. Bayi yang melakukan *baby spa* akan terlihat segar, sehat, bersemangat dan pertumbuhan serta perkembangannya lebih cepat dibandingkan bayi yang tidak pernah sama sekali melakukan *baby spa* (Quriesa, 2014). *Baby spa* merupakan perawatan tubuh bayi yang dapat dilakukan dengan cara, mandi berendam atau berenang. Berendam dan berenang akan merangsang gerakan motorik bayi. Gerakan di dalam air akan membuat semua anggota tubuh bayi akan terlatih, selain itu kemampuan mengontrol otot bayi akan lebih meningkat.

*Baby spa* akan efektif, bila dilakukan setiap dua kali seminggu dan *tidak akan efektif* bila dilakukan tidak rutin yaitu kurang dari dua kali seminggu (Quriesa, 2014).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh *Institut Griffith for Educational Research* (2007), dari 7.000 bayi di Australia, Selandia Baru dan Amerika Serikat terbukti bayi yang belajar berenang di usia dini memiliki banyak keterampilan dan mencapai titik pertumbuhan yang lebih cepat dibandingkan dengan yang tidak berenang (Roesli, 2009). Bayi yang melakukan *baby spa* setiap dua kali seminggu secara teratur pada usia 0-6 bulan akan mengalami penambahan setiap minggu 140-200 gram. Berat badan lahir dua kali pada akhir 6 bulan pertama dan pada usia 6-12 bulan akan mengalami penambahan setiap minggu 85-400 gram. Berat badan tiga kali berat badan lahir pada akhir tahun pertama (Roesli, 2009).

*Baby spa* saat ini banyak dilakukan di rumah sakit dan klinik tertentu yang memiliki tenaga terapi tertentu, namun sebenarnya *Baby spa* dapat dilakukan di klinik bidan praktik mandiri atau puskesmas yang merupakan pelayanan kesehatan tingkat primer yang dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat. Sehingga masyarakat dengan sosial ekonomi menengah ke bawah dapat melaksanakan *baby spa*. Kegiatan pelayanan *baby spa* merupakan salah satu kegiatan yang dapat mendukung program pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Hal ini sesuai dengan program pemerintah untuk mengatasi *stunting* (Dias, et., al., 2013).

## **METODELOGI**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *Quasi Experiment* Desain penelitian ini adalah Pre and Post Test with Control Group Design. Dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok. Kelompok I adalah kelompok kontrol yang hanya melakukan kunjungan ulang tanpa diberikan perlakuan *baby spa*. Kelompok II adalah kelompok intervensi yang mendapat perlakuan *baby spa*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang ada di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Wilayah Jakarta Timur. Sampel penelitian terdiri dari 1 kelompok intervensi terdiri dari 35 responden dan 1 kelompok kontrol 35 responden. Jumlah responden seluruhnya 70 orang

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Hasil**

Hasil penelitian yang sudah diperoleh sampai saat ini terdiri dari gambaran karakteristik responden, pengaruh *baby spa*, perbandingan pengaruh *baby spa* terhadap pertumbuhan berat badan bayi serta perbandingan pertumbuhan berat badan bayi pada kedua kelompok. Pembahasan hasil penelitian yang dihubungkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Adapun data hasil dan pembahasan penelitian adalah sebagai berikut :

#### **1. Analisis Univariat**

##### **a. Karakteristik Responden Terhadap Pertumbuhan Berat Badan Dan Panjang Badan Pada Bayi Umur 3 – 12 Bulan.**

Karakteristik dan faktor lain yang merupakan faktor perancu pada penelitian efektivitas *baby spa* terhadap kenaikan berat badan (BB) dan panjang badan (PB) terdiri dari jenis kelamin, berat badan lahir, panjang badan lahir, pemberian ASI eksklusif, keseimbangan pemberian makanan bayi, riwayat penyakit infeksi dan status imunisasi. Variabel-variabel tersebut memiliki skala ukur yang bervariasi mulai dari nominal, ordinal dan rasio. Variabel perancu yang memiliki skala rasio adalah berat badan lahir dengan hasil ukur berupa data numerik. Variabel dependen berat badan dan panjang badan juga memiliki skala rasio yang hasil ukurnya juga data numerik.

Kategori berat badan lahir (BBL), BB karena memiliki hasil ukur berupa data numerik, maka perlu dilakukan uji normalitas kedua data tersebut. Uji normalitas data menggunakan *Kolmogorov Smirnov Test*, dari hasil tersebut didapatkan BBL memiliki *p-value* yaitu 0,2 ( $\alpha > 0,05$ ) hal ini membuktikan bahwa variabel-variabel termasuk data normal. Hasil uji normalitas untuk variabel dependen BB sebelum dan sesudah perlakuan memiliki *p-value* yang sama juga yaitu 0,2 ( $\alpha > 0,05$ ). hal ini membuktikan bahwa variabel dependen tersebut termasuk data normal.

Sebagai dasar untuk mengkategorikan variabel-variabel tersebut normal atau tidak maka diperlukan *cut off point*, sesuai hasil uji normalitas maka digunakan nilai mean.

**Tabel 1. Karakteristik Responden Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Terhadap Pertumbuhan BB dan PB pada Bayi Umur 3 – 12 Bulan di BPM Wilayah Jakarta Timur Tahun 2017**

Variabel	Kontrol		Intervensi	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
<b>Jenis Kelamin :</b>				
Wanita	17	48,6	20	57,1
Laki - Laki	18	51,4	15	42,9
<b>Berat Badan Lahir :</b>				
≥ mean	17	48,57	13	37,14
< mean	18	51,43	22	62,86
<b>Panjang Badan lahir :</b>				
≥ mean	17	48,57	14	40
< mean	18	51,43	21	60
<b>Pemberian ASI Eksklusif :</b>				
ASI	32	91,4	34	97,1
Tidak ASI	3	8,6	1	2,9
<b>Keseimbangan nutrisi :</b>				
Seimbang	21	60	33	94,3
Tidak Seimbang	14	40	2	5,7
<b>Riwayat Penyakit Infeksi :</b>				
Tidak ada	27	77,1	24	68,6
Ada riwayat	8	22,9	11	31,4
<b>Status Immunisasi :</b>				
Lengkap	31	88,6	26	74,3
Tidak Lengkap	4	11,4	9	25,7

Hasil dari tabel 1. menunjukkan bahwa adanya keseimbangan responden berjenis kelamin perempuan dan laki-laki. Untuk berat badan lahir pada kelompok kontrol dan panjang badan lahir pada kelompok kontrol yang memiliki skor  $\geq$  mean sebesar 48,57% sedangkan yang  $<$  dari mean sebesar 51,43%. Ukuran berat badan lahir dan panjang badan lahir dan pada kelompok intervensi masing-masing memiliki skor  $\geq$  mean sebesar 37,14% dan 40%. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa seluruh responden mendapat ASI eksklusif lebih dari 90%. Variabel riwayat penyakit pada masing-masing kedua kelompok responden memiliki riwayat penyakit sebesar lebih dari 22,9% dan 31,4% sehingga kedua kelompok responden ada yang pernah mengalami penyakit infeksi seperti flue. Sedangkan pada status imunisasi baik kelompok kontrol maupun intervensi ada yang memiliki status imunisasi tidak lengkap, dengan masing-masing sebesar 11,4% dan 25,7%.

**b. Pertumbuhan Berat Badan Bayi Umur 3 - 12 Bulan Sebelum Dan Sesudah Perlakuan Pada Kelompok Kontrol Dan Intervensi**

**Tabel 2. Pertumbuhan BB Bayi Umur 3 - 12 Bulan Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di BPM Wilayah Jakarta Timur Tahun 2017**

Variabel	Kontrol			Intervensi		
	Mean	SD	Min – max	Mean	SD	Min - Max
BB Sebelum (gr)	6886	1147,573	4300 – 9110	6294,29	958,228	4100 – 8000
BB Sesudah (gr)	7305,43	1092,981	4660 – 9230	7212,86	958,426	5000 – 9000

Berdasarkan tabel 2. menunjukkan bahwa ukuran mean berat badan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol mengalami kenaikan dari 6886 gram menjadi 7305 gram, dengan masing-masing nilai SD 1147,573 dan 1092,981. Hal ini juga ditunjukkan pada kelompok intervensi yang mengalami kenaikan pertumbuhan berat badan dari 6294,29 gram menjadi 7212,86 gram dengan nilai SD 958,228 dan 958,426.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan dengan menggunakan dependen t test untuk mengetahui perbedaan hasil sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Selanjutnya dilakukan analisis dengan menggunakan independen t tes untuk mengetahui adanya perbedaan hasil sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang mendapat perlakuan *baby spa*.

**Tabel 3. Hubungan *Baby Spa* Terhadap Pertumbuhan BB Bayi Umur 3 - 12 Bulan di BPM Wilayah Jakarta Timur Tahun 2017**

Variabel	Mean	Mean diff	SD diff	SE Diff	Mean	95% CI	P value
BB sebelum (gr)	6590,14						
		669,000	373,445	44,635		758,045- 579,955	0,000
BB setelah (gr)	7259,14						

Berdasarkan uji statistik (uji t dependent) didapatkan mean BB sebelum mendapat perlakuan *baby spa* 6590,14 dan mean BB sesudah perlakuan 7259,14 dengan *mean diff* 669,000 dengan *p-value* 0,000 artinya ada pengaruh yang signifikan *baby spa* terhadap kenaikan BB bayi.

## 3. Analisis Multivariat

Untuk menganalisis efektifitas *baby spa* terhadap pertumbuhan berat badan bayi, selain itu juga akan membuktikan faktor perancu yang ikut berkontribusi terhadap kenaikan BB bayi umur 3 – 12 bulan.

**Tabel 4. Hasil Analisis Multivariat Pengaruh *Baby Spa* dan Faktor Perancu Terhadap Pertumbuhan BB Bayi Umur 3 - 12 Bulan di BPM Wilayah Jakarta Tikur Tahun 2017 (n=70)**

Source	Dependent Variable	df	Mean Square	F	p-value
Keseimbangan Pemberian Makanan bayi	BB_post	1	5495449.175	5.549	0.021
<i>Baby Spa</i>	BB_post	1	364233.910	.368	0.046

Corrected Total	BB_post	70			
-----------------	---------	----	--	--	--

a. R Squared = .331 (Adjusted R Squared = .311)

b. R Squared = .078 (Adjusted R Squared = .051)

Analisis dari tabel 4.. didapatkan bahwa ada pengaruh yang signifikan *baby spa* terhadap pertumbuhan BB bayi dengan *p-value* 0,046, sedangkan variabel perancu keseimbangan pemberian makanan bayi juga ikut berpengaruh terhadap pertumbuhan BB bayi dengan *p-value* 0,021.

Hasil analisis data multivariat menunjukkan nilai *Adjusted R Squared* = 0,311 yang artinya bahwa *baby spa* dan keseimbangan pemberian makanan bayi dapat memberikan pengaruh sebesar 33% terhadap pertumbuhan BB bayi umur 3 – 12 bulan.

## A. Pembahasan

*Baby spa* memperbaiki pola dan kualitas tidur bayi. Tidur akan menyebabkan 75% hormon pertumbuhan dikeluarkan saat tidur. Hormon pertumbuhan inilah yang bertugas merangsang pertumbuhan tulang dan jaringannya, hal ini menstimulasi pertumbuhan panjang dan berat badan bayi bertambah secara signifikan (Rizema, 2011) . Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa bayi yang mendapat perlakuan *baby spa* memiliki peningkatan pertumbuhan berat badan yang signifikan, hal ini terbukti dengan kenaikan nilai mean berat badan sebelum 6294,29 gram menjadi 7112,86 gram dengan mean diff sebesar 918,571. Kenaikan tersebut disebabkan karena adanya rangsangan terhadap seluruh tulang dan jaringan yang membuat peredaran darah lancar keseluruh tubuh sehingga meningkatkan pertumbuhan baik berat bayi.

Peningkatan berat badan bayi pada penelitian ini juga dipengaruhi oleh faktor perancu seperti keseimbangan pemberian makanan pada bayi. Hal ini sejalan dengan pendapat Leonard, (2008) yang mengemukakan nutrisi berperan penting dalam menentukan pertumbuhan seorang anak. Saat mengalami pertumbuhan, sel-sel dalam tubuh membutuhkan energi dan nutrisi lain untuk pertumbuhan berat badan bayi.

Penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Kurniawan, (2013) yang mengemukakan bahwa dengan memberi perlakuan *baby spa* selama 1x dalam 1 minggu, perkembangan dan pertumbuhan bayinya lebih aktif. Hal ini terjadi karena dengan *baby spa*, selain memberikan efek relaksasi saat berenang seorang bayi akan terlatih gerakan motoriknya karena kaki dan tubuhnya akan bergerak-gerak, membantu memperbaiki sistem pencernaan dan membuatnya mudah makan, meningkatkan asupan oksigen, mengembangkan paru-paru, meregangkan otot, meluruskan struktur tubuh dan persendian setelah lahir sehingga bayi menjadi sehat dan nyaman dan dapat tumbuh dengan maksimal.

Hasil penelitian dari World Aquatic Babies & Children Network. (2016) yang membuktikan bahwa adanya peningkatan pertumbuhan yang signifikan terjadi pada bayi yang telah mengikuti *baby spa*, hasilnya adalah memberikan efek nafsu makan bayi meningkat sehingga mengalami peningkatan yang sangat baik dari berat badan, jika dibandingkan dengan bayi dengan umur yang sama yang tidak dilakukan terapi *baby spa*. Hasil ini sesuai dengan penelitian ini yang membuktikan perlakuan *baby spa* hanya berdampak signifikan pada peningkatan berat badan bayi umur 3 – 12 bulan. Selain *baby spa* ada faktor keseimbangan pemberian makanan bayi yang juga dapat berkontribusi terhadap peningkatan berat badan bayi. Perlakuan *baby spa* yang diberikan pada kelompok intervensi pada penelitian ini, dilakukan sebanyak setiap satu minggu sekali secara teratur selama sebulan, hal sesuai dengan hasil penelitian Lee, (2007) yang mengemukakan hasil penelitiannya bahwa untuk meningkatkan pertumbuhan bayi maka perlakuan *baby spa* harus dilakukan setiap satu minggu sekali (satu bulan rutin atau teratur).

Perbedaan responden dalam penelitian ini, menurut Lee (2007) bayi yang mendapat perlakuan *baby spa* adalah berumur 0-6 bulan akan mengalami penambahan setiap minggu 140-200 gram. Sedangkan pada penelitian ini responden yang mendapat perlakuan *baby spa* berumur 3 – 12 bulan. Hasil analisis data multivariat menunjukkan perlakuan *baby spa* bermakna pada kenaikan BB bayi. Hal ini dapat terjadi

karena pada penelitian ini tidak membagi penggolongan umur, sehingga peningkatan penambahan berat badan bayi tidak memperhatikan faktor umur.

Penelitian ini juga membuktikan bahwa *baby spa* dan keseimbangan pemberian makanan bayi memberikan pengaruh sebesar 33% terhadap pertumbuhan berat badan bayi umur 3 – 12 bulan. Hal ini sesuai juga dengan penelitian Riksani, (2012) yang membuktikan bahwa 80% dari 41 bayi yang mendapat perlakuan *baby spa* mengalami kenaikan pertumbuhan sangat signifikan dan termasuk dalam kategori pertumbuhan bayi yang normal berdasarkan grafik pertumbuhan bayi.

Menurut Henningham and McGregor. (2008) bahwa gizi yang baik diperlukan untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. Kebutuhan nutrisi baik secara kuantitas maupun kualitas sangat diperlukan untuk menjaga fungsi normal tubuh. Hal ini dapat terjadi karena memang untuk pertumbuhan berat badan selain stimulasi memang diperlukan nutrisi yang baik untuk bayi disesuaikan dengan umurnya. Bila bayi berumur 0 – 6 bulan maka nutrisi yang baik adalah Air Susu Ibu (ASI) saja yang dikenal dengan ASI eksklusif, sedangkan kebutuhan nutrisi bayi umur > 6 bulan diperlukan makanan tambahan selain pemberian ASI (MP-ASI) berupa makanan yang mengandung karbohidrat, protein dan lemak sebagai sumber energi.

Hasil analisis multivariat dalam penelitian ini membuktikan selain *baby spa* yang berpengaruh sebesar 33% terhadap pertumbuhan berat badan, maka perlu diperhatikan juga faktor lain seperti keseimbangan pemberian makan bayi. Hal ini diperlukan agar pertumbuhan berat badan yang normal tidak mengesampingkan kedua faktor tersebut. *Baby spa* diperlukan untuk pertumbuhan bayi namun perlu juga memberikan makan yang seimbang untuk bayi dan 67% kemungkinan faktor-faktor lain yang harus dipertimbangkan yang perlu diteliti lebih lanjut, sesuai dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya.

## **KESIMPULAN**

Hasil penelitian dan pembahasan tentang karakteristik bayi umur 3 - 12 bulan yang juga menjadi faktor perancu (jenis kelamin, berat badan lahir, panjang badan lahir, pemberian ASI eksklusif, keseimbangan pemberian makanan bayi, riwayat penyakit infeksi dan status imunisasi) tidak memiliki hubungan terhadap pertumbuhan berat badan bayi umur 3 - 12 bulan. Perbedaan pertumbuhan berat badan dimana kelompok intervensi yang mendapat perlakuan *baby spa* memiliki kenaikan mean BB lebih besar dibanding dengan kelompok kontrol.

Hasil analisis multivariat dalam penelitian ini membuktikan selain *baby spa* yang berpengaruh sebesar 33% terhadap pertumbuhan berat badan, maka perlu diperhatikan juga faktor lain seperti keseimbangan pemberian makan bayi. Hal ini diperlukan agar pertumbuhan berat badan yang normal tidak mengesampingkan kedua faktor tersebut. *Baby spa* diperlukan untuk pertumbuhan bayi namun perlu juga memberikan makan yang seimbang untuk bayi dan 67% kemungkinan faktor-faktor lain yang harus dipertimbangkan yang perlu diteliti lebih lanjut, sesuai dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya.

Perlu koordinasi dan kerjasama yang baik antara keluarga dengan tenaga kesehatan khususnya bidan dalam menggunakan memberikan pelayanan *baby spa* untuk memstimulasi pertumbuhan berat badan bayi agar mudah diakses oleh masyarakat yang memiliki bayi.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Dias JA, Manoel Ede J, Dias RB, Okazaki VH. 2013. *Pilot study on infant swimming classes and early motor development*. Percept Mot Skills. Diunduh Tanggal 20 Desember 2016 Pukul 20.00 WIB.
- Field, T.M. 2008. *Touch Therapy Effects of Development; International Journal of Behavioral Development*, Vol.22 no.4, hal.779-797.

- Fakultas Kedokteran Indonesia. 2010. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta : FKUI
- Galenia. 2014. *Home Baby SPA*. Jakarta : Penebar Swadaya
- Henningham and McGregor. 2008. *Public Health Nutrition*. Jakarta : EGC
- Indriyani, H. 2012. *Pengaruh Pijat Bayi terhadap Kualitas Tidur Bayi umur 0-3 bulan di Desa Keji Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang*. [Diakses tanggal 23 Februari 2015].
- Kanjilal *et. al.*, 2010. *Nutrition Status of Children in India: Household Socio Economic Condition as The Contextual Determinant*. International Journal for Equality in Health. Biomed Central Ltd.
- Khanna, *et. al.* 2007. *Fetal Origin of Adult Disease*. JK Science Vol.9 No. 4. Diakses tanggal 17 Januari 2017 pukul 19.00 WIB.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 2014. *Pedoman Pemantauan Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniawan, A. 2013. *Hubungan Frekuensi Kunjungan Solus Per Aqua (SPA) Bayi kaitannya dengan Kenaikan Berat Badan Bayi Umur 0-6 bulan di Puskesmas Gantiwarno Klaten*. [Diakses tanggal 4 Juni 2015]. Di dapat dari :Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Volume 2, Nomor 2,pdf
- Lee HK. 2007. *The effects of infant massage on weight, height, and mother-infant interaction*. *Journal of Korean Academy of Nursing*. Diakses Tanggal 22 Desember 2016 Pukul 20.00 WIB.
- Leonard J.2008. *Exploring neonatal touch*. *The Wesleyan Journal of Psychology*.2008;3:39-27.
- Lesiapeto, *et. al.* 2010. *Risk Factors of Poor Anthropometric Status in Children Under Five Years of Age Living in Rural Districts of The Eastern Cape and Kwazulu – natal Provinces South Africa*. S Afr J Clin Nutr. Diakses 5 Januari 2017 Pukul 20.00 WIB.
- Mbuya, Mduduzi N.N, *et. al.*, 2010. *Biological, Social, and Environmental Determinants of Low Birth Weight and Stunting among Infants and Young Children in Zimbabwe*. Zimbabwe: Zimbabwe Working Papers.
- Medhin G. *et. al.* 2010. *Prevalence and Predictors of Undernutrition Among Infants Age Six and Twelve Months in Butajira Ethiopia*. The P-MaMiEBirth Cohort. Medhin *et. al.* BMC Public Health. Diakses Tanggal 22 Februari 2017 Pukul 20.00 WIB.
- Prawirohardjo. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Qoriesa, S. 2014. *Hubungan Frekuensi Baby SPA dengan perkembangan bayi pada usia 4-6 bulan di Klinik Baby SPA Ananda Kecamatan Ambarawa Kabupaten Semarang*. [Diakses 29 Desember 2014]. Di dapat dari : Skripsi, <http://www.perpusnwu.web.id/karyailmiah>
- Rizema, S. 2011. *Tips Sehat dengan Pola Tidur Tepat dan Cerdas*. Buku Biru : Yogyakarta
- Roesli, U. 2010. *Pedoman Pijat Bayi*. PT Trubus Agriwidya : Jakarta
- \_\_\_\_\_. 2009. *ASI Panduan Praktis Ibu Menyusui*. Banyu Media : Yogyakarta
- Sanjai Mittal Industrial Estate. 2015. *Alat Kesehatan*. [info@col-med.com](mailto:info@col-med.com). Mumbai.
- Schoefer Y, Zutavern A, Brockow I, Schafer T, Kramer U, Schaaf B, *et al.* 2007. *Health risks of early swimming pool attendance*. Int J Hyg Environ Health.
- Semba, R. D. *et. al.* 2008. *Effect of Prenatal Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Balandesh : A Cross Sectional Study*. The Lancet Article. Diakses 17 Januari 2017 pukul 21.00 WIB dari [www.lancet.com](http://www.lancet.com).
- Senbanjo, I. O., *et. al.* 2011. *Prevalence of and Risk factor for Stunting mong School Children and Adolescents in Abeokuta, Southwst Nigeria*. Journal Health Popular Nutrition. Diakses 17 Januari 2017 pukul 22.00 WIB dari [www.bioline.org](http://www.bioline.org).
- Taguri, A. E. *et. al.* 2008. *Risk factor for Stunting Among Under Five in Libya*. *Public Health Nutrition*. Diakses 17 Januari 2017 pukul 24.00 WIB dari [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- Vignochi CM, Teixeira PP, Nader SS. *Effect Of Aquatic Physical Therapy On Pain And State Of Sleep And Wakefulness Among Stable Preterm Newborns In Neonatal Intensive Care Units*. Rev Bras Fisioter. 2010 May-Jun;14(3):214-20.
- WHO. 2012. *WHO Global Data Based on Child Growth and Malnutrition*. Geneva. Diakses tanggal 16 Januari 2017 Pukul 22.00 WIB.



# PENGARUH KARAKTERISTIK IBU DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI PUSKESMAS BAKUNASE KOTA KUPANG

Elisabeth Herwanti, Rafael Paun, Yustinus Rindu  
Program Sudi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kupang  
[elisabeth\\_herwanti@yahoo.com](mailto:elisabeth_herwanti@yahoo.com)

## ABSTRACT

*This research is a type of quantitative research using case control study design which aims to know mother characteristic factor and family support to Exclusive Breast Feeding at Bakunase Health Center of Kupang City. The population in this study were 6-12 months of infant mothers in Bakunase Kupang City Health Center, which amounted to 568 people with 124 research samples consisting of 62 mothers with non exclusive breast feeding and 62 mothers with exclusive breastfeeding, with simple random sampling sampling. Result of research by using multiple logistic regression test with enter method indicate there are influence of characteristic (age, education, job) and family support to Exclusive breast feeding. The result of multivariate statistic test with multiple logistic regression with Backward method, the variables affecting exclusive breastfeeding are age, occupation and family support where work is the most influential factor. The conclusion of this research is the influence of work factor, age and family support to exclusive breastfeeding. Suggestions for Bakunase Community Health Center to further promote the promotion of the importance of exclusive breastfeeding and lactation management for working mothers and those active in social activities in the community.*

Keywords: exclusive breastfeeding

## Pendahuluan

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan bayi dengan standar emas. Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir sampai usia enam bulan cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi tersebut. Pernyataan ini dipertegas dengan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Pasal 2 menyebutkan pemberian ASI eksklusif bertujuan untuk menjamin pemenuhan mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan usia enam bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya (Depkes RI, 2007).

Target Nasional ASI Eksklusif untuk mencapai MDGs 2015 yaitu 80%. Berdasarkan hasil Riskeddas Provinsi Nusa Tenggara Timur pada Tahun 2013 terdapat 74.4% bayi mendapatkan ASI eksklusif dan 25.6% bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif, masih jauh dari target Nasional. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2014, jumlah bayi yang diberikan ASI eksklusif di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 70,1% (Dinkes Prop. NTT, 2013). Sentra Laktasi Indonesia mencatat ada sekitar 13% bayi berusia dibawah duabulan yang diberi susu formula dan 15% sudah diberi makanan tambahan. Sebenarnya bayi tidak akan pernah kelaparan dengan hanya mengkonsumsi ASI saja, tanpa makanan tambahan lainnya. Baru setelah bayi berusia 6 bulan ke atas mulai diperkenalkan dengan makanan tambahan, karena kondisi pencernaannya sudah matang (Sentralaktasi, 2011)

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif menurut (Prasetyono (2012) dibagi menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi: pengetahuan, kondisi kesehatan ibu dan bayi, persepsi dan usia. Faktor eksternal yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif meliputi pendidikan, dukungan petugas kesehatan, dukungan orang terdekat, promosi susu formula, budaya dan status pekerjaan. Hasil penelitian yang mendukung dalam penelitian ini adalah 1). Penelitian Farida, S (2012) tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Tegalrejo Tahun 2015 dengan jenis penelitian kuantitatif desain penelitian cross sectional, diperoleh 39,7% yang menggunakan ASI Eksklusif dan hasil analisis *Chi Square* diperoleh variabel pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, manajemen laktasi, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif sedangkan pendapatan keluarga dan paritas tidak berhubungan, 2). Penelitian Riskiah, R. (2014) tentang Determinan yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI pada bayi usia 0-6 bulan Kelurahan Lalombaa Kecamatan Kolaka Kabupaten Kolaka dengan rancangan *cross sectional study*, didapatkan pengetahuan ( $p=0,090$ ), pekerjaan ( $p=0,322$ ) dan penyuluhan ( $p=0,067$ ) tidak memiliki hubungan dengan pemberian MP-ASI pada bayi usia 0-6 bulan, dan dukungan keluarga ( $p=0,000$ ), paparan media ( $p=0,000$ ) memiliki hubungan dengan pemberian MP-ASI pada bayi usia 0-6 bulan).

Puskesmas Bakunase berada di wilayah Kota Kupang dengan cakupan ASI eksklusif pada tahun 2016 baru mencapai 61% lebih rendah dari cakupan provinsi Nusa Tenggara Timur. Ibu bayi > 6 bulan di Puskesmas ini sebanyak 568 orang (Puskesmas Bakunase, 2017). Salah satu akibat rendahnya cakupan ASI eksklusif adalah kurangnya status gizi balita. Menurut Kemenkes RI, Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2013 terdapat 19,6% balita kekurangan gizi yang terdiri dari 5,7% balita dengan gizi buruk dan 13,9% berstatus gizi kurang, dan sebesar 4,5% berstatus gizi lebih. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 sebesar 18,4% dan tahun 2010 sebesar 17,9%, prevalensi kekurangan gizi pada balita tahun 2013 terlihat meningkat (Kemenkes RI. 2014).

Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi cakupan ASI eksklusif yang masih rendah adalah dengan meningkatkan pelayanan manajemen laktasi melalui IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dan penyuluhan tentang ASI eksklusif, namun upaya ini belum mencapai hasil yang optimal.

### **Metode Penelitian**

Jenis Penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan rancangan *case control study* untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemberian ASI Eksklusif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi usia di atas 6 bulan yang melaksanakan ASI eksklusif dan tidak melaksanakan ASI eksklusif dengan besar populasi 568 orang ibu (31,9%). Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti. Sampel tersebut akan ditentukan berdasarkan teknik dan besar sampel yang ada Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *probability sampling*, yaitu teknik pengambilan simple random sampel (teknik sampling sederhana) yang memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur (anggota) untuk dipilih menjadi anggota sampel. Kriteria sampel kasus penelitian ini adalah: Ibu Nifas yang mempunyai bayi umur > 6 bulan sampai 12 bulan yang tidak memberi ASI eksklusif sampai dengan umur 6 bulan. Kriteria sampel kontrol penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi > 6 bulan yang memberikan ASI eksklusif. Kriteria Eksklusif adalah Ibu bayi umur >6 bulan -1 tahun yang tidak bisa membaca dan tidak bisa berbahasa Indonesia. Penelitian ini akan dilakukan di wilayah Puskesmas Bakunase, waktu pelaksanaan penelitian akan dimulai pada Bulan Agustus sampai bulan September 2017

Analisis univariabel ini digunakan dengan tujuan untuk melihat atau mendapatkan gambaran data tentang nilai distribusi, frekuensi dan persentasi dari masing-masing variabel. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada pengaruh dan besarnya pengaruh antar masing-masing variabel dependen (ASI Eksklusif) dengan variabel independen adalah karakteristik, kondisi kesehatan ibu, perilaku ibu, dukungan keluarga dan perilaku caring petugas kesehatan. Selanjutnya melakukan analisis statistik dengan menggunakan menggunakan uji logistic berganda dengan metode enter. Hasil statistik dilihat pada nilai p, bila nilai  $p < 0,05$  maka terdapat pengaruh yang bermakna antara variabel variabel dependen dan independen. dan jika nilai  $p \geq 0,10$  maka tidak ada pengaruh bermakna dan menghitung Odds Ratio

(OR).nJika variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  maka variabel ini akan diikutsertakan atau dimasukkan ke model analisis multivariat (seleksi Bivariabel). Analisis ini dilakukan terhadap lebih dari dua variabel, biasanya pengaruh antar suatu variabel dependen dengan beberapa variabel independen. Analisis multivariat dapat diketahui besar sumbangan/faktor yang paling dominan dari variabel independen terhadap variabel dependen. Analisis menggunakan regresi logistik berganda.

## HASIL PENEITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian tentang pengaruh karakteristik ibu dan dukungan keluarga dalam pemberian ASI Eksklusif, hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Pengaruh Karakteristik Ibu Terhadap Pemberian ASI ekskluiif Di Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2017

No	KARAKTERISTIK	ASI NON EKSCLUSIF		ASI EKSCLUSIF		P	OR
		n=62	%	n=62	%		
1	<b>Usia</b>						
	a. Remaja Akhir (17-25)	11	17.7	21	33.9	0,011	1,585
	b. Dewasa Awal (26-35)	24	38.7	29	46,8	0,004	4,295
	c. Dewasa Akhir (36-45)	27	43.6	12	19,3	0,024	2,719
2	<b>Pendidikan</b>						
	a. SD tidak tamat	1	1,6	0	0	0,049	-
	b. SD	6	9,7	10	16,2	1,000	3,889
	c. SLTP	4	6,4	7	11,3	0,029	3,889
	d. SLTA	23	37,1	33	53,2	0,049	4,083
	e. PT	28	45,2	12	19,3	0.006	3,348
3	<b>Pekerjaan</b>						
	a. Ibu RumahTangga	37	59,7	55	88,7	0,004	17,838
	b. Pedagang/wiraswasta	13	21	6	9,7	0,007	5,528
	c. PNS/POLRI	12	19,3	1	1,6	0,137	-

Tabell menunjukkan bahwa usia ibu yang memberikan ASI non eksklusif terbanyak pada kelompok dewasa akhir yaitu 27 orang (43.6%), sedangkan ASI sklusif pada kelompok dewasa awal yaitu sebanyak 29 orang (46,8%). Pendidikan ibu yang memberikan ASI non eksklusif terbanyak perguruan tinggi yaitu 28 orang (45,2%) dan ASI eksklusif SLTA sebanyak 33 orang (53,2%). Pekerjaan ibu yang memberikan ASI non eksklusif terbanyak sebagai ibu rumah tangga yaitu 37 orang (59,7%) dan ASI eksklusif sama terbanyak sebagai ibu rumah tangga yaitu 55 orang (88,7%). Hasil analisis statistik regresi logistic dengan metode enter diperoleh ada pengaruh antara usia, pendidikan dan pekerjaan ibu dengan pemberian ASI Eksklusif ( $p = < 0,05$ ), dengan nilai OR yang tertinggi adalah faktor pekerjaan sebesar 17,838 berarti ibu yang bekerja beresiko 17,838 x lebih besar untuk pemberian ASI non eksklusif dari pada ibu yang tidak bekerja.

Tabel 2 Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Di Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2017

KATEGORI DUKUNGAN	ASI NON EKSCLUSIF		ASI EKSCLUSIF		P	OR
	n = 62	%	n =62	%		

KURANG	29	47	13	21	0,003	0,302
BAIK	33	43	49	79		
BAIK						

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI eksklusif mempunyai dukungan keluarga yang baik 49 orang (79%), lebih besar dibandingkan dengan yang memberikan ASI non eksklusif yaitu 33 orang (53,2%). Hasil analisis statistik dengan regresi logistic dengan metode enter diperoleh ada pengaruh antara dukungan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif dengan pemberian ASI Eksklusif ( $p = 0,002$ ). Ibu yang memiliki dukungan keluarga kurang baik tidak memiliki risiko ( $OR = 0,302$ ) bersifat protektif untuk pemberian ASI non eksklusif..

Tabel 3. Pengaruh Karakteristik Ibu dan Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Secara Simultan Di Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2017

Variabel	B	Wald	P value	Exp. B	95% C.I Exp (B)	
					Lower	Upper
Usia	1,518	7,365	0,014	3,260	1,382	13,237
Pekerjaan	3,009	7,508	0,003	20,257	2,355	174,241
Dukungan Keluarga	-1,352	7,205	0,003	0,259	0,125	1,831
Constant	-3,036	7,205	0,007	0,48		

Berdasarkan hasil uji regresi logistic dengan metode *Backward Stepwise*, pengaruh karakteristik ibu dan dukungan keluarga terhadap pemberian ASI Eksklusif adalah variable usia ( $p=0,007$ ), pekerjaan ( $p=0,006$ ) dan dukungan keluarga ( $p=0,007$ ). Pekerjaan Ibu merupakan faktor tertinggi yang mempunyai resiko dalam pemberian ASI non eksklusif dengan nilai Exp.B 20,257 yang berarti pekerjaan ibu beresiko 20,257 x untuk pemberian ASI non eksklusif dari ibu yang tidak bekerja.

Model Pemberian ASI Eksklusif

$$p = \frac{1}{1 + 2,7^{-\frac{1}{(-3,130(KT) - 1,787(Dm) - 0,979(Dr) - 3,020(K))}}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,7^{-\frac{1}{(-3,036(60) - 1,518(U) - 1,518(P) - 3,020(DU))}}}$$

$$= \frac{1}{1 + 2,7^{-3,175}}$$

$$= \frac{1}{1,426}$$

$$= 70\%$$

Probabilitas pengaruh usia, pekerjaan ibu dan dukungan keluarga akan menguatkan pemberian ASI Eksklusif oleh ibu secara bersama-sama sebesar 70%.

## PEMBAHASAN

### Pengaruh Karakteristik Ibu Terhadap Pemberian ASI eksklusif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia ibu yang memberikan ASI non eksklusif terbanyak pada kelompok dewasa akhir yaitu 27 orang (43,6%) pada 35-46 tahun, sedangkan ASI eksklusif pada kelompok dewasa awal yaitu sebanyak 29 orang (46,8%) 25-35 tahun. Hasil penelitian ini ada kecenderungan semakin tinggi usia semakin banyak dengan pemberian ASI non eksklusif. Hasil penelitian ini mendukung Arini (2012) dalam Yanti (2012) yang menyatakan bahwa sesuai dengan masa

reproduksi (20-35 tahun) sangat baik dan sangat mendukung dalam pemberian ASI eksklusif. Umur lebih dari 35 tahun dianggap berbahaya, sebab baik alat reproduksi maupun fisik ibu sudah jauh berkurang dan menurun, selain itu bisa terjadi risiko bawaan pada bayinya dan juga dapat meningkatkan kesulitan pada kehamilan, persalinan dan nifas. Pertiwi (2012), menambahkan pada usia tersebut terjadi degenerasi payudara dan kelenjar penghasil ASI (alveoli) secara keseluruhan penurunan produksi ASI (Pertiwi, 2012). Hal ini didukung dari data penelitian yang didapatkan 32 % ibu yang memiliki produksi ASI kurang.

Berdasarkan uji statistic regresi logistic dengan metode enter ada pengaruh antara usia dan pemberian ASI eksklusif dengan nilai OR sebesar 1,585 yang berarti makin tinggi usia ibu, dalam memberikan ASI non eksklusif sebesar 1,585 x dari ibu yang lebih berusia muda. Hal ini karena sesuai data yang diperoleh cukup banyak ibu yang berusia lebih dari 30 tahun di Puskesmas Bakunase memberikan ASI non eksklusif. Alasan ibu-ibu memberikan ASI non eksklusif tersebut karena produksi ASI sedikit, sering meninggalkan bayinya karena sibuk bekerja atau karena kegiatan sosial sehingga bayi diberikan susu formula.

Hasil penelitian menunjukkan pendidikan ibu yang memberikan ASI non eksklusif terbanyak perguruan tinggi yaitu 28 orang (45,2%) dan yang memberikan ASI eksklusif tertinggi dengan pendidikan SLTA yaitu sebanyak 33 orang (53,2%). Hasil penelitian ini mendukung pernyataan Pertiwi (2012) bahwa ibu yang berpendidikan tinggi biasanya memiliki kesibukan di luar rumah sehingga cenderung meninggalkan bayinya sedangkan ibu yang berpendidikan rendah lebih banyak tinggal di rumah sehingga memiliki lebih banyak kesempatan untuk menyusui bayinya. Hasil penelitian ini juga didukung hasil penelitian Novita (2008) yang memperoleh hasil semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin tinggi jumlah ibu yang tidak memberikan ASI pada bayinya.

Hasil uji statistic bivariabel menggunakan regresi logistic dengan metode enter didapatkan ada pengaruh antara pendidikan ibu dengan pemberian ASI Eksklusif. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Saleh (2011) yang memperoleh hasil bahwa tingkat pendidikan ibu yang tinggi cenderung lebih cepat memberikan prelaktal dan MP-ASI dini kepada bayinya daripada ibu dengan pendidikan rendah. Hasil penelitian ini dari uji statistic juga diperoleh nilai OR sebesar 3,889 yang berarti pendidikan ibu yang memberikan ASI non eksklusif dengan pendidikan tinggi mempunyai risiko 3,889 x dari ibu dengan pendidikan rendah. Hal ini disebabkan sesuai data yang diperoleh cukup banyak ibu di Puskesmas Bakunase yang berpendidikan SD sampai dengan SLTA juga tidak memberikan ASI eksklusif dengan alasan bayi tidak mau diberi ASI dan orang tua yang mendesak untuk memberikan MP-ASI bila bayinya menangis.

Hasil penelitian didapatkan pekerjaan ibu yang memberikan ASI non eksklusif dan eksklusif terbanyak sebagai ibu rumah tangga, namun ASI eksklusif lebih banyak yaitu 55 orang (88,7%) sebagai ibu rumah tangga sedangkan ASI non eksklusif 37 orang (59,7%). Hal ini menggambarkan bahwa kesibukan ibu yang bekerja dapat menyebabkan pemberian ASI eksklusif menjadi terhambat. Hasil penelitian ini juga didapatkan ibu dengan pendidikan tinggi juga sebagai ibu rumah tangga, namun terlibat aktif dalam berbagai kegiatan sosial di gereja-gereja, sehingga sering meninggalkan bayinya yang berdampak tidak memberikan ASI eksklusif. Hasil penelitian ini sejalan penelitian Mohanis (2014) yang didapatkan ada kecenderungan ibu yang bekerja tidak memberikan ASI eksklusif yang dikarenakan masa cuti hanya 3 bulan, selain itu kurangnya informasi tentang manajemen laktasi bagi ibu-ibu yang bekerja.

Analisis statistik regresi logistic dengan metode enter diperoleh hasil bahwa pekerjaan ibu berpengaruh dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai  $p = 0,007$ . Nilai OR 17,838 yang berarti ibu yang bekerja berisiko 17,838 x dari ibu yang tidak bekerja dalam pemberian ASI non eksklusif. Hasil penelitian ini menggambarkan pentingnya ibu-ibu yang bekerja memahami tentang manfaat ASI eksklusif bagi bayinya dan upaya yang sungguh-sungguh untuk melaksanakan manajemen laktasi agar bayinya mendapatkan ASI eksklusif. Penelitian ini didukung penelitian Nafisah (2005) yang memperoleh hasil ada hubungan status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai  $p = 0,001$ . Fitriyani dkk (2017) juga mendukung hasil penelitian ini dimana ada hubungan antara pekerjaan dan pemberian ASI eksklusif dengan nilai OR

0,396 yang berarti ibu yang tidak bekerja berpeluang 3,96x dalam memberikan ASI Eksklusif dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Berdasarkan hasil penelitian ini, pentingnya para pengelola di tempat ibu-ibu bekerja memberikan perhatian dan kesempatan pada ibu-ibu agar bayinya mendapatkan ASI Eksklusif. Ibu-ibu perlu menyadari pentingnya memberikan ASI eksklusif, ketrampilan cara pemerahan susu dan cara penyimpanannya agar ASI tetap dalam kondisi yang segar untuk diberikan pada bayinya.

### **Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian ASI Eksklusif**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI eksklusif mempunyai dukungan keluarga yang baik 49 orang (79%) lebih besar dibandingkan dengan yang memberikan ASI non eksklusif yaitu 33 orang (53,2%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga ibu yang memberikan ASI eksklusif sudah baik dalam memberikan dukungan berupa menyetujui pemberian ASI eksklusif, menasehati, memberi perhatian, semangat agar ibu tetap memberi ASI saja sampai bayi berumur 6 bulan. Namun ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif dukungan keluarga masih dirasakan kurang. Menurut (Prasetyono, 2012) dukungan orang terdekat khususnya suami sangat dibutuhkan dalam mendukung ibu selama memberikan ASI-nya sehingga memunculkan istilah *breastfeeding father* atau ayah menyusui. Jika ibu merasa didukung, dicintai, dan diperhatikan maka akan muncul emosi positif yang akan meningkatkan produksi hormon oksitosin sehingga produksi ASI pun lancar. Menurut Roesli (2000) suami dan keluarga berperan dalam mendorong ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya. Dukungan tersebut dapat memperlancar refleksi pengeluaran ASI karena ibu mendapat dukungan secara psikologis dan emosi (Pertiwi, 2012).

Hasil analisis statistik regresi logistik dengan metode enter diperoleh ada pengaruh antara dukungan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif dengan pemberian ASI Eksklusif ( $p = 0,002$ ) dengan nilai OR 0,302 yang berarti Ibu yang memiliki dukungan keluarga kurang baik tidak memiliki resiko/ bersifat protektif untuk pemberian ASI non eksklusif. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Oktalina, O., dkk (2015) yang meneliti tentang hubungan suami dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI Eksklusif pada ibu anggota kelompok pendukung ASI, hasil yang diperoleh adalah ada hubungan dukungan keluarga dengan pemberian ASI Eksklusif ( $p = 0,011$ ), dukungan keluarga tersebut berupa memberikan motivasi, memberikan bimbingan dalam pemberian ASI Eksklusif. Hasil uji statistik juga diperoleh hasil nilai OR 0,302 yang berarti Ibu yang memiliki dukungan keluarga kurang baik tidak memiliki resiko/ bersifat protektif untuk pemberian ASI non eksklusif. Hal ini disebabkan sesuai data yang diperoleh dalam penelitian ini hampir sebagian ibu dengan ASI non eksklusif mempunyai dukungan yang baik dari keluarganya.

### **Pengaruh Karakteristik Ibu dan Dukungan Keluarga terhadap pemberian ASI Eksklusif**

Hasil uji statistik multivariabel dalam penelitian faktor-faktor yang berpengaruh dengan pemberian ASI Eksklusif ini, secara simultan diperoleh 3 variabel yang berpengaruh adalah usia, pekerjaan dan dukungan keluarga. Berdasarkan hasil uji regresi logistik dengan metode *Backward Stepwise*, faktor-faktor yang berpengaruh dengan pemberian ASI Eksklusif adalah variabel usia ( $p=0,007$ ), pekerjaan ( $p=0,006$ ) dan dukungan keluarga ( $p=0,007$ ). Pekerjaan Ibu merupakan faktor tertinggi yang mempunyai resiko dalam pemberian ASI non eksklusif dengan nilai Exp.B 20,257 yang berarti pekerjaan ibu beresiko 20,257 x untuk pemberian ASI non eksklusif dari ibu yang tidak bekerja. Selanjutnya usia ibu dengan nilai Exp.B 3,260 yang berarti usia lebih ibu beresiko 3,260 x untuk pemberian ASI non eksklusif dari ibu yang usia lebih muda. Dukungan keluarga diperoleh nilai Exp.B 0,260 yang berarti ibu dengan dukungan keluarga yang kurang baik tidak mempunyai resiko/ bersifat protektif untuk pemberian ASI non eksklusif dari ibu yang mendapat dukungan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian tersebut perlu adanya perhatian yang optimal dari petugas kesehatan untuk meningkatkan motivasi dan peningkatan pengetahuan manajemen laktasi bagi ibu-ibu post partum.

## **Model Pemberian ASI Eksklusif**

Berdasarkan model yang diperoleh tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Bakunase, diperoleh hasil probabilitas pengaruh usia, pekerjaan ibu dan dukungan keluarga akan menguatkan pemberian ASI Eksklusif oleh ibu secara bersama-sama sebesar 70%. Hal ini menunjukkan bahwa di wilayah Puskesmas Bakunase dalam meningkatkan pemberian ASI Eksklusif perlu memperhatikan pekerjaan ibu, usia dan dukungan keluarga. Pekerjaan maupun kegiatan sosial bagi ibu memang penting untuk meningkatkan kesejahteraan bagi keluarga, namun perlu mendapat dukungan atau motivasi untuk tetap memberikan ASI Eksklusif bagi bayinya. Usia ibu yang menjadi responden di wilayah ini cukup banyak yang berusia lebih dari 30 tahun sehingga perlu upaya untuk promosi kesehatan pentingnya perawatan payudara dan konsumsi makanan yang dapat meningkatkan produksi ASI. Dukungan keluarga di wilayah inipun juga berpengaruh dalam pemberian ASI eksklusif, oleh sebab itu perlu informasi pada keluarga terdekat untuk dapat mendukung pemberian ASI eksklusif.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Ada pengaruh karakteristik (umur, pendidikan, pekerjaan) ibu terhadap pemberian ASI Eksklusif. Umur dan pendidikan ibu mempunyai pengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif namun tidak mempunyai resiko/ bersifat protektif dalam pemberian ASI eksklusif, sedangkan pekerjaan mempunyai resiko yang cukup tinggi. Ada pengaruh dukungan keluarga terhadap pemberian ASI eksklusif, namun tidak mempunyai resiko/ bersifat protektif dalam pemberian ASI eksklusif. Ada pengaruh faktor umur dan pekerjaan dan dukungan keluarga terhadap pemberian ASI eksklusif secara bersama-sama. Model pemberian ASI eksklusif diperoleh bahwa probabilitas pengaruh usia, pekerjaan ibu dan dukungan keluarga akan meningkatkan pemberian ASI eksklusif oleh ibu secara bersama-sama sebesar 70%.

Saran bagi Puskesmas Bakunase Perlu upaya meningkatkan peran petugas kesehatan dalam pelayanan meningkatkan cakupan ASI eksklusif dengan lebih meningkatkan dukungan keluarga, memberikan promosi kesehatan bagi ibu yang bekerja dan yang aktif kegiatan sosial serta keluarga terdekat tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif dan manajemen laktasi. Bagi pemerintah dapat digunakan dalam membuat kebijakan sebagai upaya meningkatkan cakupan ASI eksklusif dengan pelayanan yang lebih optimal. Bagi masyarakat hasil penelitian ini bagi masyarakat khususnya ibu-ibu dapat memberikan informasi tentang pentingnya mengoptimalkan pemberian ASI eksklusif dengan lebih memahami tentang ASI eksklusif dan cara pemberian ASI eksklusif walaupun ibu-ibu bekerja atau aktif dalam kegiatan sosial.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adriani, dkk. 2014. Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan. Kencana Prenadamedia Group : Jakarta
- Almatsier, Sunita, 2004. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Anik Maryunani, 2012. Inisiasi menyusui Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi. Jakarta : Trans Info Media.
- Arikunto, Suharsimi. 2007. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. PT Rineka Cipta:
- Azwar , S. 2000. Sikap Manusia : Teori dan Pengukuran. Liberty : Yogyakarta
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2007. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2006-2007.
- Balitbang Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Damayanty S, dkk. 2015. Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Kemaraya, Kota Kendari. *Jurnal Kesehatan Masyarakat vol. 1 no. 3 Desember 2015*.
- Departemen Kesehatan RI, 2007. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Depkes R.I., 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Fishbein, M & Ajzen, I. 1975. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior : An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA : Addison-Wesley
- Fitriyani (2017). *Hubungan pekerjaan ibu terhadap pemberian ASI Eksklusif pada bayi*. Jurnal endurance 2(2) June 2017 (113-118).
- Kemenkes (2013). Permenkes N0. 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi. Gizi.depkes.co.id. Akses : 23 Februari 2016.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

# HUBUNGAN ANTARA KEBIASAAN MEROKOK ANGGOTA KELUARGA DENGAN KEJADIAN ISPA PADA BALITA DI KELURAHAN NAIMATA KOTA KUPANG

Olga Mariana Dukabain<sup>1</sup>, Ferry W.F.Waangsir<sup>2</sup>, Albina Bare Telan<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup> Poltekkes Kemenkes Kupang, Jurusan Kesehatan Lingkungan  
<sup>1</sup>[olgadukabain@ymail.com](mailto:olgadukabain@ymail.com), <sup>2</sup>[ferrykpg@gmail.com](mailto:ferrykpg@gmail.com),

## ABSTRACT

**Background :** *Acute respiratory infection (ARI) in developing countries is still a prominent health problem, especially in children. In general there are 3 factors causing respiratory infection in children that is home environment factor, behavior factor and individual factor of child. Behavior factors such as smoking habits family members who smoke near toddlers can trigger the occurrence of ARI or aggravate patients with ARI.*

**Objective :** *to analyze the relationship between smoking habit and the incidence of ARI in Naimata urban Kupang City. This research is an analytic research with cross sectional study design. The number of samples in this study is 64 children under five.*

**Results :** *statistical analysis indicated that family members' smoking habit was significantly related to ARI occurrence in toddlers in Naimata Kota Kupang urban village.*

**Keywords :** *ARI, Smoking Habit*

## PENDAHULUAN

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) di negara berkembang masih merupakan masalah kesehatan yang menonjol, terutama pada anak. Penyakit ini pada anak merupakan penyebab kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) yang tinggi. Di Indonesia angka kematian ISPA diperkirakan mencapai 20 %.

Penyakit Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) merupakan penyakit terbesar di Nusa Tenggara Timur pada tahun 2011 dan berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan lima provinsi dengan ISPA tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur (41,7%), Papua (31,1%), Aceh (30,0%), Nusa Tenggara Barat (28,3%), dan Jawa Timur (28,3%). Pada Riskesdas 2007, Nusa Tenggara Timur juga merupakan provinsi tertinggi dengan ISPA.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Kupang tahun 2011, penyakit ISPA selalu menduduki peringkat pertama di tingkat puskesmas. Sedangkan berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Penfui pada tahun 2014 ISPA selalu menempati urutan pertama dalam 10 penyakit terbesar di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam kurun waktu 5 tahun terakhir.

Secara umum ada 3 (tiga) faktor risiko terjadinya ISPA yaitu faktor lingkungan, faktor individu anak, serta faktor perilaku. Faktor lingkungan meliputi pencemaran udara dalam rumah, kondisi fisik rumah, dan kepadatan hunian rumah. Faktor individu anak meliputi umur anak, berat badan lahir, status gizi, vitamin A, dan status imunisasi. Sedangkan faktor perilaku berhubungan dengan pencegahan dan penanggulangan penyakit ISPA pada bayi dan balita dalam hal ini adalah praktek penanganan ISPA di keluarga baik yang dilakukan oleh ibu ataupun anggota keluarga lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2001:19).

Faktor lingkungan atau perilaku yang dapat menyebabkan ISPA adalah disebabkan dari pencemaran udara dalam rumah seperti asap rokok. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 rerata proporsi perokok saat ini di Indonesia adalah 29,3 persen. Proporsi perokok saat ini terbanyak di Kepulauan Riau dengan perokok setiap hari 27,2 persen dan kadang-kadang merokok 3,5 persen. Dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap penduduk umur  $\geq 10$  tahun untuk Provinsi NTT adalah 10,8 batang rokok. (Kementerian Kesehatan RI, 2013: 132,135). Salah satu prioritas masalah dalam 16 indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah perilaku merokok.

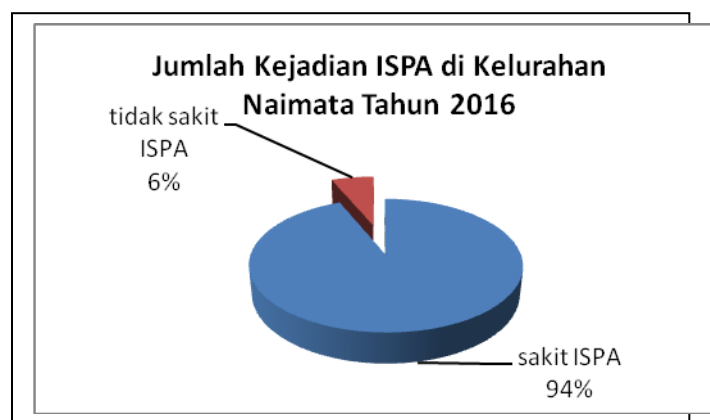


Tujuan Penelitian adalah untuk mengetahui hubungan kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA. Manfaat penelitian ini adalah dapat memberikan informasi untuk meminimalkan angka kesakitan balita akibat ISPA dengan menghindari merokok di dalam rumah terutama dekat dengan balita.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian Analitik dengan desain penelitian adalah *cross sectional study* untuk mengetahui hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian ISPA pada balita. Populasi dalam penelitian ini adalah semua balita di kelurahan Naimata Kota Kupang dengan jumlah sampel 64 orang balita. Cara pengambilan sampel dilakukan dengan cara acak sederhana (*simple random sampling*) dengan cara diundi. Data hasil penelitian akan dianalisis dengan menggunakan uji statistik.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil lokasi penelitian adalah wilayah Kelurahan Naimata Kecamatan Oebobo Kota Kupang. Jumlah balita dalam penelitian ini sebanyak 64 orang balita. Laki-laki 36 orang dan perempuan 28 orang, Penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan wawancara kepada Ibu balita. Hasil penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 1. Jumlah Kejadian ISPA di Kelurahan Naimata Tahun 2016

Tabel 1. Distribusi Usia Balita di Kelurahan Naimata Tahun 2016

No	Umur Balita (bulan)	Jumlah	%
1	51-60	3	5
2	41-50	1	2
3	31-40	9	14
4	21-30	17	26
5	11-20	10	16
6	1-10	24	37
	Jumlah	64	

Sumber data : Primer, 2016

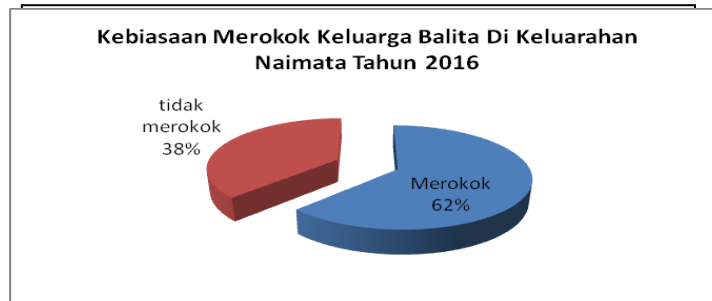
Tabel 1 menunjukkan responden yang paling banyak adalah balita dengan usia 1-10 bulan (37 %)

Tabel 2. Distribusi Berat Badan Responden Balita di Kelurahan Naimata Tahun 2016

No	Berat badan (kg)	Jumlah	%
1	19 – 22	1	2
2	15 – 18	9	14
3	11 – 14	14	22
4	7 – 10	30	47
5	3 – 6	10	15
	Jumlah	64	100

Sumber data: Primer 2016

Tabel 2 menunjukkan responden yang paling banyak adalah balita dengan berat badan 7 – 10 kg (47 %)



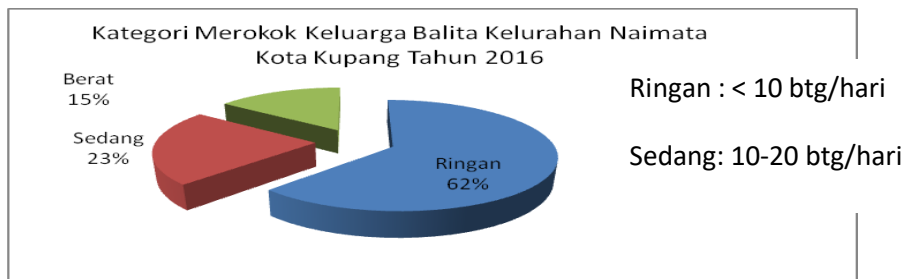
Gambar 2. Kebiasaan merokok keluarga balita di Kelurahan Naimata Tahun 2016

Gambar 2 menunjukkan anggota keluarga balita yang merokok sebanyak 62 % dan tidak merokok sebanyak 38 %



Gambar 3. Jumlah Keluarga balita yang merokok di dalam rumah

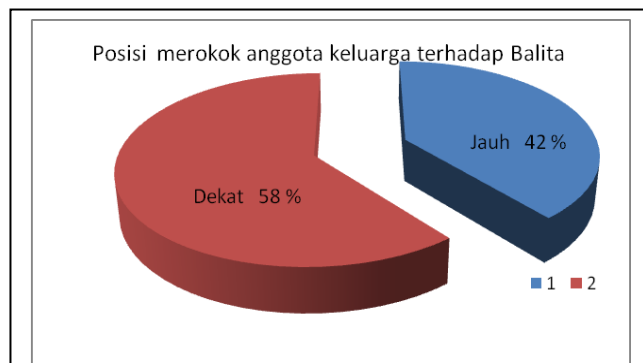
Gambar 3 menunjukkan jumlah keluarga balita yang merokok di dalam rumah >1 orang sebanyak 37 % dan hanya 1 orang merokok di dalam rumah sebanyak 63 %



Gambar 4  
Kategori perokok keluarga balita

Gambar 4. Kategori Merokok Keluarga Balita Kelurahan Naimata Kota Kupang Tahun 2016

Gambar 4 menunjukkan rata-rata kategori perokok dalam keluarga balita adalah ringan 62 %, sedang 23 % dan berat 15 % .



Gambar 5. Posisi merokok anggota keluarga terhadap Balita

Gambar 5 menunjukkan posisi merokok anggota keluarga terhadap Balita b

Hasil analisis statistik variabel hubungan kebiasaan merokok keluarga balita dengan kejadian ISPA pada Balita di peroleh data sebagai berikut : Hasil uji statistik kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA pada Balita di Kelurahan Naimata

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji hubungan (Chi square) kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA di peroleh data sebagai berikut:

Tabel 3. Hasil Uji Statistik Kebiasaan Merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA pada Balita

NO	Jenis Hubungan	Hasil Uji statistik
1	Kebiasaan merokok dengan kejadian ISPA	0,024

Penyakit ISPA sering terjadi pada anak-anak. Episode penyakit batuk pilek pada balita di Indonesia diperkirakan 3-6 kali per tahun (rata-rata 4 kali per tahun), artinya seorang balita rata-rata mendapatkan serangan batuk pilek sebanyak 3-6 kali setahun. Berdasarkan hasil pengamatan epidemiologi dapat diketahui bahwa angka kesakitan di kota cenderung lebih besar daripada di desa. Hal ini mungkin disebabkan oleh tingkat kepadatan tempat tinggal dan pencemaran lingkungan di kota yang lebih tinggi daripada di desa (Widoyono, 2008:156).

Di negara berkembang, penyakit pneumonia merupakan merupakan 25% penyumbang kematian pada anak, terutama pada bayi berusia kurang dari dua bulan. Berdasarkan survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 1986 diketahui bahwa morbiditas pada bayi akibat pneumonia sebesar 42,4% dan pada balita sebesar 40,6%, sedangkan angka mortalitas pada bayi akibat pneumonia sebesar 24% dan pada balita sebesar 36%. Sedangkan hasil SKRT tahun 1992 menunjukkan bahwa angka mortalitas pada bayi akibat penyakit ISPA menduduki urutan pertama sebesar 36%, dan angka mortalitas pada balita menduduki urutan kedua sebesar 13% (Widoyono, 2008:156).

Berdasarkan hasil penelitian di Kelurahan Naimata Kota Kupang menunjukkan Balita yang mengalami penyakit ISPA sebanyak 94 % dari 64 balita yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Hal ini menunjukkan bahwa hampir setiap anak balita sudah pernah mengalami sakit ISPA. ISPA pada anak balita dapat di pengaruhi oleh beberapa hal yaitu Faktor Lingkungan, faktor individu anak seperti umur anak, Berat badan lahir, status gizi, vitamin A dan status imunisasi, faktor perilaku juga berpengaruh yaitu kebiasaan mencuci tangan dalam keluarga dan kebiasaan merokok anggota dalam keluarga. Faktor lainnya yang juga turut berpengaruh adalah tingkat pendidikan dan pengetahuan Ibu balita dan status sosial ekonomi keluarga.

Perilaku yang berkaitan dengan penyakit ISPA pada balita adalah salah satunya kebiasaan merokok anggota keluarganya. Menurut beberapa hasil penelitian menunjukkan paparan asap rokok juga

sebagai faktor resiko terjadinya ISPA pada balita. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dari 94 % balita penderita ISPA memiliki 62% anggota keluarga yang merokok dengan kategori perokok berat 15 %, sedang 23 % dan ringan sebanyak 62 % . Hal ini menunjukkan adanya keterkaitan antara kejadian ISPA pada balita dengan adanya anggota keluarga yang merokok dengan kategori ringan, berat dan sedang.

Hasil penelitian juga menunjukkan Posisi perokok anggota keluarga pada saat merokok yang berdekatan dengan balita sebanyak 58 %. Hal ini menunjukkan perilaku orang tua/ orang dewasa saat merokok yang berdekatan dengan balita. Menurut beberapa ahli mengatakan bahwa perokok pasif atau orang yang menghirup asap rokok lebih beresiko terhadap berbagai penyakit dibandingkan perokok itu sendiri apalagi jika yang menghirup asap rokok adalah balita yang masih rentan dengan berbagai penyakit disekitarnya.

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian ISPA pada Balita di Kelurahan Naimata. Hal lain dari hasil penelitian ini adalah adanya anggota keluarga yang merokok walaupun hanya 1 orang saja dimana hasil penelitian menunjukkan jumlah anggota keluarga yang merokok rata-rata 1 orang sebanyak 63 %. Adanya kejadian ISPA pada balita tidak hanya ditentukan oleh banyaknya anggota keluarga yang merokok tetapi jika ada anggota keluarga yang merokok di dalam rumah maka dapat memicu atau memperparah penyakit ISPA pada balita.

Pencemaran udara di dalam rumah atau indoor pollution salah satunya adalah berasal dari asap rokok. Selain asap rokok, asap dari proses pemasakan di dalam rumah juga merupakan faktor resiko kejadian ISPA pada balita. hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Perez-Padilla R dkk dalam penelitian “Respiratory health effect of indoor air pollution” menyatakan sebagian besar penduduk dunia terpapar asap dengan konsentrasi tinggi yakni dari aktifitas memasak di dalam rumah dan juga asap rokok. (Perez-Padilla R dkk, 2010)

Menurut penelitian Perez-Padilla R dkk ini Pengendalian pencemaran udara dengan mengatur ventilasi di dalam ruangan, mengurangi paparan asap rokok terhadap balita atau tidak merokok bila di dalam rumah atau berdekatan dengan anak balita. Ada berbagai cara juga untuk mengurangi kejadian ISPA pada balita yaitu mengganti dinding dan lantai rumah dengan bahan yang permanen seperti semen atau keramik juga menjadi langkah yang sangat bijak untuk mengurangi paparan debu masuk ke dalam rumah dan dapat mengurangi terjadinya ISPA di dalam anggota keluarga khususnya anak balita.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan beberapa hal yaitu : ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA pada Balita dan Kejadian ISPA pada balita tidak ditentukan oleh berapa banyak anggota keluarga yang merokok tetapi ada tidaknya perokok di dalam rumah atau dekat dengan balita sehingga diharapkan kepada anggota keluarga yang merokok untuk tidak merokok di dalam rumah atau merokok dekat dengan balita.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Chandra B, *Pengantar Kesehatan Lingkungan*, Penerbit Buku Kedokteran ECG
- Cissy B. Kartasasmita, 2010, *Pneumonia Pembunuh Balita*, Buletin Jendela Epidemiologi Volume 3, September 2010.
- Dahlan S, *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*, Jakarta; Salemba Medika
- Diana Maryana R, Hubungan antara Kondisi Lingkungan Rumah dan Kebiasaan Merokok Anggota Keluarga dengan Kejadian ISPA pada Balita di Kelurahan Bandarharjo Kota Semarang, skripsi; Universitas Negeri Semarang.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 1996, *Pedoman Program Pemberantasan Penyakit ISPA untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita dalam Pelita VI*, Jakarta: Depkes RI.
- \_\_\_\_\_, 2001, *Pedoman Pemberantasan Penyakit ISPA*, Jakarta: Depkes RI.
- \_\_\_\_\_, 2005, *Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1077/Menkes/SK/VII/2011 Tentang Persyaratan Kesehatan Ruang Rumah*,
- Djoko Wahyono, dkk, 2008, *Pola Pengobatan Infeksi Saluran Pernapasan Akut Anak Usia Bawah Lima Tahun (Balita) Rawat Jalan di Puskesmas I Purwareja Klampok Kabupaten Banjarnegara tahun 2004*, Majalah Farmasi Indonesia 19 (1) Hal. 20-24.
- Juli Soemirat Slamet, 2002, *Epidemiologi Lingkungan*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

# FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG PIJAT BAYI

Ummi Kaltsum S. Saleh,<sup>1</sup> Elisabeth Afriani Costa<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang Jurusan Kebidanan  
[ummikaltsum13@gmail.com](mailto:ummikaltsum13@gmail.com), [elisabethny19@gmail.com](mailto:elisabethny19@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background:** PERMENKES No.369 / MENKES / K / III / 2007 about midwife registration and practice states that midwives are authorized to monitor the growth of infants and children through early detection and growth stimulation. One form of stimulation that has been done by the community is baby massage. In Indonesia, the implementation of baby massage in rural communities is still held by the birth attendant. Until this time, massage is not only done when the baby is healthy but also when the baby is sick or fussy. In this community, baby massage is a modern massage that combines science (health), art, and affection.

**Objective:** Knew what factors related to mother knowledge about baby massage at BPM HS Jagakarsa, South Jakarta on 2017.

**Research Method:** The research method used was analytical with cross sectional approach. The sampling used was total sampling with the variables studied were age, education, income, parity, information and socio-culture to mother's knowledge about baby massage.

**Results:** The univariate analysis showed that most of the 50 respondents in this study; 29 people (58%) had enough knowledge, 37 people (74%) were in age group 20-35 years old, 42 people (84%) did not get to work, 33 people (66%) were highly educated people, 28 people (56%) were Primipara, 25 people (50%) once got the information, and 33 people (66%) have socio-cultural habits. The result of bivariate analysis showed that there was significant correlation between age ( $p$  value=0,002), education ( $p$  value=0,001), and information ( $p$  value=0,010) with mother knowledge about infant massage at BPM HS Jagakarsa South Jakarta on 2017. No relation between work ( $p$ -value=0,0867), parity ( $p$ -value=0,308), and socio-cultural ( $p$ -value=0,147) with mother knowledge about infant massage at BPM HS Jagakarsa South Jakarta 2017.

**Conclusions and suggestions:** Age, education and information are factors that related to mother's knowledge about baby massage. Therefore, it needs counseling to the parents about the importance of baby massage for child growth.

**Keywords:** Knowledge, Baby Massage

## PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara kesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kinerja sistem kesehatan telah menunjukkan hasil yang baik, antara lain ditunjukkan dengan peningkatan status kesehatan yaitu penurunan AKI dari 430 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 190 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. AKB juga mengalami penurunan dari 62 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 25 per 1.000.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Upaya penyelamatan ibu dan bayi yang dilakukan oleh WHO adalah dengan mengembangkan konsep *Four Pillars of Safe Motherhood* yaitu Keluarga Berencana (KB), asuhan antenatal, persalinan bersih dan aman serta pelayanan obstetrik esensial (Kementerian Kesehatan, 2014).

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, para pakar telah membuktikan bahwa terapi sentuh dan pijat bayi menghasilkan perubahan psikologi yang menguntungkan berupa peningkatan pertumbuhan, peningkatan daya tahan tubuh dan kecerdasan emosi yang lebih baik (Prasetyono, 2009).

Di negara-negara maju telah banyak dilakukan penelitian ilmiah yang mengungkapkan manfaat pijat bayi. Buku dan artikel pijat bayipun makin marak dipublikasikan untuk mempermudah masyarakat

mendapatkan informasi mengenai hal tersebut. Akhirnya, para ibu-ibu di negara-negara maju mulai merasakan manfaat besar dari pijat bayi sehingga hal ini di anggap sangat penting dalam merawat bayi, di samping ASI eksklusif dan imunisasi (Subakti dan Anggraini, 2009).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 369/MENKES/K/III/2007 tentang registrasi dan praktek bidan menyebutkan bahwa bidan berwenang memantau tumbuh kembang bayi dan anak-anak melalui deteksi dini dan stimulasi tumbuh kembang. Salah satu bentuk stimulasi yang selama ini dilakukan masyarakat adalah dengan pijat bayi (Prasetyono, 2009).

Menurut Kassim, 2004, dalam *Joernal of the Australia Association of Messange Therapists* melaporkan dari 100 responden ibu yang membawa bayi yang akan melakukan pijat bayi di Brisbane (Australia) terdapat 58 % bayi dengan masalah tidur mengalami perbaikan, dan 68% berdampak positif terhadap perubahan tidur menjadi lebih teratur dan dari survey tersebut, 13 responden yang mengalami distensi abdomen, nyeri abdomen dan mual-muntah, terdapat 41% menunjukkan perbaikan yang signifikan.

Mohammad Shoim dkk (2006) dalam penelitiannya tentang “Pengaruh pijat bayi terhadap kenaikan berat badan bayi umur 4 bulan” menyimpulkan bahwasanya kenaikan berat badan bayi yang dipijat lebih tinggi daripada bayi yang tidak dipijat, begitu pula persentase kenaikannya, pada penelitian ini pijat bayi juga terbukti berpengaruh terhadap perubahan waz.

Rahayu dkk (2016) dalam penelitiannya tentang “Pengaruh Pijat terhadap Kualitas Tidur Bayi Umur 0-6 bulan Di Klinik Bidan Praktik Mandiri (BPM) “U” Banjarbaru” mengemukakan adanya pengaruh pijat terhadap kualitas tidur bayi. Hasil penelitian didapatkan bahwa bayi sebagian besar memiliki kualitas tidur yang sedang, apda pengukuran awal kelompok intervensi berjumlah 4 orang dan kelompok Kontrol 7 orang. Sedangkan pada pengukuran akhir kelompok intervensi berjumlah 9 orang, sedangkan dari kelompok kontrol berjumlah 8 orang.

Pijat bayi adalah terapi tertua dan terpopuler yang dikenal manusia. Pijat bayi telah lama dilakukan hampir di seluruh dunia termasuk di Indonesia dan diwariskan secara turun temurun. Yang disebut bayi adalah yang berumur 0-12 bulan. Sentuhan dan pandangan mata orangtua dan bayi mampu mengalirkan kekuatan jalinan kasih sayang diantara keduanya yang merupakan dasar komunikasi untuk memupuk cinta secara timbal balik, mengurangi kecemasan, meningkatkan kemampuan fisik serta rasa percaya diri (Dinengsih, 2017).

Di Indonesia pelaksanaan pijat bayi di masyarakat desa masih dipegang peranannya oleh dukun bayi. Selama ini pemijatan tidak hanya dilakukan saat bayi sehat tetapi juga pada bayi sakit atau rewel. Pijat bayi dimasyarakat ini adalah pijat modern yang memadukan antara ilmiah (kesehatan), seni, dan kasih sayang (Dinengsih, 2017).

Pijat bayi bermanfaat untuk membantu sistem kekebalan tubuh bayi, membantu melatih relaksasi, membuat tidur lebih lelap, serta membantu pengaturan sistem pencernaan dan pernapasan. Pemijatan juga mengoptimalkan tumbuh kembang bayi (Prasetyono, 2009).

Penelitian ini bertujuan untuk Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan Ibu tentang pijat bayi di BPM HS Jagakarsa Jakarta Selatan tahun 2017.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Metode penelitian yang digunakan bersifat analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yang dilakukan pada ibu yang memiliki bayi usia 0–12 bulan yang melakukan pemeriksaan kesehatan di BPM HS Jagakarsa Jakarta Selatan yang berjumlah 50 orang (*total sampling*).

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang disebarakan langsung kepada responden. Kuesioner yang disebarakan mengacu pada kuesioner dari Yunani (2011) yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas terlampir dengan soal yang valid sebanyak 20 soal dan teruji reliabilitasnya dengan nilai  $r=0,599$ .

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berdasarkan data yang dikumpulkan terdapat 50 orang responden. Setiap data yang terkumpul diperiksa kelengkapannya maka diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi

**Tabel 1**  
**Hubungan Pekerjaan dengan pengetahuan ibu tentang Pijat Bayi di BPM HS Jagakarsa Jakarta Selatan tahun 2017**

No.	Pekerjaan	Pengetahuan tentang Pijat Bayi						Total	p Value
		Baik		Cukup		Kurang			
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Bekerja	3	37,5	4	50	1	12,5	8	100
2	Tidak Bekerja	12	28,6	25	59,5	5	11,9	42	100
	Total	15	30	29	58	6	12	50	100

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa dari 8 responden yang bekerja terdapat 3 orang (37,5%) memiliki pengetahuan baik, 4 orang (50%) memiliki pengetahuan cukup dan 1 orang (12,5%) memiliki pengetahuan kurang. Sedangkan dari 42 responden yang tidak bekerja terdapat 12 orang (28,6%) memiliki pengetahuan baik, 25 orang (59,5%) memiliki pengetahuan cukup dan 5 orang (11,9%) memiliki pengetahuan kurang tentang pijat bayi.

Hasil uji statistik diperoleh  $p\text{-value}=0,867$  yang berarti  $p\text{-value} > 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi.

Notoatmodjo (2010) mengungkapkan bahwa pekerjaan adalah rutinitas yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Friedson dan Wirawan (2007) mengungkapkan pekerjaan adalah aktivitas rutin yang dilakukan subjek penelitian di luar maupun di dalam rumah yang menghasilkan imbalan atau uang. Seseorang mencari pelayanan kesehatan biasanya mencari nasihat atau saran terlebih dahulu dari lingkungan sekitarnya, baik lingkungan pekerjaan maupun lingkungan tempat tinggalnya.

Sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan tingkat pengetahuan ibu tentang pijat bayi. Hal ini disebabkan karena ibu yang bekerja dapat memperoleh informasi mengenai pijat bayi dari lingkungan kerjanya dan ibu yang tidak bekerja dapat pula memperoleh informasi yang sama dari lingkungan tempat tinggal (tetangga) maupun media informasi lainnya seperti media massa, media elektronik maupun tenaga kesehatan.

2.

3. Hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi

**Tabel 2**  
**Hubungan Pendidikan dengan pengetahuan ibu tentang Pijat Bayi di BPM HS Jagakarsa Jakarta Selatan Tahun 2017**

No.	Pendidikan	Pengetahuan tentang Pijat Bayi						Total	p Value
		Baik		Cukup		Kurang			
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Rendah	0	0	12	70,6	5	29,4	17	100
2	Tinggi	15	45,5	17	51,5	1	3	33	100
	Total	15	30	29	58	6	12	50	100

Berdasarkan tabel 2, diketahui bahwa dari 17 responden berpendidikan rendah, terdapat 12 orang (70,6%) memiliki pengetahuan cukup dan 5 orang (29,4%) memiliki pengetahuan kurang, sedangkan dari 33 orang responden yang berpendidikan tinggi terdapat 15 orang (45,5%) memiliki pengetahuan baik, 17 orang (51,5%) memiliki pengetahuan cukup dan 1 orang (33%) memiliki pengetahuan kurang tentang pijat bayi.

Hasil uji statistik diperoleh  $p\text{-value}=0,001$  yang berarti  $p\text{-value} < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima, yang berarti ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi.

Teori Erfandi (2009) pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang melalui upaya pengajaran dan proses mendidik. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Senada dengan hal ini, diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rahayu (2010), tentang “Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang pijat bayi di Polindes Harapan Bunda Sukoharjo” menunjukkan bahwa ada korelasi antara pendidikan dengan pijat bayi  $p\text{-value}=0,003$  ( $p < 0,01$ ). Nofia (2014) dengan judul “Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan Ibu tentang pijat bayi di Polindes Desa Klieng Cot Aron Kecamatan Baitussalam Kabupaten Aceh Besar” menunjukkan bahwa ada pengaruh antara pendidikan terhadap pengetahuan ibu tentang pijat bayi dengan  $p\text{-value}$  (0,034).

### 3. Hubungan antara sosial budaya dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi

**Tabel 3**  
**Hubungan Sosial Budaya dengan pengetahuan ibu tentang Pijat Bayi di BPM HS Jagakarta Jakarta Selatan tahun 2017**

No.	Sosial Budaya	Pengetahuan tentang Pijat Bayi						Total	p Value
		Baik		Cukup		Kurang			
		N	%	N	%	N	%		
1	Ya	7	21,2	21	63,6	5	15,2	33	100
2	Tidak	8	47,1	8	47,1	1	5,9%	17	100
	Total	15	30	29	58	6	12	50	100

Berdasarkan tabel 3, diketahui bahwa dari 33 responden yang menjawab ada pengaruh sosial budaya, terdapat 7 orang (21,2%) berpengetahuan baik, 21 orang (63,6%) berpengetahuan cukup, dan 5 orang (15,2%) berpengetahuan kurang sedangkan dari 17 responden yang tidak ada pengaruh sosial budaya terdapat 8 orang (47,1%) berpengetahuan baik, 8 orang (47,1%) berpengetahuan cukup dan 1 orang (5,9%) yang berpengetahuan kurang tentang pijat bayi.

Hasil uji statistik diperoleh  $p\text{-value}=0,147$  yang berarti  $p\text{-value} > 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara sosial budaya dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi.

Ambarsari (2011) menjelaskan bahwa sampai saat ini masih banyak ibu yang memijat bayinya ke dukun bayi karena mereka percaya berdasarkan pengalaman dan kepercayaan bahwa pemijatan tersebut dapat menyembuhkan beragam penyakit seperti sawan. Sedangkan menurut WHO dalam Marimbi (2009) salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu pengetahuan, dimana pengetahuan diperoleh melalui pendidikan, pengalaman sendiri maupun orang lain. Sedangkan sebelumnya responden belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang bagaimana cara memijat bayi. Sedangkan menurut Aminati (2013) mengatakan bahwa di Indonesia, pelaksanaan pijat bayi di masyarakat desa masih dipegang perannya oleh dukun bayi. Selama ini, pemijatan tidak hanya dilakukan pada saat bayi sehat, tetapi juga pada bayi sakit atau rewel dan sudah menjadi rutinitas perawatan bayi setelah lahir.



Nugraheni (2013) menyebutkan bahwa pengetahuan dan akses informasi berhubungan dengan perilaku pijat bayi ibu, semakin tinggi pengetahuan ibu tentang pijat bayi, maka semakin banyak ibu yang melakukan pijat bayi pada bayinya. Namun hal ini tidak sejalan dengan penelitian Nurlaila, dkk (2008) yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Motivasi Ibu dalam Memijatkan Bayi” yang mengungkapkan bahwa tingkat pengetahuan yang baik tentang pijat bayi tidak menjamin orang tersebut termotivasi untuk melakukan pijat bayi secara mandiri, hal ini dimungkinkan karena ibu hanya sekedar memahami saja namun ibu belum mampu melakukan pijat bayi sendiri atau ada faktor lain yang mempengaruhi seperti pengalaman masa lampau, situasi lingkungan, orang tua, sikap maupun keadaan yang mendesak atau bahaya. Sedangkan hasil penelitian oleh Kusbiantoro (2014) yang berjudul “Perilaku Pijat Bayi Berhubungan dengan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga” menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan perilaku ibu dalam melaksanakan pijat bayi di posyandu desa Made lamongan.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibudengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi Namun tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dan sosial budaya dengan pengetahuan ibu tentang pijat bayi. Diharapkan kesiapan orangtua dalam memijat bayinya secara mandiri dan benar berdasarkan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan lebih ditingkatkan dapat meningkatkan pelayanan penyuluhan dan konseling tentang pijat bayi kepada orangtua bayi (ibu) baik yang berpendidikan rendah maupun tinggi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi melakukan pijat bayi yang berguna meningkatkan stimulasi tumbuh kembang anak.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ambarsari. 2011. *Presepsi Ibu Tentang Pijat Bayi oleh Dukun Bayi di Kelurahan Pamongsari RW 1 Kecamatan Pedurungan Semarang*. Jurnal Kesmasdaska. Vol. 2 (2).
- Aminati, D. 2013. *Pijat dan Senam untuk Bayi dan Balita (Panduan Praktis Memijat Bayi dan Balita)*. Yogyakarta: Brilliant Books.
- Ayunda, L. 2009. *Pengaruh Penyuluhan Tentang Pijat Bayi Terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Ibu Melakukan Pijat Bayi*.
- Baroo'ah, Buitsainatul. 2015. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Pijat Bayi Terhadap Perilaku Ibu Dalam Memijat Bayi Secara Mandiri Di Kelurahan Girimargo Sragen*. Naskah Publikasi. Fakultas. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Dinengsih, S dan Triana I. 2017. *Teknologi Terapan dalam Pelayanan Kebidanan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- Erfandi. 2009. *Pengetahuan dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Friedson dan Wirawan. 2007. *Budaya dan Iklim Kerja Teori dan Aplikasi Penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- \_\_\_\_\_. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kusbiantoro, D. 2014. *Perilaku Pijat Bayi Berhubungan Dengan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga*. Jurnal Surya. Volume 3 (XIX).
- Marimbi. 2009. *Sosiologi dan Antropologi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S . 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraheni, N.D. 2013. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Akses Informasi Tentang Pijat Bayi dengan Perilaku Pijat Bayi oleh Ibu di Desa Purwojati Kecamatan Purwojati Kabupaten Banyumas*. Jurnal Unigal. Vol. 2 (6).
- Nurlaila dan Rachma. 2008. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Motivasi Ibu dalam Memijatkan Bayi*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan. Vol.4 (2).
- Prasetyono, D.S. 2009. *Teknik-Teknik Tepat Memijat Bayi Sendiri*. Yogyakarta: Diva Press.
- Rahayu, Nurhamidi dan Astuti. 2016. *Pengaruh Pijat Terhadap Kualitas Tidur Bayi Umur 0-6 bulan Di Klinik Bidan Praktik Mandiri (BPM) “U” Banjarbaru*. Dinamika Kesehatan. Vol. 7 (1) Hal. 39-45.

# GAMBARAN STATUS GIZI BALITA DI DUSUN PALELO DESA KESETNANA KECAMATAN MOLO SELATAN KABUPATEN TIMOR TENGAH SELATAN TAHUN 2018

NiLuh Made Diah Putri Anggaraeningsih, SST, M.Kes  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[diahputrisukamara@gmail.com](mailto:diahputrisukamara@gmail.com)

## **ABSTRACT**

*The problem of nutrition is still a major problem in East Nusa Tenggara. The nutritional problems are faced in toddlers are not only of malnutrition but also poor nutrition. The purpose of this research is to identify the nutritional status of toddlers in Palelo of Kesetnana village in South Central Timor District. Method: cross-sectional method, the data taken is the primary data with 118 children. Results: the prevalence of toddlers nutritional status in the sub-village of Palelo was poor 7.6%, less 22.4%, good 65.3%, and more nutrition 4.2%*

*Keywords: nutrition, toddlers*

## **PENDAHULUAN**

Masalah gizi pada hakikatnya menjadi masalah kesehatan masyarakat namun, penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja, masalah gizi adalah multifaktor. Oleh karena itu pendekatan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor yang terkait. Masalah gizi tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan, peningkatan status gizi masyarakat memerlukan kebijakan yang menjamin setiap anggota masyarakat untuk memperoleh makanan yang cukup jumlah dan mutunya. Masalah gizi tidak lagi semata-mata masalah kesehatan tetapi juga masalah kemiskinan, pemerataan, dan masalah kesempatan kerja. (Supariasa, 2003)

Masalah gizi masih menjadi salah satu masalah di Indonesia. Masalah gizi yang kini dihadapi pada anak balita tidak saja pada masalah gizi kurang dan buruk tetapi juga gizi berlebih. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 mengalami peningkatan yaitu sebesar 19,8%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang, sedangkan angka prevalensi nasional pada tahun 2010 yaitu 17,9% (Riskesdas, 2013)

Masalah gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor internal dan faktor eksternal. Faktor eksternal diantaranya asupan nutrisi, ekonomi keluarga, pendidikan orang tua, budaya. Faktor internal diantaranya usia, kondisi fisik dan infeksi. Disamping faktor internal dan eksternal tersebut pemanfaatan posyandu juga mempengaruhi pemantauan status gizi di satu daerah.

Dusun Palelo Desa kesetnana merupakan satu daerah pinggiran kota di Kabupaten Timor Tengah selatan yang mayoritas penduduk petani dengan mengandalkan ladang tadah hujan. Melihat karakteristik masyarakat dan lingkungan desa ini maka peneliti tertarik membahas gambaran status gizi balita di dusu palelo Desa Kesetnana.

## **TUJUAN**

Megidentifikasi status gizi balita di Dusun Palelo Desa Kesetnana Kecamatan Molo Selatan Kabupaten Timor Tengah Selatan.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, dengan menggunakan metode *cross-sectional* yaitu penelitian yang pengukuran variabel – variabelnya dilakukan hanya satu kali pada satu saat. Data penelitian ini diambil di Dusun Palelo Desa Kesenana Kecamatan Molo selatan Kabupaten Timor Tengah Selatan yang akan dilakukan pada tanggal 16 – 22 Maret 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang ada di Dusun Palelo Desa Kesenana sejumlah 118 balita. Besar sampel pada penelitian ini adalah total populasi yaitu sebanyak 118 balita. Pengumpulan data ini berdasarkan data primer yang didapatkan dari pengisian lembar kuisisioner untuk mendapatkan datanumur balita dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data berat badan dan panjang badan. Pengolahan data hasil penelitian dilakukan secara analisis univariat. Pada penelitian ini analisis univariat digunakan untuk melihat gambaran status gizi pada balita di Dusun Palelo Desa Kesenana.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua dan pendapatan orang tua di Dusun Palelo Desa Kesenana

Variabel	N	%
Umur		
< 3 tahun	71	60.2
≥ 3 tahun	47	39.8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	51	43.2
Perempuan	67	56.8
Pendidikan Ibu		
SD	56	47.5
SMP	32	27.1
SMA	30	25.4
Pendapatan		
< UMR	86	72.9
≥ UMR	32	27.1

Dari tabel diatas menunjukkan balita di dusun Palelo lebih banyak perempuan dengan pendidikan dasar SD sebesar 47.5% dengan pendapatan dibawah UMR 72.9%

### Status Gizi balita di Dusun Palelo

Variabel	n	%
BB/U		
Lebih	5	4.2
Baik	77	65.3
Kurang	27	22.9
Buruk	9	7.6

Status gizi balita di dusun Palelo umumnya tergolong gizi baik, tapi masih ada yang mengalami gizi kurang dan buruk sebanyak 30,5% disamping gizi lebih.

Status Gizi Balita berdasarkan pendidikan ibu

Variabel	Status Gizi								
	Buruk		Kurang		Baik		Lebih		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pendidikan ibu									
SD	7	5.9	15	12.7	34	28.8	0	0	
SMP	2	1.7	8	6.8	20	16.9	2	1.7	
SMA	0	0	4	3.4	23	19.5	3	2.5	

Data menunjukkan pada status gizi buruk didapatkan paling banyak pendidikan ibu adalah SD sebanyak 5.9% dan pada status gizi kurang dengan pendidikan ibu 12.7%.

Tingkat pendidikan orang tua turut menentukan status gizi anak karena pendidikan sangat mempengaruhi seseorang untuk memahami dan menerima informasi tentang gizi. Masyarakat dengan pendidikan yang rendah akan lebih mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan sehingga sulit menerima pengetahuan baru mengenai gizi. Semakin tinggi tingkat pendidikan yang ditempuh oleh orang tua, maka semakin baik pula pertumbuhan anaknya. Lima upaya yang merupakan imbas dari pendidikan ibu dan ayah yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu pertama, pendidikan akan meningkatkan sumber daya keluarga. Kedua, pendidikan akan meningkatkan pendapatan keluarga. Ketiga, pendidikan akan meningkatkan alokasi waktu untuk pemeliharaan kesehatan anak. Keempat, pendidikan akan meningkatkan produktivitas dan efektifitas pemeliharaan kesehatan. Kelima, pendidikan akan meningkatkan referensi kehidupan keluarga (sebataraja,2014).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Yunita(2016) yang menjelaskan bahwa tingkat pendidikan orang tua berpengaruh terhadap status gizi anak. Dimana ibu dan ayah yang memiliki anak dengan gizi kurang dan buruk lebih banyak terdapat pada mereka yg latar belakang pendidikan keluarga dengan pendidikan dasar.

Ernawati (2006) menjelaskan pendidikan sangat mempengaruhi penerimaan informasi tentang gizi. Masyarakat dengan pendidikan yang rendah akan lebih mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan sehingga sulit menerima informasi baru di bidang gizi. Selain itu tingkat pendidikan juga ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, akan semakin mudah dia menyerap informasi yang diterima termasuk pendidikan dan informasi gizi yang mana dengan pendidikan gizi tersebut diharapkan akan tercipta pola kebiasaan yang baik dan sehat. Lestari (2006) menerangkan pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap status gizi balita. Lebih lanjut ditekankan oleh Anwar (2005) bahwa tingkat pendidikan ibu beresiko 2,3 kali terhadap kejadian gizi buruk di Lombok Timur.

Status gizi Balita berdasarkan Pendapatan keluarga

Variabel	Status Gizi								
	Buruk		Kurang		Baik		Lebih		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pendapatan Keluarga									
< UMR	9	7.6	26	22.1	51	43.2			
≥ UMR			1	0.8	26	22.1	5	4.2	

Status gizi baik dapat terjadi apabila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja mencapai tingkat kesehatan optimal. Status gizi kurang merupakan kondisi tidak sehat yang ditimbulkan karena tidak tercukupinya kebutuhan makanan yang diperlukan oleh tubuh. Pada keadaan gizi kurang akan mengakibatkan terhambatnya proses tumbuh kembang anak. Konsumsi makanan sangat berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi yang kurang pada penelitian ini disebabkan karena faktor

pendapatan orang tua responden yang kurang dari UMR. Status gizi lebih akan menyebabkan obesitas pada anak dan akan berisiko menderita penyakit degeneratif. Status gizi gemuk dan obesitas pada penelitian ini disebabkan karena ketidakseimbangan zat gizi dan aktivitas anak. Anak yang mengonsumsi jajan baik di sekolah maupun luar sekolah sedangkan aktivitas yang dilakukan sedikit cenderung menyebabkan gemuk dan obesitas pada penelitian ini.

Selain disebabkan oleh faktor asupan makanan, faktor tidak langsung pun juga mungkin dapat mempengaruhi status gizi anak, antara lain seperti tingkat pengetahuan ibu yang kurang, penghasilan rumah tangga, tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga yang terlalu banyak yang mengakibatkan berkurangnya asupan makanan yang dikonsumsi masing-masing anggota keluarga sehingga kandungan gizinya pun juga tidak mencukupi kebutuhan dari masing-masing individu, pola asuh anak yang salah serta kesehatan lingkungan yang sangat kurang (Almatsier,2006).

### **KESIMPULAN**

1. Status gizi balita di dusun Palelo masih ada yang mengalami gizi kurang dan Buruk.
2. Pendidikan Ibu balita yang mengalami gizi kurang dan buruk umumnya berpendidikan SD
3. Penghasilan keluarga yang mengalami gizi kurang dan buruk rata-rata berada dibawah UMR

### **SARAN**

1. Untuk keluarga :Untuk Pihak keluarga agar lebih memperhatikan status gizi anak dengan memperhatikan keseimbangan asupan zat gizi pada anak dan melakukan perbaikan kualitas makanan
2. Untuk Pihak Puskesmas agar dilakukan penyampaian materi mengenai gizi seimbang
3. Untuk peneliti lain agar dapat melanjutkan penelitian yang lebih spesifik mengenai hubungan pendidikan orang tua dengan status gizi balita.

### **Daftar Pustaka**

- Almatsier, S, 2006. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta :Gramedia Pustaka Utama
- Anwar, K, dkk. 2005. Determinan Status Gizi di Lombok Timur. Yogyakarta: Jurnal Gizi Klinik Indonesia Vol. 2 No.3, Juli 2005
- Atmarita. 2006. Analisis Susenas dan Gizi dalam Angka. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Berg, A. 1987. Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional., Jakarta: CV Rajawali.
- Depkes. 2005. Rencana Aksi nasional Pangan dan Gizi 2005-2009. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 2008. Modul C Pelatihan Penilaian Pertumbuhan Anak: Interpretasi Indikator Pertumbuhan. Jakarta: Depkes-WHO.
- Kusriadi. 2010 "Analisis Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Gizi pada Anak Balita Di Propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB)" (thesis). Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Lestari. 2006. "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi". Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang. Vol 5 (2).
- Sebataraja LR, Oenzil F, Asterina. Hubungan Status Gizi dengan Status Sosial Ekonomi Keluarga Murid Sekolah Dasar di Daerah Pusat dan Pinggiran Kota Padang. Jurnal Kesehatan Andalas. 2014: 3(2), 185-186. <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. [diakses pada tanggal 23 April 2018.]
- Yunita AN, 2016, Gambaran Status gizi pada siswa sekolah dasar kecamatan Rangsang, JOM FK Vol 3 No 2 Oktober 2016. <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMFDOK/article/view/9768> [diakses pada tanggal 23 April 2018.]

# PROFIL PENGGUNAAN OBAT ISPA PNEUMONIA PADA PASIEN BAYI DAN BALITA RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT TNI - AL SAMUEL J. MOEDA KUPANG PERIODE FEBRUARI – DESEMBER TAHUN 2013

Ni Nyoman Yuliani, Jefrin Sambara,  
Prodi Farmasi Poltekkes kemenkes Kupang  
*y.ninyoman@yahoo.com*

## ABSTRACT

**Background:** *The study has been done with the title of Pneumonia ISPA Drug Use Profile in Patients Infants and Toddlers Outpatient at TNI-AL Hospital Samuel J. Moeda Kupang Period February - December of 2013.*

**Objective:** *to know the profile of ARD treatment of Pneumonia in infant and under-five patients*  
**Methods:** *descriptive, data retrieval based on data contained in register books, and grouped by drug type, dosage form, dose, and duration of administration.*

**Result:** *showing drug therapy of ISPA pneumonia used in 4 forms of dosage and type of antibiotics used there are 5 types of cefadroxil, amoxicillin, thiamphenicol, chloramphenicol, and erythromycin. The most widely used antibiotic is cefadroxil of 200 patients. There are antibiotics of chloramphenicol and tiamfenikol in the treatment of respiratory pneumonia should, in the treatment of ARD pneumonia not be allowed to use chloramphenicol and tiamfenikol because it may cause aplastic anemia.*

**Conclusion:** *duration of ART 3 days for baby cough syrup, paracetamol syrup and pulveres preparations (Glycerol guaiacolate, ctm, dexamethasone, prednisone, bromhexin, librofed, and dextromethorphan). The duration of antibiotics is 7 days for cefadroxil, amoxicillin, erythromycin, thiamfenikol, Administration 3 days for chloramphenicol.*

**Keywords:** *Profile, ISPA pneumonia, Hospital*

## PENDAHULUAN

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesejahteraan bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan penyakit (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Anonim, 2004).

Penyakit infeksi yang sampai sekarang ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat adalah Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Infeksi Saluran Pernapasan Akut adalah penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran napas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan *adnaksanya*, seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleural (Anonim, 2002 a).

Infeksi Saluran Pernapasan Akut merupakan penyakit yang sering terjadi pada anak. Episode penyakit batuk pilek pada balita di Indonesia diperkirakan sebesar 3-6 kali pertahun, ini berarti seorang balita rata-rata mendapatkan serangan batuk pilek sebanyak 3 sampai 6 kali setahun (Anonim, 2002 b).

Secara umum penyebab ISPA adalah mikroorganisme, namun yang terbanyak akibat virus dan bakteri. ISPA dapat terjadi sepanjang tahun, meskipun beberapa infeksi lebih mudah terjadi pada musim hujan. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyebaran ISPA antara lain faktor lingkungan, perilaku

masyarakat yang kurang baik terhadap kesehatan diri maupun publik, serta rendahnya gizi (Anonim 2005).

ISPA juga merupakan salah satu penyebab utama kunjungan pasien di sarana kesehatan. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Kupang penyakit ISPA menduduki urutan pertama di Indonesia yaitu 41,7% tahun 2013 dan yang tertinggi pada usia 1-4 tahun yakni 25,8% (Anonim 2013). Data yang diperoleh dari Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang ISPA merupakan penyakit urutan pertama, sebanyak 313 kasus pada balita (Anonim, 2013). Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti ingin melakukan penelitian tentang “Bagaimanakah Profil Penggunaan Obat ISPA Pneumonia pada Pasien Bayi dan Balita Rawat Jalan di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang Periode Februari - Desember Tahun 2013” ?

## **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan umum untuk mengetahui profil pengobatan ispa pneumonia pada pasien bayi dan balita rawat jalan di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang?

Tujuan khusus untuk menghitung penggunaan obat ispa pneumonia pada pasien bayi dan balita rawat jalan di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang periode Februari - Desember tahun 2013 berdasarkan jenis obat, dosis, bentuk sediaan dan lama pengobatan.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan secara deskriptif dengan melakukan observasi atau pengamatan secara langsung data pengobatan ISPA Pneumonia pada pasien bayi dan balita rawat jalan di rumah sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang. Dilaksanakan di rumah sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang pada bulan Juni-Juli 2014. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal dalam hal ini profil pengobatan penderita ISPA Pneumonia pada pasien bayi dan balita rawat jalan di rumah sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang tahun 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah data semua resep penderita ISPA Pneumonia pada pasien bayi dan balita rawat jalan di rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang.

Sampel dalam penelitian ini adalah data pasien bayi dan balita rawat jalan yang terserang penyakit ISPA Pneumonia yang terdapat dalam buku register di rumah sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang pada Februari-Desember tahun 2013. Teknik sampling penelitian ini adalah *Quota sampling* yaitu semua penderita ISPA Pneumonia pada pasien bayi dan balita rawat jalan yang tercatat dalam buku register di rumah sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang pada bulan Februari-Desember tahun 2013.

Instrumen yang digunakan adalah pengumpulan data lembar observasi, dengan data dari buku register pengobatan pada pasien bayi dan balita rawat jalan yang terserang penyakit ISPA Pneumonia yang berobat di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang pada bulan Februari-Desember tahun 2013. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kasus ISPA Pneumonia yang bersumber pada pasien anak rawat jalan yang mendapatkan pengobatan. Data yang dikumpulkan dan disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel persentase penggunaan obat ISPA berdasarkan jenis obat, dosis, bentuk sediaan, lama pemberian.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **A. Pelayanan Pengobatan ISPA di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang**

#### **1. Jumlah kunjungan**

Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) adalah penyakit yang menyerang saluran pernapasan atas dan bawah beserta adneksanya mulai dari hidung, tenggorokan dan paru-paru. (Noer, 2006)

Pada tahun 2013 balita yang terserang ISPA yang berobat di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang sebanyak 313 penderita dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1. Data Bayi dan Balita yang terserang penyakit ISPA Pneumonia di RS. TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang periode Februari-Desember Tahun 2013

No.	Bulan	Jumlah kasus	Golongan Umur			
			0 bln-11 bln		1thn - <5 thn	
			N	%	N	%
1	Februari	53	12	3,8 %	41	13,1 %
2	Maret	57	8	2,5 %	49	15,6 %
3	April	38	8	2,5 %	30	9,5 %
4	Mei	21	10	3,1 %	11	3,5 %
5	Juni	20	5	1,5 %	15	4,7 %
6	Juli	23	5	1,5 %	18	5,7 %
7	Agustus	16	7	2,9 %	9	2,8 %
8	September	17	5	1,5 %	12	3,8 %
9	Oktober	25	8	2,5 %	14	4,4 %
10	Nopember	25	5	1,5 %	20	6,3 %
11	Desember	21	8	2,5 %	13	4,1 %
	Jumlah	313	81	100 %	232	100 %

Dari tabel di atas diketahui bahwa jumlah penderita yang dilayani pada periode Februari - Desember tahun 2013 sebanyak 313 penderita, yang terdiri dari 81 penderita usia 0 bulan - 11 bulan dan 232 penderita usia 1 tahun – 5 tahun. Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa kunjungan penderita paling sedikit pada bulan Agustus yaitu sebanyak 16 penderita atau 5,1 % dan yang paling banyak pada bulan Maret yaitu sebanyak 57 penderita atau 18,2 %. Hal ini disebabkan pada bulan Maret sedang terjadi musim hujan yang mana anak-anak rentan terhadap serangan penyakit termasuk ISPA.

## 2. Pengobatan ISPA

### a. Jenis obat

Terapi pengobatan ISPA pneumonia pada bayi dan balita banyak menggunakan sediaan sirup seperti *baby cough*, sediaan pulveres. Antibiotik yang digunakan dalam pengobatan ISPA pneumonia yakni Cefadroksil, Amoksisilin, Kloramfenikol, Thiamfenikol, dan Eritromisin. Seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2. Jenis obat yang diberikan kepada penderita ISPA Pneumonia pada bayi dan balita di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang periode Ferbuari – Desember Tahun 2013

No.	Jenis Obat	N	%
1	Cefadroksil	200	64 %
2	Amoksisilin	95	30,3 %
3	Thiamphenicol	7	2,2 %
4	Eritromisin	4	1,2 %
5	Kloramfenikol	2	0,6 %
6	Paracetamol tablet	1	0,3 %
7	Salbutamol tablet	1	0,3 %
8	Grafed tablet	2	0,6 %
9	Ctm tablet	1	0,3 %



10	Prednison tablet	1	0,3 %
11	Baby Cough sirup	247	79,0 %
12	Paracetamol sirup	40	12,7 %
13	Ambroksol sirup	16	5,1 %
14	Hufagrip sirup	5	1,6 %
15	Cough sirup	5	1,6 %
16	Lytamin sirup	155	49,5 %
17	Pulv. I	3	0,9 %
18	Pulv. II	8	2,5 %
19	Pulv. III	1	0,3 %
20	Pulv. IV	8	2,5 %
21	Pulv. V	1	0,3 %
22	Pulv. VI	1	0,3 %
23	Pulv. VII	1	0,3 %
24	Pulv. VIII	1	0,3 %
25	Pulv. IX	1	0,3 %
26	Pulv. X	1	0,3 %
27	Pulv. XI	1	0,3 %
28	Pulv. XII	2	0,6 %

(Ket : Pulv. I : CTM 2 tab, GG 2 tab, DMP 1½ tab, Prednison 4 tab; Pulv. II : CTM 2 tab, GG 2 tab; Pulv. III : Bromheksin 2½ tab, Dexa 1 tab, CTM 1 tab, Curcuma 1 tab; Pulv. IV : Bromheksin 2½ tab, CTM 1 tab, Librofed 2½ tab; Pulv. V : CTM 1 tab, Dexa 3 tab, Bromheksin 2½ tab; Pulv. VI : Paracetamol 1 tab, CTM 1 tab; Pulv. VII : Paracetamol 1tab, Librofed 2½ tab, Bromheksin 2 ½ tab; Pulv. VIII : Librofed 2½ tab, Curcuma 1 tab, Bromheksin 2½ tab; Pulv. IX : Ambroksol 3½ tab, CTM 1 tab; Pulv. X : CTM 2 tab, Paracetamol 2 tab, Prednison 4 tab; Pulv. XI : GG 2½ tab, CTM 3 tab; Pulv. XII : Dexa 2 tab; CTM 2½ tab, DMP 1½ tab)

Tabel 5 (lima) diatas menunjukkan bahwa jenis obat yang digunakan untuk pengobatan ISPA Pneumonia adalah sediaan *dry sirup*, sirup, tablet dan pulveres. Jenis obat yang paling banyak digunakan adalah *baby cough* sirup sebanyak 247 pasien (79 %) dan lytamin sebanyak 155 pasien (49,5 %). *Baby Cough* digunakan untuk pengobatan gejala ISPA pneumonia karena *baby cough* merupakan sediaan sirup , yang di dalamnya terdapat kombinasi obat paracetamol sebagai penurun demam, gliseril guaiakolat sebagai ekspektoran yang mempermudah keluarnya dahak dan mengurangi batuk, CTM untuk menghilangkan gejala alergi dan oleum anisi sebagai pewangi. Penggunaan sediaan obat yang telah dikombinasi dapat meningkatkan efektifitas obat karena sinergis, serta mempermudah pemberian obat menjadi lebih praktis. Dapat dilihat pula dari tabel di atas, dalam penggunaan obat ISPA pneumonia terdapat sediaan pulveres yang dalam satu bungkusnya terdapat kombinasi obat antara lain, gliseril guaiakolat sebagai ekspektoran yang mempermudah keluarnya dahak dan mengurangi batuk, CTM digunakan untuk menghilangkan gejala alergi, prednison sebagai antiradang, bromheksin untuk menghancurkan dahak sehingga mempermudah pengeluaran dahak, dexametason 0,5 mg sebagai anti alergi pada saluran pernapasan, librofed untuk mengurangi pembengkakan pada membran mukosa sehingga melancarkan jalan napas pada hidung, DMP untuk mencairkan lendir pada saluran napas, sehingga melapangkan tenggorokan dan pernapasan serta mengurangi frekuensi batuk, Curcuma sebagai penambah nafsu makan, ambroksol untuk memulihkan produksi mucus seperti keadaan normal. Terdapat juga sediaan sirup multivitamin untuk pencegahan atau masa penyembuhan. Antibiotik yang banyak

digunakan adalah cefadroksil sebanyak 200 pasien (64 %), Cefradroksil digunakan untuk pengobatan ISPA pneumonia karena secara struktural dan farmakologis berkaitan dengan penisilin, yakni menghambat dinding sel bakteri. Dapat dilihat dari tabel di atas pasien yang menggunakan amoksisilin sebanyak 95 pasien (30,3%), Amoksisilin adalah antibiotik bakterisidal yang bekerja terhadap organisme yang sensitif pada konsentrasi yang memadai dan menghambat biosintesis mucopeptide dinding sel. Penggunaan amoksisilin tidak sebanyak cefadroksil karena terapi obat untuk pneumonia disesuaikan dengan keadaan pasien. Karena penyebab bervariasi, pilihan obat dipengaruhi oleh usia pasien, riwayat paparan, kemungkinan resistensi, dan presentasi klinis. Antibiotik eritromisin digunakan sebanyak 4 pasien, eritromisin merupakan antibiotik makrolida dengan spektrum yang luas aktivitasnya dengan berpenetrasi pada dinding bakteri dan mengikat diri pada sub unit ribosom 50S bakteri. Dalam tabel terdapat antibiotik kloramfenikol dan tiamfenikol yang digunakan dalam pengobatan ISPA pneumonia yang harusnya dalam pengobatan ISPA pneumonia tidak dianjurkan penggunaan antibiotik tersebut karena dapat menyebabkan anemia aplastis. Dalam penggunaan antibiotik, terdapat beberapa pasien yang dalam pengobatannya mendapat antibiotik yang berbeda. Hal ini disebabkan oleh riwayat respon yang kurang terhadap antibiotika pilihan pertama, hipersensitivitas terhadap antibiotik yang pertama, dan adanya penyakit penyerta yang mengharuskan pemilihan antibiotika pilihan kedua. Banyaknya penggunaan terapi obat yang digunakan dikarenakan pemberian pengobatan disesuaikan dengan keadaan pasien.

b. Bentuk sediaan

Tabel 3. Bentuk sediaan yang diberikan kepada penderita ISPA balita di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang periode Februari – Desember 2013

No.	Bentuk Sediaan	Σ
1.	Sirup	468 botol
2.	Dry sirup	308 botol
3.	Pulveres	29 bungkus
4.	Tablet	6 tablet

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa jenis sediaan yang banyak digunakan adalah Sediaan sirup dan *dry sirup*. Sediaan sirup yang digunakan sebanyak 468 botol dan *dry sirup* sebanyak 308 botol. Penggunaan sediaan sirup dan *dry sirup* banyak digunakan karena dapat meningkatkan kepatuhan minum obat terutama pada anak - anak karena rasanya lebih enak dan warnanya lebih menarik.

c. Dosis dan lama pemberian obat

Tabel 6. Dosis obat yang diberikan kepada penderita ISPA Pneumonia pada bayi dan balita di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang periode Februari – Desember 2013

No	Nama Obat	Lama terapi	N	Umur	Dosis	Jumlah
1.	Paracetamol Syr 120 mg / 5 mL	3 hari	3	2 bln – <6 bln (4 - <7 kg)	3 x ½ sdt	40
			27	6 bln - <3 thn (7- <14 kg)	3 x 1 sdt	
			10	3 thn - <5 thn (14 - <19 kg)	3 x 1½ sdt	
2.	Paracetamol Tab 500 mg	3 hari	1	2 bln – <6 bln (4 - <7 kg)	3 x ½ tab	1

3.	Baby Cough Per 5 mL : Paracetamol 120 mg GG 25 mg CTM 1 mg Oleum anisi 0,005 MI	3 hari	19	1 bln - 3 bln	3 x ¼ sdt	247
			68	3 bln – 1 thn	3 x ½ sdt	
			12 1	1 thn – 4 thn	3 x 1 sdt	
			39	4 thn - <5 thn	4 x 1 sdt	
4.	Lytamin Multivitamin	7 hari	77	1 bln – 2 thn	1 x ½ sdt	155
			78	2 thn – 5 thn	1 x 1 sdt	
5.	Ambroksol 15 mg / 5 mL	3 hari	2	6 bln – 12 bln	3 x ¼ sdt	16
			6	1 thn – 2 thn	2 x ½ sdt	
			8	2 thn - <5 thn	3 x ½ sdt	
6.	Hufagrip Per 5 mL : DMP 7,5 mg Pseudoephedrine 15 mg CTM 1 mg	3 hari	5	2 thn - <5 thn 11 kg – 18 kg	3 x ½ sdt	5
7.	Cough syr Per 5 mL : DMP 10 mg CTM 1 mg GG 50 mg Phenilpropanola min 12,5 mg	3 hari	5	2 th – 5 thn 11 kg – 16 kg	3 x ½ sdt	5
8.	Prednison 5 mg	3 hari	1	7 bln 7,5 kg	3 x 1 bks 2 mg	1
			2	1 thn – 4 thn 10 kg – 12 kg	3 x 1 bks 4 mg	
9.	CTM 4 mg	3 hari	1	5 thn 11 kg	3 x ¼ tab	1
10.	Salbutamol 2 mg	3 hari	1	5 bln 6 kg	3 x $\frac{1}{5}$ tab	1
11.	Grafed	3 hari	1	6 bln 7 kg	3 x ¼ tab	2
			1	5 thn 20 kg	3 x ½ tab	
12.	Amoksisilin 125 mg / 5 mL	7 hari	7	> 6 kg	3 x ¼ sdt	95

			29	6 kg – 8 kg	3 x ½ sdt	
			39	9 kg – 12 kg	3 x 1 sdt	
			15	12 kg – 16 kg	3 x 1½ sdt	
			5	16 kg – 20 kg	3 x 2 sdt	
13.	Cefadroxil 125 mg / 5 mL	7 hari	94	( 4,5 – 9,1 kg)	2 x ½ sdt	200
			77	( 9,1 – 13,6 kg)	2 x 1 sdt	
			32	( 13,6 – 18,2 kg)	2 x 1½ sdt	
			2	(18,2- 22,7 kg)	2 x 2 sdt	
14.	Thiamfenikol 125 mg / 5 mL	7 hari	7	1 – 5 thn ( 9 kg – <16 kg)	3 x 1 sdt	7
15.	Kloramfenikol 250 mg	3 hari	1	5 thn 12 kg	4 x 1 bks 150 mg	2
			1	5 thn 26 kg	4 x 1 bks 312,5 mg	
16.	Eritromisin 200 mg / 5 mL	7 hari	1	2 - 12 bln ( 4 - <9 kg)	3 x ¼ sdt	4
			3	1 – 3 thn ( 9 kg – <18 kg)	3 x ½ sdt	
17.	Pulv. I Librofed ¼ tab GG 20 mg DMP 2,25 mg Prednison 2 mg	3 hari	3	1 thn – 3 thn 8 kg – 11 kg	3 x 1 bks	3
18.	Pulv. II CTM 0,8 mg GG 20 mg	3 hari	8	1 thn – 5 thn 7,5 kg – 15 kg	3 x 1 bks	8
19.	Pulv. III Bromheksin 2 mg Dexa 0,05 mg CTM 0,4 mg Curcuma	3 hari	1	9 bln 9 kg	3 x 1 bks	1
20.	Pulv. IV Librofed ¼ tab CTM 0,4 mg Bromheksin 2 mg	3 hari	8	1 thn – 2 thn 7 kg – 11 kg	3 x 1 bks	8
21.	Pulv. V Bromheksin 2	3 hari	1	4 bln 7 kg	3 x 1 bks	1

	mg Dexa 0,15 mg					
	Pulv. VI					
22.	Paracetamol 50 mg CTM 0,4 mg	3 hari	1	5 bln 6,5 kg	3 x 1 bks	1
	Pulv. VII					
23.	Paracetamol 50 mg Librofed ¼ tab Bromheksin 2 mg	3 hari	1	6 bln 7 kg	3 x 1 bks	1
	Pulv. VIII					
24.	Librofed ¼ tab Bromheksin 2 mg Curcuma	3 hari	1	4 bln 6,4 kg	3 x 1 bks	1
	Pulv. IX					
25.	Ambroksol 6 mg CTM 0,4 mg	3 hari	1	11 bln 7 kg	3 x 1 bks	1
	Pulv. X					
26.	Paracetamol 100 mg CTM 0,8 mg Prednison 2 mg	3 hari	1	1 thn 6,5 kg	3 x 1 bks	1
	Pulv. XI					
27.	CTM 1 mg GG 25 mg	3 hari	1	5 thn 14 kg	3 x 1 bks	1
	Pulv. XII					
28.	DMP 2,25 mg Dexa 0,1 mg CTM 1 mg	3 hari	2	4 thn 13 kg – 15 kg	3 x 1 bks	2

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa jumlah pasien pengguna *baby cough* sebanyak 247 pasien dengan pemberian dosis *baby cough* yang paling banyak 3 kali sehari 1 sendok takar ( 5 mL) sebanyak 121 pasien, dimana usia pengguna dosis *baby cough* berkisar 1 tahun hingga 4 tahun. Dapat dilihat juga pada tabel di atas jenis antibiotik yang banyak digunakan adalah cefadroksil, sebanyak 200 pasien pemberian dosis cefadroksil paling banyak 2 kali sehari ½ sendok takar ( 2,5 mL). Berat badan pengguna antibiotik cefadroksil terbanyak, berkisar 4,5 kg hingga 9,1 kg. Pulveres IV untuk pasien batuk berdahak, hidung tersumbat dan alergi. Penggunaan pulveres V untuk batuk yang disertai dengan inflamasi. Pulveres VI digunakan untuk pasien yang mengalami demam dan alergi. Dapat dilihat pula lama pengobatan untuk sediaan sirup dan pulveres yang diberikan adalah selama 3 hari. Lama pengobatan untuk antibiotik *dry sirup* tidak lebih dan tidak kurang dari tujuh hari. Hal ini karena untuk sediaan *dry sirup*, terlebih dahulu ditambahkan air (Aqua). Dimana air merupakan media yang mudah di tumbuhi bakteri ataupun jamur.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang Periode Februari-Desember 2013 diketahui bahwa : Jumlah Kunjungan penderita penderit ISPA Pneumonia bayi dan balita sebanyak 313 penderita. Jenis Obat yang sering digunakan untuk pasien ISPA Pneumonia adalah sediaan sirup kombinasi diberikan selama 3 hari kecuali *dry sirup* antibiotik selama 7 hari, dan tablet yang dibuat dalam bentuk pulveres kombinasi sebanyak 10 bungkus dengan lama pemakaian 3 hari. Terdapat

antibiotik kloramfenikol dan tiamfenikol dalam pengobatan ISPA pneumonia yang harusnya, dalam pengobatan ISPA pneumonia tidak boleh menggunakan kloramfenikol dan tiamfenikol karena dapat menyebabkan anemia aplastis. Pengobatan berdasarkan bentuk sediaan yang paling banyak digunakan adalah sediaan Sirup dan Dry sirup.

Lama pengobatan diberikan selama 3 hari kecuali sediaan *dry sirup* selama 7 hari. Disarankan bagi dokter di Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda Kupang agar membuat buku pedoman prosedur dan penatalaksanaan ISPA.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Anonim. 2002 a. *Pedoman Penanggulangan ISPA untuk Penanggulanagn Pneumonia pada balita*. Jakarta : Depkes RI

..... 2002 b, *Pedoman Pemberantasan Infeksi Saluran Pernapasan Akut pada Balita*, Jakarta : Depkes RI

..... 2003, *Penggunaan Obat Rasional bagi Perawat di Puskesmas*. Jakarta. Depkes RI

..... 2005, *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan*, Jakarta : Depkes RI

..... 2012. *Pedomana Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut*. Jakarta : Depkes RI

..... 2013. a, *Laporan Data Penyakit*, Dinas Kesehatan Kota Kupang.

..... 2013. b, *Laporan Data Penyakit*, Rumah Sakit TNI-AL Samuel J. Moeda

# **ANALISIS PELAKSANAAN PELAYANAN MTBS DENGAN PEMAHAMAN ORANG TUA DALAM PERAWATAN ANAK SAKIT DI PUSKESMAS TARUS KABUPATEN KUPANG**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN.**

**Penulis : Yulianti Kristiani Banhae**  
Email : [Yulianti.banhae@gmail.com](mailto:Yulianti.banhae@gmail.com)

*Kata Kunci : Manajemen Terpadu Balita Sakit, Pemahaman Orang Tua.*

## **Abstract**

The indicator of a country's health status is largely determined by infant and toddler mortality. Efforts are made to reduce infant and under-five mortality rate is to implement Integrated Management of Toddlers (MTBS) because MTBS is one approach that is cost effective in reducing under-five mortality rate, so health workers need to conduct assessment, determine the classification and action / treatment well and correct. The purpose of the study was to analyze the implementation of MTBS, to analyze the level of satisfaction and understanding of the parents in the care of the sick children at home, to analyze the relationship between the satisfaction level and the understanding of the parents after getting the MTBS service. The design of this research is analytic survey research with cross sectional approach done to the sample of 144 respondents in October-November 2017 at Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang. Data analysis using chi square test. The results showed that the implementation of MTBS in Puskesmas Tarus Kupang regency was not good and the parent's understanding was good about the care of the sick children at home after getting MTBS counseling and there was no correlation between parental understanding with sick child care with MTBS implementation. Suggestions: MTBS officers need to make proper assessment, classification, action / medication and counseling according to the MTBS chart book as well as the need for demonstrations on the care of sick children to parents to improve parents' knowledge and attitude in caring for children at home.

Keywords: Integrated Management of Toddler Pain, Parent's Understanding.

## **1. PENDAHULUAN**

Indikator derajat kesehatan suatu negara sangat ditentukan oleh kematian bayi dan balita. Secara global angka kematian balita pada tahun 1990 mencapai 15,6 juta dan pada tahun 2012 menurun menjadi 6,6 juta (Kemenkes RI, 2015). MDGs dalam goals 4 dan 5 mengamanatkan bahwa angka kematian balita harus mampu diturunkan menjadi 2/3 dan kematian ibu turun % pada tahun 2015, sehingga di tahun 2015 angka kematian bayi menjadi 17/1000 KH, balita 23/1000 KH serta angka kematian ibu diharapkan turun menjadi 125/100.000 KH (Depkes, 2008).

Penyebab kematian bayi sebagian besar disebabkan karena penyakit yang bisa dicegah seperti pneumonia, malaria. Berdasarkan riskesdas 2007 penyebab utama kematian balita di Indonesia adalah masalah neonatus (asfiksia, BBLR, dan sepsis) dan masalah infeksi (pneumonia dan diare serta malaria di daerah endemis). Sebagian besar penyebab kematian dapat dicegah di pelayanan kesehatan tingkat primer yang memberi pelayanan sesuai dengan standar MTBS (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data yang diperoleh dr Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, dari 26 puskesmas di Kabupaten Kupang baru 12 puskesmas yang melaksanakan MTBS dengan jumlah petugas kesehatan yang sudah dilatih sebanyak 58 orang, artinya masih terdapat 14 puskesmas yang belum menjalankan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang, hal ini akan berdampak pada pelayanan kesehatan balita yang sakit. Puskesmas Tarus merupakan salah satu puskesmas yang ada di Kabupaten Kupang yang sudah menerapkan MTBS (Dinkes Kabupaten Kupang, 2017).

Penerapan MTBS yang baik sangat ditentukan oleh ketrampilan petugas kesehatan dalam melakukan penilaian pada balita sakit secara benar, menentukan klasifikasi yang tepat dan

melaksanakan tindakan/pengobatan secara benar dan tepat serta informasi yang diberikan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman orang tua terutama ibu dalam merawat anak yang sakit di rumah. Pelayanan MTBS di Puskesmas yang berkualitas dapat mempengaruhi tingkat kepuasan orang tua dan pemahaman orang tua sebagai penerima pelayanan kesehatan dalam perawatan anak sakit di rumah (Handayani, 2012).

Dampak yang ditimbulkan bila penatalaksanaan MTBS tidak dilaksanakan secara baik dan benar oleh petugas kesehatan maka petugas kesehatan akan salah melakukan penilaian, menentukan klasifikasi dan salah menentukan pengobatan sehingga untuk mengatasi hal tersebut perlu dilakukan pelatihan MTBS kepada petugas kesehatan di pelayanan kesehatan dasar. Mengingat masalah ini sangat penting maka peneliti perlu melakukan penelitian dengan judul “Analisis pelaksanaan pelayanan MTBS terhadap kepuasan dan pemahaman orang tua dalam perawatan anak sakit di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang”.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah *survey analitik* dengan dengan rancangan *cross sectional* (Notoadmodjo, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua orang tua yang mempunyai anak usia dan 2 bulan-5 tahun dan mendapatkan pelayanan MTBS di Poli MTBS Puskemas Tarus. Sampel dalam penelitian ini adalah orang tua yang mempunyai anak usia 2 bulan sampai 5 tahun yang memenuhi kriteria inklusi : ibu dan anak yang tinggal di wilayah puskesmas Tarus sekurang-kurangnya 6 bulan, ibu mempunyai anak umur 2 bulan sampai 5 tahun, bersedia sebagai responden. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *simple random sampling*. Jumlah sampel 144 responden. Penelitian ini dilakukan di Poli MTBS Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang pada bulan Oktober-November 2017. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data yaitu data dikumpulkan melalui pembagian kuesioner yang berkaitan dengan kepuasan dan pemahaman orang tua tentang pelayanan kesehatan MTBS di Puskesmas Tarus. Pengolahan data menggunakan *software computer*. Analisis statistik yang digunakan adalah *uji Chi-Square*

## HASIL PEMBAHASAN

### 1.1 Identifikasi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan, Pekerjaan orang Tua

Tabel 4.1 Distribusi Responden Menurut Pendidikan Orang Tua di Posyandu Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang Bulan Oktober- November 2017.

Pendidikan	n	(%)
SD	12	8,3
SMP	5	3,5
SMA	72	50,0
Diploma	23	16,0
PT	32	22,2
Jumlah	144	100,0

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu 72 responden (50,5 %).

Tabel 4.2 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Orang Tua di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang Bulan Oktober- November 2017.

Pekerjaan	n	(%)
Ibu Rumah Tangga	131	91,0
Wiraswasta	8	5,6



PNS	4	2,8
Perawat	1	0,7
Jumlah	144	100

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu 131 responden (91,0 %).

#### 4.2 Pelaksanaan Manajemen Teradu Balita Sakit di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang

Tabel 4.3 Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang Bulan Oktober- November 2017

Pelaksanaan MTBS	n	(%)
Baik	26	18,1
Cukup Baik	58	40,3
Kurang baik	60	41,7
Jumlah	144	100,0

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas disimpulkan bahwa pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang kurang baik yaitu 60 responden (41,7 %).

#### 4.3 Pemahaman Orang Tua Setelah Mendapatkan Konseling Pelayanan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang Bulan Oktober-November 2017.

Tabel 4.5 Pemahaman Orang Tua Setelah Mendapatkan Konseling pada Pelayanan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang Bulan Oktober-November 2017.

Pemahaman Orang Tua	n	(%)
Baik	88	61,1
Cukup	6	4,2
Kurang	50	34,7
Jumlah	144	100,0

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pemahaman yang baik setelah mendapatkan konseling pada pelayanan MTBS yaitu 88 responden (61,1%).

#### 4.4 Hubungan Pelaksanaan MTBS dengan Pemahaman Orang Tua tentang Perawatan Anak Sakit di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang

Tabel 4.6 Hubungan antara Pelaksanaan MTBS dengan Pemahaman Orang Tua setelah Konseling tentang Perawatan Anak Sakit di Puskesmas Tarus Kabupaten Bulan Oktober- November 2017

Karakteristik Responden		Pelaksanaan MTBS				
		Baik	Cukup	Kurang	Total	<i>p</i>
Pemahaman Orang Tua	Baik	16	33	39	88 (61,1)	0,675
	Cukup	1	4	1	6 (4,2)	

	Kurang	9	21	20	50 (34,7)
Total		26	58	60	144

Keterangan : Signifikan  $p > 0,05$  *Pearson Chi-Square*: 0,675

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan MTBS tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemahaman orang tua tentang perawatan anak sakit di rumah dimana  $p \text{ value} = 0,675 > \alpha 0,05$ ).

## PEMBAHASAN

### 1.1 Identifikasi Karakteristik Responden yang meliputi Pendidikan, Pekerjaan Orang Tua di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang.

Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih rendah. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut (Soekanto, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu 72 responden (50,5 %). Orang tua dengan tingkat pendidikan yaitu SMA, maka akan lebih mudah mengerti dan paham tentang informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan tentang cara merawat anak sakit di rumah. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa salah satu faktor penting yang membentuk perilaku kesehatan seseorang adalah pengetahuan atau kognitif (Notoatmojo, 2010).

Kedekatan dan kepercayaan antara anak dan orang tua sangat penting. Interaksi bukan ditentukan oleh lamanya orang tua dengan anak melainkan oleh kualitas interaksi. Kualitas interaksi adalah pemahaman terhadap kebutuhan masing-masing dan upaya optimal untuk memenuhi kebutuhan tersebut yang dilandasi oleh rasa saling menyayangi (Soetjiningsih, 2013). Hasil penelitian menunjukkan bahwa, pekerjaan orang tua sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu 131 responden (91,0 %). Hal ini sesuai dengan teori bahwa ibu yang tidak bekerja memiliki waktu lebih banyak dan dapat menghabiskan waktu di rumah bersama anak. Mereka mengatur pola makan anak sehingga anak makan makanan bergizi, merawat anak sakit, melatih dan mendidik anak sehingga perkembangan bahasa dan prestasi akademik anak baik jika dibandingkan dengan ibu bekerja (Zahro, 2011).

Menurut Hurclok (2004) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia reproduktif yaitu 25-35 tahun sebesar 78 responden (54,2 %). Usia reproduktif sangat berpengaruh terhadap pengetahuan tentang praktek-praktek pengasuhan anak (Lubis, 1990 dalam Zahro, 2011). Menurut Notoatmojo (2010) usia seseorang mempengaruhi pola pikir seseorang terhadap informasi yang diterima. Semakin bertambahnya usia maka pola pikir seseorang akan semakin baik. Usia juga mempengaruhi sikap atau perilaku yang dilakukan oleh seseorang yaitu dalam mengambil keputusan yang baik untuk kesehatan anaknya dalam melakukan tatalaksana dirumah yang baik.

### 4.2 Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit pada Anak Usia 2 bulan sampai 5 Tahun Di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang

Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit di fasilitas kesehatan tingkat dasar yang dinilai *cost effective* dan memberikan kontribusi yang sangat besar untuk menurunkan angka kematian neonatus, bayi dan anak balita jika dilaksanakan secara benar & tepat. Pelaksanaan MTBS dikatakan baik jika petugas melakukan penilaian secara lengkap, menentukan klasifikasi secara benar dan melakukan tindakan/pengobatan secara tepat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang kurang baik yaitu sebanyak 60 responden (41,7 %). Peneliti berasumsi bahwa hal ini bisa disebabkan karena motivasi dan sikap petugas MTBS yang rendah serta ketidakpatuhan petugas MTBS dalam mengisi format pencatatan MTBS sehingga berdampak pada kinerja petugas dalam menerapkan pelayanan MTBS. Petugas di Poli MTBS yang berjumlah 5 orang sudah mendapat pelatihan standarisasi MTBS, namun dalam praktik, mereka kurang menerapkan pelayanan

MTBS dengan baik, padahal pengetahuan dan ketrampilan sudah didapatkan pada saat pelatihan standarisasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan Hastuti (2010) bahwa sikap dan motivasi petugas MTBS berpengaruh terhadap penerapan/penatalaksanaan standar MTBS. Penelitian yang sama yaitu ada hubungan antara motivasi dengan kelengkapan lembar MTBS, dimana bidan yang memiliki motivasi kurang mempunyai risiko 1,778 kali untuk tidak melengkapi lembar MTBS dibandingkan dengan yang bidan memiliki motivasi baik. Penelitian pendukung lainnya adalah Rohayati dan Purwati (2015) bahwa ada hubungan antara motivasi dan sikap petugas dengan implementasi MTBS di Kota Bandar Lampung.

Motivasi adalah kesiapan khusus seseorang untuk melakukan serangkaian aktifitas yang ditujukan untuk mencapai tujuan. Seseorang akan bertindak karena suatu alasan yaitu mencapai tujuan. Motivasi berasal dari dalam diri seseorang, sehingga dengan motivasi yang tinggi sudah seharusnya kinerja yang diperoleh juga lebih baik (Rohayati dkk, 2016). Menurut Gibson *et.al* (1996) dalam Silviana (2015) mengatakan bahwa kinerja seseorang yang dinilai tidak memuaskan sering disebabkan oleh motivasi yang rendah.

Berdasarkan hasil observasi dan studi dokumentasi pada format pencatatan MTBS dari 144 responden terdapat 60 responden dalam melakukan pencatatan tidak mengacu pada buku bagan MTBS yaitu penilaian yang tidak lengkap, penentuan klasifikasi yang tidak tepat, pemberian tindakan atau pengobatan tidak tepat dan menentukan kunjungan ulang tidak sesuai dengan pedoman MTBS, sehingga berdampak pada kualitas pelayanan manajemen terpadu pada balita sakit. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Radiyanti (2016) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi petugas MTBS dengan kelengkapan lembar MTBS, dimana bidan yang memiliki sikap kurang mempunyai risiko 1,959 kali untuk tidak melengkapi lembar MTBS dibandingkan dengan bidan yang memiliki sikap baik.

Menurut Azwar (2007) salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap yaitu adanya informasi baru yang mempengaruhi opini seseorang. Pembentukan sikap pada umumnya dalam memberikan pelayanan tidak mengacu pada pedoman buku bagan MTBS yaitu penilaian yang tidak lengkap, pembuatan klasifikasi yang tidak tepat, pemberian tindakan dan pengobatan menjadi tidak tepat. Hal ini dapat berdampak pada kualitas pelayanan MTBS. Sikap seseorang akan terbentuk secara bertahap melalui proses belajar yang dipengaruhi oleh pengalaman belajar. Pembentukan sikap juga dipengaruhi oleh orang lain seperti teman sejawat dan orang lain yang banyak berinteraksi dengan kita, selain itu kemampuan personal juga memegang peranan yang cukup penting dalam pembentukan sikap (Radianti, 2015). Menurut Notoatmodjo (2003), sikap dipengaruhi oleh pendidikan seseorang baik formal maupun non formal seperti pelatihan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Radiyanti (2016) bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dan motivasi bidan dengan kelengkapan format MTBS. Hasil uji diketahui nilai OR 21,3 yang berarti petugas dengan sikap baik memiliki peluang sebesar 21 kali untuk melaksanakan MTBS lebih baik dibanding petugas dengan sikap kurang baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan Hastuti, (2010), bahwa sikap positif petugas kesehatan terhadap MTBS meningkatkan penemuan kasus dan juga kesembuhan pada diare akut balita.

#### **4.4 Pemahaman Orang Tua Setelah Mendapatkan Konseling Pelayanan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang Bulan Oktober-November 2017.**

Pengetahuan adalah hasil tahu dan hal ini terjadi setelah orang melakukan suatu penginderaan terhadap obyek tertentu. Menurut Harlock, pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan, pengalaman diri sendiri dan orang lain, media masa serta lingkungan (Rini, 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pemahaman yang baik setelah mendapatkan konseling pada pelayanan MTBS yaitu 88 responden (61,1%). Hal ini disebabkan karena sebagian besar responden berpendidikan SMA sehingga mereka mudah mengerti tentang apa yang dipesan oleh petugas MTBS terkait perawatan anak sakit di rumah dalam hal ini adalah pemberian obat antibiotik pada anak sakit di rumah, penanganan anak diare di rumah melalui pemberian oralit dan tablet zink, kapan orang tua harus melakukan kunjungan ulang, dan ditemukan tanda - tanda bahaya pada anak yang mengharuskan orang tua untuk segera kembali ke puskesmas

untuk mendapat perawatan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Dewi (2015) bahwa pemberian konseling tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku ibu dalam merawat anak demam di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

Menurut Baker dan Lopez (2010) pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan, dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka dapat memberikan pengetahuan lebih dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah, sehingga yang berpengetahuan lebih semakin paham dengan materi, strategi serta mampu dalam menerapkan apa yang diketahui. Selain dari tingkat pendidikan, pengetahuan orang tua juga dapat dipengaruhi oleh media masa, hubungan sosial dan pengalaman. Menurut Notoatmodjo (2003), tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya. Peneliti berasumsi bahwa dengan sebagian besar orang tua berpendidikan SMA, maka mereka akan lebih mudah mengerti dan memahami tentang konseling perawatan anak sakit sehingga diharapkan mereka akan melakukan praktik perawatan anak sakit ketika sampai rumah.

#### **4.5 Hubungan Pemahaman Orang Tua dengan Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan MTBS tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemahaman orang tua tentang perawatan anak sakit di rumah dimana  $p \text{ value} = 0,675 > \alpha 0,05$ ). Peneliti berasumsi bahwa hal ini disebabkan karena pengetahuan orang tua dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua dalam merawat anak sakit bukan karena pelaksanaan MTBS yang kurang baik dalam hal ini penilaian yang tidak lengkap, klasifikasi yang salah dan tindakan/pengobatan yang tidak sesuai buku bagan (pengisian formulir MTBS yang tidak lengkap). Menurut Harlock (2004), pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan, pengalaman diri sendiri dan orang lain, media masa serta lingkungan (Rini, 2012). Menurut peneliti salah satu faktor yang mempengaruhi orang tua adalah pendidikan, karena dengan pendidikan orang akan lebih mudah paham tentang informasi yang disampaikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman orang tua sebagian besar berada dalam kategori baik yaitu 88 responden (61,1%), hal ini disebabkan karena sebagian besar orang tua berpendidikan SMA yaitu 72 responden (50,5 %), sehingga informasi yang disampaikan pada saat konseling akan mudah dimengerti dan dipahami oleh orang tua. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa orang tua yang mempunyai pendidikan yang baik dapat menerima informasi dari luar tentang cara pengasuhan anak yang baik dan bagaimana menjaga kesehatan anak, mendidik dan sebagainya (Soetjiningsih, 2013).

#### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan maka dapat disimpulkan :

1. Sebagian besar responden berpendidikan SMA, sebagian besar responden bekerja sebagai ibu rumah tangga (IRT).
2. Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang adalah kurang baik.
3. Pemahaman orang tua setelah mendapatkan konseling pelayanan MTBS tentang perawatan anak sakit di Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang adalah baik.
4. Tidak terdapat hubungan antara pemahaman orang tua tentang perawatan anak sakit dengan pelaksanaan MTBS

#### **REFERENSI**

Azwar, S. 2007. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.  
Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang (2016). Profil Dinas Kesehatan Kota Kupang.

Hurlock Elisabeth B. (2011). Psikologi Perkembangan Suatu Perkembangan Sepanjang Rentang Kehidupan. Jakarta: Erlangga.

Hastuti (2010) Pengaruh Pengetahuan, Motivasi dan Sikap Terhadap Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Kabupaten Boyolali, *tesis*, Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.  
Handayani (2012) Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas MTBS Puskesmas di Kabupaten Kulon Progo, *Sripsi*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta.

Kyle Terri & Charman Susan, (2014). Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2, V,ol.2. Jakarta. EGC.  
Kementerian Kesehatan RI (2015a). Pedoman peningkatan penerapan MTBS.  
Kementerian Kesehatan RI. (2015b). Buku Bagan MTBS. Jakarta. Cetakan tahun 2017  
Modul MTBS.(2017). MTBS di Pelayanan Kesehatan Dasar. Kemenkes RI  
Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmojo Soekidjo. (2010). Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi. Jakarta : Rineka Cipta

Profil Kesehatan Propinsi NTT Tahun 2015. (Diakses pada tgl 22 April 2017). Available from: ([http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2015/19\\_NTT\\_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/19_NTT_2015.pdf))

Pohan, I.S. (2006). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC

Rohayati, Sulastri dan Purwati (2015). Analisis Faktor Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan, Volume XI No. 1*.

Radiyanti D. C. Ayuning ( 2016) Hubungan Motivasi dan Sikap Bidan Dengan Kelengkapan Pengisian Lembar MTBS Di Puskesmas Kabupaten Karanganyar, *skripsi*, Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Silviana Patria, Hestningsih Retno dan Wuryanto M.Arie (2015) Hubungan karakteristik individu dan perilaku pada petugas manajemen terpadu balita sakit. (MTBS) dengan cakupan penemuan pneumonia di Puskesmas Kabupaten Kebumen, *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* Volume 3, Nomor 1.

Soetjningsih dan Ranuh IG.N. Gde. (2013). *Tumbuh Kembang anak*. Jakarta: EGC,  
Tanuwidjaja Dejana Ade (2017). Panduan Fasiitator MTBS. Pelatihan TOT MTBS.  
Zahro, A.A. (2011). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang stimulasi Verbal dengan Perilaku Membacakan Cerita pada Anak di Dusun Petet desa Tuntang Kecamatan Tuntang Kabupaten Semarang*. 26 Juni 2012. (Disitasi : [http://digilib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=detail&d\\_id=10713](http://digilib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=detail&d_id=10713)) (Sitasi pada Tanggal 20 Juli 2017).

# **KEBIASAAN MAKAN DAN AKTIVITAS FISIK REMAJA GEMUK, PENDEK DAN KURUS PADA MURID SMA KRISTEN MERCUSUAR KUPANG**

*(FOOD HABIT AND PHYSICAL ACTIVITY OF OBESITY, STUNTING AND UNDERWEIGHT  
ADOLESCENTS AT SMA MERCUSUAR KUPANG)*

**Lalu Juntra Utama**

*Program Studi Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang*

[juntra8686@gmail.com](mailto:juntra8686@gmail.com)

## **ABSTRACT**

This study aims to explore and comparison food habit, physical activity of the obese and underweight adolescents and their views on obese, stunting and underweight. Data collected interviews with subject, mother and friends. The subject aged 16 - 17 years from senior high school Mercusuar Kupang participated. The result showed obese adolescents have excessive consumption or unhealthy food habit and lack of activity. However the result underweight and stunting adolescents have lack consumption or unhealthy food habit and high physical activity. Part of subject skip the breakfast before leaving for school. Subjects knew that obesity, stunting and underweight a risk factor for many diseases, but they thought were young and would improve diet as adults.

**Keywords:** food habit, physical activity, obese adolescents, stunting adolescents, underweight adolescent

## **PENDAHULUAN**

Masalah kekurangan dan kelebihan gizi di Indonesia telah menjadi masalah umum pada tingkat individu maupun keluarga. Kekurangan konsumsi energi dan protein menjadi salah satu penyebab masalah kekurangan gizi, yang diduga diakibatkan oleh taraf perekonomian penduduk Indonesia yang rendah.

Kelebihan konsumsi energi dan lemak menjadi salah satu penyebab masalah kelebihan berat badan. Secara global, World Health Organization (WHO) menggambarkan prevalensi obesitas menjadi sebuah epidemi, yang dikarenakan terus meningkat. Sedangkan angka prevalensi kekurangan gizi masih belum bisa di turunkan, yang dikarenakan tingkat kemiskinan di negara berkembang cukup tinggi. Masalah gizi pada remaja dikarenakan perilaku gizi yang keliru, yaitu ketidakseimbangan antara asupan gizi dan kecukupan gizi yang dianjurkan serta faktor aktivitas remaja.

Gizi kurang umumnya terjadi karena jumlah konsumsi energi dan zat gizi lainnya tidak memenuhi kebutuhan tubuh. Pada remaja putri, gizi kurang terjadi karena keterbatasan diet atau membatasi sendiri intake makannya. Kejadian gizi lebih pada remaja disebabkan kebiasaan makan yang kurang baik sehingga jumlah masukan energi menjadi berlebih.

Lieberman et al menjelaskan beberapa faktor yang menyebabkan kegemukan pada remaja antara lain kebiasaan makan, aktifitas fisik, sikap dan pengaruh keluarga atau teman sebaya serta faktor ekonomi.

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa status gizi remaja umur 16 - 18 tahun secara Nasional, prevalensi untuk kegemukan sebesar 7,3%, kurus sebesar 9,4% berdasarkan IMT/U dan pendek 31,4%.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti ingin melakukan penelitian tentang kegemukan dan kurus pada remaja melalui pendekatan

kualitatif. Tujuan umum penelitian ini adalah mengeksplorasi kebiasaan makan dan aktifitas fisik remaja kegemukan dan kurus di SMA Mercusuar Kupang serta melihat pandangan mereka tentang status gizi yang mereka alami. Hasil penelitian ini nantinya diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk

melakukan kajian tentang pendidikan gizi dan penyelenggaraan makanan bagi kelompok remaja dengan masalah gizi.

## **2. METODE PENELITIAN Desain, Waktu dan Tempat**

Desain penelitian ini adalah studi kualitatif yang dianalisis dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini dilakukan di SMA Mercusuar Kupang pada bulan juli 2016.

### **Subyek Penelitian**

Subyek penelitian adalah kelas 10 dan 11 murid SMA Mercusuar Kupang. Pemilihan lokasi dilakukan secara purposif dengan pertimbangan observasi peneliti di sekitar sekolah dan ditemukan beberapa siswa yang gemuk dan kurus. Pertimbangan pemilihan siswa kelas itu adalah agar tidak mengganggu aktivitas akademik siswa kelas 12 yang sedang mempersiapkan ujian. Penentuan subyek penelitian secara purposif dengan kriteria inklusi, yaitu mengalami obes, pendek dan kurus, berusia 16 - 18 tahun, bersedia menjadi responden. Pernyataan kesediaan (inform consent) diperoleh setelah penjelasan tentang penelitian dan manfaatnya bagi subyek penelitian. Pemilihan subyek penelitian dilakukan dengan cara sebagai berikut: peneliti mendatangi setiap kelas 10 dan 11, lalu meminta semua siswa untuk berdiri di samping mejanya, kemudian peneliti mengamati postur tubuh mereka. Siswa yang dipilih menjadi subyek penelitian adalah tiga orang yang postur tubuhnya gemuk, tiga orang yang postur tubuhnya kurus dan tiga orang yang postur tubuhnya pendek berdasarkan pengamatan tersebut. Selanjutnya semua subyek tersebut di ukur berat dan tinggi badannya untuk menentukan status gizinya.

### **Jenis dan Cara Pengumpulan Data**

Jenis data yang dikumpulkan meliputi data kebiasaan makan, aktifitas fisik dalam satu minggu terakhir, serta pandangan siswa terhadap status gizi yang di alami. Variabel tersebut tidak digunakan untuk menganalisis penyebab malnutrisi tetapi lebih di maksudkan untuk memberikan gambaran variabel tersebut pada penderita malnutrisi.

Pengumpulan data di lakukan dengan metode wawancara menggunakan alat bantu perekam serta dengan observasi. Wawancara secara dua kali yang berlangsung sekitar 60 menit pada saat istirahat pertama dan kedua serta setelah pulang sekolah. Wawancara menggunakan kuesioner yang sudah di modifikasi dari kuesioner yang dikembangkan oleh Wills et al (2006).

Triangulasi sumber informasi dilakukan untuk proses validasi data, yaitu wawancara selain dengan subyek, wawancara juga dilakukan dengan ibu subyek dan teman subyek. Teman subyek merupakan pengakuan berdasarkan keterangan subyek yang kemudian di verifikasi kepada teman yang disebutkan. Seluruh wawancara dilakukan secara personal tanpa kehadiran pihak lain.

### **Pengolahan dan Analisis Data**

Hasil pengumpulan data dicatat dan direkam. Setelah itu dikembangkan menjadi transkrip. Analisa data yang dilakukan adalah analisis isi (content analysis) dari jawaban untuk setiap topik pada wawancara. Selanjutnya analisis isi jawaban tersebut serta hasil observasi di sarikan dalam bentuk narasi.

## **3. HASIL**

### **Karakteristik Subyek Penelitian**

Subyek penelitian (SP) berumur 16 - 17 tahun, dengan berat badan berkisar antara 33 - 97 kilogram serta tinggi badan antara 141 - 170 centimeter. Indeks Massa Tubuh (IMT) berada pada rentang 15 sampai 33 dan nilai Z\_Score berada di rentang  $< - 3$  sampai  $> +2$  berdasarkan indeks IMT/U dan TB/U baku antropometri anak 5 - 19 tahun (WHO, 2007). Selengkapnya pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Subyek Penelitian

No	Karakteristik							Hasil
	JK	Kelas	Umur (Tahun)	BB (Kg)	TB (Cm)	IMT/U dan TB/U	Z_Score	
SP 1	L	X	16	37	156	15	< - 2 SD	Pendek
SP 2	L	XI	17	42	154	17	< - 2 SD	Pendek Sangat
SP 3	P	XI	17	33	141	16	< - 3 SD	Pendek
SP 4	L	X	16	41	158	16	< - 2 SD	Kurus
SP 5	L	X	16	40	159	15	< - 2 SD	Kurus
SP 6	L	X	16	45	165	16	< - 2 SD	Kurus
SP 7	P	XI	17	73	148	33	> + 2 SD	Obesitas
SP 8	L	X	16	95	170	32	> + 2 SD	Obesitas
SP 9	L	X	16	97	170	33	> + 2 SD	Obesitas

Hanya SP 3 dan SP 8 yang orang tuanya merupakan wiraswasta, sedangkan orang tua lainnya merupakan Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Menurut pengakuan ibu untuk yang obesitas, ketiga subyek sudah gemuk sejak balita. Pengakuan ibu yang kurus, dua subyek mengalami kurus sejak masuk SMA. Hanya satu yang sudah kurus sejak balita yaitu SP 5. Pengakuan ibu untuk yang pendek, subyek SP 3 terlihat lebih pendek dari teman sebayanya sejak masuk SMP. Sedangkan yang lainnya terlihat pendek setelah masuk SMA. Sebagian besar subyek berdasarkan observasi, mempunyai kedua orang tua atau salah satu orang tua mengalami kegemukan. Hanya SP 1 dan SP 6 yang kedua orang tuanya mempunyai ukuran tubuh proporsional.

## Kebiasaan Makan

### A. Kebiasaan Sarapan

Semua subyek yang mengalami kurus dan pendek melewatkan sarapan pagi sebelum berangkat ke sekolah, tetapi terdapat perbedaan alasan antara yang pendek dan kurus. Subyek yang mengalami pendek melewatkan sarapan karena tidak terbiasa sarapan pagi, sedangkan untuk subyek yang kurus melewatkan sarapan pagi karena takut sakit perut dan SP 5 melewatkan sarapan karena takut buang air besar di sekolah. Subyek yang mengalami obesitas terbiasa sarapan sebelum berangkat ke sekolah dengan menu nasi goreng ditambah telur ceplok, hanya SP 9 yang sarapan dengan roti tawar ditambah selai, meisis dan margarin atau kadang - kadang dengan keju.

Alasan subyek tidak sarapan diuraikan dalam pernyataan berikut :

SP 1 : *“Kalau dirumah beta sonde biasa makan pagi, beta sampai sekolah baru beli nasi untuk sekalian makan siang di sekolah”*

SP 2 : *Kalau sarapan tidak pernah karena tidak disiapkan ibu, saya hanya di kasih uang jajan untuk di sekolah.*

SP 3 : *beta selalu bangun terlambat, kemudian buru-buru pi sekolah, takut telat nanti pak guru kasi hukuman.*

SP 4 : *mama sudah kasi siapkan sarapan, hanya saya takut gemuk seperti mama dan bapak. saya biasa sakit perut kalo sarapan, ke mules sa...*



- SP 5 : saya sudah pernah sarapan trus sampai sekolah beta BAB trus, sejak saat itu beta sonde berani sarapan pagi, malu kalo pi kamar mandi terus*
- SP 6 : beta pung perut sakit kalo sarapan, apalagi kalo sarapan nasi tu, perut ke karmana ko.*
- SP 7 : su dari kecil diajar untuk sarapan pagi, biar bisa konsentrasi belajar, jadi su terbiasa sampai sekarang*
- SP 8 : Sarapan biar beta sonde mudah lapar di sekolah, beta cepat lapar apalagi kalo liat teman-teman su makan*
- SP 9 : di rumah tidak ada pembantu jadi mama sibuk, bapak juga, beta d rumah hanya disediakan roti sa untuk sarapan*

## **B. Membawa Bekal dan Makan Siang**

Tidak seorang pun dari subyek yang membawa bekal ke sekolah. Sebagian besar subyek terutama semua laki-laki mengaku malu untuk membawa bekal ke sekolah, karena merasa sudah SMA dan tidak perlu lagi bekal makanan, cukup dengan membawa uang saja untuk membeli nasi atau snack. Pada SP 7 yang rutin membawa bekal ke sekolah berupa nasi atau mie yang di campur dengan daging dan telur.

- SP 7 : mama biasa marah kalo beta sonde bawa bekal yang su disiapkan, kadang b malu ju, tapi daripada mama marah di rumah, biasa mangomel sampai malam.*
- Ibu : beta su capek buat dia bekal biar sonde terlalu banyak jajan di luar, apalagi liat berita di tv tentang jajanan yang sudah banyak di campur micin.*

## **C. Makan Malam**

Semua subyek penelitian melakukan makan malam di rumah dengan menu dasar nasi, pada pukul 18.30 - 21.00. Hanya satu orang yaitu SP 9 yang makan malam dengan tambahan bahan mie setelah makan nasi.

- SP 1 : makan malam selalu di rumah, on ada uang kalo belanja di luar*
- Ibu SP 1: beta selalu menyuruh atau malah mewajibkan seisi rumah ni untuk makan malam d rumah.*
- SP 2 : beta pamalas makan di rumah, hanya saja kadang b ju kasian dengan mama yang su buat cape - cape, jadi b makan tapi sekedar sa...tertawa*
- Ibu SP 2 : saya selalu masak di rumah kalo malam tapi mereka cuma makan sedikit, habis itu maen di luar*
- SP 5 : Makan malam hanya sedikit sa kalo d rumah karena setelah pulang sekolah biasanya ada beli gorengan*
- Ibu SP 5 : beta pung anak sejak kecil su susah makan, jadi beta cuma menyiapkan sa*
- SP 6 : mmmh hhh makan malam yaa? biasanya sih setelah beta pulang maen futsal baru b cari makan, tapi kadang-kadang hanya makan nasi kosong sa dengan kerupuk dan gorengan*
- Ibu SP 6 : beta on tau dia makan malam di mana, karena pulang lat, kadang ju malam pulang mabuk laru... makanya beta pamalas untuk kasi sisa makanan*
- SP 7 : beta telalu banyak makan, jadi mau bilang makan malam ju bisa tiga kali mulai dari sore sampai beta tidur*
- Ibu SP 7 : beta pung anak yang satu tu memang makan on ukur- ukur. su sering kasi tau, ma dia bilang lapar terus, kadang beta sebagai mama dong takut.*
- SP 9 : terlalu sering d ajak makan di luar dengan b pu maitua, padahal baru selesai makan di rumah, b on bisa menolak. jadi kita selalu cari tempat baru di kupang ni hanya untuk makan dia pu menu baru, setelah itu bisa upload di sosmed. Su sayang naaaa, hahaha*
- Ibu SP 9 : anak satu ni suka keluar malam setelah makan di rumah, tapi on pernah mabok ato aneh-aneh di luar sana.*

#### **D. Porsi Makan**

Menurut pengakuan subyek dan ibunya, porsi nasi untuk tiap-tiap status gizi yang mereka konsumsi berbeda-beda. Subyek dengan status gizi kurus mengkonsumsi nasi dengan porsi banyak, begitu juga dengan subyek dengan status gizi pendek, hanya SP 2 yang mengkonsumsi nasi dengan porsi sedikit. Subyek dengan status gizi gemuk mengkonsumsi nasi dengan porsi yang tidak banyak atau besar, namun makanan yang lain seperti mie ataupun snack yang di gemari dikonsumsi dengan jumlah yang banyak. Hal tersebut juga di dukung oleh pernyataan ibu mereka, seperti yang di ungkapkan oleh ibu SP 1, SP 2, SP 3, SP 5, SP 6, SP 7 dan SP 9.

*Ibu SP 1 : Anak saya mengkonsumsi nasi dengan jumlah yang besar, kadang dia juga nambah, apalagi kalau pulang agak telat.*

*Ibu SP 2 : dia makan nasi sedikit saja, dia bilang tidak terlalu suka makan nasi, apalagi kalau lauknya hanya sayur dan ikan*

*Ibu SP 3 : Makan banyak, maen banyak, kerja malas. b pung anak memang begitu*

*Ibu SP 5 : Anak ini makan banyak, walaupun cuma lauk ikan teri, makan nasi bisa dua piring, apalagi kalau ada sambal*

*Ibu SP 6 : makan susah kalau lauk tidak pas di dia pung selera makan, dia ju sering makan d luar, b on tau seberapa besar porsinya*

*Ibu SP 7 : dia pu makan cuma sedikit sa tiap kali makan, cuma dia sering makan apalagi dengan snack mie instan, snack - snack toko tu dia hobi sekali*

*Ibu SP 9 : Anak saya makan wajar, maksudnya tidak terlalu banyak tidak juga terlalu sedikit. pas*

*lahhh hehehe... hanya saja kalau keluar bisa - bisa dia minta uang banyak, katanya untuk pergi makan-makan dengan pacarnya*

Semua subyek yang ikut dalam penelitian ini sangat menyukai mie instan, apapun status gizi yang di alami. SP 1 dan SP 7 misalnya, mereka mengkonsumsi mie instan bisa mencapai 10 bungkus perminggu atau perhari bisa 1 - 2 bungkus.

#### **Aktifitas Fisik**

Semua subyek dengan status gizi kurus berangkat ke sekolah menggunakan bemo dan jalan kaki, sedangkan untuk status gizi pendek dan gemuk menggunakan motor atau diantar sampai sekolah, sehingga aktifitas fisik tidak terlalu berarti. Berdasarkan observasi dan wawancara terhadap setiap subyek, terdapat perbedaan yang jelas antara subyek yang pendek, kurus dan gemuk dalam hal aktifitas fisik. Subyek dengan status gizi pendek mempunyai aktifitas fisik dalam seminggu adalah dengan bermain futsal, lari-lari saat sore hari dan setelah itu istirahat. Pada subyek yang status gizi kurus, aktifitas dalam kesehariannya sangat padat mulai dari maen futsal atau sepak bola dengan intensitas tinggi, bermain basket, bulu tangkis sampai dengan membantu membersihkan rumah dan kendaraan kalau hari libur. Sedangkan untuk yang status gizi gemuk, aktifitas fisik tidak terlalu diperhatikan selain pada saat jam pelajaran olahraga di sekolah, tidak ada kegiatan olahraga atau kegiatan fisik yang rutin untuk dilakukan. Kegiatan banyak di isi dengan menonton televisi, bermain game online, bermain play station (PS), lebih suka menonton permainan sepak bola.

*SP 8 : saya kalau lagi istirahat lebih senang ke kantin, ya beli mie, roti dengan minum. begitu saja. banyak kawan yang ajak main tapi b pemalas karena nanti baju basah keringat.*

Selain olahraga di sekolah, semua subyek penelitian yang status gizi kurus dan pendek melakukan olahraga rutin. SP 1, SP 3, SP 4, SP 6 bermain futsal setiap hari dengan durasi 1 sampai 2 jam. SP 2, SP 5 lari sore dengan jarak sampai 10 kilometer setiap hari dan hari libur membantu membersihkan rumah dan kendaraan

## **Pandangan Tentang Status Gizi Sekarang**

Semua subyek penelitian mengetahui bahwa kebiasaan makan dan aktifitas fisik yang dilakukan belum tepat. Mereka juga mengetahui bahwa mereka mengalami malnutrisi dengan efek menjadi faktor risiko untuk berbagai penyakit degeneratif, seperti yang di sampaikan oleh SP 2, SP 5, SP 6, SP 8 dan SP 9

*TA SP 2 : teman-teman suka olok dia bilang pendek, dia marah tapi on tau mau berbuat apa, kadang kasihan juga lihatnya*

*Ibu SP 2 : dia sering tanya - tanya kenapa dia pendek, trus saya kasih suruh dia untuk olahraga dan makan yang banyak biar cepet tumbuh. Tapi dia sonde mau nurut*

*SP 2 : mama dengan bapak sering bawa saya ke tukang urut, katanya biar kasi tambah panjang badan*

*TA SP 5 : palingan dia merasa sonde PD (percaya diri) kalo ketemu atau mau pacaran dengan cewek, kadang sering ditolak kalau mau pacaran akhirnya dia ju malas kasi gemuk diri. kadang dia suka curhat kalau makan su banyak tapi berat on tau naek-naek.*

*Ibu SP 5 : maunya dia gemuk tapi karena sudah kurus dari kecil, susah juga kasi gemuk. Pergi ke dokter juga pernah, tapi dia tidak mau nurut apa yang dokter kasih tau*

*SP 5 : dulu pernah ke dokter dan disuruh makan makanan yang bergizi, terus di kasi tau untuk ke ahli gizi biar di kasih tau menunya. tapi mama bilang kasi buang - buang uang sa.*

*TA SP 6 : dia merasa nyaman dengan dia pung bentuk badan, dia merasa keren kaka kalo dia bilang mirip kaka slank, mungkin karena dia sering mabuk laru makanya kurus begitu*

*Ibu SP 6 : beta sering bilang ke dia jangan merokok, mabuk, tapi dia tidak mau dengar. kalau kumpul dengan kawannya dia semangat sekali sampai lupa pulang rumah dan makan.*

*SP 6 : namanya anak muda kaka, suka yang senang - senang sa, on terlalu fikir yang begitu - begitu. Nanti kalau sudah dewasa pasti fikiran beda, jadi nikamti saja dulu masa - masa sekarang*

*TA SP 8 : kita - kita sering omong ke dia kalo badan su kaboak (besar) begitu, tapi dia senyum-senyum sa*

*Ibu SP 8 : dia maunya kurus kaka, dia ju tidak nyaman badan begitu, tapi kalo liat makanan habis kan saja dulu makanannya...hahahaha*

*SP 8 : saya santai saja, orang bilang apa ju on peduli*

*TA SP 9 : dia su pernah diet seperti yang banyak di medsos, tapi bertahan seminggu sa abis itu balik lagi makan-makan*

*Ibu SP 9 : susah mau dibilangin untuk berhenti makan dan banyak olahraga, karena dia laki-laki satu - satunya, b biarkan saja*

*SP 9 : kalo mau kurus gampang sa kaka, tapi b malas kurus,,hahahaha*

## **4. PEMBAHASAN**

Remaja membutuhkan sejumlah kalori untuk memenuhi kebutuhan energi sehari-hari baik untuk keperluan aktivitas maupun pertumbuhan. Peningkatan kebutuhan energi sejalan dengan bertambahnya usia. Dalam memenuhi kebutuhannya, usia remaja dianjurkan untuk mengkonsumsi variasi makanan sehat antara lain sumber protein, produk susu rendah lemak, sereal, buah dan sayuran . Pada prinsipnya, kebutuhan gizi anak usia 10-12 tahun adalah tinggi kalori dan protein, karena pada masa ini tubuh sedang mengalami pertumbuhan yang cukup pesat. (Brown, 2005)

Semua subyek dengan status gizi kurus dan pendek memiliki konsumsi energi pada kategori defisit berat atau kurang dari 70% angka kecukupan yang dianjurkan. Menurut data Riskesdas 2010, persentase remaja yang mengonsumsi energi <70% secara nasional sebesar 54.5% meskipun sebagian besar subjek berasal dari kalangan ekonomi menengah ke atas. Rendahnya tingkat kecukupan energi diduga karena konsumsi pangan sumber karbohidrat kurang dari yang dianjurkan.

Sebagian besar subjek memiliki kecukupan protein lebih kecil daripada tingkat kecukupan minimal yaitu 80% AKG. Menurut Riskesdas 2010, persentase remaja dengan kecukupan protein di bawah kecukupan minimal secara nasional sebesar 38.1%. Besarnya persentase subjek yang memiliki tingkat kecukupan protein kategori defisit berat menunjukkan rendahnya konsumsi pangan sumber protein. Hasil *Food Recall* 1x24 jam selama 3 hari menunjukkan subjek sering mengonsumsi pangan sumber protein hewani namun kuantitasnya masih rendah.

Ketidakeimbangan pola konsumsi mengakibatkan kurangnya maupun lebihnya zat gizi yang masuk dalam tubuh. Hal ini ditambah dengan kebiasaan anak yang lebih menyukai jajan dan dapat memilih jajanan yang mereka sukai. Jenis jajanan yang kebanyakan dikonsumsi anak-anak adalah jenis jajanan yang banyak mengandung lemak dan energi. (Utomo et al, 2012)

Asupan energi yang cukup tinggi dari asupan makanan maka akan disimpan sebagai lemak oleh tubuh. Asupan tinggi energi dan lemak ini akan menyebabkan peningkatan berat badan pada anak (Wulandari et al, 2015). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa adanya hubungan antara asupan energi dengan kejadian obesitas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyebutkan bahwa adanya hubungan antara asupan energi dengan kejadian obesitas (Maidelwita, 2012)

Stunting merupakan faktor risiko untuk berkurangnya kelangsungan hidup, kesehatan masa anak-anak dan dewasa, kapasitas belajar dan produktivitas. Proses terjadinya stunting umumnya disebabkan oleh intake makanan dan infeksi yang berulang (ACC/SCN IFRI, 2000)

Penelitian yang dilakukan di Bangladesh menemukan bahwa remaja perempuan dengan aktivitas fisik yang rendah sampai sedang merupakan faktor protektif terhadap kejadian kurus (Rah JH et al, 2009). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak dengan aktivitas fisik rendah merupakan faktor protektif untuk kejadian stunting dibanding anak dengan aktivitas fisik tinggi. Keseimbangan antara energi yang dikonsumsi dan energi yang dikeluarkan merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak dengan aktivitas fisik rendah dan tinggi.

Anak-anak dengan konsumsi yang rendah diasumsikan tidak mempunyai aktivitas yang banyak karena mereka tidak mempunyai energi yang cukup untuk beraktivitas. Anak-anak dengan aktivitas yang tinggi akan mengeluarkan banyak energi, jika konsumsi energi tidak mencukupi maka akan dilakukan pemecahan protein untuk memenuhi kebutuhan energi (Heryudarini H et al, 2015)

Aktivitas fisik diketahui membantu menurunkan berat badan dengan meningkatkan pengeluaran energi sebesar 20 -50%.Keadaan overweight banyak dihubungkan dengan gaya hidup sedentari dan tingkat aktivitas fisik rendah. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian di Kamerun, disebutkan bahwa anak stunting baik normal maupun dengan overweight keduanya cenderung memiliki aktivitas fisik yang kurang terutama pada anak perempuan

Penelitian terdahulu di Kamerun menunjukkan anak stunting memiliki simpanan energi yang lebih rendah dibanding dengan anak normal, sehingga aktivitas fisik yang rendah merupakan salah satu bentuk adaptasi tubuh terhadap kekurangan energi tersebut. Ketersediaan energi yang lebih banyak juga menjadi kemungkinan alasan mengapa beberapa anak stunting disertai overweight menjadi lebih aktif beraktivitas fisik. (Said-Mohamed R et al, 2012)

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai pergerakan tubuh khususnya otot yang membutuhkan energi dan olahraga adalah salah satu bentuk aktivitas fisik. Rekomendasi dari Physical Activity and Health menyatakan bahwa 'aktivitas fisik sedang' sebaiknya dilakukan sekitar 30 menit atau lebih dalam seminggu. Aktivitas fisik sedang antara lain berjalan, jogging, berenang, dan bersepeda (Mustelin et al, 2009)

Aktivitas fisik yang dilakukan setiap hari bermanfaat bukan hanya untuk mendapatkan kondisi tubuh yang sehat tetapi juga bermanfaat untuk kesehatan mental, hiburan dalam mencegah stres (WHO, 2000)

Rendahnya aktivitas fisik merupakan faktor utama yang mempengaruhi obesitas. Kebiasaan olahraga dalam penelitian ini didasarkan atas aktivitas fisik anak dalam kesehariannya antara lain kebiasaan berjalan kaki dan bersepeda. Proporsi anak yang tidak rutin berolahraga sebesar 39,4%. Pada penelitian ini didominasi oleh rendahnya aktivitas fisik yang dilakukan responden.

Hal ini dikarenakan sebagian besar dari responden melakukan aktivitas fisik yang diselenggarakan oleh sekolah setiap satu minggu sekali yaitu pada saat jam pelajaran olahraga. Waktu istirahat dimanfaatkan oleh responden untuk membeli jajanan yang tersedia didalam maupun diluar sekolah. Selain itu mereka menghabiskan waktu istirahat dengan bercengkrama dengan sesama teman didalam kelas.

Diluar jam sekolah sebagian besar responden menghabiskan waktu dengan menonton televisi, bermain game maupun belajar. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa Adanya peningkatan prevalensi obesitas yang terjadi pada anak sekolah ini disebabkan oleh salah satunya bahwa anak lebih cenderung menghabiskan waktu luangnya untuk menonton televisi dan kegiatan lain yang tidak mengeluarkan energi. Hal inilah yang menyebabkan aktivitas fisik mereka tergolong rendah sehingga berdampak pada keseimbangan asupan makanan yang mereka konsumsi (Carson et al, 2011)

## **5. KESIMPULAN**

Secara umum, kebiasaan makan pada subyek penelitian dengan status gizi kurus dan pendek masih kurang dari angka kebutuhan gizi yang dianjurkan dan aktivitas fisik yang dilakukan termasuk berat. Sebaliknya pada subyek dengan status gizi gemuk kebiasaan makan melebihi angka kecukupan gizi yang dianjurkan dan tidak ada aktivitas fisik sedang atau berat yang dilakukan oleh subyek penelitian. Semua subyek penelitian mengetahui bahwa ada hubungan antara kebiasaan makan dan aktivitas fisik dengan ukuran tubuh mereka. Subyek juga mengetahui bahwa ukuran tubuh mereka berkaitan juga dengan kesehatan, namun demikian mereka beranggapan bahwa ukuran tubuh mereka akan membaik ketika sudah dewasa nanti.

## **6. SARAN**

Perlu diberikan pemahaman melalui konsultasi gizi dan pendampingan serta dukungan dari orang terdekat untuk memperbaiki ukuran tubuh dengan kebiasaan makan yang seimbang dan melakukan aktivitas fisik yang baik

## DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN and International Food Policy Research Institute (IFPRI). Nutrition Throughout the Life Cycle. 4th Report of The World Nutrition Situation. Geneva: IFPRI, 2000.
- Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med* 2006;355:763—78.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta. ——— Riset Kesehatan Dasar. 2010. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010.
- Bolton-Smith C., Woodward M., Tunstall-Pedoe H., Morrison C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self-reported height and weight in an adult Scottish population. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:143—8.
- Brown JE. Nutrition through the life cycle. Belmont : Thomson Wadsworth 2005)
- Carson, V., Iannotti, R. J., Pickett, W. & Janssen, I. Urban and rural differences in sedentary behavior among American and Canadian youth. *Health Place* 17, 920– 928 (2011).
- Field AE, Coakley EH, Must A, et al. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Arch Intern Med* 2001;161:1581—6.
- Flegal KM, Williamsson DF, Pamuk ER, Rosenberg HM Estimating deaths attributable to obesity in the United States. *Am J Public Health* 2004;94:1486 —89.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *JAMA* 2005;293:1861—7.
- Fontaine KR, Barlofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Res* 2001;2:173—82.
- Gronniger JT A semiparametric analysis of the relationship of body mass index to mortality. *Am J Public Health* 2006;99:173—8.
- Heryudarini Harahap, Sandjaja, Moesijanti Soekatri. Kepadatan tulang, aktifitas fisik dan konsumsi makanan berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 6 - 12 tahun. *Gizi Indon* 2015, 38(1):1-8 Maidelwita, Y. Pengaruh Faktor Genetik, Pola Konsumsi dan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Obesitas pada Anak Kelas 4-6 SD SBI Percobaan Ujung Gurun Padang. *J. Mercubaktijaya* 1–12 (2012).
- Mustelin L, Silventoinen K, Pietilainen K, Rissanen A, Kaprio J. Physical Activity Reduces the Influence of Genetic Effects on BMI and Waist Circumference: a Study in Young Adult Twins. *Int. J. Obes.* 2009; 33: 29-36.
- Rah JH, Christian P, Shamim AA, Arju AT, Labrique AB, et al. Predictors of stunting and thinness in post-menarcheal adolescent girls in rural Bangladesh. *Public Health Nutrition.* 2009;12(12): 2400 – 2409 )
- Said-Mohamed R, Bernard JY, Ndzana A-C, Pasquet P (2012) Is Overweight in Stunted Preschool Children in Cameroon Related to Reductions in FatOxidation, Resting Energy Expenditure and Physical Activity? *PLoS ONE* 7 ( 6 ) : e 3 9 0 0 7 . d o i : 1 0 . 1 3 7 1 / journal.pone.0039007

# PEMBERDAYAAN TEMAN SEBAYA DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI BERBASIS SEKOLAH, KELUARGA DAN MASYARAKAT DI WILAYAH PERBATASAN SEBAGAI WILAYAH RISIKO TINGGI HIV-AIDS

Indriati Andolita Tedju Hinga<sup>1)</sup> Diana Aipipidely<sup>2)</sup>

<sup>1,2</sup> FKM, Universitas Nusa Cendana

email: indri.andolita@gmail.com

## Abstract

*The reproductive health improvement program (Kespro) is now the focus of attention of the government and the people of Indonesia, because the impact of low public understanding on reproductive health causes the emergence of various health problems, economic, social and criminal. Increasing kespro through human development is needed to improve knowledge and skills and paradigm shifts and mental community early on. Implementation of kespro education program aims to increase the active role of the community through the empowerment of peers based on schools, families and communities in high risk areas. This program consists of (1) socialization of KIE kespro through counseling and training, (2) Establishment of PIK kespro through mentoring and empowerment based on school and family, (3) Pioneering reading park in community (4) Development of interest and talent in art and sport , and (5) Improvement of family nutrition in the form of utilization and processing of local food, making composter and family nutrition garden economically. All activities involve the active participation of all components of society in order to create a family, school and community-friendly environment. The implementation of this program is very successful because the increase of knowledge of both children and adolescents and the general public reaches 85-95% with the participation rate of participants of 98-100%. The high enthusiasm of the community is due to the first newprofit-themed activities, therefore it is very useful to open the insight and involve the active participation of the community in the promotion and preventive efforts of sexually transmitted diseases (STDs) especially AIDS, sexual violence and human trafficking to improve the health status and welfare of the community and protection of the future of children as the next generation of the nation.*

*Keywords: Peer Empowerment, Reproductive Health*

## I. PENDAHULUAN

Program peningkatan Kesehatan Reproduksi (Kespro) saat ini menjadi fokus perhatian pemerintah dan masyarakat Indonesia, sebab dampak rendahnya pemahaman masyarakat mengenai kesehatan reproduksi menyebabkan timbulnya berbagai masalah kesehatan, ekonomi, sosial serta kriminalitas yang terjadi semakin merajalela diseluruh wilayah tanah air. Hasil survei *Knowledge Attitude Practice* PKBI NTT menunjukkan bahwa 29,5% remaja Kota Kupang sudah pernah melakukan hubungan seks pranikah dari 356 responden SMP dan SMA <sup>(1)</sup>. Penyakit HIV-AIDS penyakit menular seksual yang masih menjadi masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. Penderita HIV-AIDS di NTT telah mencapai ribuan orang, berdasarkan data kumulatif dari tahun 2005 sampai 2015 jumlah penderita HIV-AIDS mencapai 3.700 jiwa yang tersebar di 22 kabupaten<sup>(2)</sup>, demikian pula dengan kasus kekerasan pada perempuan dan anak yakni NTT menempati urutan ke 5, sedangkan untuk kasus perdagangan manusia (*human trafficking*) NTT menempati urutan pertama.

Secara geografis Provinsi NTT berdekatan dengan 2 (dua) negara yakni Timor Leste dan Australia, yang berbatasan langsung dengan Kabupaten Belu. Permasalahan yang dihadapi Kabupaten Belu saat ini cukup kompleks baik dibidang ekonomi, pendidikan, sosial maupun kesehatan. Penderita HIV-AIDS di Kabupaten Belu menempati urutan 2 terbanyak di NTT setelah Kota Kupang dengan jumlah kasus mencapai 562 orang yang selalu meningkat setiap tahunnya <sup>(2)</sup>, demikian pula dengan kasus kekerasan seksual yang marak terjadi, yaitu pada tahun 2014 tercatat bahwa 27 wanita hamil pranikah karena diperkosa, 7 kasus pemerkosaan pada anak dan tingginya angka putus sekolah karena kehamilan tidak

diinginkan (KTD). Seiring tingginya *human trafficking* di Belu yang menjadi TKI dan TKW ilegal, maka berdampak pada meningkatkan kasus HIV-AIDS, yaitu dari total 1.172 tenaga kerja yang dikirim (TKI/TKW) asal Belu, diketahui sebanyak 28 orang telah terdeteksi positif HIV dan 16 orang positif AIDS dengan total kematian 8 orang <sup>(3)</sup>.

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka pembangunan manusia sangat diperlukan guna meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta perubahan paradigma dan mental masyarakat sejak dini, oleh karena itu perlu penerapan Ipteks oleh Perguruan Tinggi melalui program pengabdian masyarakat di wilayah resiko tinggi HIV-AIDS sebagai lokasi sasaran program kespro yaitu wilayah berbatasan yang masih tergolong desa 3T (terdepan, termiskin, terbelakang).

## I. LANDASAN TEORI DAN METODE

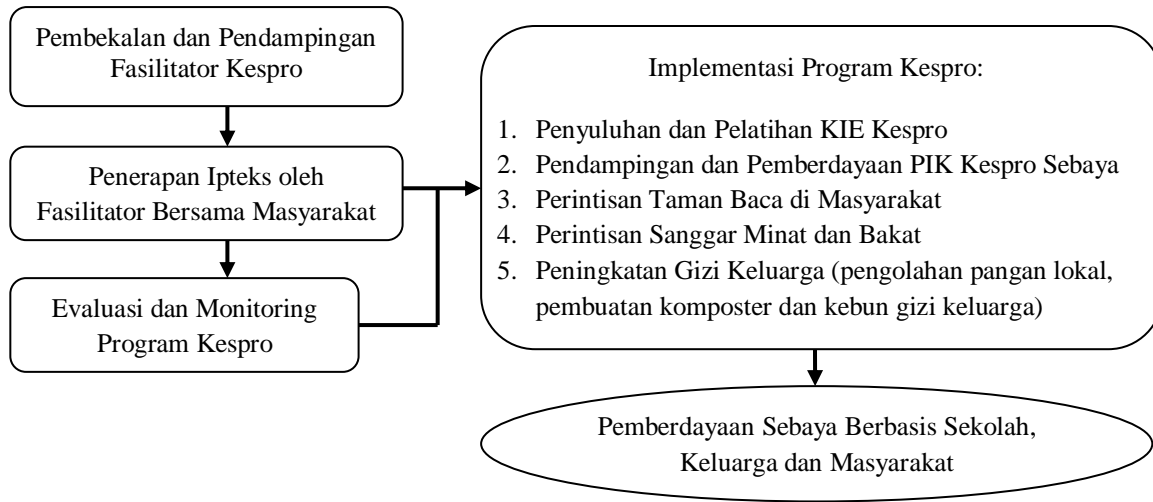
Kesehatan reproduksi (kespro) adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit atau kecacatan <sup>(4)</sup>. Hak-hak reproduksi merupakan hak pria dan wanita untuk memperoleh informasi dan akses terhadap pelayanan kespro yang dipilih, aman, efektif dan terjangkau. Pemberian informasi yang bermanfaat untuk memperbaiki kesehatan reproduksi merupakan hak asasi manusia yang sangat penting untuk memberdayakan wanita. Informasi tersebut berperan penting dalam mengurangi kemiskinan, meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan produktivitas wanita, mengurangi infertilitas serta memperbaiki kesehatan ibu dan kelangsungan hidup anak <sup>(5)</sup>. Penentuan kesehatan secara umum dan kesehatan reproduksi secara khusus, meliputi beberapa faktor diluar pelayanan kesehatan. Gaya hidup, perilaku dan keadaan sosial ekonomi memegang peranan penting dalam mempromosikan kesehatan reproduksi <sup>(6)</sup>.

Pelaksanaan pengabdian pada masyarakat berupa program KKN-PPM (Kuliah Kerja Nyata Pembelajaran dan Pemberdayaan Masyarakat) dengan tema pendidikan kespro berlokasi di wilayah perbatasan sebagai wilayah risiko tinggi HIV-AIDS yaitu Desa Fohoeka Kecamatan Nenaet-Duabesi Kabupaten Belu-Provinsi NTT yang merupakan desa 3T (Terdepan, Termiskin dan Terbelakang) yang berbatasan langsung dengan Negara Timor Leste. Lama waktu pelaksanaan pendidikan kespro dilapangan adalah 2 (dua) bulan (Juli-Agustus 2017) dengan melibatkan 32 orang mahasiswa yang dilatih sebagai fasilitator kespro dilapangan dari 4 fakultas (FKM, FKIP, FST dan FH) dan didampingi 2 orang dosen yang berperan sebagai narasumber kegiatan dan instruktur lapangan. Sasaran kegiatan adalah seluruh masyarakat desa yang terdiri dari anak-anak, remaja, orang tua, guru, toga, toma serta masyarakat umum.

Metode yang digunakan dalam melakukan pemberdayaan kelompok sasaran adalah penyuluhan, pelatihan, diskusi, drama, praktek/demo/simulasi, konseling dan pendampingan. Adapun alat bantu penyuluhan dan pelatihan berupa leaflet dan poster penyuluhan serta alat peraga kesehatan dan LCD. Tahapan pelaksanaan kegiatan terdiri dari; Tahap I yaitu pembekalan mahasiswa selama 1 (satu) minggu, Tahap 2 yaitu penyuluhan dan pelatihan pada kelompok sasaran dengan alat bantu pemutaran video, simulasi/ demo dan drama, Tahap 3 yaitu pendampingan dan pemberdayaan sebaya disekolah, keluarga dan masyarakat, dan Tahap 4 yaitu monitoring dan evaluasi kegiatan (Gambar.1).



Gambar 1. Metode Pelaksanaan Program Kesehatan Reproduksi



### III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan pengabdian pada masyarakat berupa program pendidikan kespro sangat disambut antusias oleh seluruh masyarakat Desa Fohoeka, mulai dari anak-anak, remaja sampai orang tua, karena penerapan Ipteks dibidang kespro baru pernah dilaksanakan di desa tersebut sehingga partisipasi masyarakat sangat tinggi, selain itu karena banyaknya masalah kespro dilingkungan masyarakat sehingga rasa ingin tau masyarakat sangat besar bahkan penyuluhan yang sama dilakukan beberapa kali karena permintaan masyarakat sebab mereka merasa bahwa kegiatan ini sangat bermanfaat dan menjawab kebutuhan masyarakat desa. Kegiatan ini pun mendapat dukungan penuh dari pihak desa, sekolah, gereja dan tokoh masyarakat sehingga setiap program dapat terlaksana dengan baik.

#### A. Proses Kegiatan

Program pokok pada pemberdayaan sebaya dalam pendidikan kespro berbasis sekolah, keluarga dan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta perubahan paradigma dan mental masyarakat sejak dini, yaitu terdiri dari:

##### 1. Komunikasi Informasi Edukasi Kespro

Implementasi KIE Kespro berupa kegiatan penyuluhan dan pelatihan pada Kelas Edukasi Kespro, yang terdiri dari materi teori dan praktek; PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), perkembangan psikologi remaja dan anak, pengenalan dan perawatan anatomi dan fisiologi tubuh khususnya organ reproduksi, Penyakit Menular Seksual (PMS), pencegahan kekerasan seksual dan perilaku seks bebas, sosialisasi UU perlindungan perempuan dan anak, pencegahan *human trafficking*, bahaya pornografi, aborsi, merokok, miras/ narkoba dari segi kesehatan, sosekbud, hukum dan agama, perawatan pasca melahirkan/ masa nifas.

##### 2. Pusat Informasi Konseling Kespro

Implementasi PIK berupa pembinaan kespro remaja <sup>(7)</sup>, tahap berikutnya pendampingan dan pemberdayaan sebaya berbasis sekolah dan keluarga pada Kelas Pelatihan dan Pendampingan Sebaya, yang terdiri dari materi teori dan praktek: Pelatihan konseling, pemberdayaan dan pendampingan teman sebaya.

##### 3. Perintisan Taman Baca Desa (TBD)

Implementasi TBD berupa Pemberdayaan dan pendampingan sebaya dalam pengelolaan TBD secara swadaya masyarakat.

##### 4. Pengembangan Minat Bakat (PMB)

Implementasi pengembangan potensi diri dan kreatifitas anak dan remaja dibidang seni dan olahraga.

##### 5. Peningkatan Gizi Keluarga (PGK)

Implementasi PGK berupa kegiatan penyuluhan dan pelatihan yang terdiri dari materi teori dan praktek yaitu pelatihan pemanfaatan dan pengolahan pangan lokal guna mencegah kekurangan gizi pada balita, anak dan remaja, bumil, dan busui, pemanfaatan sampah RT sebagai komposter dan pemanfaatan pekarangan sebagai kebun gizi keluarga yang ekonomis.

Seluruh kegiatan mahasiswa melibatkan partisipasi aktif semua komponen desa dan masyarakat secara keseluruhan guna tercipta lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat yang ramah anak.

#### B. Hasil Kegiatan

Implementasi program pokok pada pemberdayaan sebaya dalam pendidikan kespro berbasis sekolah, keluarga dan masyarakat adalah sebagai berikut:

##### 1. KIE dan PIK kespro pada anak dan remaja

Program KIE dan PIK Kespro pada sasaran anak PAUD, SD dan SMP Laktutus Desa Fohoeka sangat berhasil (Gambar. 2), karena berdasarkan hasil evaluasi yaitu:

- Peningkatan pengetahuan teori dari murid SD sebesar 80% dan murid SMP 95% yaitu mampu menjawab soal *multiple choice* (pilihan ganda) yang diberikan.
- Mampu mempraktekan materi yang diberikan antara lain; Praktek menyanyi lagu kespro yaitu 100% murid SD SMP mampu melafalkan syair serta gerakan lagu "**Sentuhan Boleh & Sentuhan Tidak Boleh**" dengan benar dan Praktek PHBS yaitu 95 % murid SMP dan 88% SD mampu mencontohkan tahapan menggosok gigi dan mencuci tangan yang benar.
- Antusias dan rasa ingin tau para siswa/i untuk mengikuti kegiatan KIE kespro sangat tinggi, yang dilihat dari daftar hadir yang mencapai 100% kehadiran baik SD maupun SMP, walaupun pada

saat sehari sebelum kegiatan hanya 68% murid SD dan 70% murid SMP yang hadir disekolah tapi setelah mendapat informasi dari guru dan teman-teman mereka maka besoknya saat penyuluhan semua murid hadir.

- d) Partisipasi siswa/i saat penyuluhan sangat aktif, hal tersebut terlihat dari 98% siswa SD dan SMP sangat serius dan menikmati seluruh rangkaian penyuluhan mulai dari memperhatikan penyuluhan yang diberikan, bertanya pada sesi diskusi, beramai-ramai menjawab dan mempraktekan setiap pertanyaan yang diberikan pada saat evaluasi, bernyanyi dan bermain game diawal dan akhir penyuluhan dengan bersemangat.
- e) Terbentuknya PIK di SMP Laktutus hasil dari pendekatan pada pihak sekolah dan pihak Puskesmas Laktutus untuk bekerjasama menindaklanjuti keberlangsungan kegiatan KIE kespro disekolah.
- f) Terwujudnya pemberdayaan sebaya melalui pemilihan para “Duta Kespro” di SMP Laktutus yang terdiri dari para siswa berprestasi, badan pengurus dari OSIS dan Organisasi Kerohanian Sekolah serta anggota aktif pramuka.



(a)



(b)



(c)



(d)

Gambar 2. Programn KIE dan PIK di Sekolah

(a) KIE di PAUD, (b) KIE di SD, (c) KIE di SMP, (d) PIK Sebaya

2. Program KIE Kespro pada sasaran orang tua/keluarga/masyarakat.

Berdasarkan hasil evaluasi kegiatan KIE pada masyarakat (Gambar. 3) sangat berhasil yaitu:

- a) Peningkatan pengetahuan teori dari masyarakat sebesar 87% dari hasil pre dan post test dari kuesioner yang diberikan pada sampel terpilih pada saat penyuluhan digereja.
- b) Kegiatan penyuluhan KIE kespro dilakukan di 6 Posyandu setiap dusun dengan sasaran para bumil, busui, dan orang tua balita serta kader.
- c) Kegiatan penyuluhan KIE kespro di Gereja disambut antusias masyarakat yang sangat tinggi, hal tersebut dilihat dari repons masyarakat yang meminta mahasiswa melakukan penyuluhan ulang dengan alasan bahwa materi yang dibawa sangat bermanfaat bagi masyarakat dan belum semua masyarakat mengetahuinya, sehingga kegiatan tersebut dilanjutkan tahap 2 yang dilaksanakan pada perayaan ulang tahun gereja, sehingga banyak umat yang menghadiri kegiatan tersebut bukan saja seluruh warga Desa Fohoea tetapi juga lingkup Kecamatan Nenaet Duabesi dengan respon yang sangat luar biasa dari seluruh masyarakat yang hadir.



(a)

(b)

Gambar 3. Program KIE di Masyarakat

(a) KIE di Posyandu, dan (b) KIE di Gereja

3. Perintisan Taman Baca Desa (TBD) dengan sasaran perpustakaan SD dan SMP Laktutus dan Desa Fohoeka.

TBD yang telah dirintis secara swadaya di masyarakat cukup berhasil, karena berdasarkan hasil evaluasi yaitu:

- a) Buku-buku perpustakaan di SD dan SMP Laktutus yang sebelumnya tidak tertata dengan rapi dan bersih serta kurangnya perhatian guru terhadap murid yang ingin membaca karena kurangnya SDM, namun dengan adanya program Pengaktifan Taman Baca khusus bagi perpustakaan yang sudah ada, maka mahasiswa telah membantu pihak sekolah membenahi perpustakaan yang ada, antarlain menata buku-buku dengan rapi dan bersih serta membantu menjaga perpustakaan, sehingga murid-murid dapat lebih leluasa untuk mengakses buku-buku perpustakaan, namun karena hampir semua buku yang tersedia adalah buku lama maka siswa kurang antusias.
- b) Tersedianya Taman Baca Desa melalui Program Perintisan Taman Baca (TB) diperuntukan untuk Desa Laktutus yang belum ada Perpustakaan Desa, sebab banyak masyarakat yang ingin mendapatkan informasi namun tidak tahu harus mencari kemana, sehingga dengan perintisan TB desa sebagai program KKN-PPM ini disediakan berbagai buku baik dari program KKN-PPM maupun swadaya dari sumbangan mahasiswa, gereja dan tokoh masyarakat, berupa buku bacaan anak-anak dan remaja (buku cerita, majalah anak-anak, majalah remaja, buku motivasi, buku edukasi yang bertema tentang *love*, *sex* dan *dating*, novel, dan komik) serta untuk masyarakat umum seperti pertanian, perkebunan dan peternakan, rohani, masakan dan kesehatan yang menarik minat masyarakat yang cukup tinggi untuk datang membaca, berdasarkan buku pengunjung yang selalu terisi penuh.
- c) Taman Baca Desa Fohoeka telah berjalan dengan dikelola oleh OMK (orang Muda Katolik) yang telah dibina mengenai manajemen pengelolaan TB, namun kendalanya TB masih belum maksimal karena masih menggunakan halaman dari SDK Laktutus, sehingga diharapkan kedepan Taman Baca bisa mendapatkan sebuah ruangan yang bisa dijadikan sebagai Taman Baca umum dan buku yang lebih diperbanyak lagi.



(a)



(b)



(c)

(d)

Gambar 4. Program Taman Baca Desa (TBD)

(a) TBD Paud, (b) TBD di Kantor Desa,

(c) TBD SD, (d) TBD SLTP

#### 4. Pengembangan Minat dan Bakat

Program pengembangan minat dan bakat dibidang seni dan olahraga dengan sasaran anak dan remaja sangat berhasil, karena berdasarkan hasil evaluasi yaitu:

- Banyak remaja yang berbakat menulis, sehingga setelah dilatih diperoleh banyak karya tulis yang berkualitas, sehingga diakomodir dengan membuat majalah dinding (mading) untuk dikelola oleh para siswa sehingga karya tulis dapat dipublikasi berkesinambungan.
- Banyak remaja yang berbakat menyanyi dan setelah dilatih terbentuklah kelompok-kelompok koor anak muda yang lebih percaya diri, sehingga setiap minggu para pemuda/i sudah mulai mau dan berani melayani membawakan lagu di Gereja, karena sebelumnya hanya koor orang tua yang melayani membawakan lagu di Gereja.
- Banyak remaja yang mempunyai bakat dan potensi dibidang olahraga seperti sepak bola, voley, futsal, oleh karena itu mahasiswa mengadakan program latihan bersama, maka terbentuklah grup-grup olah raga setiap dusun baik laki-laki maupun perempuan, sehingga pada saat momen Dirgahayu NKRI setiap dusun turut berpartisipasi dalam memeriahkan perlombaan yang diadakan dengan penuh antusias dan sengat bersemangat.



(a)



(b)



(c)



(d)

Gambar 4. Program Minat dan Bakat Remaja

(a) latihan menulis, (b) latihan koor, (c) latihan voley putra, (d) latihan futsal putri

a) Peningkatan Gizi Keluarga (PGK)

Program PGK yang telah dilaksanakan cukup berhasil yakni:

- a) Peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga berupa pemanfaatan dan pengolahan pangan lokal menjadi kreasi dan inovasi PMBA bergizi dan ekonomis dalam upaya pencegahan kekurangan gizi melalui hasil pre dan post test penyuluhan terdapat peningkatan pengetahuan mencapai 88% serta partisipasi ibu peserta posyandu dalam lomba karya cipta pangan lokal mencapai 90%
- b) Pemanfaatan sampah menjadi kompos dan pekarangan rumah sebagai kebun gizi keluarga mencapai 87% partisipasi masyarakat dalam kegiatan penyuluhan dan pelatihan tersebut serta 85% masyarakat mampu mempraktekan dengan benar pembuatan komposter serta pemanfaatannya pada tanaman pekarangan setelah evaluasi kegiatan.



(a)



(b)



(c)



(d)

Gambar 5. Program Peningkatan Gizi Keluarga (a) *Pelatihan pengolahan pangan lokal*, (b) *pelatihan komposter*, (c) dan (d) *pembuatan kebun gizi keluarga*

#### IV. KESIMPULAN

Pelaksanaan program ini sangat berhasil sebab peningkatan pengetahuan baik anak dan remaja maupun masyarakat umum mencapai 85-95% dengan tingkat partisipasi peserta kegiatan sebesar 98-100%. Tingginya antusias masyarakat dikarenakan kegiatan bertema kespro baru pertama kali, oleh karenanya sangat bermanfaat membuka wawasan masyarakat dan masyarakat turut diberdayakan dengan berperan aktif dalam upaya promosi dan preventif penularan penyakit terutama AIDS, kekerasan seksual dan *human trafficking* guna meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan masyarakat serta perlindungan terhadap masa depan anak dan remaja sebagai generasi penerus bangsa. adapun luaran yang dicapai dari pengabdian masyarakat program KKN-PPM kespro yaitu:

1. Peningkatan pengetahuan masyarakat melalui “Promosi dan Sosialisasi KIE Kespro.
2. Pemberdayaan remaja dalam pembentukan PIK serta duta kespro sekolah melalui pembinaan partisipasi sekolah dan keluarga/orang tua dalam pendampingan.
3. Menumbuhkan minat baca sejak dini guna meningkatkan pengetahuan serta wawasan masyarakat kearah yang positif dan bermanfaat dengan terbentuknya Taman Baca Desa” yang telah berjalan dan dikelola secara swadaya oleh pemuda/i desa.

4. Peningkatan keterampilan dan fisik anak dan remaja melalui penyaluran dan pengembangan minat dan bakat dengan mengaktifkan kembali sanggar seni desa.
5. Peningkatan pengetahuan keluarga dalam pencegahan kurang gizi pada kelompok risiko berupa keterampilan mengolah pangan lokal, pembuatan kompos dan kebun gizi keluarga yang ekonomis.

#### REFERENSI

1. PKBI Nusa Tenggara Timur. 2008. Data Perilaku Seks Remaja SMA Kota Kupang. PKBI NTT
2. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi NTT (KPAP. NTT). 2015. Laporan Tahunan KPA Provinsi NTT. KPAP NTT
3. Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Belu. 2014. Laporan Tahunan KPA Kabupaten Belu. KPA Kabupaten Belu. NTT
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. 2014. PP RI No. 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi. Jakarta.
5. Merrill M. Ray. 2014. Epidemiologi Reproduksi. EGC. Jakarta .
6. Kusmiran Eny. 2012. Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. Salemba Medika. Jakarta.
7. Marni. 2015. Kesehatan Resproduksi. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.

# EFEKTIVITAS PEMBERIAN PEPAYA (*CARICA PAPAYA LINN*) DAN VITAMIN C TERHADAP KADAR HAEMOGLOBIN REMAJA PUTRI ANEMIA YANG MENDAPAT SUPLEMENTASI TABLET FE DI PRODI D-IV KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES ACEH TAHUN 2017

Nisrina Hanum<sup>1</sup>, Cut Nurhasanah<sup>2</sup>, Nurlaili Ramli<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup>Program Studi D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh  
[nisrinahanum0@gmail.com](mailto:nisrinahanum0@gmail.com), [nurlaili.ramli@gmail.com](mailto:nurlaili.ramli@gmail.com)

## ABSTRACT

*Anemia is one of the indirect factors causing death in pregnant women and has the potential to give birth to babies with low weight. Giving tablets added blood is one of the important efforts in the prevention and prevention of anemia is effective and given as a teenager. Teenagers who received tablets FE in Aceh Province amounted to 24.7%. According to Household Health Survey (SKRT) in 2012, the prevalence of anemia among girls aged 10-18 years is 57.1%. The survey of medical students in french proves that 16% of female students ran out of iron reserves, while 75% suffered from iron deficiency. This study aims to determine the effectiveness of papaya (*Carica Papaya Linn*) and vitamin C on hemoglobin level in adolescent girls anemia who get supplementation of Fe tablet in Prodi D-IV Department of Midwifery PoltekkesKemenkes Aceh Year 2018. The research method using quasy experiment with non randomized design pretest and posttest with control group design. The samples is female students of anemia D-IV anemia (Hb<12 g / dl) as many as 45 people. The results showed that there was an increase in hemoglobin level in adolescent female anemia in the group who consumed FE and papaya 130 gr and group that consumed FE vitamin C tablet.*

*Keywords: Papaya, Vitamin C, Fe Tablet, Adolescent, Anemia.*

## PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan periode terjadinya perubahan dan perkembangan yang pesat baik secara fisik, psikologis maupun intelektual. Kebutuhan tubuh akan zat besi meningkat tajam pada masa pertumbuhan remaja. Saat menstruasi, perempuan akan kehilangan darah yang mengakibatkan pengeluaran zat besi yang ada dalam darah<sup>1</sup>. Zat besi adalah salah satu unsur gizi yang merupakan komponen pembentuk Hb atau sel darah merah. Jika jumlah kadar hemoglobin dalam darah kurang dari normal disebut dengan anemia. Kadar hemoglobin (Hb) yang normal pada remaja putri yaitu 12 gr/dl. Remaja putri dikatakan anemia jika kadar Hb <12 gr/dl<sup>2</sup>.

Anemia pada remaja putri sampai saat ini masih cukup tinggi. Menurut WHO (2015), prevalensi anemia dunia pada usia reproduksi (15-49 tahun) yaitu 29.4% sedangkan di Indonesia yaitu 22%<sup>3</sup>. Anemia merupakan salah satu faktor tidak langsung terjadinya kematian ibu hamil.

Pemberian tablet tambah darah merupakan salah satu upaya penting dalam pencegahan dan penanggulangan anemia yang efektif karena dapat mencegah dan menanggulangi anemia akibat kekurangan zat besi atau asam folat. Tablet tambah darah merupakan tablet yang diberikan kepada remaja sebanyak 1 (satu) kali seminggu<sup>4</sup>.

Prevalensi remaja yang mendapatkan tablet tambah darah di Aceh yaitu 24,7%<sup>4</sup>. Masih banyak remaja di Provinsi Aceh yang belum mendapatkan tablet tambah darah.

Secara umum tingginya prevalensi anemia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu rendahnya asupan zat besi dan zat gizi lainnya seperti vitamin A, vitamin C, folat, riboplafin dan B12<sup>5</sup>.

Absorpsi tablet besi atau Fe sangat ditunjang dengan adanya pemenuhan kebutuhan vitamin C dalam kapasitas normal<sup>6</sup>. Absorpsi Fe melibatkan vitamin C secara teoritis, konsentrasi hemoglobin dalam darah harus meningkat 2 g/100 ml atau 20 g/l selama 3-4 minggu pemberian.

Pepaya merupakan salah satu buah yang mengandung vitamin C yaitu vitamin C (78 mg/100 g) dan folat (38 mikrogram/100 g)<sup>7</sup>. Kandungan vitamin C dalam pepaya memenuhi kebutuhan vitamin



C untuk remaja. Kebutuhan vitamin C berdasarkan U.S. *Recommended Dietary Allowance* (RDA) antara lain untuk pria dan wanita sebanyak 60 mg/hari, bayi sebanyak 35 mg/hari, ibu hamil sebanyak 70 mg/hari, dan ibu menyusui sebanyak 95 mg/hari<sup>8</sup>.

Mahasiswi Prodi D-IV kebidanan berpontesi besar menderita anemia karena padatnnya jadwal kuliah, sehingga mahasiswi kurang memperhatikan asupan gizi untuk kebutuhannya. Hasil Studi pendahuluan, menunjukkan bahwa dari 15 mahasiswa yang dilakukan pemeriksaan HB, 10 diantaranya mengalami anemia.

Olehkarenanya, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah pemberian Pepaya (*Carica Papaya Linn*) lebih efektif dibandingkan dengan Vitamin C Terhadap Kadar Haemoglobin pada Remaja Putri Anemia Yang Mendapat Suplementasi Tablet Fe Di Prodi D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh Tahun 2018.

## TUJUAN

Adapun tujuan penelitian adalah untuk mengetahui efektivitas pemberian Pepaya (*Carica Papaya Linn*) dan Vitamin C terhadap kadar haemoglobin pada remaja putri anemia yang mendapat suplementasi tablet Fe di Prodi D-IV Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh Tahun 2018.

## METODE

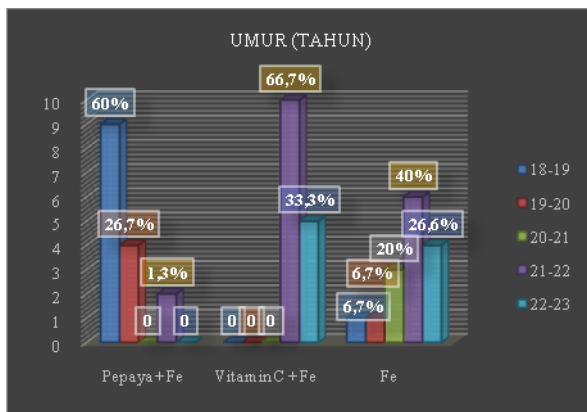
Penelitian ini bersifat analitik menggunakan quasi eksperimen dengan rancangan *pretest-posttest control group design*. Sampel dalam penelitian ini yaitu mahasiswi Prodi D-IV Kebidanan yang berjumlah 45 orang dan dibagi menjadi 3 kelompok perlakuan. Masing-masing kelompok terdiri dari 15 responden. Kelompok perlakuan I diberikan pepaya sebesar 130 gr dan tablet Fe, kelompok perlakuan II diberikan vitamin C dan tablet Fe, dan kelompok perlakuan III sebagai kelompok kontrol yang diberikan tablet Fe.

Pemberian perlakuan dilakukan selama 9 kali dalam waktu 3 minggu. Sebelum diberikan perlakuan, semua sampel diperiksa kadar hemoglobin dan diberikan obat cacing.

Analisis data bivariat menggunakan uji *T-test Dependent*.

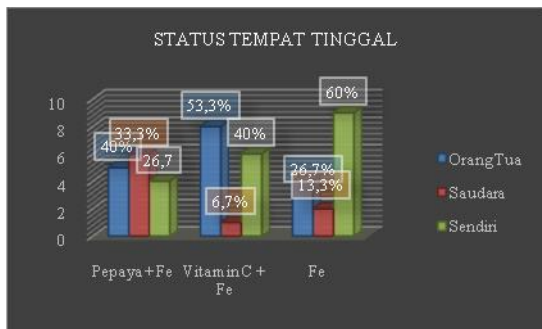
## HASIL

### Karakteristik Responden



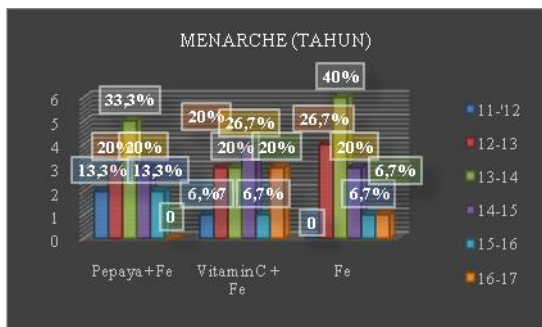
Gambar 1 Distribusi Umur Remaja Putri Setiap Kelompok

Gambar 1 menunjukkan bahwa Kelompok Pepaya dan Fe mayoritas berada pada umur 18-19 tahun (60%), pada kelompok Vit C dan Fe pada umur 21-22 tahun (66,7%) dan kelompok Fe pada kelompok umur 21-22 (40%).



Gambar 2 Distribusi Status Tempat Tinggal Remaja Putri Setiap Kelompok

Gambar 2 menunjukkan bahwa Status tempat tinggal remaja pada kelompok Pepaya dan Fe serta pada kelompok vit c dan Fe mayoritas bersama orang tua (40% dan 53,3%), sedangkan pada kelompok Fe mayoritas tinggal sendiri/kos (60%).



Gambar 3 Distribusi Menarche Remaja Putri Setiap Kelompok

Gambar 3 menunjukkan bahwa Kelompok Pepaya dan Fe serta kelompok Fe mayoritas mengalami menarche pada kelompok umur 13–14 tahun (33,3% dan 40%) sedangkan pada kelompok Vitamin C dan Fe mayoritas terjadi pada usia 14-15 tahun (26,7%).

### Analisis Univariat

Tabel 1 Kadar hemoglobin sebelum dan sesudah intervensi

Kelompok Perlakuan	Sebelum Mean $\pm$ SD	Sesudah Mean $\pm$ SD	$\Delta$ Mean $\pm$ SD	Min	Maks
Pepaya + Fe	10,02 $\pm$ 1,11	12,02 $\pm$ 0,79	2,00 $\pm$ 0,94	-	3,50
Vitamin C + Fe	10,74 $\pm$ 0,76	12,08 $\pm$ 1,27	1,34 $\pm$ 1,27	-	3,70
Fe	10,54 $\pm$ 1,08	11,40 $\pm$ 1,08	0,85 $\pm$ 1,17	-	3,60

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa bedarata-rata kadar hemoglobin pada kelompok pepaya dan Fe adalah 2,00 gr%, kelompok vitamin C dan Fe adalah 1,34 gr% dan kelompok Fe adalah 0,85 gr%.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pemberian pepaya 130 gr dan Fe 60 mg sebanyak 9 kali dalam 3 minggu dapat meningkatkan kadar hemoglobin dengan beda mean sebanyak 2 gr% dengan  $p$  value = 0,000. Demikian pula pemberian vitamin C dan Fe serta pemberian tablet Fe dapat meningkatkan kadar Hb pada remaja putri, hal ini dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2 Hasil Uji Statistik (Uji *T-Test Dependent*) Rata-Rata Kadar Hemoglobin Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Setiap Kelompok**

Kelompok	Mean ± SD	Δmean ± SD	CI 95%	<i>p-value</i>
<b>Pepaya+Fe</b>				
Sebelum	10,03 ± 1,11	-2,00 ± 0,94	-2,52 – -1,48	0,000
Sesudah	12,01 ± 0,79			
<b>Vitamin C + Fe</b>				
Sebelum	10,74 ± 0,76	-1,34 ± 1,27	-2,04 – -0,64	0,001
Sesudah	12,08 ± 1,27			
<b>Fe</b>				
Sebelum	10,55 ± 0,74	-0,85 ± 1,17	-1,50 - -0,21	0,013
Sesudah	11,40 ± 1,08			

Penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti (2007) yang menunjukkan ada perbedaan bermakna perubahan kadar hemoglobin pada ketiga kelompok, dimana kelompok satu diberikan suplementasi besi dan vitamin C, kelompok dua diberikan suplementasi vitamin C dan pendidikan gizi sedangkan kelompok tiga diberikan suplementasi besi, vitamin C dan pendidikan gizi<sup>16</sup>.

Demikian pula penelitian yang dilakukan Choralina, dkk (2017) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian pepaya 110 grams dan Fe pada ibu hamil yang anemia<sup>9</sup>. Salah satu upaya pencegahan anemia yaitu dengan makan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C. Pepaya merupakan salah satu buah yang banyak mengandung vitamin A dan vitamin C serta rasanya yang manis<sup>10</sup>.

Pemberian tablet zat besi akan lebih maksimal dalam penyerapannya jika diberikan bersamaan dengan sumber makanan yang mengandung vitamin C seperti jeruk, jambu, dan pepaya<sup>11</sup>. Remaja putri dalam penelitian ini diberikan satu potong pepaya berukuran 130 gram mengandung vitamin C sebanyak 100 mg. Menurut Murtini (2004), 100 mg Vitamin C dapat memperbesar penyerapan zat besi sebesar 4 kali<sup>12</sup>.

Selain vitamin C, pepaya juga mengandung vitamin A dan Asam Folat. Vitamin A dan Asam Folat berperan dalam pembentukan sel darah merah, sehingga dapat berinteraksi dengan zat besi. Asam folat bersirkulasi sebagai *poliglutamat* di dalam *pool*/simpanan sel darah merah<sup>13</sup>, sedangkan vitamin A berperan dalam memobilisasi cadangan besi di dalam tubuh untuk dapat mensintesis hemoglobin. Status vitamin A yang buruk berhubungan dengan perubahan metabolisme besi pada kasus kekurangan besi<sup>14</sup>.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa kelompok pemberian vitamin C dan Fe terjadi peningkatan rata-rata kadar hemoglobin sebanyak 1,34 gr%. Vitamin C diperlukan untuk meningkatkan penyerapan zat besi di dalam tubuh. Vitamin C membantu mereduksi besi feri menjadi fero dalam usus halus sehingga mudah direduksi. Absorpsi besi dalam bentuk *nonheme* meningkat 4 kali lipat bila ada vitamin C. Selain itu, vitamin C juga berperan dalam memindahkan besi dari transferin di dalam plasma ke feritin hati<sup>13</sup>.

Kelompok pemberian Tablet Fe juga mengalami peningkatan rata-rata kadar hemoglobin yaitu sebanyak 0,85 gr%. Penelitian ini serupa dengan penelitian Fitri (2016) yang menunjukkan adanya pengaruh kenaikan kadar hemoglobin dengan pemberian tablet fe. Remaja putri harus menyerap 0,45 mg besi perhari untuk menggantikan kehilangan besi saat haid setelah *menarche* (haid Pertama)<sup>15</sup>. Tablet Tambah Darah mampu mengobati wanita dan remaja putri yang menderita anemia sehingga meningkatkan kemampuan belajar, kemampuan kerja, kualitas sumber daya manusia serta generasi penerus, serta meningkatkan status gizi dan kesehatan remaja putri dan wanita<sup>4</sup>.

Peneliti berasumsi bahwa terdapat perbedaan rata-rata kadar hemoglobin pada setiap kelompok disebabkan oleh karena pemberian pepaya yang mengandung vitamin C bersamaan dengan tablet Fe efektif untuk meningkatkan kadar hemoglobin. Selain itu, pepaya juga mengandung vitamin A dan asam folat yang membantu proses pembentukan sel darah merah.

## KESIMPULAN

1. Ada perbedaan bermakna kadar hemoglobin sebelum dan sesudah pada kelompok pepaya dan Fe ( $p = 0,000$ ).
2. Ada perbedaan bermakna kadar hemoglobin sebelum dan sesudah pada kelompok Vitamin C dan Fe ( $p = 0,001$ ).
3. Ada perbedaan bermakna kadar hemoglobin sebelum dan sesudah pada kelompok Fe ( $p = 0,013$ ).

## SARAN

Diharapkan padatanagakesehatandapatmemberikaninformasipadamasyarakattentangpentingnyakonsu msibuah, terutama pepaya untuk meningkatkan kadar haemoglobin terutama bagi yang menderita anemia.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes, RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta: Kemkes RI.
2. Proverawati, Atikah. 2011. *Anemia dan Anemia kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
3. World Health Organization (WHO). 2015. *The Global Prevalence of Anaemia in 2011*. Geneva: World Health Organization.

**Kemenkes, RI. 2016. Surat Edaran tentang Standar Tablet Tambah Darah Bagi Wanita Usia Subur Dan Ibu Hamil . Jakarta: Kemkes RI.**

**<http://www.dinkes.sumutprov.go.id/editor/gambar/file/SE%20TTD%20Rematri.pdf> Diakses pada tanggal 12 November 2017.**

4. Briawan, D. 2014. *Anemia. Masalah Gizi Pada Remaja Wanita*. Jakarta : EGC
5. Fatimah, 2011. *Pola Konsumsi Dan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Di Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan. Jurnal Kesehatan Vol 5. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Makassar*
6. Aulia, A. 2012. *Pembuatan Edible Film Dari Ekstrak Buah Pepaya (Carica Papaya L.) Dengan campuran tepung tapioka, tepung terigu dan gliserin*. Medan: USU.
7. Putra Azhar. 2011. *Penetapan Kadar Vitamin C dari Bawang Putih (Allium sativum L.) Secara Titrasi 2,6-diklorofenol Idofenol*.
8. Choralina Eliagita, et.al. 2017. *Effect Of Consuming Papaya (Carica Papaya Linn.) On The Level Of Hemoglobin And Hematocrit In Pregnant Women With Anemia*. Belitung Nursing Journal, Vol. 3, Issue 2.
9. Yuniarti, T. 2008. *Ensiklopedia Tanaman Obat Tradisional, Cetakan Pertama*. Yogyakarta: MedPress.
10. Adan K. 2011. *Pedoman penanggulangan anemia gizi untuk remaja putri dan wanita usia subur*.
11. Murtini. 2004. *Efektifitas Suplementasi Tablet Besi dan Vitamin C Terhadap Kadar Haemoglobin Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros, Tesis Program Pasca Sarjana UNHAS, Makasar*.
12. Almatier, S. 2013. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
13. Gillespie S. 1998. *Major issues in the control of iron deficiency the micronutrient initiative*. New York: UNICEF.
14. Fitri Giyanti. 2016. *Pengaruh Pemberian Tablet Fe Terhadap Kenaikan Kadar Hemoglobin Remaja Putri Dengan Anemia Di Smk Negeri I Ponjong Gunungkidul*.
15. Siti Zulaekah. 2007. *Efek Suplementasi Besi, Vitamin C dan Pendidikan Gizi terhadap Perubahan Kadar Hemoglobin Anak Sekolah Dasar yang Anemia di Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo*.

# HUBUNGAN PENGGUNAAN KONTRASEPSI SUNTIK PROGESTIN DENGAN EFEK SAMPING PADA AKSEPTOR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ALAK TAHUN 2017

Eka Putri R. A. Layuk<sup>1</sup>, Pius Weraman<sup>2</sup>, Amelya B. Sir<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup>Jurusan Epidemiologi dan Biostatistika  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

## ABSTRACT

**Background:** Long term of use progestin injection may cause a side effects such hyperpigmentation, weight gain, and hypertension that would be very harmful for acceptor. Most of acceptor in Puskesmas Alak used progestin injection as their contraception.

**Objective:** to see whether there is a relationship between 3 months of injectable use of the injection with menstrual cycle disorders.

**Methods:** The design study used analytic observation with case control study. The technique of sampling used systematic random sampling with 38 samples of case and 38 samples of control. The instrument of obtaining data are questionnaires, tension meters, scales, and the technic of analyzing data used chi-square test.

**Result:** of this study, there was no correlation between the use progestin injection with hypertension side effect ( $p\text{-value}=1,000$ ), there was a correlation between the use of progestin injection with wheigt gain side effect ( $p\text{-value}=0,001$ ), and there was a correlation between the use of progestin injection with hyperpigmentation side effect ( $p\text{-value}=0,001$ ) in puskesmas Alak 2017.

**Conclusion:** This study can be a source of information for Puskesmas Alak and society about the side effect in acceptors.

**Keywords:** Progestin injection, Hypertension, Weight Gain, Hyperpigmentation

## PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara keempat terbesar penduduknya di dunia dengan lebih dari 237 juta jiwa. Fertilitas atau kelahiran adalah salah satu faktor penambah bagi jumlah penduduk. Untuk mengatasi hal tersebut, pemerintah Indonesia menerapkan program Keluarga Berencana (KB) yang telah dimulai sejak tahun 1968 dengan didirikannya LKBN (Lembaga Keluarga Berencana Nasional) yang kemudian pada tahun 1970 diubah menjadi BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) dengan tujuan dapat mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Salah satu dukungan dan pemantapan dari penerimaan gagasan KB tersebut adalah adanya pelayanan kontrasepsi (Hartanto, 2002).

Pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari program Keluarga Berencana sangat dibutuhkan untuk mewujudkan upaya peningkatan kualitas hidup penduduk. Data Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Indonesia pada bulan Oktober 2016 fasilitas kesehatan (faskes) KB Pemerintah telah melayani sebanyak 35.838.374 peserta. Dari 35.838.374 peserta memilih metode suntikan di faskes KB Pemerintah sebanyak 17.261.839. Proporsi alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah jenis suntikan yaitu kontrasepsi suntikan progestin (DMPA).

Pemakai kontrasepsi suntikan progestin cukup besar dikarenakan akses untuk memperoleh pelayanan suntikan relatif lebih mudah, sebagai akibat tersedianya jaringan pelayanan sampai di tingkat desa atau kelurahan sehingga dekat dengan tempat tinggal peserta KB. Berdasarkan data BKKBN provinsi NTT, jumlah pengguna KB suntikan juga menempati posisi terbanyak sampai dengan Oktober 2016 adalah 212.910 pengguna. Sedangkan Kota Kupang, memiliki jumlah pengguna KB suntik berjumlah 13.428 pengguna. Kontrasepsi hormonal suntik terdiri dari *Norethindrone Enanthate (Net-En)*, *Depo-Medroxy-progesterone Acetate (DMPA)* dan *Cyclofem*. DMPA merupakan metode kontrasepsi hormonal suntik yang hanya mengandung progesteron memiliki angka kegagalan <1% pertahun. Metode suntik progestin lebih banyak disukai dibandingkan dengan suntikan kombinasi. Hal ini disebabkan metode suntikan progestin lebih praktis yaitu akseptor tidak perlu mengunjungi Puskesmas untuk melakukan penyuntikan setiap bulannya, dibandingkan dengan

suntikan kombinasi yang memerlukan bantuan faskes setiap bulannya untuk melakukan suntikan. (Rekomendasi praktik pilihan untuk penggunaan kontrasepsi, 2009)

Efek samping yang biasanya terjadi pada akseptor KB suntik antara lain gangguan haid, berupa amenorea, menoragia, metroragia, dan *spotting*. Sedangkan gangguan bukan haid, berupa sakit kepala, mual, muntah, rambut rontok, jerawat, kenaikan berat badan, kenaikan tekanan darah, penurunan libido, alergi, dan hiperpigmentasi (Hartanto, 2004).

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 menunjukkan bahwa efek samping hipertensi sebesar 0,3% dan kenaikan berat badan sebesar 2,6% sedangkan efek lainnya akibat penggunaan KB suntik sebesar 3,8 %. Efek samping KB suntik seperti hiperpigmentasi, peningkatan berat badan, dan hipertensi yang dibiarkan terus menerus lama kelamaan akan menyebabkan komplikasi lainnya seperti penyakit jantung koroner (PJK), ataupun stroke. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan NTT menempati prevalensi PJK terbesar yaitu 4,4%, dan stroke 9,6% dari total sampel sebanyak 1.027.763 responden. Efek samping kontrasepsi suntik akan sangat berbahaya jika digunakan terus-menerus dalam jangka panjang. Hal inilah yang membuat penelitian ini sangat penting dilakukan.

Data BKKBN Kota Kupang, jumlah pengguna KB suntikan di Kecamatan Alak cukup besar sampai dengan September 2016 adalah 2.492 pengguna dibandingkan dengan beberapa kecamatan lainnya seperti Maulafa (2140), Kota Lama (958), dan Kota Raja (1296). Dari tiga Puskesmas yang ada di kecamatan Alak, jumlah pengguna KB suntik terbanyak berada di wilayah kerja Puskesmas Alak sampai September 2016 yaitu sebanyak 1.281 pengguna, dibandingkan dengan dua Puskesmas lainnya yaitu Puskesmas Manutapen yang hanya memiliki pengguna KB suntik sebanyak 623 pengguna, dan Puskesmas Naioni sebanyak 609 pengguna. Dari 1.281 pengguna KB suntik pada tahun 2016, jumlah akseptor yang merasakan keluhan akibat pemakaian KB suntik di Puskesmas Alak ada sebanyak 605 keluhan dan jumlah *drop out* sebanyak 9 akseptor. Hasil wawancara awal peneliti dengan tenaga kesehatan bagian KB di Puskesmas Alak menyatakan bahwa beberapa efek samping yang dialami oleh akseptor KB suntik adalah hipertensi, peningkatan berat badan, hiperpigmentasi, gangguan siklus haid, berhenti haid dan gangguan lainnya.

Berdasarkan uraian di atas maka Penulis Tertarik Untuk Mengambil Judul “Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin Dengan Efek Samping Pada Akseptor Di Wilayah Kerja Puskesmas Alak Tahun 2017”

## TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian ini adalah melihat apakah ada hubungan antara penggunaan KB Suntik 3 bulan dengan gangguan siklus menstruasi.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *Analitik Observasional* karena penelitian ini hanya bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan dan membandingkannya menggunakan teknik analitik. Desain waktu penelitian menggunakan desain penelitian *case control* atau kasus control adalah suatu penelitian (survey) analitik yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Alak selama bulan Juli-Agustus 2017.

Populasi adalah keseluruhan dari objek yang diteliti. Populasi kasus adalah semua akseptor KB suntik progestin yang tercatat di register Puskesmas Alak Maret-Mei 2017 sebesar 103 akseptor. Populasi kontrol adalah semua akseptor KB hormonal selain KB suntik yang tercatat di register Puskesmas Alak Januari-Mei 2017 sebesar 163 akseptor.

Teknik Pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian adalah pengambilan sampel secara *Random Sampling*, dimana setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Notoadmodjo, 2010). Perhitungan besar sampel menurut Riyanto (2011):

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2PQ} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Berdasarkan hasil hitungan diatas, maka besar sampel minimal dalam penelitian ini adalah 38 orang. Perbandingan sampel kasus dan kontrol adalah 1:1.

Data yang dikumpulkan adalah Data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari informan dengan melakukan pengecekan tekanan darah, berat badan, dan hiperpigmentasi serta pengisian lembar kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan berdasarkan variabel yang diteliti. Data sekunder dalam penelitian ini adalah BKKBN Provinsi NTT mengenai jumlah pengguna KB berdasarkan kabupaten di provinsi NTT dan berdasarkan Provinsi di Indonesia, BKKBN Kota Kupang mengenai jumlah pengguna KB berdasarkan kecamatan di kota Kupang, dan Puskesmas Alak mengenai jumlah pengguna KB berdasarkan kelurahan di kecamatan Alak.

Data dianalisis dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase (%) dari masing-masing item dan menganalisis hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen menggunakan uji statistik *chi square* ( $X^2$ ) dengan derajat kepercayaan 95% dengan nilai signifikansi  $p$  ( $\alpha=0,05$ ).

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Umur

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Alak Tahun 2017

No	Umur	Kasus	%	Kontrol	%
1	20-25 tahun	9	23,7	3	7,9
2	26-30 tahun	15	39,5	11	28,9
3	31-35 tahun	14	36,8	24	63,2
Total		38	100	38	100

### Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Alak Tahun 2017

No	Pendidikan	Kasus	%	Kontrol	%
1	SD	19	50	15	39,5
2	SMP	7	18,4	6	15,8
3	SMA	12	31,6	14	36,8
4	S1/PT	0	0	3	7,9
Total		38	100	38	100

### Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Puskesmas Alak Tahun 2017

No	Pekerjaan	Kasus	%	Kontrol	%
1	IRT	33	86,8	32	84,2
2	PNS	4	10,5	2	5,3
3	Swasta	1	2,6	4	10,5
Total		38	100	38	100

### Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis KB

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis KB di Puskesmas Alak Tahun 2017

No	Jenis KB	Frekuensi	%
1	Suntik Progestin (Kasus)	38	50
2	Non KB Suntik Progestin (Kontrol)		
	Implant	9	11,8
	Pil	23	30,3
	IUD	6	7,9
Total		76	100

### Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Pemakaian Kontrasepsi

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pemakaian di Puskesmas Alak Tahun 2017

No	Lama Pemakaian	Kasus	%	Kontrol	%
1	1-4 tahun	28	73,7	14	36,8
2	5-8 tahun	10	26,3	24	63,2
Total		38	100	38	100

### Karakteristik Responden Berdasarkan Efek Samping yang Dialami di Puskesmas Alak Tahun 2017

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Efek Samping yang dialami di Puskesmas Alak Tahun 2017

Efek samping	Kasus	Kontrol	Frekuensi	%
Hipertensi	3	2	5	3,6
Peningkatan BB	33	18	51	36,42
Hiperpigmentasi	29	13	42	30
Gangguan Siklus Haid	12	10	21	15
Sakit Kepala	2	2	4	2,85
Mual	3	5	8	5,71
Muntah	0	1	1	0,71
Jerawat	0	3	3	2,14
Gangguan lainnya	0	4	4	2,85
Tidak mengalami efek samping	0	1	1	0,71
<b>Total</b>			<b>100</b>	

### Karakteristik Responden berdasarkan Kategori Indeks Masa Tubuh

Tabel 7. Distribusi Responden Kategori Indeks Masa Tubuh di Puskesmas Alak Tahun 2017

No	IMT	Kasus	%	Kontrol	%
1	Kurus	5	13,2	9	23,7
2	Normal	24	63,2	24	63,2
3	Gemuk	9	23,7	5	13,2
Total		38	100	38	100

### Analisis Hubungan Antar Variabel

#### Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Hipertensi

Tabel 8. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Hipertensi

Hipertensi	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mengalami	3	7,9	2	5,26	5	6,58
Tidak Mengalami	35	92,1	36	94,74	71	93,42
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50. Fisher Exact Test=1,000 OR=1,543



Diketahui nilai *fisher exact test* dengan  $p\text{ value}=1,000$  dimana  $p(1,000)>\alpha(0,05)$  maka hipotesis ditolak. Hal tersebut menunjukkan bahwa hasil perhitungan statistik tidak signifikan yang berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penggunaan kontrasepsi suntik progestin dengan efek samping hipertensi.

Nilai perhitungan *odds ratio* didapatkan sebesar  $OR=1,543$ . Hal ini menunjukkan orang yang menggunakan KB suntik progestin akan mengalami risiko 1,543 hipertensi dibandingkan dengan orang yang tidak menggunakan KB suntik progestin.

### Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Peningkatan Berat Badan

Tabel 9. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Peningkatan Berat Badan

Peningkatan Berat Badan	Kasus		Kontrol		Total	
	N	%	n	%	N	%
Mengalami	33	86,84	18	47,37	51	67,1
Tidak Mengalami	5	13,16	20	52,63	25	32,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

*P Value=0,001* *Ods Ratio=7,333*

Berdasarkan hasil perhitungan analisis uji statistik (*Chi Square*) pada didapatkan  $p\text{ value} = 0.001$  dimana nilai  $p(0,000)<\alpha(0,05)$  maka hipotesis diterima. Nilai perhitungan *odds ratio* didapatkan sebesar  $OR=7,333$ . Hal ini menunjukkan orang yang menggunakan KB suntik progestin akan mengalami risiko 7,333 kenaikan BB dibandingkan dengan orang yang tidak menggunakan KB suntik progestin.

### Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Hiperpigmentasi

Tabel 10. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Hiperpigmentasi

Hiper pigmentasi	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mengalami	29	76,32	13	34,21	42	55,26
Tidak Mengalami	9	23,68	25	65,79	34	44,74
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Berdasarkan hasil perhitungan analisis uji statistik (*Chi Square*) pada  $p\text{ value} = 0.001$  atau nilai  $p(0,000)<\alpha(0,05)$  maka hipotesis diterima. Nilai perhitungan *odds ratio* didapatkan sebesar  $OR=6,167$ . Hal ini menunjukkan orang yang menggunakan KB suntik progestin akan mengalami risiko 6,167 kali hiperpigmentasi dibandingkan dengan orang yang tidak menggunakan KB suntik progestin.

### Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Hipertensi

Wawancara awal yang dilakukan dengan petugas kesehatan bagian KB puskesmas Alak didapatkan bahwa hipertensi merupakan salah satu kontraindikasi dalam penggunaan kontrasepsi khususnya kontrasepsi hormonal (Pil, Progestin, dan Implant). Hal ini disebabkan karena penggunaan kontrasepsi dapat memperparah keadaan calon akseptor. Selain itu, dalam penelitian ini keseluruhan akseptor adalah mereka yang berusia 20 sampai 35 tahun sehingga faktor risiko untuk terjadinya

hipertensi sangat rendah dibandingkan dengan mereka yang sudah berusia diatas 35 tahun. Oleh karena itu, dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan antara penggunaan kontrasepsi suntik progestin dengan kejadian hipertensi karena keseluruhan akseptor berusia 20-35 tahun dan akseptor tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya.

Salah satu faktor risiko penyebab hipertensi lainnya adalah obesitas atau kegemukan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi suntik progestin dengan kejadian hipertensi dapat dikaitkan dengan faktor obesitas, dimana pada pengguna kontrasepsi suntik progestin terjadi peningkatan berat badan, tetapi tidak semua penggunanya mengalami kegemukan. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sebagian besar responden kasus atau sebanyak 29 (76,4%) responden tidak mengalami kegemukan. Sehingga orang yang menggunakan kontrasepsi suntik tidak harus selalu cemas terhadap risiko hipertensi selama pola hidup yang sehat tetap dijaga.

Hasil penelitian ini secara umum sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pramono (2008) yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara lama penggunaan kontrasepsi hormonal suntik dengan kejadian hipertensi pada wanita usia subur di Desa Kepoh Kecamatan Jati Kabupaten Blora.

### **Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Peningkatan Berat Badan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar akseptor sudah menggunakan KB selama lebih dari 1-3 tahun pemakaian yakni sebanyak 34 akseptor. Menurut Mudrikatin (2012), dalam penggunaan jangka panjang KB hormonal turut memicu terjadinya peningkatan berat badan, kanker, kekeringan pada vagina, gangguan pada emosi, dan jerawat karena penggunaan hormonal yang lama dapat mengacaukan keseimbangan hormon estrogen dan progesterone dalam tubuh sehingga mengakibatkan terjadi perubahan sel yang normal menjadi tidak normal.

Berdasarkan hasil wawancara, setiap responden kasus yang mengalami peningkatan berat badan menyatakan bahwa mereka mengalami peningkatan nafsu makan setelah memakai kontrasepsi. Hal ini disebabkan karena penggunaan kontrasepsi dapat mengaktifasi hormon glukokortikoid reseptor dan merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang dapat menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya. Kebiasaan ini dapat menyebabkan terjadinya penumpukan lapisan lemak pada manusia yang secara otomatis meningkatkan berat badan (Bakri dan Abdullah, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dhania Pratiwi (2014) yaitu terdapat hubungan yang bermakna antara penggunaan kontrasepsi hormonal suntik DMPA dengan peningkatan berat badan di puskesmas Lapai kota Padang ( $p=0.000 < 0.05$ ).

### **Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Suntik Progestin dengan Efek Samping Hiperpigmentasi**

Sebagian besar akseptor yang melakukan aktifitas diluar rumah adalah ibu rumah tangga yang sering melakukan sosialisasi bersama tetangga lainnya pada siang hari. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian hiperpigmentasi pada akseptor terjadi karena adanya paparan sinar UV yang terus menerus sehingga merangsang pembentukan melanosit. Pembentukan melanosit menghasilkan melanin sehingga terjadinya penumpukan dan menimbulkan noda hitam diwajah atau hiperpigmentasi.

Pada 29 responden kasus yang mengalami hiperpigmentasi, sebanyak 11 (37,9%) responden menyatakan bahwa setelah penggunaan kosmetik mengakibatkan munculnya bercak coklat kehitaman dikulit muka. Munculnya bercak coklat kehitaman dikulit muka ini diakui oleh 11 responden tersebut semakin diperparah dengan adanya pemakaian kontrasepsi. Rata-rata responden yang mengalami hiperpigmentasi mengakui bahwa mereka merasakan gejala tersebut selama kurang dari 1 tahun pemakaian atau sebanyak 26 (89,7%) responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Asih Arifa Udiani (2012) yaitu terdapat hubungan yang bermakna antara penggunaan kontrasepsi oral dengan kejadian Melasma di desa Ngebrak kecamatan Gentan.

### **Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu kurang lengkapnya catatan akseptor KB pada buku registrasi terutama untuk pengguna Pil KB sehingga menyulitkan peneliti untuk melihat tekanan darah maupun berat badan akseptor sebelum penggunaan KB. Oleh karena keterbatasan tersebut, pada saat penelitian

akseptor diminta untuk mengingat kembali atau membandingkan berat badan dan tekanan pada saat pertama kali menggunakan dengan saat penelitian dilakukan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, maka diperoleh simpulan sebagai berikut : Tidak ada hubungan penggunaan kontrasepsi suntik progestin dengan efek samping hipertensi pada akseptor. Ada hubungan penggunaan kontrasepsi suntik progestin dengan efek samping peningkatan berat badan pada akseptor. Ada hubungan penggunaan kontrasepsi suntik progestin dengan efek samping hiperpigmentasi pada akseptor.

Disarankan bagi penelitian lebih lanjut perlu dilakukan dengan melihat apakah ada pengaruh lama penggunaan kontrasepsi terhadap peningkatan tekanan darah akseptor dengan memperluas lingkup variabel pada pengguna kontrasepsi seperti pada pengguna kontrasepsi non hormonal lainnya seperti kondom, tubektomi dan vasektomi. Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber informasi bagi instansi terkait khususnya Puskesmas Alak dalam memberikan gambaran informasi mengenai efek samping (Hipertensi, Peningkatan berat badan, dan Hiperpigmentasi) yang dialami akseptor di Puskesmas Alak. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa akseptor tidak sering melakukan aktifitas olahraga dalam seminggu atau sebanyak 31 (81,6%) responden kasus oleh karena itu peneliti menyarankan agar akseptor lebih meningkatkan kebiasaan olahraga agar berat badan dapat terjaga stabil dan meningkatkan kualitas hidup dengan berolahraga, dan perlunya kebiasaan penggunaan masker atau alat pelindung wajah saat beraktifitas pada siang hari untuk meminimalisir efek hiperpigmentasi akibat penggunaan kontrasepsi suntik progestin.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M. 2010. Metodologi Dan Aplikasi Riset Pendidikan. Bandung: Pustaka Cendekia Utama
- Antika, Dita Agil. 2014. Hubungan penggunaan KB suntik dengan siklus menstruasi pada akseptor diwilayah Puseksmas Ponjong I Gunung Kidul. Yogyakarta: STIK Aisyiyah
- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bakri, S., dan Abdullah, A., 2008, *Effect of Depot Medroxyprogesterone (DMPA) on Body Weight and Serum Lipid Profile in Adult Female Rats, Journal of Biochemistry & Molecular Biology* Vol 2 ( N.1 )
- Bare BG., Smeltzer SC. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- BKKBN. 2003. *Materi Konseling Untuk Membantu Klien Memilih Jenis Kontrasepsi Dan Mengatasi Efek Samping Dan Komplikasi*. Jawa Tengah: BKKBN.
- BKKBN, 2004. Panduan Praktis Memilih Kontrasepsi. Surabaya: Pala Indonesia.
- BKKBN. 2008. Penduduk Indonesia bertambah 3 Juta setiap tahun. [www.bkkbn.go.id/jateng](http://www.bkkbn.go.id/jateng). [25 November 2016]
- Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. 2006. Jakarta: YBP-SP.
- Eviana. S. 2011. Panduan Pemeriksaan Fisik. Jakarta: Salemba Medika.
- Florensa, Maria Veronika Ayu. 2010. Hasil Pengukuran Tekanan Darah Dalam Berbagai Posisi Dengan Spigmomanometer Aneroid Pada Mahasiswa Keperawatan. Tangerang: universitas Pelita Harapan.
- Guyton AC, Hall JE. 2008. Buku ajar fisiologi kedokteran (terjemahan). Edisi ke-11. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Handayani, Rohmi. Fajarsari, Dyah. Suryani, Evi Sri. 2010. Hubungan Lamanya Pemakaian Kontrasepsi Suntik DMPA Dengan Kembalinya Kesuburan Pada Post Akseptor KB Suntik DMPA. Purwokerto: Akademi Kebidanan YLPP.
- Hartanto, Hanafi. 2002. Keluarga Berencana dan kontrasepsi. Jakarta: Puspa Sinar Harapan
- . 2004. Keluarga Berencana dan kontrasepsi. Jakarta: Puspa Sinar Harapan
- Hayens, B, dkk. 2003. Buku pintar menaklukkan Hipertensi. Jakarta : Ladang Pustaka.
- Isfandari, Siti. 2015. Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Dan Distress Emosional Sebagai Kontributor Hipertensi Perempuan Indonesia: Tinjauan Perspektif Jender. Jakarta: Pusat Humaniora Pemberdayaan dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat.
- Istantri. 2013. *Kontrasepsi Vasektomi dan Tubektomi*. <http://artikeltentangkesehatan.com/kontrasepsi-vasektomi-dan-tubektomi.html> [23 November 2016]

# HUBUNGAN SIKAP TERHADAP PERILAKU AKSEPTOR KB ORAL

Hasri Yulianti  
Jurusan Kebidanan Poltekeks Kemenkes Kupang  
([yulianti\\_hasri@yahoo.com](mailto:yulianti_hasri@yahoo.com))

## ABSTRACT

**Background:** Oral contraceptives have a high effectiveness of up to 98.5% of their effectiveness with notes when used correctly. Therefore the most important thing in using oral contraceptives is daily adherence to taking pills.

**Objectives:** This study aims to determine the relationship of attitudes toward the acceptance of oral KB acceptor at the Kupang city health center.

**Methodology:** Population are all active KB acceptors who use oral contraceptives at the Bakunase health center. The sample selection using quota sampling technique, a amount of 85 samples by dividing the questionnaires used as the primary data source. The variables were measured using analytical technique, and with cross sectional design, the data were analyzed using the statistical method X<sup>2</sup> (chi-Square) with the Exact fishers test ( $p = 0$  and  $\alpha = 0,5$ ).

**Results:** There was a significant relationship ( $p = 0,008 < \alpha = 0,05$  and  $df = 1$ ) between attitudes toward oral KB acceptor behavior in Bakunase Kupang city health center

**Conclusion:** Based on the result of the research, it is concluded that there is a significant correlation between attitude toward the acceptance of oral KB acceptor in bakunase city of Kupang.

**Keywords:** Attitude of oral KB acceptor

## PENDAHULUAN

Pemerintah telah melakukan upaya untuk mendukung kualitas dan kesejahteraan ibu dan keluarganya yaitu dengan Gerakan Keluarga Berencana Nasional. Paradigma baru program keluarga berencana Nasional telah diubah visinya dari mewujudkan NKKBS menjadi visi untuk mewujudkan :Keluarga Berkualitas Tahun 2015".keluarga berkualitas yang dimaksud adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak uang ideal, berwawasan kedepan, bertanggungjawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa(BKKBN,2002)

Program keluarga berencana telah berjalan lama di Indonesia. Dalam pelaksanaannya selama ini telah berhasil memberikan kontribusi yang cukup besar terutama terhadap penurunan fertilitas dan laju pertumbuhan penduduk melalui kesertaan ber-KB serta kontribusi terhadap upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat dan keluarga melalui program pemberdayaan keluarga (BKKBN,2002)

Kontribusi program keluarga berencana dapat dilihat pada program *Making Pregnancy safer* (MPS) yang mana salah satu pesan kuncinya adalah bahwa setiap kehamilan harus merupakan kehamilan yang diinginkan. Untuk mewujudkan pesan kunci tersebut keluarga berencana merupakan upaya preventif yang paling dasar dan utama. Dalam perkembangan prevalensi keluarga berencana di Indonesia tahun 20016 mengalami sedikit penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, dan apabila prevalensi keluarga berencana terus menurun pada waktu mendatang maka sasaran pembangunan akan sulit tercapai (JNPK-KR,2003)

Persentase keluarga berencana aktif nasional terhadap pasangan usia subur yang ada tahun 2007 adalah 65,9%, dengan macam metode kontrasepsi yang dominan antara lain : suntikan, Pil, implant dan AKDR pemakaian sutikakan sedikit berfluktuasi(34%), Pil relative (18%), Implan menunjukkan kenaikan (6%), dan AKDR menurun cukup berarti (4%) (Puslitbang KB dan Kespro, Depkes ,2008)

Di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) pada tahun 2007 pencapaian KB aktif adalah 54,84%, dengan macam pemakaian metode kontrasepsi : Suntikan 62,99%, Pil 19,17%, AKDR 8,46%,Implant 5,34% dan kondom 0,85%, dari seluruh jumlah akseptor yang ada. Di kota kupang presentase pencapaian KB aktif menurut alat kontrasepsi Suntikan 61,33%, Pil 26,40%, Implant 4,18% dan kondom 2,61%, dari jumlah PUS yang ada (Profil Provinsi Nusa Tenggara Timur,2007).

Dari hasil penelitian tentang kedisiplinan pemakaian pil didapatkan 25% akseptor lupa minum 1 butir pil, 35% akseptor tidak minum pil secara teratur dan 40% pemakai pil tidak meminumnya sampai habis dan ketidakteraturan minum pil ini dapat memberi peluang terjadinya kehamilan, meskipun akseptor mengaku menggunakan pil sebagai alat kontrasepsi (Panduan Kesehatan, 2008).

Penggunaan kontrasepsi oral berbeda dengan kontrasepsi lainnya, disini yang banyak berperan adalah akseptor itu sendiri, karena aturan penggunaan pil cukup ketat yaitu diminum setiap hari dengan waktu yang sama. Sehingga pengetahuan tentang penggunaan kontrsepsi oral harus benar – benar dimiliki oleh akseptor tersebut. Bila akseptor telah mengerti dan mempunyai sikap yang setuju tentang cara penggunaannya diharapkan akseptor tersebut dapat merubah perilakunya terhadap cara penggunaan kontrasepsi oral. Sehingga akseptor KB yang menggunakan kontrasepsi oral dapat dengan mudah menggunakannya ( Solusi sehat, 2008)

Dalam penelitian ini, dilakukan di Puskesmas bakunase kota kupang, data yang diperoleh yaitu akseptor KB aktif 2522 orang. Dimana kontribusi yang paling banyak digunakan adalah : suntikan 44,80%, IUD 28,75%, Pil 20,22%, Kondom 3,24%, Implant 2,97% ( Register Puseksmas Bakunase Kota Kupang, 2008).

Kontrasepsi oral mempunyai efektifitas tinggi yaitu sampai 98,5% keefektifannya dengan catatan bila digunakan dengan benar. Oleh karena itu hal yang paling penting dalam penting dalam menggunakan kontrasepsi oral adalah kepatuhan setiap hari minum pil (Saifuddin, 1996).

## TUJUAN PENELITIAN

Untuk mengetahui hubungan sikap terhadap perilaku Akseptor KB oral di Puskesmas Bakunase Kota Kupang

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian survey analitik dengan pendekatan cross-sectional, dimana data yang menyangkut Variabel Bebas atau resiko dan variabel terikat atau variabel akibat akan dikumpulkan dalam waktu bersamaan dan pengukurannya dilakukan pada satu saat tanpa follow up. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas bakunase kota kupang, Populasi dalam penelitian ini semua akseptor KB aktif yang menggunakan kontrasepsi oral (510) akseptor di wilayahkerja puskesmas bakunase.

Sampel dalam penelitian ini akspetor KB aktif yang menggunakan kontrasepsi oral diwilayah kerja puskesmas bakunase yang memenuhi kriteria inklusi yaitu ibu yang bersedia menjadi reponden dan akseptor KB oral lama. Besaran Sampel 85 Responden . Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang dirangcangkan penulis untuk mengetahui hubungan sikap dan perilaku akseptor KB Oral dengan uji *chi square*( $X^2$ ) . Data diperoleh dengan menggunakan Data primer dan data sekunder. Data diolah melalui proses editing, koding, entry data, cleaning data, penyajian data dan dilakukan analisis data.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Analisis Univariat

Tabel 1 .Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Umur	Frekuensi	%
<20 Tahun	1	1,2
20-35 Tahun	75	88,2
>35 Tahun	9	10,6
Jumlah	85	100

Sumber: Data Primer

Pada tabel 1 menunjukkan bahwa 88,2% responden berada pada kelompok umur 20-35 tahun yaitu sebanyak 75 orang ,9 orang atau 10,6% berada pada kelompok umur >35 tahun dan 1 orang atau 1,2% pada kelompok umur <20 tahun. Sehingga sebagian besar umur responden masuk dalam kategori usia reproduksi sehat.

Tabel 2 Distribusi Responden Menurut Perilaku Akseptor KB Oral

Sikap	Frekuensi	%
Baik	73	85,9
Kurang	12	14,1
Jumlah	85	100

Sumber: Data Primer

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa sikap responden 85,9%(73 orang) termasuk kategori baik dan 14,1% responden(12 orang) masuk dalam kategori kurang. Sehingga dapat di simpulkan bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap yang baik atau positif dalam penggunaan kontrasepsi oral di Puskesmas Bakunase Kota Kupang.

Tabel 3. Distribusi Responden Menurut Perilaku Akseptor KB Oral

Perilaku	Frekuensi	%
Baik	64	75,3
Kurang	21	24,7
Jumlah	85	100

Sumber : data Primer

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa perilaku responden 75,3%(64 orang) termasuk kategori baik, dan 24,7% responden (21 orang) masuk dalam kategori kurang, sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden mempunyai perilaku yang baik atau positif dalam penggunaan kontrasepsi Bakunase Kota Kupang.

## 2. Analisis Bivariat

Tabel 4 Analisis Hubungan Sikap terhadap perilaku Akseptor KB Oral

Sikap	Perilaku				Total	%
	Baik		Kurang			
Baik	59	92,2	14	66,7	73	85,9
Kurang	5	7,8	7	33,3	12	14,1
Total	64	100	21	100	85	100

Sumber : data Primer

Pada tabel 4 menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap baik atau positif 85,9% (73 orang), 92,2% responden(59 Orang) diantaranya mempunyai perilaku baik dan 66,7% responden (14 Orang) mempunyai perilaku kurang. Sedangkan dari 14,1% responden (12 Orang) memiliki sikap kurang, 7,8 % responden (5 Orang) Mempunyai perilaku baik dan 33,3% ( 7 Orang) Mempunyai perilaku Kurang.

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan hubungan sikap terhadap perilaku akseptor KB oral, karena terdapat nilai *expected* kurang dari 5 pada salah satu sel maka dilanjutkan dengan uji fisher'S Exact tes dengan  $\alpha=0,05$  dan  $df=1$ . Sehingga diperoleh nilai  $P=0,008$  atau  $p<\alpha$ . Ini berarti hipotesis penelitian ( $H_0$ ) ditolak artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku akseptor KB oral.

Karakteristik umum responden:

### Umur

Pada tabel 1 hasil pengolahan data yang dilakukan memperlihatkan bahwa 88,2% atau 75 orang responden berada pada kelompok umur 20-35 tahun. Pada kelompok umur ini dapat dikatakan sebagai kelompok usia reproduksi sehat. Perempuan telah dapat melahirkan segera setelah ia mendapatkan haid yang pertama (*Menarche*), kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid(*menopause*), kehamilan dan kelahiran terbaik adalah saat usia 20-35 tahun.

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual. Pemilihan alat kontrasepsi

oral pada usia kurang dari 20 tahun untuk menunda kehamilan agar organ reproduksinya betul-betul matang(Varney).

Perencanaan kehamilan dengan menjadi akseptor KB mengurangi masalah kesehatan reproduksi. Pada wanita masalah kesehatan reproduksi yang membutuhkan perhatian misalnya kanker genetalia dan payudara, fibroma uterus jarang didapat pada usia sebelum 35 atau 40 tahun. Untuk usia lebih dari 35 tahun sebaiknya memilih kontrasepsi mantap/steril, atau kontrasepsi yang tidak mengandung hormonal.

#### **Karakteristik khusus responden :**

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan factor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang, tidak senang, setuju, tidak setuju, baik dan tidak baik (Notoatmojo,2005).

Pada tabel 4 menggambarkan bahwa 85,5%(73 Orang) bersikap baik yang akan mempengaruhi mereka dalam perilaku penggunaan kontrasepsi oral. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari beberap perilaku yang tertutup. Sikap akseptor KB oral adalah respon dari akseptor yang meliputi menerima, menanggapi, menghargai dan bertanggungjawab terhadap perilaku penggunaan kontrasepsi oral. Sikap akseptor yang baik atau positif pasti akan mempengaruhi mereka dalam menggunakan kontrasepsi oral.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku akseptor KB oral. Dimana penggunaan kontrasepsi oral berbeda dengan kontrasepsi lainnya, disini yang banyak berperan adalah akseptor itu sendiri, karena penggunaan kontrasepsi oral cukup ketat yaitu diminum setiap hari dengan waktu yang sama. Sehingga akseptor harus mempunyai sikap setuju tentang cara penggunaannya dan diharapkan dapat merubah perilakunya terhadap cara penggunaan kontrasepsi oral, dengan demikian KB oral dapat dengan mudah digunakan. Menurut azwar(1994) bahwa sikap dibentuk oleh komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling menunjang. Komponen kognitif merupakan informasi yang dimiliki seseorang terhadap sikapnya, komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional dan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki seseorang.

Rogers(1994) mengungkapkan bahwa apabila penerimaan perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan langgeng(long lasting) dalam artian perilaku berupa cara menggunakan kontrasepsi oral pada akseptor KB oral yang mempunyai sikap yang baik atau positif sehubungan dengan perilaku kontrasepsi oral.

#### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian hubungan sikap dan perilaku akseptor KB oral di puskesmas Bakunase kota kupang, maka disimpulkan ada hubungan yang signifikan( $p=0,008 < \alpha=0,05$  dan  $df=1$ ) antara sikap terhadap perilaku akseptor KB oral di puskesmas bakunase kota kupang. Sebagian besar reponden mempunyai sikap dan perilaku yang baik atau positif dalam hal menggunakan kontrasepsi oral di puskesmas bakunase kota kupang

Bidan sebagai pemberi pelayanan keluarga berencana agar meningkatkan pelayanan KIE pada akseptor baru atau akseptor lama kontrasepsi oral setiap kali kunjungan ulang BKKBN agar tetap meningkatkan pelayanan keluarga berencana yang bermutu dalam upaya meningkatkan kualitas penduduk khususnya penyediaan suplai obat pil KB agar tidak terlambat yang menyebabkan akseptor KB drop out.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Arikunto,S(2002), *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*,PT Rineke Cipta,Jakarta

Arisman, L (2007), *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, EGC, Jakarta

Hidayat, A.Aziz Alimul(2007), *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisa Data*, Salemba Medika, Jakarta

<http://www.solusisehat.net/artikel> diakses tanggal 18 mei 2009

<http://www.panduankesehatan.blogspot.com/2008/09> diakses tanggal 18 Mei 2008

<http://www.kuliahbidan.wordpress.com/2008/07/18/efekpilKB> atau fakta diakses tanggal 18 mei 2008

- Ladewig, P(2006) *Buku Saku Asuhan Ibu Dan Bayi Baru Lahir*, EGC, Jakarta
- Notoatmojo, S ( 2007) *Promosi Kesehatan Dan Perilaku* , Rineke Cipta, Jakarta
- NurTanjung,B(2008) *Pedoman Penulisan karya Ilmiah*, Kencana,Jakarta
- Prasetyo B dan Jannah L.M (2008) *Metode Penelitian kuantitatif*, Rajagrafindo Persada
- Prawirohardjo,S(2002) *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina pustaka.Jakarta
- Riwidikdo,H(2008) *Statistik Kesehatan* , Mitra Cendikia. Jogjakarta
- Saifuddin,A,B(2003) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*, Edisi pertama. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- (2006) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*, Edisi kedua . Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Sastroasmoro,S dan Ismael,S (2002) *Dasar-Dasar Metodologi penelitian Klinis*, Edisi ke 2 .Sagung Seto, Jakarta
- Sugiyono (2004) *stasitik non parametric untuk penelitian*, Alfabeta. Bandung
- Varney, H (2006) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, EGC.Jakarta



# HUBUNGAN PEKERJAAN DAN AKTIVITAS FISIK DENGAN PERUBAHAN BERAT BADAN PADA IBU PENGGUNA ALAT KONTRASEPSI IMPLAN DI PUSKESMAS OEBOBO KOTA KUPANG TAHUN 2016

Loriana Manalor  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemneks Kupang

## ABSTRACT

**Background :** Target of Millennium Development Goals (MDGs) 2015, one of them is to decrease maternal mortality rate (AKI) and infant mortality or infant mortality (AKB), and improve maternal health. **Objective :** to create a healthy family. Analytical observational study with cross sectional study design. The location in this study was conducted at the Fatululi Assisting Community Health Center in July 2016, with a sample size of 70 respondents.

**Result :** Influence of Occupation on Western Change Agency most of the respondents of implant users who do not work as many as 25 people (35.7%), while respondents who work 11 people (15.7%). The results of this study indicate that respondents who do not work in this case housewives experience weight gain. The Effect of Physical Activity on Western Changes Most of the users of implant users with heavy activity experienced weight gain of 13 people (18.6%), and mild respondents gained more weight by 16 people (22.9%), while respondents activity was mostly weight gain as many as 7 people (10.0%). The work at home is relatively small because there are auxiliary facilities that work on their needs, so it tends to do activities that do not so much energy so that the intake of nutrients that are inserted into the body is not balanced with the energy released through work done or expended through sweat or fat burning .

**Conclusion :** measurable physical activity is expected to help maintain physical fitness and help the channeling of energy and fat burning so as to prevent obesity. There is no effect of work and there is an effect of physical activity on weight change on weight change in implanted mothers at the Fatululi Assisting Community Center in 2016.

**Keywords :** work, physical activity. Mother implanted user

## PENDAHULUAN

Semakin tinggi pertumbuhan penduduk semakin besar usaha yang diperlukan untuk mempertahankan tingkat tertentu kesejahteraan rakyat (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2013). Target dari *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015, salah satunya yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi atau Balita (AKB), serta meningkatkan kesehatan ibu. Kesehatan ibu merupakan komponen yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi, dan untuk menciptakan keluarga yang sehat. Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat menyelenggarakan Rakornas penguat sistem kesehatan, kependudukan, dan keluarga berencana dalam pencapaian target MDGs 2015 (Handayani Sri, 2013).

Paradigma baru program Keluarga Berencana Nasional telah diubah visinya dari mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) menjadi visi untuk mewujudkan “Keluarga Berkualitas Tahun 2015”. Keluarga yang berkualitas adalah yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan, bertanggung jawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Saefuddin, 2013).

Macam-macam metode kontrasepsi tersebut adalah *intra uterine devices* (IUD), Implan, kondom, metode operatif untuk wanita (tubektomi), metode operatif untuk pria (vasektomi), dan kontrasepsi pil (JNPKKR, 2013). Semua metode kontrasepsi mempunyai efek samping (akibat pemakaian KB, bukan gejala suatu penyakit), yang harus diketahui oleh pemakai (akseptor) sebelum memakainya. Sebagian besar para pasangan usia subur di Indonesia menggunakan kontrasepsi KB Implan (Suzzane, 2013).

Mengingat metode kontrasepsi Implan merupakan salah satu cara KB yang efektif, terpilih dan banyak jumlah penggunaannya, namun masih banyak juga didapatkan akseptor kontrasepsi Implan yang mengalami efek samping sehingga para akseptor mengalami kekhawatiran, kecemasan yang berlebihan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian *cross Sectional*. Lokasi dalam penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Pembantu Fatululi pada bulan Juli 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu pengguna alat kontrasepsi implan berjumlah 70 responden yang terdaftar dalam register Puskesmas Pembantu Fatululi selama tahun 2016 dan bersedia diwawancarai. Pengambilan sampel dilaksanakan jika populasi tidak banyak variasinya dan secara geografis tidak terlalu menyebar. Teknik pengambilan sampel secara acak sederhana yaitu mengundi anggota populasi (*lottery technique*) atau teknik undian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner sebagai pedoman wawancara untuk mendapat data.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan pengguna alat kontrasepsi implan di Pustu Fatululi Tahun 2016

No	Pekerjaan	F	%
1	Tidak Bekerja	42	60
2	Bekerja	28	40
	Total	70	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak pekerjaan dalam hal ini ibu rumah tangga yaitu 42 responden (60%), responden yang bekerja yaitu 28 responden (40%) .

Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan aktivitas fisik pengguna alat kontrasepsi implan di Pustu Fatululi Tahun 2016

No	Aktivitas Fisik	F	%
1	Berat	17	24.3
2	Ringan	31	44.3
3	Sedang	22	31.4
	Total	70	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden pengguna implan memiliki aktivitas fisik ringan 31 responden (44.3%), aktivitas sedang sebanyak 22 orang (31.4%) dan aktivitas berat sebanyak 17 orang (24.3%).

Tabel 3. Pengaruh Pekerjaan Terhadap Perubahan Berat Badan Ibu Pengguna Implan di Puskesmas Pembantu Fatululi Tahun 2016

Pekerjaan	Perubahan Berat Badan						Nilai p
	Naik		Tidak Naik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Bekerja	25	35.7	17	24.3	42	60.0	<b>0.097</b>
Bekerja	11	15.7	17	24.3	28	40.0	
Total	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	

Tabel 3 menunjukkan sebagian besar responden pengguna implan yang tidak bekerja sebanyak 25 orang (35.7%), sedangkan responden yang bekerja 11 orang (15.7%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja dalam hal ini ibu rumah tangga mengalami kenaikan berat badan.

Tabel 4. Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Perubahan Berat Badan Ibu Pengguna Implan di Puskesmas Pembantu Fatululi 2016

Aktivitas Fisik	Perubahan Berat Badan						Nilai p
	Naik		Tidak Naik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Berat	13	18.6	4	5.7	17	24.3	0.022
Ringan	16	44.4	15	44.1	31	44.3	
Sedang	7	10.0	15	21.4	22	31.4	
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pengguna implan dengan aktivitas fisik berat mengalami kenaikan berat badan sebanyak 13 orang (18,6%), dan responden dengan aktivitas fisik yang ringan lebih banyak mengalami kenaikan berat badan sebanyak 16 orang (44,4%), sedangkan responden dengan aktivitas fisik sedang mengalami kenaikan berat badan sebanyak 7 orang (10.0%).

Gerakan keluarga Berencana Nasional Indonesia telah berumur panjang (sejak 1970) dan masyarakat dunia menganggap Indonesia berhasil menurunkan angka kelahiran dengan bermakna. Seperti diketahui bahwa KB mencakup dua tujuan utama ; Pengaturan jarak kelahiran (“*spacing*”) dan memenuhi keinginan suami-istri untuk tidak ingin lagi menambah anak (“*limiting*”). Kontrasepsi implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis tinggi dan *reversible* untuk wanita (JNPKKR, 2014). Dalam penelitian ini dapat dilihat faktor yang mempengaruhi perubahan berat badan pada ibu pengguna alat kontrasepsi implan, yaitu paritas dan aktivitas fisik.

Pekerjaan : Hormon progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, sehingga lemak di bawah kulit bertambah, selain itu hormon progesteron juga menyebabkan nafsu makan bertambah dan menurunkan aktivitas fisik dalam hal ini pekerjaan ibu pengguna alat kontrasepsi implan, akibatnya pemakaian implan dapat menyebabkan berat badan bertambah. Menurut Wijayanti (2012), bahwa pekerjaan yang dilakukan ibu pengguna alat kontrasepsi implan dapat mempengaruhi peningkatan berat badan. Hal ini disebabkan karena asupan energi yang melebihi kebutuhan tubuh yang biasanya dialami oleh ibu pengguna alat kontrasepsi yang kurang olah raga atau kurang aktivitas fisik sehingga energi yang masuk kedalam tubuh tidak dibakar atau digunakan yang kemudian disimpan dalam bentuk lemak sehingga menyebabkan berat badan naik. Responden pengguna implan yang mengalami kenaikan berat badan sebagian besar yang tidak bekerja sebanyak 25 orang (35.7%), sedangkan responden yang bekerja 11 orang (15.7%) dan responden pengguna implan yang tidak mengalami kenaikan berat badan 17 orang (24.3%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja dalam hal ini ibu rumah tangga mengalami kenaikan berat badan. Menurut peneliti, meskipun pekerjaan yang dilakukan ibu pengguna alat kontrasepsi dikatakan berat namun ada beberapa pertimbangan juga misalnya pekerjaan hanya dilakukan di dalam rumah sebagai ibu rumah tangga. Karena pekerjaan di rumah relatif sedikit karena ada sarana pembantu yang mengerjakan keperluan mereka, sehingga cenderung aktivitas yang dilakukan tidak begitu banyak mengeluarkan energi sehingga asupan nutrisi yang dimasukkan ke dalam tubuh tidak seimbang dengan energi yang dikeluarkan lewat pekerjaan yang dilakukan maupun yang dikeluarkan lewat keringat atau pembakaran lemak.

Aktivitas fisik : Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energy. Aktivitas fisik yang tidak ada (kurangnya aktivitas fisik) merupakan faktor resiko independen untuk penyakit kronis, dan secara keseluruhan diperkirakan menyebabkan kematian secara global (WHO, 2010). Jadi, kesimpulan dari aktivitas fisik ialah gerakan tubuh oleh otot tubuh dan system penunjangnya yang memerlukan pengeluaran energy. Gerak atau aktivitas fisik yang disarankan untuk menjaga kebugaran jasmani adalah minimal tiga (3) kali seminggu dengan durasi waktu 60 – 90 menit dengan intensitas sedang. Melalui aktivitas jasmani yang terukur ini diharapkan dapat membantu menjaga kebugaran jasmani dan membantu penyaluran tenaga serta pembakaran lemak sehingga dapat mencegah kegemukan. (Djoko Pekik Irianto:2012:22) Jenis-jenis aktivitas fisik yang sesuai dengan umur dan dapat dilakukan oleh setiap orang dewasa ; Kegiatan ringan ; hanya memerlukan sedikit tenaga dan biasanya tidak menyebabkan perubahan dalam pernapasan atau ketahanan (*endurance*). Contoh : berjalan kaki, menyapu lantai, mencuci

baju/piring, mencuci kendaraan, berdandan, duduk, les di sekolah, les di luar sekolah, mengasuh anak, nonton TV, aktivitas main *play station*, main computer, belajar di rumah, nongkrong. Kegiatan sedang ; membutuhkan tenaga intens atau terus menerus, gerakan otot yang berirama atau kelenturan (*flexibility*). Contoh berlari kecil, tenis meja, berenang, bermain dengan hewan peliharaan, bersepeda, bermain music, jalan cepat. Kegiatan berat ; biasanya berhubungan dengan olahraga dan membutuhkan kekuatan (*strength*), membuat berkeringat. Contoh ; berlari, bermain sepak bola, aerobic, bela diri (missal karate, taekwondo, pencak silat) dan *outbound*. Faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik adalah pola makan ; Makanan salah satu (1) faktor yang mempengaruhi aktivitas, karena bila jumlah makanan dan porsi makanan lebih banyak, maka tubuh akan merasa mudah lelah, dan tidak ingin melakukan kegiatan seperti olahraga atau menjalankan aktivitas lainnya. Kandungan dari makanan yang berlemak juga banyak mempengaruhi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari ataupun olahraga, sebaiknya makanan yang akan dikonsumsi dipertimbangkan kandungan gizinya agar tubuh tidak mengalami kelebihan energy namun tidak dapat dikeluarkan secara maksimal. Responden pengguna implan dengan aktivitas berat sebagian besar mengalami kenaikan berat badan sebanyak 13 orang (18,6%), dan responden yang ringan lebih banyak mengalami kenaikan berat badan ringan sebanyak 16 orang (44,4%), sedangkan responden dengan aktivitas fisik sedang mengalami kenaikan berat badan sebanyak 7 orang (10.0%). Hal ini sesuai dengan penelitian Sriwahyuni (2010) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan aktivitas fisik dengan peningkatan berat badan (OR=2.100, 95% CI; 1.032-4.272), ini menunjukkan siswa yang tidak aktif memiliki peluang resiko 2.1 kali lebih besar mengalami peningkatan berat badan dibandingkan siswa yang aktif. Proses kegemukan yang terjadi disebabkan oleh berbagai faktor antara lain konsumsi, genetic, sosiobudaya, dan aktivitas fisik. Peningkatan berat badan dapat terjadi karena disebabkan penumpukan adipose (*adipocytes*, jaringan lemak khusus yang disimpan tubuh) secara berlebihan (Winarsih. (2012).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Tidak ada pengaruh pekerjaan terhadap perubahan berat badan pada ibu pengguna implan di Puskesmas Pembantu Fatululi tahun 2016, Ada pengaruh aktivitas fisik terhadap perubahan berat badan pada ibu pengguna implan di Puskesmas Pembantu Fatululi tahun 2016.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azizah. 2014. *Hubungan asupan energy dan aktivitas fisik dengan indeks massa tubuh pada remaja putrid di Madrasah Aliyah Al Mukmin*. Sukoharjo
- BKKBN Kota Kupang, 2013. *Data peserta KB Tahun 2013*, Kupang, BKKBN, Kota Kupang.
- Handayani Sri, 2012, *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*, Jakarta, Pustaka Rihama
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPKKR) 2014, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*, Jakarta ; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, Abdul Bari. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Speroff & Darney, 2012. *Kontrasepsi Implan*. Jakarta, Nuha Medika
- Sriwahyuni Efi. (2010). *Hubungan antara Jenis dan Lama Pemakaian Alat Kontrasepsi Hormonal dengan Peningkatan Berat Badan Akseptor*. Surabaya. FKM UNA.
- Suzzane, 2013. *Metode Kontrasepsi yang mempunyai efek samping*. Jakarta, Nuha Medika
- WHO. 2010. *Menjaga kebugaran jasmani*. Jakarta
- Wijayanti. (2006). *Perbedaan Peningkatan Berat Badan Antara Akseptor Keluarga Berencana suntik Progesteron Tunggal Dan Kombinasi Progesteron Estrogen di Klinik Kebidanan Dan Reproduksi Bahagia Surakarta*. Surakarta : UNS.
- Winarsih. (2012). *Pengaruh Kontrasepsi Hormonal Terhadap Berat Badan dan Lapisan Lemak pada Akseptor Kontrasepsi Suntik DMPA*. Surakarta

# KAJIAN KEMATIAN BAYI BERDASARKAN PENYEBAB KEMATIAN, UMUR SAAT KEMATIAN, TEMPAT KEMATIAN DAN RUJUKAN KASUS RISIKO TINGGI DI KABUPATEN SUMBA TIMUR TAHUN 2011 – 2015

Mariana Ngundju Awang  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[ramyakeyken@gmail.com](mailto:ramyakeyken@gmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction:** Infant mortality is one of the targets set in the Millennium Development Goals at goal 5, the target to be achieved until 2015 is to reduce up to 2/3 the number of infant mortality. Factors - causes of infant death; Economic factors, socio-cultural and community participation (lack of recognition of problems, late decision-making, lack of access to health services, gender mainstreaming, and community participation in maternal and child health) (Nurrizka & Saputra 2013). Maternal death can almost certainly also mean death in infants who are conceived or born. Reportedly, 75% of babies born who lost their mothers will die before celebrating their first birthday.

East Nusa Tenggara (NTT) is one of the regions with the highest infant / neonatal mortality rate in Indonesia, the infant mortality rate (AKB) in 2004 of 62/1000 live births fell to 57/1000 live births in 2007, 926 in neonatal deaths and infant mortality 424. While for the year 2013 January to May decreased by 349 with neonatal death rate 260 and infant mortality 89 people (Dinkes Prop NTT, 2012).

East Sumba regency is one of the areas in East Nusa Tenggara Province which has 21 Puskesmas. Infant Mortality Rate (IMR) in East Sumba Regency is still relatively high based on the annual report of East Sumba District Health Office for the last five years (2011-2015). Infant mortality rate in East Sumba is one of the highest in East Nusa Tenggara (NTT) province and continues to fluctuate in the last five years from 2011 to 2015 and the number is 61 - 99 - 122 - 108 and 99 (Health Office of East Sumba District, 2015).

**Research Objectives** To identify risk factors of infant mortality based on Cause of death, place of death and referral of high risk pregnancy case in East Sumba Regency 2011-2015. The research type used is descriptive research with cross sectional method. Population and Sample are 30 cases of infant mortality in 2011 - 2015

**Results:** The cause of infant mortality over the last 5 years in East Sumba district was 66.7% Pneumonia, followed by febrile seizures and diarrhea / GEA 16.6 and 10%. As many as 46.7 percent of infants died at the age of 1 month, 16.6 percent age 2 months. Based on the place of infant mortality, 80 percent of infants died at home because they were not referred and 20 percent died in Puskesmas / RSUD for late referral.

**Conclusions:** Risk Factors Infant Mortality from 2011 to 2015 in East Sumba Regency Mostly caused by cases of Pneumonia whose average age at death is 1 month and the place of Majority Deaths at home caused by parents' ignorance about the danger signals in infants and a small percentage in hospitals and health centers because of late references.

**Keywords:** Infant Mortality Study, East Sumba, Risk Factors, NTT

## PENDAHULUAN

Angka kematian bayi juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millenium pada tujuan ke 5 yaitu 2/3 jumlah kematian Bayi. Tiga faktor utama penyebab kematian ibu dan bayi; 1). Faktor medik (langsung dan tidak langsung), 2).Faktor sistem pelayanan (sistem pelayanan antenatal, sistem pelayanan persalinan dan sistem pelayanan pasca persalinan dan pelayanan kesehatan anak), dan 3). Faktor ekonomi, sosial budaya dan peran serta masyarakat (kurangnya pengenalan masalah, terlambatnya proses pengambilan keputusan, kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan, pengarusutamaan gender, dan peran masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak).

Kematian ibu hampir dapat dipastikan juga berarti kematian pada bayi yang dikandung atau dilahirkannya, dilaporkan, 75% bayi lahir yang kehilangan ibunya akan meninggal sebelum merayakan ulang tahun pertamanya. Beberapa penelitian juga telah membuktikan bahwa kehilangan

seorang ibu dalam keluarga akan menyebabkan terbelengkalainya pendidikan anak-anak, terutama bagi anak perempuan yang akan menggantikan peran ibu di rumah. Kematian ibu dalam usia produktifnya juga berarti hilangnya salah satu penopang ekonomi keluarga.

Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2004 sebesar 62/1000 kelahiran hidup turun menjadi 57/1000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Namun penurunan AKI tersebut, belum diikuti penurunan untuk kematian bayi. Ini disebabkan karena jumlah kelahiran bayi berberat lahir rendah di NTT masih relatif tinggi. "Penyebabnya antara lain status kesehatan ibu, serta kenyataan bahwa pencegahan kematian bayi relatif lebih rumit daripada pencegahan kematian ibu". Sedangkan untuk kematian anak selama tahun 2011 mencapai 1.272 orang dengan rincian kematian neonatal 829 dan kematian bayi 442. Kematian neonatal 926 dan kematian bayi 424. Sementara untuk tahun 2013 Januari sampai Mei mengalami penurunan sebanyak 349 dengan tingkat kematian neonatal 260 dan kematian bayi 89 orang.

AKB di Kabupaten Sumba Timur relative masih tinggi berdasarkan laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur selama lima tahun terakhir (2011-2015). Angka kematian Bayi di Sumba Timur adalah salah satu yang tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Angka kematian Bayi terus berfluktuasi dalam lima tahun terakhir yaitu sejak tahun 2011 – 2015 berjumlah 61 - 99 – 122 – 108 – 99.

Angka kematian bayi baru lahir (0-30 hari) juga tak kalah tinggi, bahkan terus meningkat. Rata rata kematian bayi berusia 0-30 hari per tahun adalah 90-100 bayi per tahun. Tahun 2013, 122 bayi baru lahir meninggal dunia umumnya disebabkan oleh berat badan lahir rendah dan Asfiksia. Setahun kemudian, 108 bayi meninggal dengan penyebab serupa. Sampai dengan 2015, sekurang-kurangnya 99 bayi baru lahir telah meninggal di Sumba Timur (Dinkes Kabupaten Sumba Timur, 2015).

Pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dapat mencegah tingginya angka kematian. Di Indonesia, angka kematian bayi baru lahir pada anak-anak yang ibunya mendapatkan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh profesional medis adalah seperlima dari angka kematian pada anak-anak yang ibunya tidak mendapatkan pelayanan ini. Pelayanan pasca persalinan yang baik sangat penting, karena sebagian besar kematian ibu dan bayi baru lahir terjadi pada dua hari pertama dan pelayanan pasca persalinan diperlukan untuk menangani komplikasi setelah persalinan (Kemenkes RI, 2013).

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah Penelitian deskriptif; suatu metode penelitian yang ditujukan untuk menggambarkan fenomena-fenomena yang ada, yang berlangsung saat ini atau saat yang lampau. Penelitian ini tidak mengadakan manipulasi atau perubahan pada variabel-variabel bebas, tetapi menggambarkan suatu kondisi apa adanya. Penggambaran kondisi bisa individual atau menggunakan angka-angka. (Sukmadinata, 2006). Penelitian deskriptif, bisa mendeskripsikan suatu keadaan saja, tetapi bisa juga mendeskripsikan keadaan dalam tahapan-tahapan perkembangannya, penelitian demikian disebut penelitian perkembangan (*Developmental Studies*). Penelitian ini ada yang bersifat *longitudinal* atau sepanjang waktu dan ada yang bersifat *cross sectional* atau dalam potongan waktu.

Waktu penelitian dilaksanakan bulan Juni – Nopember 2016 di Puskesmas Kawangu, Kambaniru, Lewa dan RSUD Umbu Rara Meha Waingapu Kabupaten Sumba Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Populasi dalam penelitian ini adalah (1) kasus Kematian bayi dengan kriteria ibu hamil yang melakukan ANC dan terdata pada register kohort KIA Puskesmas. Sampel kasus adalah kematian bayi tahun 2011 – 2015 sejumlah 30 kasus. Penelitian ini dilaksanakan dengan cara (1) menelusuri rekam medik kasus kematian bayi dari Puskesmas dan RSUD Umbu Rara Meha Waingapu dari tahun 2011 – 2015. Pengumpulan data dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama mengumpulkan data responden kasus kematian yaitu ibu/bapak atau keluarga dari bayi yang meninggal yang bisa diwawancarai pada besok harinya dan dilanjutkan dengan Indepth interview terhadap ibu/bapak/Keluarga dari bayi yang meninggal. Hari berikutnya melakukan wawancara terhadap Bidan Puskesmas yang melakukan ANC dan menangani kasus rujukan ke RSUD, Bidan Pengelola Di Dinkes Kab Sumba Timur yang terlibat dan Bidan Di RSUD Umbu Rara Meha Waingapu yang Menangani Kasus Rujukan dari Puskesmas untuk diwawancarai.

Pengumpulan data dilaksanakan dua kali baik terhadap kasus, tahap pertama hanya bisa mengumpulkan masing – masing 15 responden saja makanya dilanjutkan dengan kali kedua untuk mengumpulkan masing – masing 15 responden berikutnya, sehingga memenuhi 30 responden. Data diolah secara komputer dengan menggunakan analisis deskriptif

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kajian Kematuan Bayi berdasarkan Penyebab kematian, umur saat kematian, tempat Kematian dan sistim rujukan kasus risiko tinggi dari Puskesmas Kawangu, Kambaniru, Lewa dan RSUD Umu Rara Meha Waingapu. Hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk Tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Data kematian Bayi menurut Penyebab tahun 2011 – 2015 Kabupaten Sumba Timur

NO	Penyebab Kematian Bayi	$\Sigma$	%
1	Pneumonia	20	66.7
2	Diare dan GEA	3	10
3	Kejang demam	5	16.7
4	Kelainan Congenital	2	6.7
Total		30	100

Tabel 1 tentang penyebab kematian bayi 66.7 persen adalah Pneumonia, disusul kejang demam dan diare/GEA 16.6 dan 10 persen

Tabel 2. Data kematian Bayi menurut umur tahun 2011 – 2015 Kabupaten Sumba Timur

No	Umur bayi (Bulan)	jumlah	persen
1	1	14	46.7
2	2	5	16.6
3	3	3	10
4	4	4	13.3
5	5	2	6.7
6	>6	2	6.7
Total		30	100

Berdasarkan tabel 2 diatas 46,7 persen Kematian bayi terjadi pada usia 1 bulan.

Tabel 3. Data kematian Bayi menurut Tempat kematian tahun 2011 – 2015 Kabupaten Sumba Timur

No	Tempat kematian bayi	$\Sigma$	%
1	Rumah	24	80
2	Pustu/puskesmas	2	6.7
3	RSUD/RSKL	4	13.3
Total		30	100

Berdasarkan tempat kematian bayi, 80 persen dirumah.

Data Rujukan kasus kematian Bayi Kabupaten Sumba Timur tahun 2011 -2015

No	Rujukan kematian bayi	$\Sigma$	%
1	Rujuk terlambat	6	20
2	Tidak rujuk	24	80
Total		30	100

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya bayi adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan, sesuai dengan pesan pertamakunci Making Pregnancy Safer (MPS)

yaitu setiap persalinan hendaknya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Faktor lainnya karena kurangnya pengetahuan dan perilaku masyarakat yang tidak mengenali tandabahaya dan terlambat membawa ibu, bayi dan balita sakit ke fasilitas kesehatan. Angka Kematian Bayi (AKB) 34/1000KH, terjadi stagnasi bila dibandingkan dengan SDKI 2003 yaitu 35 per 1000 KH. Sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia). Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambatsampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat (Kemenkes RI, 2013, Willa, W.R. dan & Mading, M., 2014). Hal ini yang menyebabkan 80 persen kematian bayi pada penelitian ini adalah di rumah karena tidak merujuk dan ketidaktahuan tentang tanda tanda bahaya pada bayi. Menurut hasil Riskesdas, 2007, penyebab kematian bayi baru lahir 0-6 hari di Indonesia adalah gangguan pernapasan 36,9%, prematuritas 32,4%, sepsis 12%, hipotermi 6,8% dan kelainan darah/ikterus 6,6% dan lain-lain, sedangkan **Penyebab kematian bayi 7-28 hari adalah** sepsis 20,5%, kelainan kongenital 18,1%, pnemonia 15,4%, prematuritas dan BBLR 12,8%, RDS 12,8%. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian saya yaitu 66.7 persen penyebab kematian bayi adalah karena Penumonia disusul dengan kejang demam dan GEA sebesar 16.7 dan 10.0 persen dan kematian terjadi dalam waktu atau usia bayi 1 bulan.

Upaya penurunan AKB perlu memberikan perhatian yang besar pada upaya penyelamatan bayi baru lahir dan penanganan penyakit infeksi (diare dan pneumonia) diperlukan kerja keras untuk mencapai sasaran Millenium Development Goals (MDGs) yaitu Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 23 per 1.000 KH pada tahun 2015, perlu upaya percepatan yang lebih besar dan kerja keras karena kondisi saat ini, AKB 34 per 1.000 KH. tetapi hal tersebut gagal tercapai sehingga dilanjutkan dengan SDGs tahun 2030. Menurut Kemenkes telah melakukan berbagai upaya percepatan penurunan AKI dan AKB antara lain mulai tahun 2010 meluncurkan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke Puskesmas di Kabupaten/ Kota yang difokuskan pada kegiatan preventif dan promotif dalam program Kesehatan Ibu dan Anak. Kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklampsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. Sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia). Penyebab tidak langsung kematian bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambatsampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat). Sesuai dengan hasil penelitian saya bahwa 20 persen bayi meninggal di puskesmas dan RSUD hal ini disebabkan karena keterlambatan, Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga yang sebenarnya dapat dihindari apabila ibu dan keluarga mengetahui tanda bahaya pada bayi dan mengambil keputusan secepatnya untuk merujuk bayi. Salah satu upaya terobosan dan terbukti mampu meningkatkan indikator proksi (persalinan oleh tenaga kesehatan) dalam penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program dengan menggunakan “stiker” ini, dapat meningkatkan peran aktif suami (suami Siaga), keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Program ini juga meningkatkan persiapan menghadapi komplikasi pada saat kehamilan, termasuk perencanaan pemakaian alat/obat kontrasepsi pasca persalinan. Selain itu, program P4K juga mendorong ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan, bersalin, pemeriksaan nifas dan bayi yang dilahirkan oleh tenaga kesehatan terampil termasuk skrining status imunisasi tetanus lengkap pada setiap ibu hamil (AIPMNH \_Prop NTT, 2013)

Kaum ibu juga didorong untuk melakukan inisiasi menyusudini (IMD) dilanjutkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan. “P4K berperan dalam pencapaian salah satu target program 100 hari Kementerian Kesehatan Perencanaan persalinan dapat dilakukan manakala ibu, suami dan keluarga memiliki pengetahuan mengenai tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas; asuhan perawatan ibu dan bayi; pemberian ASI; jadwal imunisasi; serta informasi lainnya. Semua informasi tersebut ada di dalam Buku KIA yang diberikan kepada ibu hamil setelah didata melalui P4K. Buku KIA juga berfungsi sebagai alat pemantauan perkembangan kesehatan ibu hamil serta pemantauan pertumbuhan



bayi sampai usia 5 tahun. Buku ini dapat diperoleh di Puskesmas (Kemenkes RI, 2013, Departemen Kesehatan RI, 2008, Riyadi, S., 2012).

Angka kematian bayi di NTT adalah 57 per 1000 dibandingkan dengan angka nasional 34 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Tingginya angka kematian ibu dan bayi di NTT mendorong Pemda NTT mencanangkan program Revolusi KIA, melalui Peraturan Gubernur NTT No. 42 Tahun 2009 tentang Revolusi KIA (Abdullah, A. et al., 2015). Data ini sejalan dengan jumlah kematian bayi di Kabupaten Sumba Timur dimana yang dalam lima tahun terakhir mengalami naik turun yang fluktuatif yaitu dari 61 naik menjadi 122 tahun 2013 dan turun lagi tahun 2014 -2015 menjadi 99 (Dinkes Kab.Sumba Timur, 2015).

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian. Menurut hasil SDKI terjadi penurunan AKB cukup tajam antara tahun 1991 sampai 2003 yaitu dari 68 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup. Berbagai faktor dapat menyebabkan adanya penurunan AKB diantaranya dukungan peningkatan akses pelayanan kesehatan antara lain peningkatan cakupan imunisasi dasar sehubungan penyebab kematian bayi pada periode 1990an antara lain difteri dan campak. Capaian AKB 32 di tahun 2012 kurang menggembirakan dibandingkan target Renstra Kemenkes yang ingin dicapai yaitu 24 di tahun 2014 juga target MDGs sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup di tahun 2015. Penurunan AKB yang melambat antara tahun 2003 sampai 2012 yaitu dari 35 menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, memerlukan akses seluruh bayi terhadap intervensi kunci seperti ASI eksklusif atau imunisasi dasar, sementara berdasarkan Riskesdas 2010 cakupan ASI eksklusif sebesar 15%. Prov NTT AKB 45/1000 KH tahun 2012 (Abdullah, A. et al., 2015).

Kejadian kematian ibu dan bayi yang terbanyak terjadi pada saat persalinan, pasca persalinan, dan hari-hari pertama kehidupan bayi masih menjadi tragedi yang terus terjadi di negeri ini, hal ini sejalan dengan hasil penelitian saya yaitu 66.7 persen bayi meninggal dalam usia 0-30 hari, atau dua pertiga kematian bayi terjadi pada masa neonatal (28 hari pertama kehidupan) dengan Penyebabnya terbanyak adalah bayi berat lahir rendah dan prematuritas, asfiksia (kegagalan bernapas spontan) dan infeksi sehingga untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir diperlukan upaya dan inovasi baru, tidak bisa dengan cara-cara biasa agar target Millenium Development Goals (MDGs) 2015 yaitu angka kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup yang gagal dicapai tahun 2015 dapat tercapai sesuai Target SDGs tahun 2030 (Putriazka, 2007)

Berbagai upaya memang telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita. Antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit (Afdal, M., Rismayanti & Wahiduddin, 2012).

Upaya terobosan yang paling mutakhir adalah program Jampersal (Jaminan Persalinan) yang digulirkan sejak 2011. Program Jampersal ini diperuntukan bagi seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Keberhasilan Jampersal tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat, sehingga dukungan dari lintas sektor dalam hal kemudahan transportasi serta pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting. Melalui program ini, pada tahun 2012 Pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mereka mendapatkan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai dengan masa neonatal di fasilitas kesehatan. Program yang punya slogan Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir (Penerapan et al. n.d.; Puskesmas et al. 2013; Ibu et al. 2015).

Melalui program ini, pada tahun 2012 Pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mereka mendapatkan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai dengan masa neonatal di fasilitas kesehatan. Program yang punya slogan Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Semua Pemerintah Daerah Provinsi memiliki komitmen untuk mendukung pencapaian Millineum Developmen Goals termasuk percepatan penurunan kematian ibu dan kematian bayi baru lahir dengan menyusun Rencana Aksi Daerah dimana Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan Program Revolusi KIA dengan tekad mendorong semua persalinan berlangsung di fasilitas kesehatan yang memadai/Puskesmas dan ketersediaan rumah tunggu (DinKes Propinsi NTT, 2013).

Pemerintah daerah, baik itu di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota juga diharapkan memiliki komitmen untuk terus memperkuat sistem kesehatan. Pemerintah provinsi diharapkan mengalokasikan dana yang cukup besar untuk mendukung peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Pelayanan kesehatan dasar yang diberikan melalui Puskesmas hendaknya diimbangi dengan ketersediaan RS Rujukan Regional dan RS Rujukan Provinsi yang terjangkau dan berkualitas. Dukungan pemerintah provinsi diharapkan juga diimbangi dengan dukungan pemerintah kabupaten/kota dalam implementasi upaya penurunan kematian ibu dan bayi. Antara lain melalui penguatan SDM, ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan, anggaran, dan penerapan tata kelola yang baik (good governance) di tingkat kabupaten/kota (Jahn, A. & Brouwere, V. De, 2000, Kemenkes RI, 2013, Progo, K.K., 2012.).

Keberhasilan percepatan penurunan kematian bayi baru lahir tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat. Perbaikan infrastruktur yang akan menunjang akses kepada pelayanan kesehatan seperti transportasi, ketersediaan listrik, ketersediaan air bersih dan sanitasi, serta pendidikan dan pemberdayaan masyarakat utamanya terkait kesehatan ibu dan anak yang menjadi tanggung jawab sektor lain memiliki peran sangat besar. Demikian pula keterlibatan masyarakat madani, lembaga swadaya masyarakat dalam pemberdayaan dan menggerakkan masyarakat sebagai pengguna serta organisasi profesi sebagai pemberi pelayanan kesehatan (Zulhadi, Trisnantoro, L. & Zaenab, S.N., 2013).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Kajian Kematian bayi dari tahun 2011 – 2015 di Kabupaten Sumba Timur Sebagian besar disebabkan oleh kasus Pneumonia yang rata – rata umur saat Kematian adalah 1 bulan dan tempat Kematian mayoritas di rumah yang disebabkan oleh karena ketidaktahuan orang tua tentang tanda bahaya pada bayi dan sebagian kecil di RSUD dan Puskesmas karena keterlambatan merujuk. Saran bagi Bidan di Puskesmas: Tingkatkan pengetahuan para orang tua dan calon orang tua dalam pengenalan tanda/gejala dan penanganan awal kasus penyakit bayi di rumah, juga cakupan dan kualitas layanan KN 1 – 4 karena sebagian besar kasus kematian bayi terjadi di rumah dan Pengelola Kesga di Dinkes Kabupaten: Laksanakan supervisi secara teratur dan Analisa data secara berkala untuk mengevaluasi kinerja bidan Puskesmas atau bidan di desa khususnya dalam kunjungan Neonatus atau KN

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Abdullah, A. et al., 2015. Faktor Risiko Kematian Neonatal Di Provinsi Nusa Tenggara Timur: a Matched Case-Control Study. (April). Available at: [http://www.aipmnh.org/web\\_id/images/reports/Book\\_Case\\_Control\\_Study\\_Risk\\_Factor\\_Neonatal\\_Deaths\\_FINAL\\_June\\_2015.pdf](http://www.aipmnh.org/web_id/images/reports/Book_Case_Control_Study_Risk_Factor_Neonatal_Deaths_FINAL_June_2015.pdf).
- Afdal, M., Rismayanti & Wahiduddin, 2012. Faktor Risiko Perencanaan Persalinan terhadap Kejadian Komplikasi Persalinan di Kabupaten Pinrang Tahun 2012. , pp.1–14. Available at: [http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/4295/MUH.AFDHAL\\_K11109312.pdf?sequence=1](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/4295/MUH.AFDHAL_K11109312.pdf?sequence=1).
- AIPMNH \_Prop NTT, 2013, Buletin Kemitraan AIPMNH edisi aipmnh bulletin july 2013.pdf.
- Arikunto. 2006. “Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik”. Jakarta: Rineka Cipta
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. *Laporan Nasional 2012*, pp.1–384.
- Dian. 2010. “Risiko Tinggi”. <http://www.info-wikipedia.com> diakses tanggal 2 feb 2016
- DinKes Propinsi NTT, Revolusi KIA NTT : Semua Ibu Hamil Melahirkan di Fasilitas Kesehatan yang Memadai, 2013
- DIREKTORAT BINA KESEHATAN IBU DIREKTORAT JENDERAL BINA GIZI KIA Laporan Tahunan Direktorat Bina Kesehatan Ibu Tahun 2013.
- Jahn, A. & Brouwere, V. De, 2000. Referral in pregnancy and childbirth: concepts and

- strategies. *Motherhood Strategies: a Review of* (October), pp.1–17. Available at: <http://www.givewell.givewell.net/files/DWDA> 2009/Interventions/Maternal Mortality/SafeMotherhoodStrategies.pdf#page=233.
- Kabakyenga, J.K. et al., 2011. Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. *Reproductive Health*, 8(1), p.33. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3231972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. , p.xviii. Available at: <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2011/09/Buku-Saku-Pelayanan-Kesehatan-Neonatal-Esensial.pdf>.
- Kemendes RI, 2011, Panduan penerapan praktik cerdas jaminan rujukan persalinan bagi ibu hamil risiko tinggi.
- Kemendes RI, 2013, BUKU SAKU PELAYANAN KESEHATAN IBU DI FASKES DASAR & RUJUKAN, Jakarta
- Nurriszka, R.H. & Saputra, W., 2013. Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu ( AKI ), Angka Kematian Bayi ( AKB ) dan Angka Kematian Balita ( AKABA ) di Indonesia Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu. , pp.1–19.
- Putriazka. 2007. Angka Kematian Ibu Dan Bayi Tertinggi Di ASEAN.
- Prakarsa, P. & Ntt, P., 2012. Jakarta dan Kupang.
- Progo, K.K., 2012. MANUAL RUJUKAN KEHAMILAN , PERSALINAN , DAN Kelompok kerja Pelayanan Rujukan Ibu dan Anak.
- Riyadi, S., 2012. TINJAUAN TERHADAP PERATURAN PEMERINTAH TENTANG PEMBERIAN AIR SUSU IBU EKSKLUSIF, PERSPEKTIF REGULASI 1 Oleh: , pp.0–18.
- Timor, K. & Utara, T., 2010. 4.1. Provinsi Ntt. , 19, pp.24–69.
- Trisno, I., Dayal, P. & Hort, K., 2014. Australia – Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health Data Rumah Sakit Kabupaten dan Penggabungannya dalam Laporan F1-F8 Kabupaten Bahasa Indonesia and English Versions. , p.48.
- Unicef, 2012. Kesehatan Ibu & Anak. *UNICEF Indonesia*, (Gambar 2), pp.1–2. Available at: [http://www.unicef.org/indonesia/id/A5\\_-\\_B\\_Ringkasan\\_Kajian\\_Kesehatan\\_REV.pdf](http://www.unicef.org/indonesia/id/A5_-_B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf).
- Willa, W.R. dan & Mading, M., 2014. Determinan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Manggarai Barat Provinsi Nusa Tenggara Timur .( Maternal and Child Health Determinants in West Manggarai District East Nusa Tenggara Province ). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(3), pp.249–256.
- Zulhadi, Trisnantoro, L. & Zaenab, S.N., 2013. Problem dan Tantangan Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah Dalam Mendukung Sistem Rujukan Maternal di Kabupaten Karimun Provinsi Kepri Tahun 2012. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(4), pp.189–201.

# STUDI KOMPARASI PELAKSANAAN MTBS DI PUSKESMAS KAB. KUPANG DAN KAB. SUMBA BARAT DAYA TAHUN 2017

O. Diana Suek  
Prodi Keperawatan Kupang Poltekes Kemenkes Kupang  
[dianasuek@yahoo.com](mailto:dianasuek@yahoo.com)

## ABSTRACT

**Background :** *Implementation of MTBS to date has not been running well in NTT. This can be proven with many or even most Puskesmas not reporting on MTBS implementation. Efforts to improve the skills of health workers through MTBS approach training have been conducted in almost all districts in NTT. The general purpose of this research is to analyze the difference of MTBS implementation in Kab. Kupang & Kab. Sumba Barat Daya 2017. The specific objectives were to analyze differences in health personnel compliance picture, differences in the availability of infrastructure, implementation differences, differences in coverage of MTBS coverage in Kabupaten Kupang and Kabupaten Sumba Barat Daya. The research design was a comparative study with the sample being the total population of the trained community health centers of MTBS Revision 2015 by 7 puskesmas in Kupang district and 11 puskesmas in Southwest Sumba Regency. Data analysis is descriptive. The result of the research is there are difference of compliance 90,1 in Kab Kupang and SBD 77,34, there are difference of availability of supporting infrastructure, difference of MTBS implementation every day and difference of MTBS service coverage. Suggestions need the development of effective MTBS training model for health workers in the field and DHO / DHO make mapping of training for all nurses and midwives and to conduct periodic, tiered, monitoring and evaluation, monitoring and evaluation.*

**Keywords :** *MTBS, Puskesmas, SBD, Kab.Kupang*

---

## PENDAHULUAN

NTT merupakan salah satu provinsi yang mempunyai persoalan serius dalam kesehatan anak. Kematian Balita (AKABA): 58/ 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Beberapa hal kunci yang menyebabkan kematian Balita, antara lain status gizi Balita, pelayanan kesehatan preventif, morbiditas penyakit utama penyebab kematian balita (pneumonia, diare) dan pola asuh anak termasuk di dalamnya perilaku pencarian pengobatan saat anak sakit. Data program KIA (laporan f1-f8) menunjukkan bahwa 70% dari Jumlah kematian bayi di Provinsi NTT terjadi pada masa neonatal. Penyebab kematian neonatal disebabkan oleh BBLR sebesar 32,67%, Asfiksia 26,67% dan penyebab lain-lain sebesar 34,44% (Dinkes, 2017).

Berdasarkan data laporan program kesehatan keluarga tahun 2016 (laporan f1-f7) diketahui penyebab kematian balita di NTT adalah diare, pneumonia, malaria, campak, demam, difteri dalam penyebab lain. Sebagian besar penyebab kematian tersebut dapat dicegah dengan teknik sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di tingkat pelayanan kesehatan dasar.

Pelaksanaan MTBS sampai saat ini belum berjalan dengan baik di NTT. Hal ini dapat dibuktikan dengan masih banyak atau bahkan sebagian besar Puskesmas tidak memberikan laporan tentang pelaksanaan MTBS. Upaya untuk meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan melalui pelatihan – pelatihan pendekatan MTBS sudah dilakukan pada hampir semua kabupaten di NTT. Berbagai faktor ditenggarai sebagai alasan tidak berjalannya pelaksanaan MTBS di kabupaten antara lain sebaran tenaga kesehatan terlatih MTBS belum merata, sarana prasarana yang belum mendukung, sistem pelaksanaan MTBS belum berjalan dan kebijakan lokal daerah belum berpihak pada pendekatan MTBS sebagai sebuah upaya untuk menurunkan kematian bayi / balita di NTT.

Pendekatan MTBS akan memudahkan tenaga kesehatan (bidan dan perawat) memberikan penilaian berdasarkan gejala, menentukan klasifikasi penyakit dan menentukan tindakan untuk balita

tersebut. Hal ini sangat penting karena merupakan langkah cepat dalam menangani kesakitan dan kematian bayi /balita di NTT terlebih dengan kekurangan tenaga medis (dokter). Upaya terpadu dalam pelayanan kesehatan Anak menjadi pendekatan yang sangat esensial, baik pelayanan terpadu oleh sektok kesehatan melalui – Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Sebagian kematian anak terjadi di rumah-sebelum mencapai fasilitas kesehatan. Dari Riskesdas 2013, ada perbedaan besar dalam mengakses layanan antara pedesaan dan perkotaan (hampir 30% versus 70%). Mengakses, layanan tingkat kedua (rumah sakit) lebih menantang bagi mereka yang tinggal di pedesaan. Belajar dari kenyataan ini, manajemen terpadu balita sakit (MTBS) dengan upaya inti dalam mencegah kematian adalah pendekatan penting untuk diperkenalkan dan dipertahankan di NTT. Dengan fokus dalam meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan, meningkatkan respon sistem kesehatan dan meningkatkan keterlibatan kualitas keluarga dan masyarakat melalui penerapan perilaku mencari kesehatan yang layak dan praktik demikian akan membantu dalam mengurangi kesakitan dan kematian anak.

Kabupaten Kupang dan Kabupaten Sumba Barat Daya merupakan dua dari 22 kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang akan mendapatkan pelatihan MTBS bagi tenaga kesehatan dalam pertengahan tahun 2017 melalui pembiayaan APBD maupun bantuan NGO. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi kedua kabupaten ini belum melaksanakan pelayanan kesehatan pada balita dengan pendekatan MTBS secara optimal dan seluruh tenaga kesehatan sebagai pelaksana layanan MTBS belum terlatih maupun terpapar perubahan MTBS revisi 2015.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian adalah penelitian komparatif yang membandingkan keberadaan satu variabel atau lebih pada dua atau sampel yang berbeda, atau pada waktu yang berbeda dengan populasi adalah puskesmas yang berada dalam wilayah kerja Kabupaten Kupang dan Kabupaten Sumba Barat Daya yang petugas kesehatannya terlatih MTBS Revisi 2015. Metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling dari seluruh puskesmas terlatih Tata Laksana MTBS Revisi 2015 baik di Kabupaten Kupang maupun Kabupaten Sumba Barat Daya. Sampel pada penelitian ini ada total sampling puskesmas terlatih MTBS Revisi 2015 yaitu berjumlah 7 (tujuh) puskesmas di Kabupaten Kupang dan 11 (sebelas) puskesmas Kabupaten Sumba Barat Daya Jadi total sampling dalam penelitian ini adalah 18 (delapan belas) puskesmas. Alat pengumpulan data yang dipakai adalah menggunakan lembar observasi dan kuesioner baku yang sudah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dan yang dikembangkan sendiri oleh peneliti dan di isi oleh peneliti sendiri serta enumerator di lapangan. Data penelitian dianalisa secara deskriptif untuk mengetahui perbedaan kepatuhan tenaga kesehatan, ketersediaan sarana prasarana, pelaksanaan dan cakupan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang dan Kabupaten Sumba Barat Daya.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pengambilan data untuk penelitian ini dilaksanakan di 7 (tujuh) puskesmas terlatih di Kabupaten Kupang dan 11 (puskesmas) di Kabupaten Sumba Barat Daya. 7 (tujuh) puskesmas di Kabupaten Kupang adalah Puskesmas Tarus, Puskesmas Batakte, Puskesmas Baun, Puskesmas Naibonat, Puskesmas Camplong, Puskesmas Poto dan Puskesmas Oelbiteno. Sedangkan di Kabupaten Sumba Barat Daya adalah Puskesmas Watukawula, Puskesmas Waimangura, Puskesmas Tanggaba, Puskesmas Elopada, Puskesmas Bondokodi, Puskesmas Palla, Puskesmas Radamata, Puskesmas Bilacenge, Puskesmas Tenateke, Puskesmas Kori dan Puskesmas Panenggo Ede. Seluruh puskesmas ini memiliki tenaga kesehatan pelaksana MTBS yang sudah terlatih pada tahun 2017 dengan Tata Laksana MTBS Revisi 2015.

- a) Gambaran Kepatuhan Nakes dalam Mengikuti Alur Tata Laksana dan Pengisian Format MTBS di Kabupaten Kupang & Kab. SBD.

Tabel 4.1 Karakteristik Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Mengikuti Alur Tata Laksana dan Pengisian Format MTBS di Kab. Kupang & Sumba Barat Daya (N=18)

No	Kabupaten	N	Tingkat Kepatuhan	
			Ikuti Alur Tata Laksana	Pengisian Format

			(%)	MTBS (%)
1	Kupang	7	90,10	91
2	Sumba Barat Daya	11	77,34	72,5
	Total	18		

Dari tabel 4.1 diatas dijelaskan bahwa rata-rata tingkat kepatuhan mengikuti alur tata laksana dan pengisian format MTBS tertinggi di Kabupaten Kupang sebesar 90,1% dan 91%.

- b) Gambaran ketersediaan Saran prasarana pendukung, cakupan pelayanan dan pelaksanaan pelayanan MTBS

Tabel 4.2 Ketersediaan Sarana Prasarana dan cakupan pelayanan MTBS dalam 3 bulan terakhir (N=18)

No	Kabupaten	N	Sarana Prasarana	Cakupan Pelayanan	Pelayanan MTBS
1	Kupang	7	Cukup	89 %	Setiap Hari
2	Sumba Barat Daya	11	Cukup	22,01 %	Tidak Setiap Hari
	Total	18			

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dijelaskan bahwa berdasarkan paparan ketersediaan sarana prasarana pendukung, cakupan pelayanan dan pelaksanaan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang cukup untuk 3 bulan terakhir, dan pelaksanaan setiap hari.

Di Indonesia MTBS dimanfaatkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan kesehatan dasar yaitu puskesmas dan jaringannya seperti Pustu, Polindes, Poskedes dan lain-lain. Strategi ini meliputi upaya preventif, perbaikan gizi, upaya promotif berupa konseling dan upaya kuratif (pengobatan) terhadap penyakit-penyakit dan masalah yang sering terjadi pada balita.

Tidak adanya perbedaan sumber daya manusia berdasarkan tingkat kepatuhan dalam pelaksanaan dan pengisian formulir tata laksana MTBS di Kabupaten Kupang dan Kabupaten Sumba Barat ini dapat dilihat dari beberapa pengamatan langsung saat melakukan pelayanan dan pengamatan pada formulir tata laksana yang diisi sebanyak 10 lembar dari masing-masing puskesmas terlihat dalam kategorik cukup – baik.

Hal ini menunjukkan bahwa perawat dan bidan sebagai petugas pelaksana MTBS di masing-masing puskesmas sudah menyadari akan pentingnya pelaksanaan MTBS yang terstandar sesuai alur tatalaksana MTBS revisi 2015. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor lain para petugas baru terlatih MTBS revisi 2015.

Kepatuhan petugas kesehatan dalam mentaati suatu prosedur atau standar prosedur operasional (SPO) dipengaruhi oleh beberapak faktor antara lain umur, tingkat pendidikan, motivasi, tersedianya fasilitas penunjang pelayanan yang memadai (Natazia, 2014). Para bidan dan perawat rata-rata memiliki motivasi yang tinggi dimana petugas MTBS semuanya sudah terlatih MTBS revisi 2015. Selain itu didukung juga dengan ketersediaan sarana prasarana penunjang pelaksanaan MTBS di puskesmas yang cukup memadai selama 3 bulan terakhir sehingga pelayanan dapat berjalan dengan baik. Selain itu petugas kesehatan yang baru terlatih perlu diberikan pendampingan secara berkala agar apa yang dilakukan masih sesuai dengan SPO dimulai dari penilaian sampai dengan melakukan konseling kepada orang tua balita. Selain upaya pendampingan dibutuhkan juga adanya monitoring evaluasi yang berkala dan berjenjang dari kepala puskesmas hingga dinas kesehatan kabupaten/ kota setempat.

Tidak adanya perbedaan ketersediaan sarana prasarana pendukung dalam tata laksana MTBS di Kabupaten Kupang dan Kabupaten Sumba Barat Daya ini dapat dilihat dari pengamatan langsung pada ketersediaan sarana prasarana dipuskesmas semua tersedia dalam kategori cukup persediaan dalam 3 bulan terakhir. Sarana prasarana yang dimaksud antara lain tersedianya lokasi dan fasilitas logistik, adanya pojok URO, ketersediaan fasilitas imunisasi. Kepala puskesmas dan dokter umum

yang ada di puskesmas setempat harus memastikan bahwa sarana prasarana pendukung pelayanan MTBS selalu tersedia, siap pakai dan aman digunakan. Hal ini dapat dipantau melalui supervisi internal didalam puskesmas secara berkala. Perencanaan logistik baik obat-obatan maupun alat pendukung lainnya terutama ketersediaan formulir tata laksana MTBS harus direncanakan dengan benar, dijaga kesinambungan keberadaannya dan dipastikan siap pakai. Puskesmas yang memiliki RDT HIV adalah Puskesmas Batakte dan Puskesmas Naibonat yang berada di wilayah pemerintahan Kabupaten Kupang. Hal ini dapat menjadi contoh bagi puskesmas lain agar lebih inovatif dalam meningkatkan kualitas layanan kepada bayi/balita sakit yang datang berobat ke puskesmas.

Pelaksanaan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang dilaksanakan setiap hari pada semua bayi/ balita yang datang berkunjung ke puskesmas, sedangkan di Kabupaten Sumba Barat Daya tidak demikian adanya. Pelayanan hanya diberikan pada hari-hari tertentu saja karena petugas terlatih yang ada di puskesmas hanya 1 (satu) orang saja dan merangkap tugas di unit rawat inap. Apabila petugas tersebut mendapat tugas jaga sore atau malam maka pelayanan MTBS dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ada perbedaan bermakna cakupan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang dengan Kabupaten Sumba Barat Daya. Hal ini terlihat dari data deskriptif dimana hasil cakupan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang dalam kategori baik sebesar 89%, sedangkan Kabupaten Sumba Barat Daya dalam kategorik kurang yaitu sebesar 22,01 % . Puskesmas dikatakan sudah menerapkan MTBS bila memenuhi kriteria sudah melaksanakan pelayanan MTBS pada minimal 60% dari jumlah balita sakit di puskesmas tersebut (Kemenkes, 2015). MTBS diharapkan dilaksanakan setiap hari sehingga cakupan pelayanan pada balita sakit dengan pendekatan MTBS dapat meningkat.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Tidak ada perbedaan antara kepatuhan mengikuti alur dan pengisian format tata laksana MTBS, ketersediaan sarana prasarana MTBS di Kab. Kupang dan Kab. Sumba Barat Daya. Ada perbedaan antara pelaksanaan MTBS dan cakupan pelayanan MTBS di Kab.. Kupang dengan Kab. Sumba Barat Daya.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes, 2014. Data Dasar Puskesmas. Jakarta : Depkes
- Hastono, S.P & Sabri, L. (2010). Statistik Kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers.
- Kemenkes, 2015. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kemenkes
- Kemenkes, 2015. Pedoman Peningkatan Penerapan MTBS. Jakarta :Kemenkes
- LoBiondo-Wood & Haber. J. (2010). Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice. (7<sup>th</sup>. ed). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Natasia, 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan SOP di ICU-ICCU RSUD Gambir. Jurnal Kedokteran Brawijaya vol 28:1)
- Notoatmojo, S. (2010). Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riskesdas. (2008). Laporan hasil riset kesehatan dasar RI. Jakarta: Kemenkes RI
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2010). Dasar – dasar metodologi penelitian klinis. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto
- Sugiyono, 2012. Penelitian Kesehatan. Alfabeta. Bandung.
-

---

# ANALISIS PELAKSANAAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DI KABUPATEN KUPANG

Kori Limbong  
Prodi Keperawatan Kupang Poltekkes Kemenkes Kupang  
cor\_limb@yahoo.com

## ABSTRACT

**Background :** *Infant Mortality Rate and Underfive Mortality Rate, generally show a slow decline. The cause of neonatal mortality was caused by LBW of 32.67%, Asphyxia 26.67% and other causes of 34.44% (DHO, 2017).*

**Objective :** *To analyze the implementation of MTBS in Kabupaten Kupang Year 2017. This research uses descriptive design involving 7 puskesmas in Kupang City which was conducted from 22 september to 6 November 2017. The measuring instrument used is observation sheet and standard questionnaire which has been developed by the Ministry of Health .*

**Result :** *shows the health personnel compliance level follows the 90.10% management flow, the compliance of MTBS format is 91%, the availability of supporting facilities and infrastructure is adequate, 89% service coverage and MTBS service is done every day.*

**Conclusion :** *It is expected that the health department will create a training mapping for all nurses and midwives and continue to provide periodic, tiered, monitoring and evaluation.*

**Keywords :** *Management, Integrated, Toddler, Sick*

## PENDAHULUAN

Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita, secara umum menunjukkan penurunan yang lambat. Penyebab kematian neonatal disebabkan oleh BBLR sebesar 32,67%, Asfiksia 26,67% dan penyebab lain-lain sebesar 34,44% (Dinkes, 2017). Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis pelaksanaan MTBS di Kabupaten Kupang Tahun 2017.

NTT masih menjadi salah satu provinsi yang mempunyai persoalan serius dalam kesehatan anak. Kematian Balita (AKABA): 58/ 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Beberapa hal kunci yang menyebabkan kematian Balita, antara lain status gizi Balita, pelayanan kesehatan preventif, morbiditas penyakit utama penyebab kematian balita (pneumonia, diare) dan pola asuh anak termasuk di dalamnya perilaku pencarian pengobatan saat anak sakit.

Untuk beberapa faktor yang disebut diatas, NTT mempunyai kendala yang cukup serius. Prevalensi Gizi Anak kurus dan sangat kurus (*wasting*) NTT: 15,4 (Nasional 12,1); prevalensi stunting NTT: 51,7 (Nasional: 37,2). Hanya sekitar 59% anak – anak NTT yang mendapat Imunisasi lengkap. Sementara akses keluarga pada air minum yang bersih dan sehat 69,7% dan akses sanitasi layak hanya sekitar 30% (Nasional 60%). Upaya preventif yang kurang optimal tersebut ikut mendasari dua penyakit utama penyebab kematian pada balita, yaitu pneumonia dan diare.

Pelaksanaan MTBS sampai saat ini belum berjalan dengan baik di NTT. Hal ini dapat dibuktikan dengan masih banyak atau bahkan sebagian besar Puskesmas tidak memberikan laporan tentang pelaksanaan MTBS. Upaya untuk meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan melalui pelatihan – pelatihan pendekatan MTBS sudah dilakukan pada hampir semua kabupaten di NTT. Berbagai faktor ditengarai sebagai alasan tidak berjalannya pelaksanaan MTBS di kabupaten antara lain sebaran tenaga kesehatan terlatih MTBS belum merata, sarana prasarana yang belum mendukung, sistem pelaksanaan MTBS belum berjalan dan kebijakan lokal daerah belum berpihak pada pendekatan MTBS sebagai sebuah upaya untuk menurunkan kematian bayi / balita di NTT.

Kabupaten Kupang merupakan salah satu kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang mendapatkan pelatihan MTBS bagi tenaga kesehatan dalam pertengahan tahun 2017 melalui pembiayaan APBD maupun bantuan NGO. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi kabupaten



Kupang belum melaksanakan pelayanan kesehatan pada balita dengan pendekatan MTBS secara optimal dan seluruh tenaga kesehatan sebagai pelaksana layanan MTBS belum terlatih maupun terpapar perubahan MTBS revisi 2015.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode analisis deskriptif untuk mendeskripsikan pelaksanaan MTBS di Kabupaten Kupang. Populasi dalam penelitian ini adalah puskesmas yang berada dalam wilayah kerja Kabupaten Kupang yang petugas kesehatannya terlatih MTBS Revisi 2015. Metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling dari seluruh puskesmas terlatih Tata Laksana MTBS Revisi 2015 baik di Kabupaten Kupang. Sampel pada penelitian ini ada total sampling puskesmas terlatih MTBS Revisi 2015 yaitu berjumlah 7 (tujuh) puskesmas di Kabupaten Kupang.

Alat pengumpulan data yang dipakai adalah menggunakan lembar observasi dan kuesioner baku yang sudah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dan yang dikembangkan sendiri oleh peneliti dan di isi oleh peneliti sendiri serta enumerator di lapangan. Data penelitian dianalisa secara deskriptif untuk mengetahui kepatuhan tenaga kesehatan, ketersediaan sarana prasarana, pelaksanaan dan cakupan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

- a) Gambaran Kepatuhan Nakes dalam Mengikuti Alur Tata Laksana dan Pengisian Format MTBS di Kabupaten Kupang.

Tabel 4.1 Tingkat Kepatuhan Mengikuti Alur Tata Laksana dan Pengisian Format MTBS di Kab. Kupang (N=7)

Kabupaten	N	Tingkat Kepatuhan	
		Ikuti Alur Tata Laksana (%)	Pengisian Format MTBS (%)
Kupang	7	90,10	91

Dari tabel 4.1 diatas dijelaskan bahwa rata-rata tingkat kepatuhan mengikuti alur tata laksana dan pengisian format MTBS tertinggi di Kabupaten Kupang sebesar 90,1% dan 91%.

- b) Gambaran ketersediaan Saran prasarana pendukung, cakupan pelayanan dan pelaksanaan pelayanan MTBS

Tabel 4.2 Ketersediaan Sarana Prasarana dan cakupan pelayanan MTBS dalam 3 bulan terakhir (N=7)

No	Kabupaten	N	Sarana Prasarana	Cakupan Pelayanan	Pelayanan MTBS
1	Kupang	7	Cukup	89 %	Setiap Hari
	Total	7			

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dijelaskan bahwa berdasarkan paparan ketersediaan sarana prasarana pendukung, cakupan pelayanan dan pelaksanaan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang cukup untuk 3 bulan terakhir, dan pelaksanaan setiap hari.

Dari beberapa pengamatan langsung saat melakukan pelayanan dan pengamatan pada formulir tata laksana yang diisi sebanyak 10 lembar dari masing-masing puskesmas terlihat dalam kategori cukup – baik. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dan bidan sebagai petugas pelaksana MTBS di masing-masing puskesmas sudah menyadari akan pentingnya pelaksanaan MTBS yang terstandar sesuai alur tatalaksana MTBS revisi 2015.

Kepatuhan petugas kesehatan dalam mentaati suatu prosedur atau standar prosedur operasional (SPO) dipengaruhi oleh umur, tingkat pendidikan, motivasi, tersedianya fasilitas penunjang pelayanan yang memadai (Natazia, 2014). Para bidan dan perawat rata-rata dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan minimal D3 Keperawatan/ Kebidanan, memiliki motivasi yang tinggi dimana petugas MTBS semuanya sudah terlatih MTBS revisi 2015.

Dari pengamatan langsung pada ketersediaan sarana prasarana dipuskesmas semua tersedia dalam kategori cukup persediaan dalam 3 bulan terakhir. Sarana prasarana yang dimaksud antara lain tersedianya lokasi dan fasilitas logistik, adanya pojok URO, ketersediaan fasilitas imunisasi. Kepala puskesmas dan dokter umum yang ada di puskesmas setempat harus memastikan bahwa sarana prasarana pendukung pelayanan MTBS selalu tersedia, siap pakai dan aman digunakan.

Beberapa jenis logistik yang harus disiapkan antara lain; obat dan vaksin, alat kesehatan, buku bagan MTBS, formulir tata laksana balita sakit, formulir tata laksana bayi muda, buku register rawat jalan balita sakit, buku register rawat jalan bayi muda, formulir rujukan, buku KIA dan beberapa media KIE lainnya yang mendukung penerapan MTBS baik cetak maupun audiovisual (Kemenkes, 2015).

Salah satu fasilitas pendukung pelaksanaan MTBS adalah ketersediaan RDT HIV. Dalam MTBS revisi 2015 penilaian, klasifikasi dan tindakan pengobatan memasukkan HIV menjadi salah satu keluhan yang wajib dinilai oleh tenaga kesehatan. Akan tetapi hal ini tidak didukung oleh suplai RDT HIV untuk memeriksa kemungkinan adanya infeksi HIV baik pada ibu maupun bayi/ balita sakit oleh pemerintah. Puskesmas yang memiliki RDT HIV adalah Puskesmas Batakte dan Puskesmas Naibonat yang berada di wilayah pemerintahan Kabupaten Kupang. Kepala puskesmas setempat mengatakan mereka menyediakan sendiri dengan menggunakan pos keuangan yang ada di puskesmas. Hal ini dapat menjadi contoh bagi puskesmas lain agar lebih inovatif dalam meningkatkan kualitas layanan kepada bayi/balita sakit yang datang berobat ke puskesmas.

Pelaksanaan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang dilaksanakan setiap hari pada semua bayi/ balita yang datang berkunjung ke puskesmas. Perawat dan bidan terlatih tersebar di pelayanan dalam gedung puskesmas dan juga di pustu/ polindes. Pelayanan diberikan setiap hari dan apabila petugas MTBS berhalangan hadir maka staf puskesmas yang lain dapat melakukan pelayanan MTBS.

Data deskriptif dimana hasil cakupan pelayanan MTBS di Kabupaten Kupang dalam kategori baik sebesar 89%. Secara teori pelaksanaan MTBS di Kabupaten Kupang dikategorikan baik karena menurut Kemenkes Puskesmas dikategorikan sudah menerapkan MTBS dengan baik bila memenuhi kriteria sudah melaksanakan pelayanan MTBS pada minimal 60% dari jumlah balita sakit di puskesmas tersebut (Kemenkes, 2015).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Tingkat kepatuhan tenaga kesehatan mengikuti alur tata laksana sebesar 90,10%, kepatuhan pengisian format MTBS sebesar 91%, ketersediaan sarana dan prasarana pendukung cukup, cakupan pelayanan sebesar 89% dan pelayanan MTBS dilakukan setiap hari

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes, 2014. Data Dasar Puskesmas. Jakarta : Depkes
- Hastono, S.P & Sabri, L. (2010). Statistik Kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers.
- Kemenkes, 2015. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kemenkes
- Kemenkes, 2015. Pedoman Peningkatan Penerapan MTBS. Jakarta :Kemenkes
- LoBiondo-Wood & Haber. J. (2010). Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice. (7<sup>th</sup>. ed). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Natasia, 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan SOP di ICU-ICCU RSUD Gambir. Jurnal Kedokteran Brawijaya vol 28:1)
- Notoatmojo, S. (2010). Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riskesdas. (2008). Laporan hasil riset kesehatan dasar RI. Jakarta: Kemenkes RI
-

# GAMBARAN PENCEGAHAN KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Diyah Tepi Rahmawati, MKeb<sup>1</sup>, Dra. Hj. Ice Rakizah Syafrie, MKes<sup>2</sup>  
<sup>1,2</sup> Lecturer, Faculty of Midwifery University of Dehasen, Bengkulu, Indonesia

## ABSTRACT

**Background.** The most rapid causes of death in obstetric cases are asphyxia and hemorrhage. Perinatal asphyxia is an important cause of mortality and morbidity. Long-term consequences, perinatal asphyxia may be significantly improved if the disorder is known before birth (eg, in fetal distress) so that it can be attempted to improve intrauterine fetal circulation / oxygenation or prompt fetal delivery to shorten the fetal hypoxaemia. The purpose of this study was to provide an overview of the causes (prevention) of maternal and neonatal emergency cases.

**Method.** This research uses descriptive qualitative method with literature study studies with the theme of emergency maternal and neonatal emergency.

**Results.** Of the various factors that contribute to maternal and infant mortality, such as age and parity, the health worker's performance capability has a direct impact on improving the quality of maternal and neonatal health services, especially the ability to overcome emergency obstacles.

**Conclusion.** All pregnancy complications or complications that occur can be avoided if pregnancy and childbirth are planned, nurtured and managed properly. To be able to provide care of pregnancy and childbirth that quickly and accurately needed skilled and professional health workers in handling emergency conditions. However, further studies are needed for more valid results to prevent maternal and neonatal emergency cases.

**Keywords:** *Emergency, Maternal, Neonatal*

## 1. PENDAHULUAN

Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih cukup tinggi. Hal ini merupakan tugas terbesar bagi tenaga kesehatan, satunya bidan dalam melaksanakan pelayanan kebidanan. Tingginya angka kematian pada kasus obstetri disebabkan faktor kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Setiap tahun 303.000 perempuan meninggal saat kehamilan dan melahirkan, 2,7 juta bayi meninggal saat neonatus dan 2,6 juta bayi lahir mati. <sup>1</sup> Berdasarkan data yang telah dikumpulkan oleh WHO (World Health Organization) setiap di dunia 3,6 juta dari 112 BBL 3% mengalami asfiksia neonatorum hampir 1 juta (27,78%) bayi ini meninggal. <sup>2</sup>

Menurut data dari Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, kasus obstetrik pada tahun 2016 salahsatunya disebabkan oleh plasenta previa yang merupakan kasus obstetrik tersering dan penyebab kematian maternal terbanyak keempat di Indonesia. <sup>3</sup> Menurut data SDKI 2012 AKI di Indonesia sebesar 359 per 100.000 KH dan pada tahun 2015 berdasarkan data SUPAS jumlah AKI sebesar 305 per 100.000 KH. <sup>4</sup> SDGs 2015-2030 telah menetapkan target untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH), Angka Kematian Neonatal (AKN) sebesar 12 per 1000 KH, Angka Kematian Balita (AKB) sebesar 25 per 1000 KH. <sup>5</sup>

Menurut data profil Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu didapatkan AKI pada tahun 2014 sebanyak 146 orang per 100.000 KH dan pada tahun 2015 sebanyak 137 orang per 100.000 KH. <sup>6</sup> Menurut data riskesdas tahun 2013, kematian Ibu paling banyak terjadi di RS Pemerintah sebesar 41,9%. Masalah utama dalam upaya percepatan penurunan kematian ibu bukanlah pada cakupan, tetapi masalah kualitas pelayanan, termasuk kebutuhan peningkatan kompetensi petugas serta kelengkapan obat, peralatan, sarana dan prasarana, disemua lini layanan. <sup>4</sup>

Sebenarnya kematian ibu dan bayi ini dapat dicegah melalui deteksi dini terjadinya kasus serta rujukan yang cepat dan tepat untuk setiap kasus kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal. Semua wanita hamil berisiko mengalami komplikasi obstetrik. Komplikasi yang mengancam jiwa, banyak terjadi selama persalinan, dan ini tidak dapat diprediksi. Prenatal screening mengidentifikasi

semua wanita yang “berisiko tinggi” namun kebanyakan komplikasi obstetrik terjadi pada wanita tanpa faktor risiko.<sup>7</sup>

Penyebab kematian yang paling cepat pada kasus obstetri adalah asfiksia dan perdarahan. Asfiksia perinatal merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas yang penting. Akibat jangka panjang, asfiksia perinatal dapat diperbaiki secara bermakna jika gangguan ini diketahui sebelum kelahiran (mis; pada keadaan gawat janin) sehingga dapat diusahakan memperbaiki sirkulasi/ oksigenasi janin intrauterine atau segera melahirkan janin untuk mempersingkat masa hipoksia janin yang terjadi.<sup>8</sup>

Ada beberapa faktor penyebab kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal diantaranya Umur ibu, Pre Eklampsia/Eklampsia, Perdarahan Abnormal, Kehamilan, Partus Lama atau Partus Macet, Faktor Bayi meliputi lilitan tali pusat, air ketuban bercampur meconium, kelainan bawaan, bayi premature, bblr, proses persalinan meliputi ekstraksi vakum, forceps, *sectio secarea*.<sup>2</sup>

Dari berbagai faktor yang berperan pada kematian ibu dan bayi, kemampuan kinerja petugas kesehatan berdampak langsung pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal terutama kemampuan dalam mengatasi masalah yang bersifat kegawatdaruratan. Semua penyulit kehamilan atau komplikasi yang terjadi dapat dihindari apabila kehamilan dan persalinan direncanakan, diasuh dan dikelola secara benar. Untuk dapat memberikan asuhan kehamilan, persalinan dan nifas yang cepat tepat dan benar, diperlukan tenaga kesehatan yang terampil dan profesional dalam menanganan kondisi kegawatdaruratan.<sup>1</sup>

Studi terkait kegawatdaruratan maternal dan neonatal masih sangat diperlukan. Berangkat dari latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu Bagaimana mencegah kasus kegawatdaruratan maternal neonatal.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan dari studi ini adalah untuk memberikan gambaran penyebab (pencegahan) kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan studi literatur penelitian-penelitian dengan tema kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Jurnal yang ditelaah dalam artikel ini berasal dari pencarian terkomputerisasi (*The Cochrane Library, Google Scholar, Pubmed, Proquest, Science Direct, e-resources* perpustakaan nasional RI) dan buku teks. Penulisan dalam artikel ini merujuk pada gaya penulisan *Vancouver*. Gaya penulisan *Vancouver* sering digunakan dalam jurnal medis.<sup>9</sup>

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Kegawatdaruratan maternal dan neonatal merupakan salah satu penyumbang AKI & AKB terbesar. Kasus yang sering terjadi pada maternal diantaranya Perdarahan saat kehamilan misalnya previa plasenta, dan yang lainnya, persalinan dengan distosia bahu, *pascasalin* dengan atonia uteri, Infeksi dan Pre Eklampsia, dll. Kegawatdaruratan yang sering terjadi pada neonatal diantaranya Asfiksia, Hypotermi, BBLR, dll.

Kematian perinatal didefinisikan sebagai tingkat kematian fetus dan neonatus per 1.000 kelahiran hidup. Kematian terjadi akibat kerusakan sistem saraf pusat akibat hipoksia akut atau trauma fetus sebagai komplikasi dari persalinan dengan distosia bahu. Kematian perinatal dilaporkan terjadi pada 0,4-0,5% kasus distosia bahu.<sup>10,11</sup>

Distosia bahu merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetri pada persalinan pervaginam dimana bahu janin gagal lahir secara spontan setelah lahirnya kepala. Distosia bahu masih menjadi penyebab penting cedera neonatal dan maternal dengan tingkat insidensi 0,6-1,4% dari persalinan pervaginam. Penelitian di sejumlah rumah sakit pusat di Tiongkok menunjukkan bahwa tingkat insidensi distosia bahu mencapai 0.260 (116 kasus dari 44.580 persalinan normal).<sup>12-14</sup>

Faktor predisposisi utama dari distosia bahu meliputi faktor antepartum dan intrapartum. Faktor antepartum meliputi usia ibu, riwayat distosia bahu sebelumnya, diabetes atau obesitas pada ibu sebelum hamil, makrosomia, diabetes gestasional dan peningkatan berat badan berlebih selama hamil. Usia ibu lebih dari 35 tahun, IMT lebih dari 30 kg/m<sup>2</sup>, dan peningkatan BB lebih dari 20 kg selama hamil merupakan faktor antepartum yang rutin ditemukan. Faktor intrapartum meliputi disproporsi sefalopelvik relatif, persalinan macet dan persalinan dengan bantuan alat.<sup>12-14</sup>

Obesitas maternal dapat memiliki kaitan dengan makrosomia melalui mekanisme peningkatan resistensi (ibu bukan diabetes mellitus) yang menyebabkan peningkatan glukosa fetus dan kadar insulin. Lipase plasenta memetabolisme trigliserida dalam darah ibu, dan mentransfer asam lemak bebas sebagai nutrisi untuk pertumbuhan janin. Kadar trigliserida yang meningkat pada ibu obesitas berhubungan dengan pertumbuhan janin berlebihan melalui peningkatan asam lemak bebas.<sup>15,16</sup>

Komplikasi dari distosia bahu yang dapat terjadi meliputi berbagai derajat cedera pleksus brakialis dan yang jarang terjadi, kerusakan sistem saraf pusat traumatis, asfiksia, dan fraktur tulang panjang hingga kematian neonatal. Cedera pleksus brakialis berkisar 1-20% dari seluruh kasus distosia bahu. Seringkali cedera hanya bersifat sementara dan akan pulih dalam hitungan jam hingga bulan, namun ditemukan juga cedera permanen pada 3-10% kasus yang diduga terjadi akibat avulsi jaringan saraf. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain laserasi, perdarahan dan stress psikologis. *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* telah menganjurkan untuk melakukan seksio sesarea untuk mencegah terjadinya distosia bahu pada janin dengan estimasi berat 4500 g pada pasien diabetes dan 5000 g pada pasien non diabetes.<sup>12,17</sup>

Kasus kegawatdaruratan pada kehamilan salah satunya adalah plasenta previa. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Gambaran klinis yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan tanpa rasa sakit, yang biasanya timbul pada trimester kedua atau setelahnya.<sup>8</sup>

Plasenta previa memiliki beberapa faktor risiko yaitu usia, paritas, riwayat seksio sesaria, riwayat abortus, dan suku. Pada penelitian oleh Tabassum *et al.*, tahun 2010 di Pakistan mendapatkan bahwa usia adalah salah satu faktor risiko dari plasenta previa, yaitu usia  $\geq 35$  tahun memiliki risiko hampir 2 kali lebih besar dibandingkan usia  $< 35$  tahun, serta ibu dengan riwayat seksio sesaria pada kelahiran sebelumnya memiliki risiko 4,5 kali mengalami plasenta previa.<sup>18</sup> Adanya riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya baik yang diinduksi maupun spontan berpengaruh terhadap terjadinya plasenta previa. Mekanisme yang dapat menjelaskan pengaruh tersebut adalah kerusakan ataupun terbentuknya jaringan parut pada endometrium akibat dilakukannya kuretase uterus sehingga mengganggu proses implantasi plasenta di bagian fundus uteri.<sup>19</sup> Untuk itu perlu dipertimbangkan dalam perencanaan dan penapisan kehamilan berikutnya bagi ibu agar kasus plasenta previa tidak berulang.

Preeklampsia merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan yang menyebabkan sakit berat, kecacatan jangka panjang, serta kematian pada ibu dan janin. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Hinda, tahun 2015 ditemukan dari 94 ibu bersalin didapatkan 26 orang (27,7%) ibu yang mengalami kejadian preeklamsia (PE) di RSUD Sidoarjo. Menurut peneliti angka kejadian preeklampsia ini cukup tinggi. Terdapat hubungan yang bermakna antara usia dan paritas terhadap kejadian PE pada ibu.<sup>20</sup>

Kematian maternal pada wanita hamil dan bersalin pada usia dibawah 20 tahun dan setelah usia 35 tahun meningkat, karena wanita yang memiliki usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun dianggap lebih rentan terhadap terjadinya preeklamsia. Selain itu ibu hamil yang berusia  $\geq 35$  tahun telah terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi sehingga lebih berisiko untuk terjadi preeklamsia.<sup>7</sup>

Kegawatdaruratan dalam persalinan yaitu karena atonia uteri. Atonia merupakan penyebab terbanyak perdarahan postpartum dini (50%) dan berdampak kematian ibu disamping perdarahan karena hamil ektopik dan abortus serta merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan, sedangkan atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta, dengan kata lain atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi. Penyebab dari terjadinya atonia uteri adalah umur, multiparitas, jarak kehamilan yang terlalu dekat, partus lama, malnutrisi atau anemia, overdistention uterus seperti: gemeli, makrosomia, polihidramnion, atau paritas tinggi<sup>21</sup> Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan Purwanti di RSUD Margono Soekardjo Tahun 2014 yaitu terdapat hubungan bermakna antara usia dan paritas terhadap kejadian atonia uteri.<sup>22</sup>

Selanjutnya kegawatdaruratan (gadar) pada neonatal, kasus yang dapat menyumbangkan Angka Kematian Pada Bayi salah satunya asfiksia. Asfiksia berarti hipoksia yang *progresif*, penimbunan CO<sub>2</sub> dan *asidosis*. Bila proses ini berlangsung terlalu jauh dapat mengakibatkan kerusakan otak atau kematian. Asfiksia juga dapat mempengaruhi fungsi organ vital lainnya Penyebab asfiksia

berarti *hipoksia* yang *progresif*, penimbunan CO<sub>2</sub> dan *asidosis*. Bila proses ini berlangsung terlalu jauh dapat mengakibatkan kerusakan otak atau kematian. *Asfiksia* juga dapat mempengaruhi fungsi organ vital lainnya.<sup>8</sup>

Faktor-faktor yang menyebabkan asfiksia meliputi Faktor Ibu (umur ibu, hipertensi pada kehamilan; perdarahan antepartum yaitu plasenta previa, solusio plasenta; demam selama persalinan infeksi berat diantaranya malaria, sifilis, TBC, HIV; kehamilan *postmatur*; *amnionitis*, anemia), Faktor Bayi (Bayi prematur; BBLR; kelainan bawaan /kongenital; air ketuban bercampur mekonium /warna kehijauan. Faktor Persalinan (SC letak sungsang; pervaginam (letak sungsang), partus lama/ macet, KPD), Faktor Plasenta ( lilitan tali pusat; tali pusat pendek, simpul tali pusat, prolapsus tali pusat), Faktor Neonatus (trauma persalinan, penggunaan obat analgesik /anestesi; kelainan kongenital bayi).<sup>7,8</sup>

Semakin rendah umur seseorang dalam kehamilan, maka semakin berisiko terhadap kehamilan dan persalinannya. Begitu juga sebaliknya semakin tinggi umur seseorang dalam kehamilan dapat memengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada persalinan yang akan dihadapi.<sup>23</sup> Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2014 dimana faktor yang mempengaruhi terjadinya asfiksia neonatorum yaitu faktor ibu, faktor bayi, dan cara persalinan, meliputi umur ibu yang berisiko, ketuban campur mekonium dan persalinan normal.<sup>2</sup>

Kasus gadar neonatal berikutnya yaitu hipotermi dimana gejala awal hipotermi yaitu apabila suhu bayi baru lahir (bbl) <36°C atau kedua kaki dan tangan teraba dingin. penilaian tanda-tanda hipotermi pada bbl meliputi bayi tidak mau minum/menetek, bayi tampak lesu atau mengantuk, tubuh bayi teraba dingin, dalam keadaan berat denyut jantung bayi menurun dan kulit tubuh bayi (sklerema). Tanda-tanda hipotermi sedang antara lain suhu diantara 32°-36°C meliputi aktifitas bayi berkurang (letargis), tangisan bayi lemah, kulit berwarna tidak rata (cutis mamorata), kemampuan menghisap lemah dan kaki teraba dingin Tanda-tanda hipotermi yaitu suhu <32°C berat sama dengan hipotermi sedang antara lain bibir dan kuku kebiruan, pernafasan lambat, pernafasan tidak teratur dan bunyi jantung lambat.<sup>8</sup>

Kebanyakan perawatan neonatal yang dialami masyarakat adalah kurangnya pengetahuan dalam perawatan BBL terutama didaerah pelosok desa. Banyak dijumpai ibu yang baru melahirkan dengan perawatan bayi yang tradisional serta pendidikan dan tingkat sosial ekonominya yang masih rendah. Selain itu juga dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu, suami, dan keluarga tentang pentingnya pelayanan neonatal.<sup>1</sup>

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Istiqomah dan Mufida tahun 2013 dimana ada hubungan tingkat pengetahuan ibu nifas primipara tentang peranan perawatan bayi baru lahir dengan kejadian hipotermi di RSAB Muslimat Jombang. (Istoqomah, 2013).<sup>24</sup> Dengan demikian pentingnya peranan tenaga kesehatan dapat memberikan pendidikan kesehatan dengan cara pemberian KIE kepada ibu nifas tentang perawatan bayi baru lahir agar tetap hangat dan kering.

Kasus gadar berikutnya pada neonatal yang dapat terjadi yaitu Bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR adalah bayi dengan berat badan lahirkurang dari 2500 gram (sampai 2499gram) tanpa memandang usia kehamilan. Kejadian BBLR merupakan masalah yang serius karena beresiko mengalami hambatan dalam tumbuh kembang dan dapat menyebabkan kematian. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya BBLR adalah faktor ibu, faktor janin, faktor kehamilan dan faktor yang belum diketahui penyebabnya. Penyebab BBLR dari faktor Ibu yaitu umur < 20 dan >35 tahun juga paritas 1 dan ≥4.<sup>8,23</sup>

Hasil penelitian di RSUP dr. Kandao Manado hubungan antara umur ibu dengan kejadian BBLR ditemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan kejadian BBLR. Umur ibu saat kehamilan erat kaitannya dengan berat badan bayi. Kehamilan dibawah umur 20 tahun merupakan kehamilan beresiko tinggi karena sistim reproduksi belum optimal, peredaran darah menuju serviks dan juga menuju uterus masih belum sempurna sehingga hal ini dapat mengganggu proses penyaluran nutrisi dari ibu ke janin. Kehamilan pada ibu dengan umur diatas 35 tahun mempunyai problem kesehatan seperti hipertensi, diabetes melitus, anemia dan penyakit kronis lainnya. Fungsi reproduksi mengalami penurunan dibandingkan reproduksi normal sehingga kemungkinan terjadinya komplikasi dan mengalami penyulit obstetrik serta mengidap penyakit kronis.<sup>25 26</sup>

Untuk itu selain penapisan-penapisan terhadap faktor-faktor penyebab kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal oleh tenaga kesehatan khususnya bidan, maka diperlukan juga penggalan

pengetahuan aktif dan mandiri dari pasien dan keluarganya dalam mempersiapkan calon anak (generasi) yang sehat dan optimal, pengetahuan perawatan bayi baru lahir dan tanda-tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan balita.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Beberapa studi telah terbukti bahwa kegawatdaruratan maternal dan neonatal adalah masalah yang penting dan perlu penanganan segera. Kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal adalah salah satu penyumbang AKI dan AKB terbesar baik di Internasional, maupun di Indonesia. Untuk itu diperlukan pencegahan deteksi sedini mungkin dan mempersiapkan /merencanakan kehamilan aman dan berkualitas. Diperlukan peranan yang optimal baik dari petugas kesehatan, pasien maupun keterlibatan keluarga dalam rangka menghindari keterlambatan 3T (terlambat mengambil keputusan, merujuk dan mendapat pertolongan segera).

Studi mengenai kegawatdaruratan maternal dan neonatal masih sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya kasus kegawatdaruratan dan membantu menurunkan AKI dan AKB di Indonesia. Perlu dilakukan penelitian-penelitian lanjutan untuk hasil lebih valid untuk mencegah kasus kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Emergency of Maternal and Neonatal: WHO; 2016 [cited 2018 20 April]. Available from: [www.who.or.id](http://www.who.or.id).
2. Rohani TDS. KARAKTERISTIK BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA NEONATORUM di RSUP dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten Periode Desember 2014-April 2015 [Kuantitatif]. Klaten: Ummi Hasanah; 2015.
3. RI K. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017 [cited 2018 20 April 2018]. Available from: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
4. Konas. 2017. Available from: [www.konaspromkes.com/2017/uploads/article/article\\_13.pdf](http://www.konaspromkes.com/2017/uploads/article/article_13.pdf).
5. Ermalena. Indikator SDGs di Indonesia Jakarta: DPR RI; 2015. Available from: [www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2\\_v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf](http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf).
6. Dinkes Prov Bengkulu . PROFIL KESEHATAN PROVINSI BENGKULU TAHUN 2015. Bengkulu: Seksi Penelitian dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu; 2016.
7. Cuningham F. OBSTETRI WILLIAMS. Jakarta: EGC; 2012.
8. Wiknjosastro H. ILMU KEBIDANAN. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2014.
9. Queensland TUo. References/Bibliography Vancouver style[cited 2018 20 April]. Available from: <https://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf>.
10. Westgate J. *Interpretation of umbilical cord gas results in cases of shoulder dystocia*. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011;118:1273-4.
11. Dajani NK ME. *Complications of shoulder dystocia*. Semin Perinatol. 2014;38(4):201-4.
12. Hill MG CW. *Shoulder dystocia: prediction and management*. Womens Health. 2016 12(2):251-61.
13. Wang X HY, Zhong M, Wang Z, Fan S, Liu Z, et al. *Multicenter analysis of risk factors and clinical characteristics of shoulder dystocia*. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2015;50(1):12-6.
14. College TA. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Washington 2002.
15. L G. *Macrosomia and Related Adverse Pregnancy Outcomes: The Role of Maternal Obesity* Canada: University of Iowa; 2012.
16. FD A. Hubungan Antara Berat Badan Ibu Hamil dan Makrosomia Surakarta: Universitas Muhammadiyah; 2013.
17. Politi S DEL, Cignini P, Giorlandino M, Giorlandino C. *Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach*. Journal of Prenatal Medicine. 2010;4(3):35-42.
18. Tabassum Rea. *The Risk Factors Associated With Placenta Previa in Patients Presented to Civil Hospital Karachi-A Case Control Study*. Obstetrics and Gynaecology. 2010;16(2):276-9.
19. Davood S, Kazem, P., and Sepideh E. Selected Pregnancy Variables in Women with Placenta Previa. Research Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008; 1:1-5.
20. Noviandi H. Faktor Resiko Yang Memengaruhi Kejadian Pre Eklampsia di RSUD Sidoarjo 2015.

21. Wuryanti A. Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Perdarahan Postpartum Karena Atonia Uteri di RSUD Wonogiri 2010 [cited 2018 20 April]. Available from: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/24416>.
22. Purwanti SdTY. Determinan Faktor Penyebab Perdarahan Post Partum Karena Atonia Uteri. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*. 2015;6(1):97-107.
23. Manuaba. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: egc; 2013.
24. Istiqomah SdMN. Hubungan Tingkat pengetahuan Ibu Nifas Paritas I Tentang Perawatan Bayi Baru Lahir Dengan Kejadian Hypotermi. *Jurnal Edu Health*. 2014;4(1).
25. Pinontaan VDTS. Hubungan Umur dan paritas Ibu dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah. *Jurnal Ilmiah Bidan*. 2015;3(1).
26. Endriana SD IN, Rahmawati A. Hubungan Umur Dan Paritas Ibu Dengan Berat Bayi Lahir Di RB Citra Insani Semarang Tahun 2012. Semarang: Universitas Muhammadiyah 2012.



# **PENGARUH EDUKASI “ *LEARNING BY DOING* “ TERHADAP TINGKAT KESIAPAN KADER DALAM MEMBERIKAN BANTUAN HIDUP DASAR DI PUSKESMAS PEMBANTU NAIMATA**

Yoani Maria V.B.Aty  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[vivi\\_aty@yahoo.co.id](mailto:vivi_aty@yahoo.co.id)

## **ABSTRACT**

**Background :** *Emergency is a sudden incident that happens anytime, anywhere and needs an immediate action. This condition of emergency including heart attack, breathing problems, accidents, and injuries. More than 30.000 people got heart attack outside the hospital and only 33% of them getting the right care by trained lay people. the aim of this research is to know the impact "learning by doing" education toward the the readiness level of the cadres in assisted local government clinic of Naimata in giving life basic support.*

*This research is a quantitative research with quasi experimental and quasi experiment pre post test design. there are 20 samples. independent variable is "Learning by doing" education and dependent variable is the readiness level of the cadres in assisted local government clinic of Naimata. The data are analyzed using Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann Whitney U Test with the level of meaning  $\alpha \leq 0,05$*

**Result :** *The result of this research summoned twice: before respondents are ready to give life basic support (13 respondents= 65%) and after 20 respondents (100%) area ready to give life basic support. the result of Wilcoxon test shows that p value of the treatment group is 0,000 and p value of control group is 0,012. the result of Mann Whitney U Test shows that p = 0,617.*

*Mann Whitney U Test result shows that p > 0,05 that means there is no effect of the "learning by doing" education toward the readiness level of the cadres in giving life basic support. from the test based on the age and the length of working time period as cadres shows that p .<0,005. Henceforth, it can be concluded that the factors that have impact on the readiness level of the cadres in giving life basic support are ages and the period of being a cadre.*

**Keywords :** *"Learning by doing" education, cadre, readiness, life basic support.*

## **PENDAHULUAN**

Kegawatdaruratan merupakan kejadian tiba-tiba yang terjadi dimana saja kapan saja dan harus segera ditangani. Kondisi kegawatdaruratan meliputi henti jantung dan napas, kecelakaan dan cedera.

Kecelakaan merupakan masalah kesehatan yang sangat serius di dunia, masalah yang sama juga di hadapi di berbagai negara termasuk Indonesia. Kecelakaan atau kejadian yang tidak diinginkan dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Kejadian ini dapat berupa suatu insiden kecil atau suatu bencana yang melibatkan penderita dalam jumlah besar. Pada tahun 2013, 91% dari kematian di dunia di jalan terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, meskipun negara-negara ini memiliki sekitar setengah dari kendaraan di dunia (WHO, 2013 : 3).

Serangan jantung merupakan kasus kegawatdaruratan yang paling sering terjadi di luar rumah sakit. Sekitar lebih dari 30.000 orang mengalami serangan jantung di luar rumah sakit dan hanya 33% mendapatkan penanganan oleh masyarakat awam terlatih.

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2013 : 1), kematian karena kecelakaan lalu lintas diperkirakan akan meningkat secara dramatis menyebabkan kematian sekitar 1,9 juta orang per tahun

pada tahun 2020, karena pesatnya pertumbuhan ekonomi, peningkatan pendapatan dan urbanisasi yang menyebabkan permintaan yang besar akan transportasi.

Di beberapa negara dengan tingkat pendapatan yang tinggi seperti di Amerika angka kematian rata-rata akibat kecelakaan lalu lintas sebesar 53,8 per 100.000 penduduk dan di Eropa 47,6 per 100.000 penduduk, sementara pada negara dengan tingkat pendapatan rendah (miskin) dan sedang angka tersebut cenderung lebih tinggi seperti di India 96,7 per 100.000 penduduk dan di negara Asia lainnya 75 per 100.000 penduduk (Utama, dkk. 2008 : 16). Di negara berkembang seperti Indonesia kasus kecelakaan lalu lintas merupakan permasalahan yang serius. Kecelakaan lalu lintas merupakan pembunuh nomor 3 di Indonesia, setiap tahunnya rata-rata 30.000 nyawa tidak terselamatkan akibat kecelakaan di jalan raya (Russeng, 2008 : 93).

Pistiwa kecelakaan yang membutuhkan pertolongan pertama dan orang pertama yang akan memberikan pertolongan adalah orang yang berada di tempat kejadian atau anggota keluarga penderita tersebut. Pertolongan ini diberikan berdasarkan tingkat kesiapan mulai dari tidak terlatih sampai mereka yang mungkin sudah terlatih. Pertolongan pertama yang diberikan oleh masyarakat pada korban kecelakaan sering mengalami kesalahan yang fatal yaitu menyebabkan kematian didalam memberikan pertolongan, di mana terjadi kesalahan pertolongan karena masyarakat tidak mengetahui bahwa korban tersebut mengalami cedera pada tulang belakang sehingga mobilisasi korban kecelakaan dari tempat kejadian ke tempat yang lebih aman menyebabkan kematian langsung di tempat kejadian. Kesigapan masyarakat sangat dibutuhkan dalam menolong korban, di antaranya yaitu dengan memberikan bantuan hidup dasar. Tindakan bantuan hidup dasar yang dilakukan oleh orang yang berada di sekitar penderita segera setelah kejadian dapat meningkatkan kelangsungan hidup penderita. Tindakan Bantuan Hidup Dasar (BHD) yang terlambat dan tidak sesuai dengan prosedur, akan mengakibatkan gagalnya upaya penyelamatan terhadap korban.

## METODE PENELITIAN

Desain atau rancangan penelitian ini Rancangan penelitian ini adalah *Quasy eksperimen* dengan jenis penelitian *two-group pretest-posttest desig* Populasi target pada penelitian ini adalah kader yang ada di Puskesmas Pembantu Naimata Kota Kupang, yang berjumlah 36 orang. Besarnya sampel yang memenuhi criteria inklusi dalam penelitian ini adalah 20 orang kelompok control dan 20 orang kelompok perlakuan. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Nonprobability sampling* yaitu pemilihan sampel dengan *total sampling*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Data Umum

### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Kelompok Perlakuan		kelompok kontrol		P value
	f	%	f	%	
20 - 30 Tahun	2	10	-	-	0.014
31 - 40 Tahun	7	35	2	10	
41 - 50 Tahun	11	55	18	90	
Jumlah	20	100	20	100	

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar usia responden kelompok perlakuan berkisar 41-50 tahun yaitu sebanyak 11 orang (55 %) dan pada kelompok kontrol 18 orang ( 90 %).

2. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan  
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Kelompok Perlakuan		kelompok kontrol		P value
	f	%	f	%	
Tamat SD	4	20	2	10	0.529
Tamat SMP	5	25	9	45	
Tamat SMA	9	45	9	45	
Sarjana	2	10	-	-	
Jumlah	20	100	20	100	

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan dan kontrol berpendidikan terakhir adalah tamat SMA yaitu 9 orang ( 45%).

3. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menjadi Kader  
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menjadi Kader

Lama Menjadi Kader	Kelompok Perlakuan		kelompok kontrol		P value
	f	%	f	%	
1-5 tahun	11	55	1	5	0.0000
6-10 tahun	1	5	2	10	
11-15 tahun	6	30	6	30	
16-20 tahun	1	5	7	35	
21-25 tahun	1	5	4	20	
Jumlah	20	100	20	100	

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan menjadi kader berkisar 1-5 tahun ( 55%) dan kelompok perlakuan 16-20 tahun ( 35%)

#### Data Khusus

1. Kesiapan Kader Tentang Bantuan Hidup Dasar Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Learning By Doing*

Tabel 4.4 Kesiapan Kader Tentang Bantuan Hidup Dasar Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Learning By Doing*

Kesiapan Kader	Kelompok Perlakuan			
	Pre		Post	
	f	%	f	%
Siap: 21-30	13	65	20	100
Kurang siap: 11-20	7	35	-	-
Tidak Siap: 1-10	-	-	-	-
Jumlah	20	100	20	100

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebelum perlakuan sebagian besar responden siap untuk melakukan bantuan hidup dasar yaitu 13 orang (65%) dan sesudah perlakuan 20 responden (100%) siap untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar.

Tabel 4.5 Kesiapan Kader Tentang Bantuan Hidup Dasar pada kelompok control

Kesiapan Kader	Kelompok Kontrol			
	Pre		Post	
	f	%	f	%
Siap: 21-30	20	100	20	100
Kurang siap: 11-20	-	-	-	-
Tidak Siap: 1-10	-	-	-	-
Jumlah	20	100	20	100

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebelum dan sesudah memberikan modul 20 responden (100%) siap untuk melakukan Bantuan Hidup Dasar.

2. Analisis Kesiapan kader sebelum dan sesudah dilakukan *Learning by Doing*

Tabel 4.6 Analisis Kesiapan kader sebelum dan sesudah dilakukan *Learning by Doing*

Kesiapan Kader	N	Mean	Z hitung	P. Value
Kelompok perlakuan	20	8.50	-3.537	0.000
Kelompok Kontrol	20	8,15	-2.527	0.012

Tabel 4.6 dapat dilihat bahwa nilai signifikansi pada kelompok perlakuan adalah 0.000 ( $p < 0.05$ ) sehingga dapat dikatakan ada pengaruh edukasi "*learning by doing*" terhadap tingkat Kesiapan kader Puskesmas Pembantu Naimata dalam bantuan hidup dasar. Pada kelompok kontrol nilai signifikansi pada kelompok perlakuan adalah 0.012 ( $p < 0.05$ ).

Tabel 4.7 Perbedaan Hasil Analisis Uji *Mann-Whitney*

Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa Z hitung = -0.500, dengan ini signifikansi yang diperoleh adalah 0.617, sehingga dapat dinyatakan bahwa tidak ada **perbedaan** edukasi "*learning by doing*" terhadap tingkat Kesiapan kader Puskesmas Pembantu Naimata dalam memberikan Bantuan Hidup Dasar.

Kesiapan Kader	N	Mean	Z hitung	P. Value
Kelompok perlakuan	20	21.18	-0.500	0.617
Kelompok Kontrol	20	19.82		

1. Kesiapan Kader Tentang Bantuan Hidup Dasar Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Learning By Doing*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapan kader untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar sebelum dilakukan edukasi *Learning By Doing* sebagian besar adalah siap dan sesudah dilakukan

intervensi semua kader siap untuk memberikan bantuan Hidup Dasar. Pada kelompok kontrol semua responden sebelum dan sesudah diberikan modul siap untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar.

Kesiapan kader meningkat karena usia para kader 41-50 tahun, sehat mental dan fisik, pendidikan sebagian besar kader adalah tamat SMA. Pada kelompok kontrol para kader sudah menjalankan tugasnya sebagian besar 16-20 tahun. Uji beda tingkat pendidikan pada kedua kelompok di dapatkan *p value* 0,617 dan uji beda tingkat usia diperoleh *p value* 0,000. Kondisi internal ini sangat mempengaruhi kesiapan seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Kesiapan kader meningkat setelah diberikan *Edukasi Learning By Doing*, karena dalam metode ini para kader dilatih ketrampilan melakukan Bantuan Hidup Dasar.

Hasil tersebut diatas sesuai dengan hasil penelitian Sari, Arief Norma bahwa pengalaman praktek berpengaruh signifikan terhadap kesiapan kerja. Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Muktiani, Eka Evi yang mendapatkan hasil adanya pengaruh praktek kerja terhadap kesiapan kerja. Hasil ini juga didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Slameto bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan kesiapan adalah ketrampilan. Ketrampilan yang dilatih meliputi identifikasi korban, teknik membantu korban henti napas dan henti jantung, mengeluarkan benda asing dari saluran pernapasan, memberikan kompresi jantung, menghentikan perdarahan dengan cara balut tekan, balut dan bidai, pertolongan pertama pada luka bakar, teknik mengeluarkan benda asing dari telinga, teknik mengangkat korban, membantu menolong korban yang mengalami keracunan. Ketrampilan ini penting diajarkan kepada masyarakat awam baik para kader, polisi, atau masyarakat lainnya. Hal ini sesuai dengan *American Heart Association* (AHA) tahun 2015 yang menjelaskan bahwa Bantuan Hidup Dasar bisa dilakukan siapapun, tidak harus tenaga kesehatan. Ketrampilan BHD menjadi penting karena diajarkan bagaimana memberikan pertolongan pertama kepada korban-korban yang mengalami kondisi sakit, cedera dan kecelakaan yang sering dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, sehingga dapat mengurangi komplikasi lanjut yang berefek pada kematian.

Selain itu Kitab Undang-undang Hukum Pidana pasal 531 menegaskan bahwa” barang siapa menyaksikan sendiri ada orang di dalam bahaya maut, lalai memberikan atau mengadakan pertolongan kepadanya sedang pertolongan itu dapat diberikan atau diadakakannya dengan tidak menguatirkan, bahwa ia sendiri atau orang lain akan kena bahaya dihukum kurungan selama-lamanya 3 bulan atau di denda. Pasal ini berlaku bila pelaku pertolongan pertama dapat melakukan tanpa membahayakan dirinya dan orang lain.

Berdasarkan pedoman yang dikeluarkan oleh AHA 2015 dan KUHP pasal 531 tersebut diatas meningkatkan motivasi para kader untuk dapat memberikan Bantuan Hidup Dasar pada berbagai kondisi sesuai dengan ketrampilan yang pernah diperolehnya dalam kegiatan “*Edukasi Learning By Doing*”.

## 2. Analisis Kesiapan kader sebelum dan sesudah dilakukan *Learning by Doing*

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada pengaruh edukasi “*learning by doing*” terhadap tingkat kesiapan kader puskesmas pembantu Naimata dalam memberikan Bantuan Hidup Dasar. Hal ini didasarkan pada hasil uji statistik menggunakan analisis statistik parametrik Wilcoxon dengan nilai signifikansi pada kelompok perlakuan adalah 0.000 ( $p < 0.05$ ). Hasil uji *Mann Whitney U Test* menunjukkan  $p > 0,05$  berarti tidak ada pengaruh pengaruh edukasi “*learning by doing*” terhadap tingkat kesiapan kader puskesmas pembantu Naimata dalam Bantuan Hidup Dasar.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hernando, et al, tahun 2016 yang menemukan adanya peningkatan kesiapan melakukan CPR setelah dilakukan pelatihan BLS (*Basic Life Support*). Metode penelitian ini adalah dengan memberikan ketrampilan dengan cara belajar dengan melakukan Bantuan Hidup Dasar. Edukasi “*learning by doing*” merupakan metode pembelajaran yang bersumber dari pengalaman siswa dengan keluarga dan masyarakatnya membuat siswa familiar dengan apa yang dipelajari. Menurut Dewey (Arends, 1997), kelas seharusnya merupakan cermin dari masyarakat luas dan berfungsi sebagai laboratorium belajar dalam kehidupan nyata. Tanggung jawab utama guru adalah memotivasi peserta didik untuk belajar secara kooperatif dan memikirkan masalah-masalah sosial yang penting setiap hari. Bersamaan dalam aktivitasnya memecahkan masalah di kelompoknya, peserta didik belajar prinsip-prinsip demokrasi melalui interaksi dengan peserta didik lain. Teori ini didukung oleh Thelan (dalam Arends, 1997) berpendapat bahwa kelas haruslah merupakan laboratorium atau miniatur demokrasi yang bertujuan mengkaji masalah-masalah sosial dan masalah antar pribadi.

Dalam proses pembelajaran ini juga diperlihatkan dinamika kelompok, sehingga proses pembelajaran semakin tepat sasaran, selain itu setiap anggota kelompok saling bekerjasama untuk bisa melakukan tindakan. Dalam teori pendidikan yang dikemukakan oleh Dewey ditekankan pada pembelajaran Kooperatif.

Pembelajaran kooperatif disamping unggul dalam mempengaruhi hasil belajar akademik, juga dalam pencapaian tujuan sosial dan afektif peserta didik. Pembelajaran yang bersifat praktek pada prinsipnya tidak bisa kita hindari. Pembelajaran seperti ini menguntungkan karena secara langsung dapat mengetahui sejauhmana suatu keterampilan atau kompetensi berhasil dikuasai oleh siswa oleh siswa.

Teori "*learning by doing*" yang dikemukakan oleh John Dewey, yang diterapkan pada penelitian ini yaitu mengajarkan para kader tentang bantuan hidup dasar dengan metode praktek. Peneliti memberikan kasus tentang kejadian sakit, kecelakaan dan cedera, lalu meminta kepada para kader untuk memberikan pertolongan kepada korban yang mengalami masalah tersebut sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Kemudian materi pelatihan diberikan tentang Bantuan Hidup Dasar pada Kondisi sakit, Cedera dan Kecelakaan. Dalam proses edukasi para kader dibentuk kelompok, sehingga memudahkan para instruktur untuk mengontrol pelaksanaan kegiatan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Utomo, Dwi Priyo yang menyatakan bahwa fokus pembelajaran kooperatif tidak saja tertumpu pada apa yang dilakukan peserta didik tetapi juga pada apa yang dipikirkan peserta didik selama aktivitas belajar berlangsung.

Model Pembelajaran *Learning By Doing* unggul dalam berbagai hal jika dibandingkan dengan pembelajaran konvensional, yaitu pencapaian hasil belajar yang tinggi, lebih kondusif untuk meningkatkan hubungan antar (pertemanan), lebih sehat secara psikologis, meningkatkan kepercayaan diri dan ketrampilan sosial. Para kader yang terlibat dalam edukasi "*Learning By Doing*" saling berinteraksi satu sama lain dalam melakukan tindakan Bantuan Hidup Dasar. Semua anggota kelompok mengambil bagian dalam proses ini, sehingga hasil yang didapatkan pengetahuan dan ketrampilan meningkat, bahkan para kader menyatakan siap untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar.

Hasil yang baik ini tidak ditunjang dengan hasil uji statistik Mann Withney, dimana peneliti melakukan uji pada kedua kelompok setelah intervensi. Tentu saja hal ini membuktikan bahwa faktor kesiapan bukan hanya ketrampilan yang meningkat, tetapi juga karena banyak faktor antara lain usia, lama menjadi kader, pelatihan yang pernah diikuti. Pada kelompok kontrol sebagian besar sudah menjadi kader lebih dari 5 tahun, usia 41-50 tahun, serta sebagian besar pernah mengikuti pelatihan tentang penanganan TB paru di rumah. Uji beda lama menjadi kader pada kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan p value 0.000. Hasil ini ditunjang teori Slameto tahun 2015 yang menjelaskan bahwa prinsip dari kesiapan adalah aspek perkembangan berinteraksi, kematangan jasmani dan pengalaman-pengalaman yang pernah dialami.

Disamping itu pada kelompok kontrol masing-masing kader diberikan modul untuk dibaca. Modul menjadi referensi yang penting untuk meningkatkan pengetahuan para kader. Para kader tidak diajarkan teknik memberikan Bantuan Hidup Dasar.

Berdasarkan hal tersebut diatas dapat dijelaskan bahwa seseorang siap untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar jika sudah lama menjadi kader, usia yang sudah mapan, keseriusan dalam melakukan praktek, serta niat yang kuat untuk membantu sesama yang mengalami henti napas, jantung, cedera, kecelakaan.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Sebelum dilakukan edukasi *Learning By Doing* sebagian besar kader siap untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar dan sesudah dilakukan intervensi semua kader siap untuk memberikan bantuan Hidup Dasar. Pada kelompok kontrol semua responden sebelum dan sesudah diberikan modul siap untuk memberikan Bantuan Hidup Dasar.

Hasil uji *Mann Whitney U Test* menunjukkan  $p > 0,05$  berarti tidak ada pengaruh pengaruh edukasi "*learning by doing*" terhadap tingkat kesiapan kader dalam memberikan Bantuan Hidup Dasar. Uji beda tingkat usia dan lama menjadi kader pada kelompok control di dapatkan  $p < 0.005$ . Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kesiapan kader untuk melakukan Bantuan Hidup Dasar adalah usia dan lama menjadi kader.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (2015). 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*; 132(suppl 2).
- American Red Cross (2014). *First Aid/CPR/AED Participant Manual*. USA: StayWell Health & Safety Solutions. Diunduh dari [http://www.redcross.org/images/MEDIA\\_CustomProductCatalog/m55540601\\_FA-CPR-AED-Part-Manual.pdf](http://www.redcross.org/images/MEDIA_CustomProductCatalog/m55540601_FA-CPR-AED-Part-Manual.pdf)
- Ambarika, R. (2017, Januari). Efektifitas Simulasi Pre hospital Care terhadap Self Efficacy masyarakat awam dalam memberikan pertolongan pertama pada korban kecelakaan. *e journal keperawatan*, 8.
- Balitbang Kemenkes RI.(2013).*Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Eliastam, Michael. 1998. “**Penuntun Kedaruratan Medis**”, – Ed. 5, Jakarta : EGC
- Effendi, Nasrul, 1998. Dasar-Dasar Perawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC
- Hudak, dan Gallo. 2005. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*. Jakarta: EGC
- Info Data. 2014 *Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- John Dewey.2002.*Experience and Education*, alih bahasa John de Santo, Pendidikan dan Pengalaman` Yogyakarta:Kepel Press
- Muktiani, E. E. (2014). Pengaruh Praktik Kerja Industri dan Prestasi akademik mata diklat produkti akuntansi terhadap kesiapan kerja siswa kelas XI program keahlian akuntansi SMK Nasional Pati. *Economic Education Analysis Journal*.
- Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ngirarung, e. a. (2017, Februari). Pengaruh Simulasi Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP ) terhadap tingkat motivasi siswa menolong korban henti jantung di SMA Negeri 9 Binsus Manado. *e- Journal Keperawatan*, 5.
- Rab, Dabrani. 1998. *Agenda Gawat Darurat (Critikal Care)*. Bandung: PT. Alumni
- Santosa, R., & Hufad, A. (t.thn.). Dampak Pelatihan Program Rescue Terhadap Peningkatan Tanggap Bencana Para Kader Tim Search And Rescue .
- Slameto. (2010). *Belajar dan faktor-faktor yang mempengaruhinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sutawijaya,R.B.Gawat .(2009) *Darurat Panduan Kesehatan Wajib Di Rumah Anda*. Jakarta : Brilliant Off

# SIKAP SISWA SMA SINAR PANCASILA BETUN TERHADAP HIV/AIDS

Dewa Ayu Putu Mariana Kencanawati, Rosalinda U Nahak  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
ayuwati94@gmail.com

## ABSTRACT

**Background :** NTT has HIV epidemic in the range of 207-323 cases and there is an increasing trend in new cases of HIV infection in all provinces in Indonesia. HIV disease travels then adolescents are at a very vulnerable age to acquire HIV infection.

**Objective :** to get a picture of student attitudes toward HIV / AIDS. This research is descriptive research by using methods cross sectional with number of sample counted 76 people.

**Result :** shows most respondents are negative about HIV / AIDS as much as 53 people (69,7%). However, there are still respondents who are positive about HIV / AIDS as many as 23 people (32.2%).

**Conclusion :** Most of the adolescent grade XII SMA Sinar Pancasila Betun behave negatively about HIV / AIDS.

**Keyword :** Remaja HIV/AIDS

## PENDAHULUAN

Menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), remaja (*adolescence*) adalah mereka yang berusia 10-19 tahun. Sementara PBB menyebut anak muda (*youth*) untuk usia 15-24 tahun. Ini kemudian disatukan dalam terminologi kaum muda (*young people*) yang mencakup usia 10-24 tahun. Masa-masa remaja sering berhubungan dengan pertumbuhan, perubahan, dan munculnya berbagai kesempatan terhadap risiko kesehatan reproduksi (patimah, 2005).

Masa remaja juga sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pada masa ini banyak terjadi perubahan dalam hal fisik dan psikis. Perubahan-perubahan tersebut dapat menyebabkan kekacauan-kekacauan batin pada remaja sehingga masa remaja sering juga disebut sebagai masa pancaroba. Kondisi ini menyebabkan remaja dalam kondisi rawan menjalani proses pertumbuhan dan perkembangannya. Kondisi ini juga diperberat dengan adanya globalisasi yang ditandai dengan makin deras arus informasi.<sup>5)</sup> Kondisi seseorang pada masa remaja seakan-akan tidak menentu atau dilematik, karena dianggap sebagai anak, remaja sudah kelihatan besar dan sebaiknya dianggap sebagai norma yang sesuai bagi remaja. Bila remaja bersikap seperti anak-anak maka akan dikatakan tidak pantas karena sudah dewasa.<sup>5)</sup> Masa remaja merupakan periode yang tidak realistis, remaja selalu memiliki aspirasi yang tinggi mengenai dirinya, keluarga teman-teman dan kehidupannya. Aspirasi yang tinggi ini berkaitan dengan peningkatan kehidupan emosi remaja. Makin tinggi aspirasi sehingga menyebabkan tidak tercapainya tujuan yang dikehendaki sering membuat remaja marah dan putus asa. Dengan pengalaman pribadinya social yang makin luas dan disertai peningkatan kemampuan berpikir rasional, remaja diharapkan akan lebih mampu melihat dirinya, keluarganya, teman-temannya bahkan kehidupan secara umum dengan cara yang realistis. Keadaan ini akan membawa remaja ke dalam kehidupan realistis sebenarnya.<sup>5)</sup>

Menurut SDKI tahun 2007, pengetahuan remaja umur 15-24 tahun tentang kesehatan reproduksi masih rendah, 21 persen remaja perempuan tidak mengetahui sama sekali perubahan yang terjadi pada remaja laki-laki saat pubertas. Pengetahuan remaja tentang masa subur relatif masih rendah. Hanya 29 persen wanita dan 32 persen pria memberi jawaban yang benar bahwa seorang perempuan mempunyai kesempatan besar menjadi hamil pada pertengahan siklus periode haid. Remaja yang belum menikah umur 15-24 tahun yang mendengarkan pesan dari radio tentang penundaan usia kawin sebesar 12,9 persen, informasi tentang HIV/AIDS sebesar 40,8 persen, informasi tentang kondom sebesar 29,6 persen, pencegahan kehamilan sebesar 23,4 persen, dan Infeksi menular Seksual (IMS) sebesar 18,4 persen (Media Indonesia, 2005).



Menurut *United Nations Development Economic And Social Affairs* (UNDESA), Indonesia merupakan negara ke-37 dengan jumlah perkawinan dini terbanyak didunia. Untuk level ASEAN Indonesia berada di urutan kedua terbanyak setelah Kamboja. Deputi Bidang Keluarga Sejahtera dan Pemberdayaan Keluarga BKKBN Sudibyo Alimeso mengungkapkan, akibat tren menikah dini yang meningkat, kini rata-rata kelahiran pada remaja (*Age Specific Fertility Rate/ASFR*) usia 15-19 tahun di Indonesia meningkat dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada 2007 menjadi 45 per 1.000 di 2012. Peningkatan ASFR ini, semakin menjauhkan BKKBN dari target menurunkan ASFR menjadi 30 per 1000. (Mardya, 2013)

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi Human Immunodeficiency Virus yang menyerang system kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2014 diperoleh bahwa sebagian besar kasus baru AIDS terdapat pada kelompok usia 20-29 tahun (32,2 %) dan heteroseksual merupakan factor resiko tertinggi penderita HIV yaitu 81,3 % sedangkan propinsi NTT memiliki epidemic HIV pada rentang 207-323 kasus dan terdapat kecenderungan peningkatan pada kasus infeksi baru HIV pada seluruh Propinsi di Indonesia dengan cakupan jumlah layanan VCT di prop NTT pada tahun 2014 sebesar 3%. (Kemenkes RI, 2015). Jika dipelajari dari perjalanan penyakit HIV yang baru menunjukkan gejala setelah terinfeksi 10-15 tahun maka jika usia tertinggi infeksi HIV baru adalah usia 20-29 tahun maka remaja berada pada usia yang sangat rentan mendapatkan infeksi HIV yang masih dalam keadaan domant (belum terdeteksi). Berdasarkan latar belakang diatas yang menjadi rumusan masalah adalah "Bagaimana Sikap Siswa Terhadap Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Di SMA Sinar Pancasila Betun?" Tujuan dari penelitian ini adalah mendapatkan gambaran sikap siswa terhadap HIV/AIDS

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini adalah penelitian *deskriptif*. Penelitian *deskriptif* yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau *deskriptif* tentang suatu keadaan secara obyektif dengan menggunakan metode *cross sectional* yaitu suatu penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk faktor-faktor risiko dan efek observasi sekaligus dalam waktu yang sama. Penelitian ini dilakukan di SMA Sinar Pancasila Betun pada Bulan Januari 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa siswi kelas XII di SMA Sinar Pancasila Betun yang berjumlah 324 yaitu siswa laki-laki 126 dan siswi perempuan 198 orang. Sampel pada penelitian ini diambil dengan cara propostionate sampling sebanyak 76 siswa. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner. Penelitian ini menggunakan variable terikat atau dependent adalah sikap siswa terhadap materi pendidikan kesehatan reproduksi.

Penelitian ini analisa dilakukan secara univariat dengan tujuan menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variable penelitian. Bentuk analisis tergantung dari jenis data, untuk data numeric digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standard deviasi. Analisa ini menghasilkan distribusi frekwensi dan presentasi dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Pengukuran sikap siswa tentang pendidikan kesehatan reproduksi menggunakan skala *likert*. Ukuran yang dikategorikan sebagai sikap 'sangat positif' jika total skor responden berada di daerah yang di batasi oleh kuartil 3 dan skor maksimal, dikategorikan sebagai sikap 'positif' jika total skor responden berada di daerah yang dibatasi oleh median dan kuartil 3, dikategorikan sebagai sikap 'negatif' jika total skor responden berada di daerah yang dibatasi oleh median dan kwartil 1, dikategorikan sebagai sikap 'sangat negatif' jika total skor responden berada di daerah yang dibatasi oleh kuartil 1 dan skor minimal.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Penelitian dengan Judul Sikap Siswa Terhadap Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Berlokasi Di SMA Sinar Pancasila Betun Di Jalan Bakateu Desa Wehali, Kecamatan Malaka Tengah Kabupaten Malaka. Jumlah guru aktif mengajar 42 orang dan jumlah pegawai sebanyak 12 orang dengan jumlah Siswa Di SMA Sinar Pancasila Betun secara keseluruhan berjumlah 962 orang yang terdiri dari kelas X 317 Siswa, kelas XI 321 Siswa, kelas XII 324 Siswa yang terdiridari 24 kelas

Tabel1 Distribusi Frekwensi Sikap Remaja Terhadap HIV/AIDS Di SMA Sinar Pancasila Betun.

No	Sikap	F	%
1	Positif	23	30,2
2	Negatif	53	69,7
3	Jumlah	76	100

(Sumber Data : Data Primer, Tahun 2015)

Berdasarkan Tabel C diketahui bahwa sebagian responden bersikap negative tentang HIV/AIDS sebanyak 53 orang (69,7%). Hasil penelitian pada Tabel1 menunjukkan sebagian besar responden bersikap negative tentang HIV/AIDS sebanyak 53 orang (69,7%). Namun masih ada responden yang bersikap positif tentang HIV/AIDS sebanyak 23 orang (32,2%).

Remaja sering dikaitkan dan dihubungkan dengan HIV/AIDS karena masa remaja merupakan masa transisi yaitu terjadi perubahan fisik dan mental. Pada masa ini remaja ingin mencari jati diri, ingin dikenal, ingin mencoba-coba sesuatu hal yang baru. Karena HIV/AIDS biasanya berhubungan dengan pergaulan bebas dan kenakalan remaja, ketidakpahaman remaja tentang akibat dari pergaulan bebas berdampak terhadap penularan penyakit menular seksual dan salah satunya yaitu penularan HIV/AIDS. Ditambah dengan kurangnya perhatian dari orangtua dan orang terdekat sehingga menyebabkan remaja terjerumus kedalam masalah HIV/AIDS. Perhatian dari orangtua dan pihak sekolah melalui pembinaan dan bimbingan terhadap remaja tentang kesehatan reproduksi remaja untuk menekan dan membatasi masalah HIV/AIDS serta bimbingan kerohani, kepramukaan, kesenian disekolah.

Kasus HIV/AIDS merupakan salah penyakit menular seksual yang mana penyakit ini terjadi juga dikalangan remaja. pada umumnya dan kondisi kesehatan reproduksi khususnya karena kasus HIV/AIDS berkaitan langsung dengan sistem reproduksi manusia. Dalam berbagai kesempatan diskusi seminar mengenai HIV/AIDS sering para pakar menyebutnya sebagai fenomena gunung es di tengah pandemi HIV artinya adalah data yang dapat diungkap sesungguhnya masalah yang jauh lebih besar. Sangat sedikit kaum muda yang memiliki pengetahuan memadai dan benar tentang HIV/AIDS. menurut *United Nations Population Fund* HIV banyak terjangkau pada remaja putri didunia berkisar antara umur 15-24 tahun yaitu 7,3 juta wanita muda dan 4,5 juta pria muda, dan setiap 14 detik 1 orang berusia 15-24 tahun terinfeksi HIV, dan setiap hari 6000 orang sebagai penderita baru.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar remaja kelas XII SMA Sinar Pancasila Betun bersikap yang negative tentang HIV/AIDS. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan dan guru dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi remaja bagi siswa dan siswi di SMA Sinar Pancasila Betun. Meningkatkan pembinaan kesehatan reproduksi di sekolah

## DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN, 2002, Membantu remaja memahami dirinya. Centra Mitra Muda, Jakarta.  
 Dariyo Agus, 2004, Psikologi Perkembangan remaja, Ghalia Indonesia, Bogor.  
 Nuihsanjuntika, Agustin Mubiar, 2011, Dinamika Perkembangan Anak dan remaja ; Tinjauan Psikologi, Pendidikan dan Bimbingan, Rafika Aditama, Bandung.  
 Kemenkes RI, 2015. Profil Kesehatan Indonesia, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta  
 Kencanawati, Dewa Ayu PM, 2014, Bagaimana drama Seri Korea Mempengaruhi Perilaku Pacaran remaja, Jurnal Kebidanan Vol.1 No.2 ISSN : 2406-8179 Hal. 76-85.  
 Sarwono S, 2013, Psikologi Remaja edisi revisi, Rajawali Press, Jakarta

# **KAJIAN PELAKSANAAN PILAR I PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DI KECAMATAN FATULEU TENGAH KABUPATEN KUPANG**

Ferry William F. Waangsir<sup>1</sup>, Olga M. Dukabain<sup>2</sup>  
<sup>1,2</sup>Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Kupang  
<sup>1</sup>ferrykpg@gmail.com, <sup>2</sup>olgadukabain@ymail.com

## *ABSTRACT*

**Background:** *This research is a descriptive research using survey method that aims to get an overview of the implementation of the STBM program in Oelbiteno Village, Fatuleu Tengah District, Kupang District.*

**Objective:** *untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan Pilar I Program STBM di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatuleu Tengah Kabupaten Kupang (Notoatmodjo, 2002, h.22).*

**Metode:** *Penelitian deskriptif dengan menggunakan metode survei.*

**Results:** *showed that ownership of family toilet facilities in Oelbiteno Village reached 97.30% with the most latrine type was swan neck type which was 87 facilities with the highest level of accessibility was <5 minutes. The condition of family latrine facility in Oelbiteno Village with the highest pollution risk level is in 'Sedang' category which is 110 facilities and the lowest is in 'High' category which is 12 facilities.*

**Conclusioan:** *The quality of facilities or improvement of sanitation facilities through empowerment activities is very necessary in improving the quality of sanitation and environment and the degree of public health in the region.*

**Keywords:** *Total Community Based Sanitation*

## **PENDAHULUAN**

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi seluruh penduduk. Masyarakat diharapkan mampu berpartisipasi aktif dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri (Departemen Kesehatan RI, 1992). Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut perlu adanya fasilitas pelayanan kesehatan.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk menunjang pembangunan kesehatan adalah dengan meluncurkan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). STBM merupakan pendekatan dan paradigma pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan prinsip non subsidi melalui pemberdayaan masyarakat dalam rangka membangun perilaku yang higienis dan saniter. Pendekatan yang dipakai untuk terwujudnya STBM di masyarakat adalah dengan menetapkan 5 (lima) pilar yaitu: Stop Buang Air Besar Sembarangan, Cuci Tangan Pakai Sabun, Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga, Pengamanan Sampah Rumah Tangga, dan Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga.

Kelancaran pelaksanaan STBM perlu didukung oleh tingkat partisipasi masyarakat dan kebijakan dari pemerintah. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 sebagai payung hukum pelaksanaan STBM. Diharapkan dengan adanya pelaksanaan STBM ini maka angka kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku menjadi lebih rendah.

Pelaksanaan STBM di Provinsi Nusa Tenggara Timur menjadi prioritas Utama dalam program pemerintah sebagai upaya menurunkan angka kesakitan penyakit berbasis lingkungan. Tercatat bahwa Provinsi NTT memiliki angka cakupan sanitasi yang terendah jika dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia termasuk Papua dan Papua Barat. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 menunjukkan bahwa hanya 22% rumah tangga yang memiliki jamban keluarga yang memenuhi syarat dan umumnya sebanyak 53% rumah tangga memiliki jamban yang tidak memenuhi syarat sedangkan sisanya ( $\pm$  25%) tidak memiliki jamban keluarga. Rendahnya kepemilikan jamban disebabkan karena kurangnya pengetahuan dari masyarakat tentang hygiene dan sanitasi serta masih ada pandangan dari masyarakat yang menganggap bahwa untuk membangun jamban yang memenuhi syarat kesehatan membutuhkan biaya yang mahal.

Salah satu wilayah di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang menjadi prioritas pelaksanaan Program STBM adalah Kecamatan Fatuleu Tengah yang terletak di Kabupaten Kupang. Data Badan Pusat Statistik Tahun 2016 menunjukkan bahwa wilayah dengan luas 99,50 KM<sup>2</sup> memiliki 4 desa, masing – masing Desa Oelbiteno, Desa Nunsauen, Desa Passi, Desa Nonbaun dengan jumlah penduduk sebanyak 5441 jiwa (BPS Kabupaten Kupang, 2017).

Hasil survey dan wawancara dengan petugas sanitasi di wilayah ini menunjukkan bahwa umumnya masyarakat di wilayah ini memanfaatkan air bersih dari Mata Air dan hampir sebagian besar masyarakat sudah memiliki jamban keluarga. Dari ke - 4 (empat) Desa yang menjadi program kerja STBM, 2 Desa masing – masing sudah diverifikasi program STBMnya dan tinggal di deklarasi yaitu Desa Nonbaun dan Desa Passi sedangkan 2 Desanya yaitu Desa Nunsauen dan Oelbiteno akan segera diverifikasi. Data Kecamatan Fatuleu Tengah dalam Angka juga menunjukkan bahwa jumlah Kepala Keluarga (KK) dengan kepemilikan sarana jamban yang dipakai sendiri sebanyak 1199 KK dan 65 KK memakai jamban secara bersama-sama.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan Pilar I Program STBM di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatuleu Tengah Kabupaten Kupang (Notoatmodjo, 2002, h.22).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian deskriptif dengan menggunakan metode survei.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pilar I pada program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang dicanangkan oleh Pemerintah yaitu yang berkaitan dengan stop buang air besar sembarangan, mewajibkan semua rumah tangga memiliki dan memanfaatkan jamban keluarga dengan baik.

Berdasarkan hasil pengamatan maka diperoleh gambaran mengenai pelaksanaan Pilar I sebagai berikut:

1. Distribusi Kepemilikan Jamban Keluarga

Distribusi kepemilikan jamban keluarga di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 1. Distribusi Kepemilikan Jamban Keluarga di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang

No	Kepemilikan Jamban	Jumlah (sarana)	Prosentase (%)
1	Ya	144	97,30
2	Tidak	4	2,70
Total		148	100

Dari tabel diatas terlihat bahwa 97,30 % responden sudah memiliki jamban keluarga dan hanya 4 responden (rumah tangga) saja yang belum memiliki jamban keluarga.

2. Distribusi Jenis Jamban Keluarga

Distribusi jenis jamban keluarga di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 2. Distribusi Jenis Jamban Keluarga di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang

No	Jenis Jamban Keluarga	Jumlah (sarana)	Prosentase (%)
1	Cemplung Tanpa Tutup	43	29,86
2	Plengsengan	14	9,72
3	Leher Angsa	87	60,42
Total		148	100

Dari tabel diatas terlihat bahwa 87 responden (60,42%) sudah memiliki jamban keluarga dengan jenis leher angsa sedangkan sisanya memiliki jenis jamban plengsengan dan cemplung tanpa tutup.

3. Distribusi Aksesibilitas (lama waktu) ke Jamban Keluarga

Distribusi Aksesibilitas (lama waktu) ke Jamban Keluarga pada responden di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang terlihat pada tabel berikut.

Tabel 3. Distribusi Aksesibilitas (Lama Waktu) Ke Jamban Keluarga Di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah

No	Aksesibilitas (Lama Waktu)	Jumlah	Prosentase (%)
----	----------------------------	--------	----------------

1	≤ 5 menit	103	69,59
2	> 5 menit	24	16,22
3	Tidak Tahu	21	14,19
Total		148	100

Dari tabel diatas terlihat bahwa umumnya (103 responden) memiliki aksesibilitas yang lebih cepat ( $\leq 5$  menit), sedangkan sisanya dengan lama waktu 5 menit dan sebagian tidak mengetahui lama waktu (aksesibilitas) ke lokasi jamban keluarga.

#### 4. Distribusi Kondisi Jamban Keluarga

Kondisi jamban keluarga umumnya ditunjukkan melalui tingkat risiko pencemaran yang terjadi pada jamban yang diperiksa atau diamati dengan menggunakan format Inspeksi Sanitasi.

Distribusi kondisi Jamban Keluarga pada responden di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang terlihat pada tabel berikut.

Tabel 4. Distribusi Tingkat Risiko Jamban Keluarga Di Desa Oelbiteno Kecamatan Fatule'u Tengah Kabupaten Kupang

No	Tingkat Risiko Pencemaran	Jumlah (sarana)	Prosentase (%)
1	Tinggi	12	8,33
2	Sedang	110	76,39
3	Rendah	22	15,28
Total		144	100

Sumber: Data Primer Terolah, 2017

Dari tabel diatas terlihat bahwa 76,39% jamban keluarga atau sebanyak 110 sarana jamban keluarga yang dimiliki oleh masyarakat di Desa Oelbiteno berada pada kategori Sedang, kategori rendah sebanyak 22 sarana dan 12 sarana berada pada kategori tinggi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 148 rumah yang menjadi sampel penelitian hanya 144 rumah yang memiliki jamban dan sisanya (4 rumah) tidak memiliki jamban. Kepemilikan jamban erat kaitannya dengan faktor ekonomi dan pengetahuan serta kesadaran dari masyarakat tentang pentingnya jamban dalam menjaga kesehatan manusia itu sendiri serta kelestarian lingkungan disekitarnya. Dilihat dari hasil penelitian diatas, maka dapat dikatakan bahwa tingkat kesadaran masyarakat untuk memiliki sarana sanitasi jamban di Desa Oelbiteno sudah sangat baik. Hal ini perlu terus ditingkatkan dengan kesadaran untuk memiliki jamban yang lebih laik dan memenuhi syarat kesehatan.

Dari rumah yang memiliki jamban kemudian dibedakan menurut jenisnya terlihat bahwa jenis jamban cemplung sebanyak 43 rumah (29,86%), jamban plengsengan sebanyak 14 rumah (9,72 %) dan untuk jamban leher angsa sebanyak 87 rumah (60,42 %). Hasil tersebut menunjukkan bahwa pada masyarakat di Desa Oelbiteno masih banyak yang memiliki jamban jenis plengsengan dan cemplung dikarenakan masyarakat banyak yang kurang mampu. Jenis jamban plengsengan dan cemplung tidak menggunakan air dalam jumlah yang banyak karena lubang pembuangan dan penampung tinja tidak terpisah; sedangkan jenis leher angsa memerlukan air yang banyak karena terpisah antara lubang penampungan dan pembuangan tinjanya, disamping menjaga bau yang keluar dari lubang penampungan tinja. Dilihat dari data diatas, sudah banyak rumah yang memiliki jamban jenis leher angsa. Hal ini dapat diartikan bahwa

pemahaman masyarakat Desa Oelbiteno untuk memiliki jamban yang memenuhi syarat kesehatan sudah sangat baik.

Untuk masalah pembuangan tinja pada jamban dapat terbagi dalam beberapa jenis jamban antara lain jenis jamban Leher Angsa, Plengsengan dan Cemplung. Dari hasil diatas menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat resiko pencemaran yang terbanyak pada kategori sedang yaitu sebanyak 110 sarana, dan terendah pada kategori risiko pencemaran tinggi yaitu sebanyak 12 sarana. Masalah pembuangan kotoran manusia merupakan masalah yang pokok untuk diatasi, karena kotoran manusia adalah sumber penyebaran penyakit yang ditularkan melalui tinja. Oleh karena itu maka pembuangan kotoran manusia perlu dikelola dengan baik. Jamban dengan tingkat risiko pencemaran tinggi dan sedang perlu diperhatikan agar tidak menimbulkan dampak yang dapat mengganggu kesehatan manusia dan kelestarian lingkungan

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Kepemilikan sarana jamban keluarga di Desa Oelbiteno mencapai 97,30% dengan jenis jamban terbanyak adalah jenis leher angsa yaitu sebanyak 87 sarana dengan tingkat aksesibilitas terbanyak adalah  $\leq 5$  menit. Kondisi sarana jamban keluarga di Desa Oelbiteno dengan tingkat risiko pencemaran terbanyak berada pada kategori ‘Sedang’ yaitu sebanyak 110 sarana dan terendah pada kategori ‘Tinggi’ yaitu sebanyak 12 sarana.

Untuk itu perlu dilakukan memberdayakan masyarakat dalam memperbaiki fasilitasi sanitasi terutama jamban keluarga yang masih belum memenuhi persyaratan kesehatan serta memberikan bimbingan dalam bentuk penyuluhan tentang fasilitas sanitasi yang laik dan memenuhi syarat kesehatan dan bersama – sama dengan pemerintah desa dalam memberdayakan masyarakat untuk memiliki dan memperbaiki fasilitas sanitasi

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adnani Hariza, 2010, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta, Nuha Medika
- BPS Kabupaten Kupang, 2017, *Kecamatan Fatuleu Tengah Dalam Angka Tahun 2016*, Kupang: BPS Kabupaten Kupang
- Chandra, Budiman, 2007, *Pengantar Kesehatan Lingkungan*, Jakarta, Buku Kedokteran.
- Depkes RI, 1998, *Pedoman Upaya Penyehatan Air Bagi Petugas Sanitasi Puskesmas*, Jakarta : Direktorat Penyehatan Air, Ditjen PPM & PLP
- Entjang, Indan, 2000, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Bandung: PT. Citra Aditya Bakti
- Depkes RI, 1990, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 416/MENKES/PER/1990, Persyaratan Kualitas Air Bersih Tanggal 3 September 1990*, Jakarta: Depkes RI
- Kemenkes RI, 2008, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 Tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*, Jakarta: Kemenkes RI.
- \_\_\_\_\_, 2009, *Undang–Undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, Jakarta : Depkes RI.
- \_\_\_\_\_, 2010, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010, Tentang Persyaratan Kualitas Air Minum*, Jakarta: Kemenkes RI.
- \_\_\_\_\_, 2013, *Kurikulum dan Modul Pelatihan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Bagi Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Di Indonesia*, Jakarta: Kemenkes RI.
- \_\_\_\_\_, 2014, *Kepmenkes RI No.03 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, PT Rineka Cipta.

Slamet, S. J, 2002, *Kesehatan Lingkungan*, Yogyakarta, Gajah Mada.

**STUDI KONDISI HYGIENE SANITASI DAN KUALITAS  
BAKTERIOLOGIS *Escherichia coli* MAKANAN JAJANAN  
PADA KANTIN SEKOLAH DASAR  
DI KECAMATAN OEBOBO  
KOTA KUPANG  
TAHUN 2015**

Debora Gaudensiana Suluh  
Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[debby\\_suluh@yahoo.co.id](mailto:debby_suluh@yahoo.co.id)

**ABSTRACT**

**Background:** *School cafeteria is one of the food processing places that serve food snacks for school children. The existence of the school canteen needs to pay attention to the condition of hygiene and sanitation, because children*



are very susceptible consumers to the incidence of infectious diseases or poisoning because the food is not processed properly.

**Objective:** to assess food hygiene and sanitation at primary school in Oebobo sub-district of Kupang City in 2015.

**Method:** This research is descriptive with survey method, variable used is food handler hygiene, sanitation equipment, food storage and *E. coli* food snack. The population in this research is 10 elementary school canteen in Oebobo subdistrict with sample object is 10 food handler, 10 kinds of serving equipment, food storage area, and 100 gram of fried food from every seller. The research data is then processed, given in tabular form and analyzed descriptively.

**Result:** research indicates that the condition of cleanliness of the handler including enough criteria as much as 8 (80%), good praise as much as 2 (20%). 100% sanitation equipment included in enough category. Storage sanitation includes an adequate amount of 8 (80%), a good estimate of 2 (20%). The result of the examination of MPN *E. coli* fulfilled the requirement 3 (30%), not qualified 7 (70%) with the content of MPN *E. coli* between 2,2 to 20.

**Keywords:** Cleanliness, Sanitation, *Eschericia coli*

## PENDAHULUAN

Dalam proses perkembangan dan pertumbuhannya, anak-anak membutuhkan asupan gizi yang baik. Keberadaan kantin di sekolah merupakan salah satu solusi untuk menyediakan makanan / minuman bagi anak-anak terutama bagi yang tidak membawa bekal makanan ke sekolah. Mengingat kondisi anak-anak yang rentan terhadap penyakit, maka sangat diharapkan agar kantin sekolah dapat menyiapkan makanan jajanan yang tidak hanya begizi, tapi juga aman untuk dikonsumsi. Untuk mendapatkan makanan yang aman dikonsumsi maka sangatlah penting bagi pengelola kantin maupun pihak sekolah untuk memperhatikan kondisi hygiene dan sanitasi dari kantin sekolah tersebut. Hal ini perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit infeksi atau keracunan karena makanan yang tidak memenuhi syarat kesehatan.

Keamanan makanan jajan telah mendapat perhatian serius oleh pemerintah yaitu dengan diberlakukannya Kepmenkes RI No 942/Menkes/SK/VII/2003 tentang Persyaratan Hygiene Sanitasi Makanan Jajanan. Laporan Kejadian keracunan makanan jajanan oleh Badan POM RI (Andriani, 2012) menemukan fakta baru disekitar 60 % makanan jajanan anak sekolah seperti minuman ringan, es cendol, salome dan kue kering tidak layak dikonsumsi karena mengandung zat pewarna tekstil serta 50 % diantaranya mengandung unsur mikroba, unsur ini membahayakan kesehatan manusia. Makanan jajanan disekitar 13 SD di Jakarta diteliti di laboratorium Institut Pertanian Bogor, dari 34 sampel makanan dan 15 minuman yang diteliti ternyata 58,8 % makanan dan 73,3 % minuman mengandung bakteri *E. coli* dan enterobacter ( penyebab diare , zat pengawet atau pemanis buatan sakarin sedangkan siswa yang berjumlah 3.160 orang diperiksa darahnya sebanyak 1.565 anak mengidap anemia (kurang darah) (Arisman, 2008).

Berdasarkan hasil survei diketahui bahwa di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, terdapat 5 SDN dan 5 SD Swasta yang mempunyai kantin yang mengolah makanan untuk dijual kepada anak sekolah dan juga menerima makanan jajanan dari orang lain. Jenis jajanan hasil olahan yang umumnya dijual berupa gorengan. Pada umumnya makanan di kantin sekolah maupun diluar kantin sekolah yang dijual merupakan hasil dari industri rumah tangga maupun individu yang mana proses pengolahan dan penyajian sulit dilakukan pengawasan, Kondisi ini bisa berdampak pada mutu dari produk yang dihasilkan. Kurangnya pengawasan ini dapat terlihat dari kebersihan peralatan yang digunakan oleh para penjual, kondisi kebersihan dari air cucian peralatan, tempat penyimpanan terbuka seperti wadah meletakkan sambal, sendok, dan wadah penyimpanan gorengan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah deskriptif dengan metode survei dimana hasil penelitian akan memberikan gambaran mengenai kondisi hygiene sanitasi dan kandungan bakteriologis *E.coli*. Variabel penelitian adalah hygiene penjamah makanan, sanitasi peralatan, sanitasi tempat penyimpanan makanan, kandungan *E. coli* pada makanan jajanan

Sampel dalam penelitian ini adalah total populasi yaitu 10 kantin Sekolah Dasar di Kecamatan Oebobo dengan obyek sampelnya adalah 10 orang penjamah makanan, 10 jenis peralatan penyajian

jajanan, kondisi fisik dari 10 kantin, dan 100 gram gorengan dari setiap penjual. Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data sekunder yang meliputi jumlah sekolah dasar di Kecamatan Oebobo, dan data primer merupakan data yang diambil dilapangan berupa data kandungan *E.coli*, hygiene penjamah, sanitasi peralatan, sanitasi tempat penyimpanan makanan dan pada makanan jajanan.

Data yang terkumpul kemudian diedit, diolah dengan memberikan kategori memenuhi syarat atau tidak memenuhi untuk variabel kandungan *E.coli* dan untuk variabel hygiene penjamah, sanitasi peralatan, sanitasi tempat penyimpanan makanan dikategorikan dengan kriteria baik, cukup dan kurang. Data hasil olahan kemudian disajikan dalam bentuk tabel.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hygiene sanitasi makanan adalah upaya untuk mengendalikan faktor makanan, orang, tempat dan perlengkapan yang dapat atau mungkin dapat menimbulkan penyakit atau gangguan kesehatan. Hasil penelitian mengenai hygiene sanitasi pada kantin sekolah dasar di Kecamatan Oebobo dapat dijelaskan sebagai berikut :

### 1. Hygiene Penjamah

Pemeriksaan terhadap hygiene penjamah dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai keadaan kebersihan (personal hygiene) dari penjamah, dan kondisi kesehatan penjamah saat melakukan tugas. Hasil penilaian yang dilakukan terhadap 10 orang penjamah adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Hasil Penilaian Hygiene Penjamah Makanan Pada Kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Tahun 2015

No	Penilaian Hygiene Penjamah	Jumlah	%
1	Baik	2	20
2	Cukup	8	80
3	Kurang baik	-	-
Total		10	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 10 orang penjamah makanan yang diamati, termasuk dalam kriteria cukup sebanyak 8 (80%) penjamah dan 2 (2%) penjamah termasuk dalam kriteria baik. Penjamah makanan adalah seorang tenaga yang menjamah makanan baik dalam mempersiapkan, mengolah, menyimpan, mengangkut, maupun dalam menyajikan makanan. Oleh karena itu penjamah harus terbebas dari berbagai macam penyakit, menjaga kebersihan diri, menggunakan pakaian kerja yang rapi dan bersih.

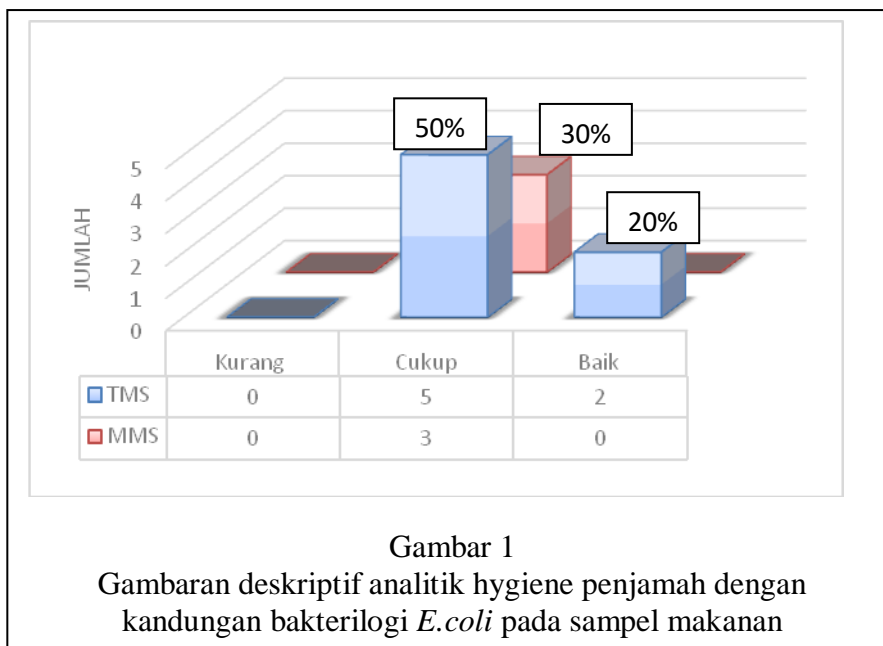
Dari hasil pengamatan terhadap hygiene penjamah, diketahui bahwa terdapat beberapa item yang tidak memenuhi syarat 100% dari 10 kantin yang dijadikan sampel yaitu penjamah tidak menggunakan peralatan khusus saat menjamah/memegang makanan, tidak memakai celemek pada saat bekerja, tidak menggunakan penutup kepala dan tidak menggunakan sarung tangan saat bekerja. Kondisi penjamah yang demikian mampu mempercepat perpindahan kuman penyakit pada makanan karena tangan yang tidak bersih. akibatnya orang mudah terkena sakit karena makanan atau minuman yang sudah terkontaminasi. Selain itu penggunaan celemek dan penutup kepala juga wajib dilakukan untuk menghindari terjadinya kontaminasi silang yang berasal dari rambut atau pakaian penjamah. Melihat kondisi ini, disarankan penjamah sebaiknya menggunakan peralatan khusus saat memegang makanan dan selalu mencuci tangan serta sebisa mungkin menghindari kontak tangan dengan peralatan lain yang kotor atau yang tidak berhubungan dengan pengolahan makanan. Dalam pengolahan makanan perlu juga diperhatikan kebersihan kuku. kuku tangan harus dipotong, karena penjamah dengan kuku yang panjang saat menjamah makanan walaupun sudah dibersihkan tapi kuman (bakteri) dan parasit masih tetap berada dalam kuku. sarung tangan harus dipakai pada saat bekerja untuk menghindari perpindahan kuman penyakit dari tangan ke makanan makanan karena tangan penjual tidak bersih, akibatnya orang mudah terkena sakit.

Menurut Hiasinta (1999), tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri dan virus dari tubuh, feses atau sumber lain ke makanan atau minuman, kondisi demikian dapat mempercepat perpindahan kuman yang mengakibatkan berbagai macam penyakit seperti cholera,

disentri, gastroenteritis, dan diare. Anwar (1985), menyatakan bahwa pengetahuan, sikap serta perilaku penjamah akan mempengaruhi kualitas makanan, seorang penjamah makanan mempunyai hubungan erat dengan masyarakat konsumen terutama dalam pengolahan makanan untuk umum.

Depkes RI (2006), rambut adalah bagian atas tubuh yang melindungi kepala dari sengatan panas matahari atau debu, karena itu rambut akan cepat sekali kotor karena debu- debu akan mengendap dipermukaan rambut akibatnya rambut penuh kotoran. Bila menyisir didapur maka kotoran rambut akan jatuh kedalam makanan sehingga terjadi pencemaran.

Gambaran perilaku hygiene penjamah dengan keberadaan bakteri *E. coli* pada makanan dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Gambar 1 menunjukkan bahwa dari 8 orang penjamah yang perilaku hygienenya termasuk dalam kategori cukup, 5 (50%) diantaranya mempunyai sampel makanan yang tidak memenuhi syarat (terdapat bakteri *E.coli*) dan 2 (20%) orang penjamah dengan kategori perilaku baik ternyata juga ditemukan keberadaan bakteri *E.coli* pada sampel makanannya. Setelah dilihat dari hasil pengamatan pada penjamah makanan dengan kategori baik, ternyata ke-2 penjamah tersebut belum memenuhi 100% kriteria yang ditetapkan pada seorang penjamah, adapun kriteria yang belum dipenuhi tersebut adalah penjamah tidak menggunakan peralatan khusus saat menjamah/memegang makanan, tidak memakai celemek pada saat bekerja, tidak menggunakan penutup kepala dan tidak menggunakan sarung tangan saat bekerja. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku hygiene seorang penjamah, memegang peranan penting terhadap terjadinya kontaminasi bakteri pada makanan.

## 2. Sanitasi Peralatan

Penilaian terhadap sanitasi peralatan dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai cara pencucian peralatan makan, pengeringan dan penyimpanannya. Hasil penilaian dapat dilihat pada tabel 3 sebagai berikut :

Tabel 2. Hasil Penilaian Sanitasi Peralatan Pedagang Gorengan Pada Kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Tahun 2015

No	Penilaian Sanitasi Peralatan	Jumlah	%
1	Baik	-	-
2	Cukup	10	100
3	Kurang baik	-	-

Total	10	100
-------	----	-----

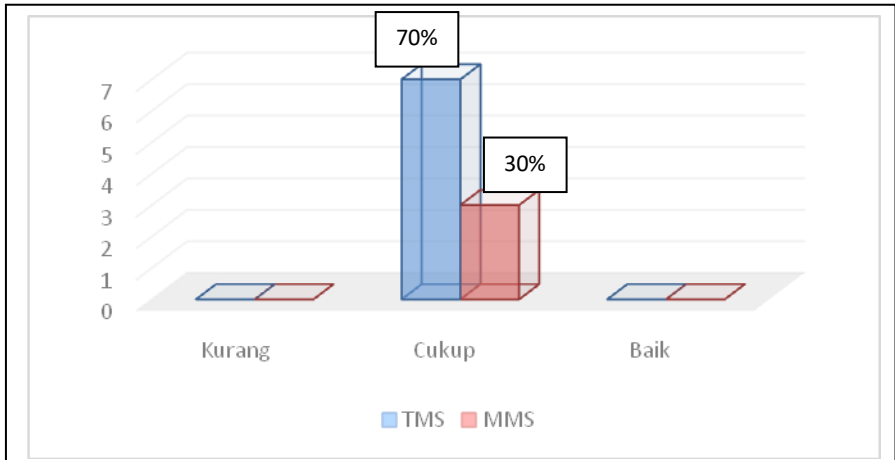
Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 10 kantin gorengan pada kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, 100% sanitasi peralatan termasuk dalam kategori cukup. Peralatan adalah barang yang digunakan untuk penanganan makanan jajanan. Peralatan yang digunakan untuk mengolah dan menyajikan makanan jajanan harus sesuai dengan peruntukannya dan memenuhi persyaratan hygiene sanitasi. Untuk menjaga peralatan tersebut dapat dilakukan dengan cara menjaga kondisi fisik peralatan dan cara pencucian peralatan.

Dari beberapa item yang dilakukan inspeksi sanitasi, item yang tidak memenuhi syarat dari 10 kantin yaitu peralatan yang telah dicuci tidak disimpan di tempat kering dan terlindungi, peralatan yang telah dicuci tidak dikeringkan menggunakan tissue atau serbet yang bersih, peralatan yang digunakan berkarat dan kotor, peralatan yang sudah siap dipakai tidak disimpan secara rapi sehingga aman dari pengotoran sebelum digunakan, tidak tersedia rak- rak pengering peralatan yang setelah dicuci, air yang digunakan tidak memenuhi syarat kesehatan dan tidak disimpan dalam tempat penampungan yang bersih dan tertutup/ aman dari pengotoran, dan air untuk pencucian tidak dalam keadaan mengalir. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kontaminasi terhadap peralatan yang digunakan sehingga menjadi tempat penularan penyakit seperti diare, cholera, disentri, dan penyakit saluran pencernaan lainnya. Depkes RI (2006), Mengusap alat dengan kain lap bersih atau mengeringkan dengan menggunakan kain atau tissue dengan maksud untuk menghilangkan sisa- sisa kotoran yang mungkin dapat menempel sebagai akibat proses pencucian seperti noda detergent, prinsip penggunaan lap pada alat yang sudah dicuci bersih sebenarnya tidak boleh dilakukan, karena akan terjadi pencemaran sekunder (recontaminasi), mengeringkan dengan syarat bahwa bahan yang digunakan harus steril dan bersih serta sekali pakai

Kebersihan peralatan tidak hanya ditentukan oleh deterjen untuk membunuh kuman atau bakteri tetapi juga air dan kain serbet yang bersih dapat mengurangi pencemaran oleh mikroorganisme atau bakteri pathogen lainnya. Sanitasi air untuk proses pengolahan maupun pencucian dilakukan dengan tujuan penyediaan air yang memenuhi persyaratan, serta menjamin tidak terjadinya kontaminasi terhadap makanan atau minuman oleh air ( Hiasinta, 1999).

Menurut Anwar (1989), kontaminasi pada makanan atau minuman dapat disebabkan oleh keadaan lingkungan yang kurang baik terutama faktor fisik yang meliputi peralatan harus dicuci dan dikeringkan menggunakan tissue yang bersih serta peralatan disimpan pada tempat yang terlindungi sehingga kontaminan yang mungkin ada dalam peralatan dapat dihindarkan atau dikurangi sampai ketinggian paling aman.

Gambaran sanitasi peralatan dengan keberadaan bakteri *E. coli* pada makanan dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Gambar 2  
Gambaran deskriptif analitik sanitasi peralatan dengan kandungan bakterilogi *E. coli* pada sampel makanan

Gambar 2 menunjukkan bahwa dari 10 peralatan penyajian yang diamati, 100% termasuk dalam kategori cukup, 7 (70%) diantaranya terdapat bakteri *E.coli* sehingga tidak memenuhi syarat dan 3 (30%) peralatan tidak terdapat bakteri *E.coli* dan memenuhi syarat. Salah satu faktor yang ikut berpengaruh terhadap keberadaan bakteri *E.coli* pada makanan adalah kondisi kebersihan dari peralatan penyajian makanan. Kondisi peralatan yang tercemar bakteri akan menyebabkan terjadinya kontaminasi silang, sehingga makanan yang sebelumnya dikatakan aman dikonsumsi, setelah disimpan pada peralatan yang telah terkontaminasi, akan menyebabkan makanan tersebut juga menjadi tercemar. Oleh sebab itu, untuk menjamin keamanan dari peralatan makan – minum maka sangatlah penting untuk diperhatikan proses pencucian peralatan, pengeringan dan kondisi fisik dari alat itu sendiri.

### 3. Sanitasi Tempat penyimpanan Makanan

Penilaian terhadap tempat penyimpanan makanan gorengan pada kantin Sekolah Dasar meliputi aspek kondisi kebersihan dari tempat / wadah penyimpanan makanan/gorengan dan kebersihan di lokasi sekitar tempat penyimpanan. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 3 sebagai berikut :

Tabel 3. Hasil Penilaian Tempat Penyimpanan Makanan Pedagang Gorengan Pada Kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Tahun 2015

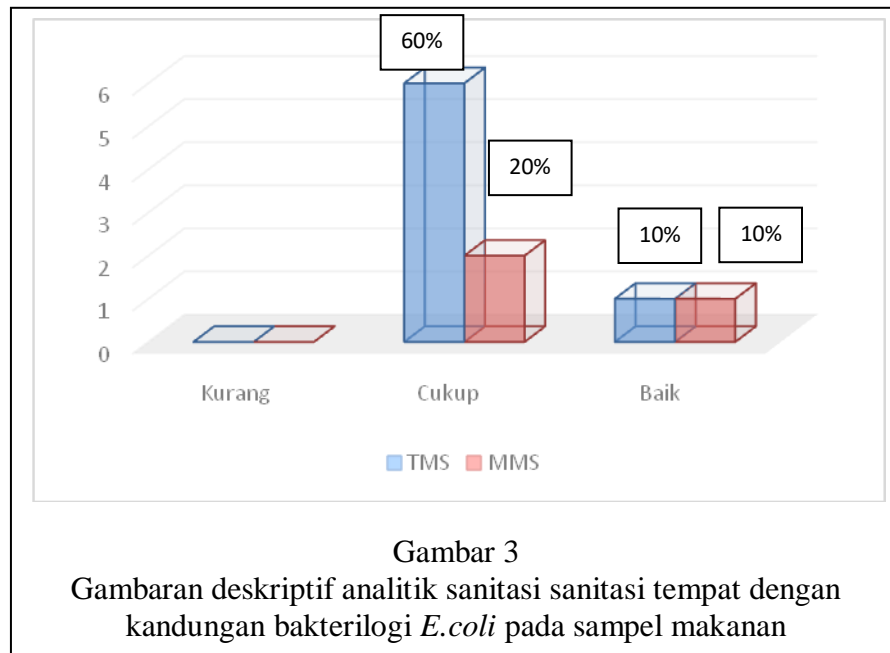
No	Penilaian Sanitasi Tempat Penyimpanan Makanan	Jumlah	%
1	Baik	2	20
2	Cukup	8	80
3	Kurang baik	-	-
Total		10	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 10 kantin gorengan pada kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, diketahui bahwa Penilaian Sanitasi Tempat Penyimpanan Makanan 20% termasuk dalam Kategori baik dan 80% termasuk dalam kategori cukup.

Dari beberapa item yang diamati, diketahui bahwa permasalahan yang paling menonjol pada tempat penyimpanan makanan adalah makanan/gorengan disimpan dalam keadaan terbuka dan disekitar tempat penyimpanan tersebut terdapat alat. Keberadaan alat disekitar tempat penyimpanan makanan tersebut dapat membawa kuman- kuman pathogen masuk dan mengkontaminasi makanan sehingga apabila dikonsumsi dapat mengancam kesehatan dan menyebabkan sakit. Kondisi tempat penyimpanan makanan dibiarkan terbuka cukup lama, dan disekitar tempat penjualan terdapat aktivitas dari pembeli maupun penjual hal ini juga memungkinkan terjadinya kontaminasi oleh debu maupun mikroba yang ada di lingkungan udara..

Menurut Depkes RI (2006), makanan masak merupakan campuran bahan yang lunak dan sangat disukai bakteri, bakteri akan tumbuh dan berkembang dalam makanan yang berada dalam suasana yang cocok untuk hidupnya sehingga jumlahnya menjadi banyak. Untuk itu harus diperhatikan suhu penyimpanan agar mencegah terjadinya pertumbuhan bakteri yang menyebabkan penyakit. Menurut Anwar (1985), prinsip dasar penyimpanan makanan terutama ditujukan untuk mencegah pertumbuhan dan pencemaran bakteri tertentu serta mengawetkan makanan dan mengurangi pembusukan, sebaiknya makanan masak harus terlindung dari debu, bahan kimia berbahaya, serangga dan hewan penggerak lainnya,

Gambaran sanitasi peralatan dengan keberadaan bakteri *E. coli* pada makanan dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Gambar 3 menunjukkan bahwa dari 10 tempat penyimpanan yang diamatai, 8 tempat penyimpanan makanan dengan kategori cukup, 6 (60%) diantaranya tidak memenuhi syarat, 20% memenuhi syarat, dan 2 tempat penyimpanan dengan kategori baik, 1 (10%) tidak memenuhi syarat untuk kualitas bakterilogi sampel dan 1 (10%) memenuhi syarat.

#### 4. Kandungan *E. Coli* pada sampel gorengan

Pemeriksaan kandungan *E. coli* dari 10 sampel gorengan dapat dilihat pada tabel 5 sebagai berikut :

Tabel 4. Hasil Pemeriksaan Kandungan *E. Coli* Pada Sampel Gorengan Pedagang Kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Tahun 2015

No	MPN <i>E. Coli</i> / 10gram	Jumlah	%
1	Memenuhi syarat	3	70
2	Tidak memenuhi syarat	7	30
Total		10	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari hasil pemeriksaan laboratorium terhadap 10 sampel gorengan pada kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo, diketahui bahwa 30% dinyatakan memenuhi syarat dan 80% dinyatakan tidak memenuhi syarat.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa hygiene penjamah makanan gorengan pada kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, 20% termasuk dalam kategori baik dan 80% termasuk dalam kategori cukup. Sanitasi peralatan makanan pedagang gorengan pada kantin Sekolah dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, 100% dikategorikan cukup. Sanitasi tempat penyimpanan makanan pedagang gorengan pada kantin Sekolah dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, 20% termasuk dalam kategori baik dan 80% termasuk dalam kategori cukup. Pemeriksaan MPN *E. Coli* terhadap 10 sampel makanan gorengan pada kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, menunjukkan bahwa 30% dinyatakan memenuhi syarat dan 70% dinyatakan tidak memenuhi syarat.

Disarankan bagi pedagang makanan gorengan pada kantin Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang, memperhatikan hygiene penjamah/pekerja untuk meminimalkan terjadinya resiko pencemaran selama proses penjualan berlangsung dengan cara menggunakan alat pelindung badan, menggunakan pakaian yang bersih dan rapi, memperhatikan Sanitasi peralatan agar tidak terjadi pencemaran selama proses penjualan dengan cara peralatan yang dicuci menggunakan air yang memenuhi syarat kesehatan dan disimpan dalam tempat penampungan yang bersih dan tertutup/ aman dari pengotoran, dan air untuk pencucian dalam keadaan mengalir hal ini tidak terjadi kontaminasi oleh debu yang mempengaruhi makanan.

Bagi Institusi pendidikan sebagai bahan acuan untuk dapat melakukan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan informasi tentang kandungan *E. Coli* pada makanan dan minuman.

Bagi Pemerintah (Dinas Kesehatan khususnya tenaga Sanitarian) Perlu dilakukan pengawasan dengan cara melakukan penyuluhan terhadap para penjual gorengan yang ada di Sekolah Dasar Di Kecamatan Oebobo Kota Kupang khususnya yang terdapat *E. Coli* di tujuh sampel untuk dapat mencegah timbulnya penyakit akibat makanan dan minuman yang tidak layak dikonsumsi oleh masyarakat.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Anwar, H, et al, 1989, *Sanitasi Makanan dan Minuman Pada Institusi Pendidikan Tenaga sanitasi*, Jakarta, Depkes RI.
- Anwar,dkk, 1985, *Sanitasi Makanan dan Minuman*, Jakarta, Depkes RI
- Arisman, 2008, *Keracunan Makanan*, Buku Kedokteran EGC.
- Andriani, Meriana, 2012, *Pengantar Gizi Masyarakat*, Penerbit Kencana.
- Budiman, Chandra, 2006, *Pengantar Kesehatan Lingkungan*, Buku Kedokteran, EGC, Jakarta
- Buckle,K,A, ( et al ), *Ilmu pangan*, Universitas Indonesia press, Jakarata.
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Petunjuk Pratikum Mikrobiologi*, Akademik Kesehatan Lingkungan Purwekerto.
- Depkes RI, 2006, *Kumpulan Modus Kursus Hygiene Sanitasi Makanan*, Jakarta.
- Entjang, Indan, 2003, *Mikrobiologi dan Parasitologi*, Bandung, Penerbit PT Citra Aditya Bakti.
- Irianto, 2007, *Pengertian Makanan Jajanan*, di baca 11 february 2012.  
<http://www.psychologymania.com/2012/08/penyakit-yang-timbul-melalui-perantara.html>
- Jawetz, E, et al, 1986, *Mikrobiologi Untuk Profesi Kesehatan*, Buku Kedokteran.
- Kusnoputranto, Haryanto, 1985, *Kesehatan Lingkungan*, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Jakarta.
- Kusumaningsih, 2008, *Penyakit Akibat makanan*, dibaca tanggal 11 february 2012  
<http://www.psychologymania.com/2012/08/penyakit-yang-timbul-melalui-perantara.html>
- Notoatmodjo, S, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta.
- Persyaratan Hygiene Sanitasi Makanan Jajanan*, 2003, ( kemenkes RI 942/SK/VII)
- Winarno, 1983, *Kerusakan Bahan Pangan dan Cara Pencegahannya*, Ghalia Indonesia, Jakarta

## **KEPADATAN JENTIK AEADES AEGYPTI PADA TEMPAT PENAMPUNGAN AIR DI KACAMATAN KOTA RAJA DAN KECAMATAN KOTA LAMA KOTA KUPANG**

Ety rahmawati  
Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Kupang

ABSTRACT

**Background :** *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an endemic disease in Indonesia and is still a major public health problem. One of the provinces in Indonesia that suffered from DHF disease, is NTT Province especially in Kupang City. According to data from the Kupang Municipal Health Office (2014 - 2016), the number of cases increased in the last three years, ie in 2014 there were 102 cases with case fatality rate (CFR 0%), in 2015 there were 239 cases with 3 deaths ( CFR 1.25%) and by 2016 there were 385 cases (CFR 0%). DHF vector control strategy has been implemented with various efforts ie mass spraying before the season of disease transmission in dengue endemic areas, as well as implementing abatesasi program to turn off larvae Aedes aegypti. Assessment of the effectiveness of DBD vector control is to determine the level of density of larvae Aedes aegypti in the neighborhood of the community.*

**Objective :** *to know the density of larvae Aedes aegypti at the water reservoir in Kacamatan Kota Raja and Kecamatan Kota Lama Kota Kupang. This type of research is descriptive.*

**Result :** *the research obtained are 1) Percentage of positive house larvae Aedes aegypti (House Index) in Kacamatan Kota Raja 32%, and Kota Kota Lama by 47% 2) Percentage of positive Aedes aegypti larvae (Container Index) in Raja Karangatan City by 8%, and Kota Kota Lama by 16%. The density of larvae Aedes aegypti in Kota Kacamatan and Kota Kota District has not met the Ministry of Health standard, House Index and Container Index must be less than 5%.*

**Suggestion :** *to the community and local government to increase the attention in an effort mengesandalikan Aedes aegypti mosquito larvae, so that there can be a decrease in cases of dengue.*

**Keywords :** *larva density, Aedes aegypti*

## PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit endemis di Indonesia dan sampai saat ini masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Penyakit DBD adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes spesies* dan ditandai dengan panas mendadak selama 2 – 7 hari tanpa sebab yang jelas disertai dengan manifestasi perdarahan, seperti petekie, epistaxis kadang disertai muntah darah, berak darah, kesadaran menurun, dan syock (Soegijanto, 2006).

Demam berdarah untuk pertama kalinya terjadi di Filipina pada tahun 1953 *selanjutnya* menyebar ke Thailand, Vietnam, Malaysia dan Indonesia. Di seluruh dunia 2,5 juta sampai 3 juta orang diperkirakan beresiko terjangkit infeksi Virus Dengue dan diperkirakan terjadi 500 – 100 juta kasus demam berdarah per tahun. Penyakit ini banyak menyerang anak-anak dengan angka fatalis kasus rata-rata 5 % (WHO, 2004).

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia selama 47 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 terjadi peningkatan jumlah provinsi dan kabupaten/kota dari 2 provinsi dan 2 kabupaten/kota, menjadi 34 provinsi (100%) dan 436 (85%) kabupaten/kota pada tahun 2015. Pada tahun 2015, jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 126.675 kasus (*Incidence Rate/Angka kesakitan* = 49,50 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate/angka kematian*= 0,97%). Terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2015 dibandingkan tahun 2014 IR 39,80 per 100.000 penduduk. Peningkatan dan penyebaran kasus DBD tersebut dapat disebabkan oleh mobilitas penduduk yang tinggi, perkembangan wilayah perkotaan, perubahan iklim, perubahan dan distribusi penduduk dan faktor epidemiologi lainnya (Kemenkes RI, 2016).

Dari *beberapa* Provinsi di Indonesia yang terserang penyakit DBD, salah satunya Provinsi NTT khususnya di Kota Kupang. Menurut data Dinas Kesehatan Kota Kupang (2014 – 2016), menunjukkan jumlah kasus yang meningkat pada tiga tahun terakhir yaitu, pada tahun 2014 terdapat 102 kasus dengan *case fatality rate* (CFR 0%), tahun 2015 terdapat 239 kasus dengan 3 korban yang meninggal (CFR 1,25%) dan pada tahun 2016 terdapat 385 kasus (CFR 0%).

Kasus Demam Berdarah Dengue di wilayah Kota Kupang pada tahun 2016 menunjukan bahwa wilayah kerja Puskesmas Bakunase dan Puskesmas Oesapa menempati posisi teratas dengan jumlah 67 kasus, diikuti berturut-turut oleh Puskesmas Oepoi dengan jumlah 53 kasus, Puskesmas Sikumana 50 kasus, Puskesmas Oebobo dengan 42 kasus, Puskesmas Penfui 39 kasus, Puskesmas Pasir Panjang dengan 31 kasus, Puskesmas Alak dengan 17 kasus, Puskesmas Manutapen dengan 7 kasus, Puskesmas Naioni dan Puskesmas Kupang Kota dengan 6 kasus (Dinkes Kota Kupang, 2016)



Strategi pengendalian Demam Berdarah Dengue lebih ditekankan pada upaya preventif, yaitu melaksanakan penyemprotan massal sebelum musim penularan penyakit di daerah endemis Demam Berdarah Dengue. Selain itu digalakkan juga kegiatan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dan penyuluhan kepada masyarakat melalui berbagai media (Sungkar, 2007).

Upaya-upaya pencegahan dan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue telah dilakukan oleh Pemerintah Kota Kupang melalui program kegiatan Puskesmas yang bertujuan untuk mengurangi penyebarluasan wilayah yang terjangkit Demam Berdarah Dengue, mengurangi jumlah penderita Demam Berdarah Dengue, dan menurunkan angka kematian akibat penyakit Demam Berdarah Dengue. Namun, sampai saat ini belum dapat menurunkan angka kesakitan seperti yang diharapkan serta belum dapat merubah status beberapa daerah dari daerah endemis menjadi daerah non endemis.

Penelitian ini difokuskan terhadap penilaian terhadap program penanggulangan penyakit Demam Berdarah Dengue yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan di Kota Kupang, dengan cara mengukur kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* pada tempat penampungan air di Kecamatan Kota Raja dan Kecamatan Kota Lama Kota Kupang, berdasarkan *Container Index* dan *House Index*.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian deskriptif dengan metode survei atau observasi. Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Kota Raja dan Kecamatan Kota Lama Kota Kupang. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh rumah yang memiliki tempat penampungan air di Kecamatan Kota Raja dan Kecamatan Kota Lama Kota Kupang, dan sampel diambil menggunakan metode *purposive sampling* yaitu mengambil 100 rumah yang berada di sekitar rumah kasus pada masing-masing lokasi penelitian, sehingga jumlah sampel sebanyak 200 rumah.

Penelitian tentang kepadatan jentik dilaksanakan dengan metode visual dan diperiksa lebih lanjut dengan mengambil satu jentik pada tempat penampungan air yang positif di setiap rumah yang disurvei. Data yang didapat berupa jumlah rumah yang positif jentik *Aedes aegypti*, dan tempat penampungan air yang positif jentik *Aedes aegypti*. Tingkat kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* yang didapatkan menunjukkan lokasi yang beresiko menjadi tempat perkembangbiakan jentik *Aedes aegypti*. *House Index* didapatkan dengan cara menjumlahkan rumah yang positif jentik dibagi dengan keseluruhan rumah yang disurvei dan dikalikan 100%. *Container Index* didapatkan dengan cara menjumlahkan tempat penampungan air yang positif jentik dibagi dengan keseluruhan tempat penampungan air yang disurvei dan dikalikan 100%. Hasil perhitungan tersebut kemudian dibandingkan dengan tabel *density figure* untuk mengetahui tingkat resiko yang dimiliki.

Tabel 1. *Density Figure (House Index, Container Index)*

<b>DF</b>	<b>House Indeks (HI)</b>	<b>Container Indeks (CI)</b>
1	1-3	1-2
2	4-7	3-5
3	8-17	6-9
4	18-28	10-14
5	29-37	15-20
6	38-49	21-27
7	50-59	28-31
8	60-76	32-40
9	77-dst	41-dst

Keterangan :

DF kurang dari 1 : Kualifikasi Rendah

DF 1 s/d 5 : Kualifikasi Sedang

DF lebih dari 5 : Kualifikasi Tinggi

Secara kuantitatif, menurut ahli WHO bahwa DF 1 artinya sebanding dengan 1000 ekor nyamuk betina *Aedes aegypti* per hektar, jika DF 2 maka di daerah tersebut diperkirakan terdapat 2000 ekor.

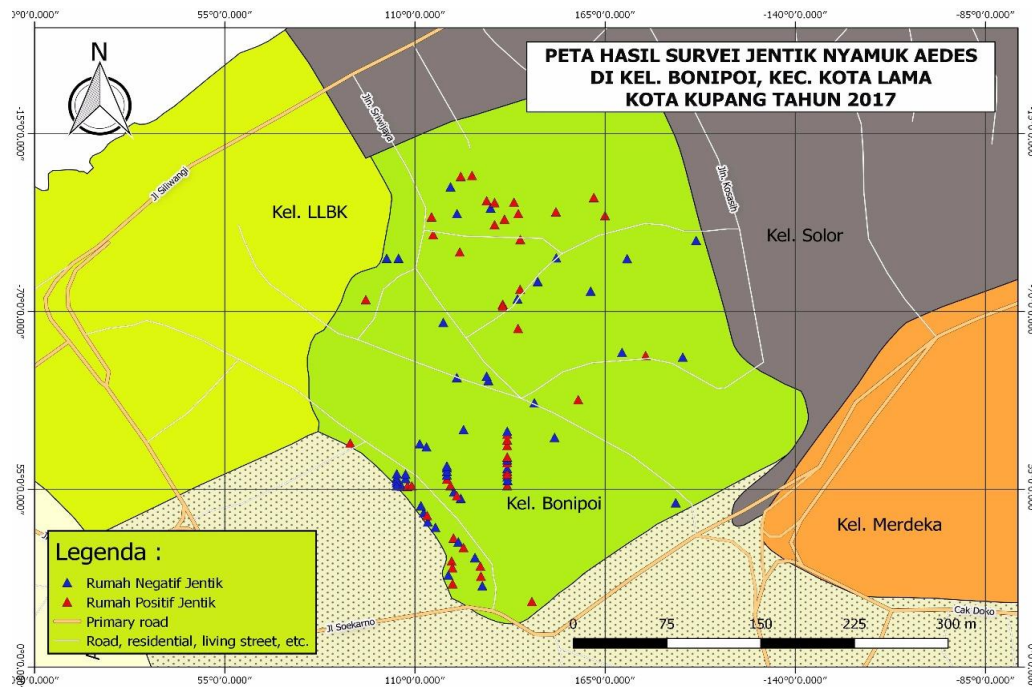
## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Rumah positif jentik *Aedes aegypti* (*House Index*), Jumlah rumah yang disurvei di dua kecamatan yaitu 100 rumah yang terletak di Kelurahan Airnona Kecamatan Kota Raja dan 100 rumah yang terletak di Kelurahan Bonipoi Kecamatan Kota Lama. Hasil survei tergambar pada peta dan tabel.

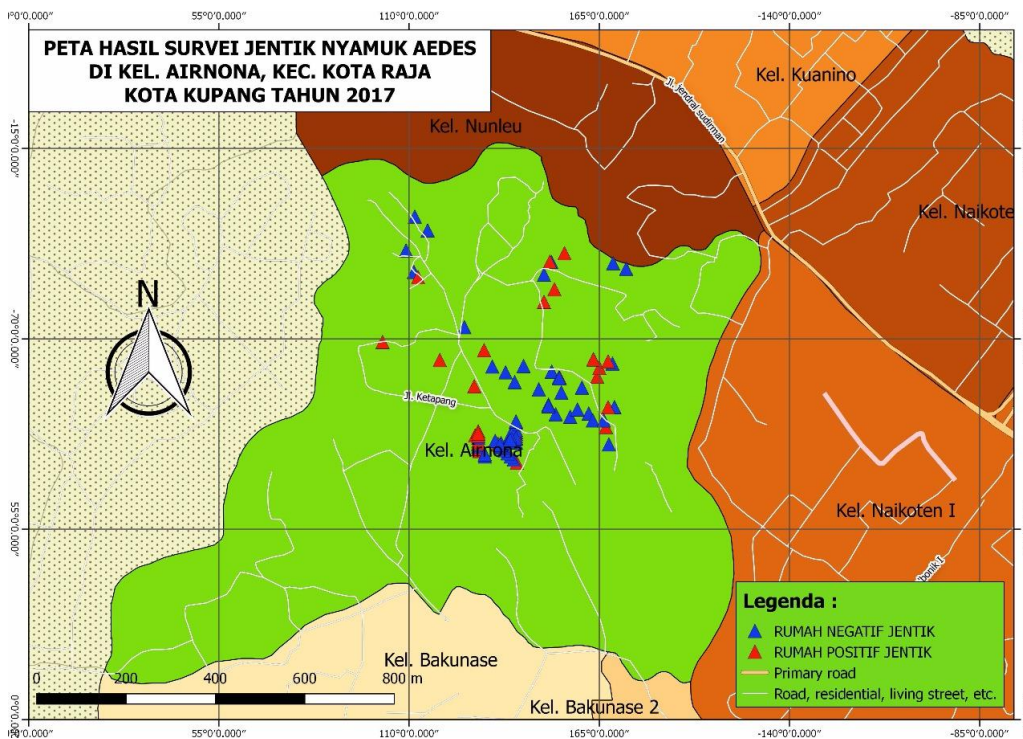
Tabel 2. Hasil Pemeriksaan kepadatan jentik berdasarkan *House Index* di Kecamatan Kota Lama dan Kecamatan Kota Raja Kota Kupang Tahun 2017

No	Rumah	Kota Lama		Kota Raja	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Rumah positif jentik	47	47	32	32
2	Rumah negatif jentik	53	53	68	68
	Jumlah	100	100	100	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 100 rumah yang diperiksa di Kecamatan Kota Lama, terdapat 47 rumah yang positif jentik *Aedes sp.* dengan angka *House Index* sebesar 47% (DF= 6). Sedangkan *House Index* di Kecamatan Kota Raja sebesar 32 % (DF=5).



Gambar 1. Peta hasil survei jentik *Aedes aegypti* di Kecamatan Kota Lama



Gambar 2. Peta hasil survei jentik *Aedes aegypti* di Kecamatan Kota Raja

Angka tersebut masih melebihi standar Kemenkes RI yaitu *House Index* untuk kedua kecamatan melebihi 5%, dan tingkat kepadatan (*density figure*) jentik *Aedes aegypti* berada pada level 6 untuk Kecamatan Kota Lama dan level 5 untuk Kecamatan Kota Raja yang termasuk dalam kategori kepadatan tinggi. Secara kuantitatif, menurut ahli WHO bahwa DF 1 artinya sebanding dengan 1000 ekor nyamuk betina *Aedes aegypti* per hektar, jika DF 2 maka di daerah tersebut diperkirakan terdapat 2000 ekor. Sehingga dapat digambarkan terdapat 6000 ekor nyamuk di Kelurahan Oepoi Kecamatan Kota Lama dan 5000 ekor nyamuk di Kelurahan Airnona Kecamatan Kota Raja. Sehingga Kecamatan Kota Lama dan Kecamatan Kota Raja sangat beresiko untuk terjadinya kasus DBD dan menjadi daerah endemis.

Tempat penampungan air positif jentik *Aedes aegypti* (*Container Indeks*), Jumlah tempat penampungan air yang diperiksa di dua kecamatan yaitu 579 yang terdapat pada 100 rumah di Kelurahan Airnona Kecamatan Kota Raja dan 508 tempat penamungan air pada 100 rumah yang terletak di Kelurahan Bonipoi Kecamatan Kota Lama. Hasil penelitian kepadatan jentik berdasarkan *Container Indeks* (CI) di Kecamatan Kota Raja dan Kecamatan Kota Lama dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan bahwa kontainer di wilayah kerja Puskesmas Kupang Kota yang diperiksa sebanyak 579 kontainer, yang positif jentik *Aedes sp.* sebanyak 94 kontainer (*Container Index* = 16%). Sedangkan kontainer di wilayah kerja Puskesmas Bakunase yang diperiksa sebanyak 508 kontainer, yang positif jentik *Aedes sp.* sebanyak 42 kontainer (*Container Index* = 8%).

Tabel 3. Hasil Pemeriksaan *Container Indeks* di Kecamatan Kota Lama dan Kecamatan Kota Raja Kota Kupang Tahun 2017

No	Container	Kota Lama		Kota Raja	
		Jml	%	Jml	%
1	Container positif Jentik	94	16	42	8
2	Container negatif Jentik	485	84	466	92
	Jumlah	579	100	508	100

Angka tersebut masih melebihi standar Kemenkes RI yaitu *Container Index* untuk kedua kecamatan melebihi 5%, dan tingkat kepadatan (*density figure*) jentik *Aedes aegypti* berada pada level 3 untuk Kecamatan Kota Lama dan level 4 Kecamatan Kota Raja yang termasuk dalam kategori kepadatan tinggi. Berdasarkan ahli WHO, angka kepadatan jentik berdasarkan *Container Index* pada lokasi penelitian menunjukkan terdapat 3000 ekor nyamuk di Kelurahan Oepoi Kecamatan Kota Lama dan terdapat 4000 ekor nyamuk di Kelurahan Airnona Kecamatan Kota Raja. Sehingga Kecamatan Kota Lama dan Kecamatan Kota Raja sangat beresiko untuk terjadinya kasus DBD dan menjadi daerah endemis.

Tinggi angka kepadatan jentik *Aedes aegypti*, dapat disebabkan karena kurangnya peran serta masyarakat dalam kegiatan PSN, kurangnya kepatuhan keluarga untuk menjaga kebersihan tempat penampungan air maupun membersihkan tempat tinggal mereka dari barang-barang bekas yang dapat digenangi air, serta penyuluhan kepada masyarakat masih kurang.

Untuk membina peran serta masyarakat perlu dilakukan penyuluhan dan motivasi yang intensif melalui jalur komunikasi dan informasi kepada masyarakat seperti melalui televisi, radio dan media massa lainnya, kerja bakti dan lomba PSN DBD di kelurahan/desa, sekolah atau tempat umum lainnya (Depkes RI, 2010).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat diambil kesimpulan yakni kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* berdasarkan *House Index* di Kecamatan Kota Raja sebesar 32 % dan Kecamatan Kota Lama 47%. Kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* berdasarkan *Container Index* di Kecamatan Kota Raja sebesar 8 % dan Kecamatan Kota Lama 16 %.

Saran yang dapat diberikan kepada masyarakat pemilik rumah yaitu meningkatkan kebersihan tempat penampungan air pada rumah. Diharapkan pula kepada masyarakat dan pemerintah atau instansi terkait (Puskesmas dan Dinas Kesehatan) untuk meningkatkan perhatian dalam upaya pengendalian vektor penyakit DBD.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI, 2006. *Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*, Ditjen P2MPL. Jakarta
- Depkes RI. 2007. *Aedes aegypti Vampir Mini yang Mematikan*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. Jakarta. *Inside (Inspirasi dan Ide) Litbangkes P2B2*. Vol 2.
- Dinkes Kota Kupang, 2014 – 2016, *Profil Kesehatan Kota Kupang Tahun 2014 – 2016*
- Hamijaya, M.Z. dan Asikin, A. 2005. *Teknologi "Indigenous" dalam mengendalikan hama padi di Kalimantan Selatan. Dalam Simposium Nasional, Ketahanan dan Keamanan Pangan pada Era Otonomi dan Globalisasi*. Bogor.
- Hidajat, D. D. I. 2004. *Peranserta Masyarakat dalam Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue: Kasus di Jakarta*. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Indonesia. <http://www.lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=77835&lokasi=local>
- Kemenkes RI, 2016, Situasi DBD, Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI Nuryadin, A. 2010. *Makalah Demam Berdarah Dengue*. <http://www.adinnagrak.blogspot.com/2013/11/makalah-demam-berdarah-dengue-latar.html>. Diakses tanggal 19 November 2013. Pukul 20.34 WIB
- Sungkar, S. *Pemberantasan Demam Berdarah Dengue: Sebuah Tantangan yang Harus Dijawab*. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume 57, Nomor : 6, Juni 2007.
- WHO, 2004. " *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Dengue dan Demam Berdarah Dengue*", EGC : Jakarta

# KONDISI FISIK DAN KUALITAS UDARA DALAM RUANG RUMAH DI KELURAHAN NAIMATA KOTA KUPANG

Oktofianus Sila  
Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## ABSTRACT

**Background:** Poor air quality in the home space can cause health problems, so it needs appropriate and sustainable countermeasures by all parties. Indicator of indoor air pollution is when the condition of the house does not meet the physical requirements, such as inadequate ventilation, and the absence of the chimney in the house so it can cause ARI disease.

**Objective:** to know the relation of physical condition of house and air quality in house space in Naimata Subdistrict.

**Method:** used is descriptive with cross sectional design.

**Results:** The study of 96 respondents showed that 54.17% of families with family members between 1-5 people, with high school education of 48.96%. Room temperature of 25 houses (26.04%) is eligible and 71 houses (73.96%) are not eligible. Room air humidity has 23 houses (23.2%) qualified and 76 houses (76.7%) are not eligible. There are 66 houses (68.75%) qualified and 30 houses (31.25%) are not eligible for house ventilation.

**Conclusions:** It was found that carbon monoxide levels in the house in Naimata Village were 38 house units (39.5%) with CO levels greater than 9.00 ppm and 58 housing units (60.5%) with CO levels less than 9.00 ppm on measurement for 1 hour.

**Keywords:** physical condition, air quality

## PENDAHULUAN

Penyehatan udara merupakan upaya penyediaan udara berkualitas untuk memenuhi kebutuhan udara perorangan. Rumah yang sehat memiliki beberapa persyaratan fisik antara lain pencahayaan/penerangan, ventilasi, suhu dan kelembaban yang memenuhi syarat dan persyaratan lain seperti memenuhi kebutuhan psikologis, mencegah penularan penyakit dan mencegah terjadinya kecelakaan.

Sumber pencemaran udara berasal dari kegiatan manusia seperti pembakaran sampah disekitar rumah, penggunaan bahan bakar padat sebagai energi untuk memasak dengan tungku sederhana/kompot tradisional. Bahan bakar tersebut menghasilkan polutan sehingga dapat menyebabkan kualitas udara dalam ruang rumah tidak memenuhi dan pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya Infeksi Saluran Penyakit Akut (ISPA) yang disebabkan oleh kuman atau mikroorganisme dan terjadi secara akut. Penyakit ISPA merupakan salah satu penyakit yang banyak menyerang masyarakat terutama pada anak-anak. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kondisi perumahan, keadaan ventilasi, kondisi lantai, pencahayaan, kelembaban dan kepadatan hunian.

Dampak suhu, kelembaban, pencahayaan, ventilasi tidak memenuhi syarat dapat mengakibatkan *dehidrasi*, *stress* dan kesilauan. Dampak terhadap kesehatan secara langsung dapat terjadi setelah terpajan, antara lain yaitu iritasi mata, iritasi hidung dan tenggorokan, serta sakit kepala, mual dan nyeri otot (*fatigue*) termasuk asma, hipersensitivitas pneumonia, flu dan penyakit virus lainnya. Sedangkan gangguan kesehatan secara tidak langsung dampaknya dapat terjadi beberapa tahun kemudian setelah terpajan, antara lain penyakit paru jantung dan kanker yang sulit di obati dan berakibat fatal.

Kelurahan Naimata terdiri dari 21 RT dan 7 RW dengan jumlah sebanyak 750 unit dan jumlah penduduk sebanyak 3059 jiwa. Rumah Permanen sebanyak 485 unit, Semi Permanen sebanyak 152 unit, dan rumah Darurat sebanyak 113 rumah.

Profil Puskesmas penfui menunjukkan penyakit ISPA merupakan urutan pertama sepuluh besar penyakit di Puskesmas penfui dengan kasus selama tiga tahun terakhir yaitu tahun 2012 sebanyak 4522 kasus, pada tahun 2013 sebanyak 7451 kasus, dan tahun 2014 jumlah kasus sebanyak 6128 kasus.

#### TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui hubungan kondisi fisik rumah dan kualitas udara di ruang rumah di Kecamatan Naimata.

#### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu memberikan gambaran tentang suatu obyek yang diamati. Dalam hal ini memberikan gambaran tentang kondisi fisik rumah dan kualitas udara dalam ruang rumah. Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan potong lintang dimana data yang diambil secara bersamaan dalam satu waktu. Populasi pada penelitian ini adalah semua rumah di Kelurahan Naimata Kota Kupang sebanyak 750 unit. Jumlah sampel ini ditambah 10% untuk mengantisipasi terjadinya Drop Out sampel sehingga total sampel 96 rumah.

Data yang diperoleh saat penelitian melalui wawancara terhadap Kepala Keluarga atau anggota keluarga, observasi kondisi rumah menggunakan Formulir Survei serta pengukuran di lapangan berupa suhu, kelembaban, ventilasi, pencahayaan, kadar CO menggunakan peralatan yaitu Hygrometer, Thermometer, Lux Meter, dan CO Detektor.

#### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Jumlah penduduk secara umum kelurahan Naimata Kota Kupang berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Persentasi penduduk berdasarkan jenis kelamin di Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	RW	∑ penduduk (orang)				∑ Jiwa	%	∑ KK	%
		L	%	P	%				
1	01	269	16,6	238	15,3	507	15,9	114	16,5
2	02	238	14,6	252	16,2	490	15,4	108	15,6
3	03	249	15,3	229	14,7	478	15,0	102	14,7
4	04	303	18,6	295	19,0	598	18,8	130	18,8
5	05	214	13,2	210	13,5	424	13,3	92	13,3
6	06	188	11,6	190	12,2	378	11,9	81	11,7
7	07	164	10,1	140	9,0	304	9,6	66	9,5
	∑	1.625	51,12	1.554	48,88	3.179	100	693	100,0

Sumber : Data sekunder Kelurahan Naimata

Secara umum jumlah penduduk di Kelurahan Naimata pada tahun 2015 berdasarkan tabel 1 sebanyak 3.179 jiwa dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 693 kepala keluarga sedangkan jumlah penduduk terbanyak laki-laki sebanyak 1.625 jiwa (51,1%) dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 1.554 jiwa (48,9%). RW dengan persentasi penduduk terbesar adalah RW 04 sebesar 18,8% (598 jiwa).

Tabel 2. Persentasi Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan di Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	Tingkat pendidikan	Jenis kelamin (orang)				∑ Jiwa	%
		L	%	P	%		
1	PAUD/TK	90	5,5	98	6,3	188	5,6
2	SD	536	33,0	553	35,6	1.089	34,3
3	SLTP	212	13,0	233	15,0	445	14,0
4	SLTA	409	25,2	386	24,8	795	25,0

5	Perguruan Tinggi	133	8,2	99	6,4	232	7,3
6	Belum Sekolah	226	13,9	160	10,3	386	12,1
7	Tidak Sekolah	19	1,2	25	1,6	44	1,4
TOTAL		1.625		1.554		3.179	100,0

Distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan terbanyak adalah berpendidikan SD sebanyak 1.089 orang (34,3%) dan paling sedikit penduduk tidak sekolah sebanyak 44 orang (1,4%).

Tabel 3. Distribusi penduduk menurut Pekerjaan di Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	Mata Pencarian	Jenis kelamin (orang)				$\Sigma$ Jiwa	%
		L	%	P	%		
1	PNS/TNI/POLRI	128	7,9	62	4,0	190	6,0
2	Dosen	3	0,2	2	0,1	5	0,2
3	Bidan/Perawat	0	0,0	2	0,1	2	0,1
4	Wiraswasta	185	11,4	53	3,4	238	7,5
5	Karyawan Swasta	71	4,4	27	1,7	98	3,1
6	Pelajar/Mahasiswa	448	27,6	480	30,9	928	29,2
7	Petani/Nelayan	217	13,4	93	6,0	310	9,8
8	Pensiunan	8	0,5	1	0,1	9	0,3
9	Guru	5	0,3	3	0,2	8	0,3
10	Belum/Tidak Bekerja	262	16,1	321	20,7	583	18,3
11	Pengusaha/Lain-lain	298	18,3	510	32,8	808	25,4
TOTAL		1.625		1.554		3.179	

Distribusi penduduk menurut mata pencarian terbanyak adalah pelajar dan mahasiswa sebanyak 928 orang (29,2%) dan paling sedikit adalah Bidan, perawat, dengan persentasi sebesar 0,1%.

#### 1. Karakteristik Responden

Tabel 4. Persentasi Responden Berdasarkan Usia di Kelurahan Naimata Kota Kupang

NO	USIA RESPONDEN	JUMLAH	%
1	< 17 TAHUN	1	1,04
2	17 – 30 TAHUN	42	43,75
3	31 – 60 TAHUN	49	51,04
4	> 60 TAHUN	4	4,17
TOTAL		96	100,00

Tabel 4 menunjukkan persentasi responden berdasarkan usia yaitu usia 31-60 tahun dengan persentasi 51,04% dan terkecil adalah usia < 17 tahun sebesar 1,04%.

Tabel 5. Persentasi responden berdasarkan Jenis kelamin di Kelurahan Naimata Kota Kupang

NO	JENIS KELAMIN	JUMLAH	%
1	Laki – Laki	40	41,67
2	Perempuan	56	58,33
Total		96	100,00

Tabel 5 menunjukkan persentasi responden berdasarkan jenis kelamin paling besar adalah perempuan sebesar 58,33% dan terkecil adalah laki-laki sebesar 41,67%.

Tabel 6. Persentasi responden berdasarkan Status Perkawinan di Kelurahan Naimata Kota Kupang

NO	STATUS PERNIKAH	JUMLAH	%
1	Menikah	60	62,50
2	Belum Menikah	36	37,50
	Total	96	100,00

Tabel 6 menunjukkan persentasi responden berdasarkan Status Perkawinan paling besar menikah sebesar 62,50% dan belum menikah dengan persentasi sebesar 37,50%.

Tabel 7. Persentasi Responden berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga di Kelurahan Naimata Kota Kupang

NO	ANGGOTA KELUARGA	JUMLAH (ORANG)	%
1	1 – 5 ORANG	52	54,17
2	6-12 ORANG	44	45,83
	TOTAL	96	100,00

Tabel 7 menunjukkan persentasi responden berdasarkan Anggota Keluarga paling besar adalah 1-5 orang dengan persentasi 54,17% dan 6-12 orang dengan persentasi sebesar 45,83%.

Tabel 8. Persentasi Responden Berdasarkan Pendidikan di Kelurahan Naimata Kota Kupang

NO	PENDIDIKAN RESPONDEN	JUMLAH (ORANG)	%
1	Tidak sekolah	2	2,08
2	Tamat SD	16	16,67
3	Tamat SLTP	28	29,17
4	Tamat SLTA	47	48,96
5	Tamat PT	3	3,12
	TOTAL	96	100,00

Tabel 8 menunjukkan persentasi responden berdasarkan pendidikan paling besar berpendidikan Tamat SLTA sebesar 48,96% dan paling kecil Tidak sekolah dengan persentasi sebesar 2,08%.

## 2. Hasil pengukuran kondisi fisik rumah

### a. Hasil pengukuran suhu rumah di Kelurahan Naimata Kecamatan Maulafa

Tabel 9. Hasil Pengukuran Suhu Udara di Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	Jenis rumah	Σ rumah	%	Suhu Udara				Total (%)	Standar
				MS	%	TMS	%		
1	Permanen	63	65,63	13	20,63	50	79,37	100	MS : 18 <sup>0</sup> C-30 <sup>0</sup> C
2	Semi Permanen	24	25,00	8	33,33	16	67,67	100	
3	Darurat	9	9,37	4	44,44	5	55,55	100	
	Total	96	100,00	25	26,04	71	73,96	100	TMS:<18 <sup>0</sup> C-

Tabel 9 menunjukan bahwa suhu pada 96 rumah yang diperiksa, 25 rumah (26,04 %) memenuhi syarat dan 71 rumah (73,96 %) tidak memenuhi syarat.

### b. Hasil pengukuran kelembaban rumah di kelurahan Naimata kecamatan



Maulafa.

Tabel 10. Hasil Pengukuran Kelembaban Udara Rumah di Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	Jenis rumah	$\Sigma$ rumah	Kelembaban				Total	Standar
			MS	%	TMS	%		
1	Permanen	63	12	19,05	51	81,95	100	MS: 40%RH- 60%RH TMS: <40%RH- >60%RH
2	Semi Permanen	24	6	25,00	18	75,00	100	
3	Darurat	9	4	44,45	5	55,55	100	
Total		96	22	22,92	74	77,08	100	

Berdasarkan tabel 10 bahwa kelembaban pada 99 rumah yang diperiksa, 23 rumah (23,2 %) memenuhi syarat dan 76 rumah (76,7 %) tidak memenuhi syarat.

c. Hasil pengukuran pencahayaan rumah di Kelurahan Naimata Kecamatan Maulafa.

Tabel 11. Hasil Pengukuran Pencahayaan Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	Jenis rumah	$\Sigma$ rumah	Pencahayaan				Total	Standar
			MS	%	TMS	%		
1	Permanen	63	0	0	63	100	100	MS : > 60 Lux TMS : < 60Lux
2	Semi Permanen	24	0	0	24	100	100	
3	Darurat	9	0	0	9	100	100	
Total		96	0	0	96	100	100	

Berdasarkan tabel 11 bahwa pencahayaan pada 99 rumah yang diperiksa, tidak ada satupun rumah yang memenuhi syarat. Jika dilihat berdasarkan tipe rumah maka, dari ketiga rumah tersebut jumlah yang tertinggi adalah 64 rumah (100 %) yang tidak memenuhi syarat.

d. Hasil pengukuran luas ventilasi rumah di Kelurahan Naimata Kecamatan Maulafa.

Tabel 12. Hasil Pengukuran Luas Ventilasi rumah di Kelurahan Naimata Kota Kupang

No	Jenis rumah	$\Sigma$ rumah	Ventilasi				Total	Standar
			MS	%	TMS	%		
1	Permanen	63	59	93,65	4	6,35	100	MS : >10% dari luas lantai TMS : <10% dari luas lantai
2	Semi Permanen	24	3	12,50	21	87,50	100	
3	Darurat	9	4	44,45	5	55,55	100	
Total		96	66	68,75	30	31,25	100	

Berdasarkan tabel 12 bahwa ventilasi pada 96 rumah yang diperiksa, 66 rumah (68,75%) memenuhi syarat dan 30 rumah (31,25%) tidak memenuhi syarat.

Tabel 15. Rerata hasil pengukuran Kualitas kimia udara (CO) dalam dan luar Rumah di Kelurahan Naimata Kota Kupang

NO	Jenis Rumah	CO Udara Ruangan pengukuran 1 Jam			
		CO < 9,00 ppm	%	CO ≥ 9,00 ppm	%
1	Permanen	36	37,5	27	28,1
2	Semi Permanen	16	16,7	8	8,3
3	Darurat	6	6,2	3	3,1
	TOTAL	58	60,5	38	39,5

Berdasarkan tabel 15 terlihat bahwa kadar karbon monoksida dalam rumah di Kelurahan Naimata yaitu 36 rumah permanen (37,5%), 16,7% rumah semi permanen dan 6,2% rumah Darurat dengan kadar CO kurang dari 9,00 ppm pada pengukuran selama 1 jam.

Penelitian yang dilakukan terhadap 96 rumah di Kelurahan Naimata Kota Kupang terhadap kondisi rumah dan kualitas kimia udara khususnya kadar karbon monoksida. Berdasarkan ciri fisik rumah, peneliti mengelompokkan menjadi 3 bagian yaitu rumah permanen, semi-permanen dan darurat. Rumah permanen (P) yang dimaksud adalah rumah berdinding tembok dan berlantai semen atau keramik, rumah semi-permanen (SP) yaitu rumah berdinding setengah tembok dan berlantai semen, sedangkan rumah darurat (D) adalah rumah berdinding bambu/kayu/papan dan berlantai tanah atau semen.

Hasil penelitian menunjukkan rumah yang berada di kelurahan Naimata merupakan rumah permanen yaitu sebanyak 63 unit (65,63%), rumah semi-permanen sebanyak 24 unit (25%) dan rumah darurat sebanyak 9 unit (9,37%). Hal ini sangat erat hubungannya dengan mata pencaharian/pekerjaan penduduk kelurahan Naimata yang didominasi oleh pekerja berpenghasilan tetap.

Kondisi fisik rumah yang sangat berperan penting dalam kesehatan penghuni dalam rumah karena erat hubungannya dengan kualitas fisik udara seperti :

#### 1. Suhu Ruangan

Dari hasil penelitian pengukuran suhu rumah di Kelurahan Naimata, didapatkan suhu udara berkisar antara 30<sup>0</sup> C sampai 37<sup>0</sup> C. Berdasarkan standar Permenkes RI Nomor 1077/Menkes/Per/V/2011 suhu normal yaitu maksimum 18<sup>0</sup> C sampai 30<sup>0</sup> C. Oleh karena itu, dari hasil penelitian hanya ada 24 unit rumah (25%) yang memenuhi syarat rumah sehat, sedangkan 72 unit rumah (75%) dikelompokkan dalam rumah yang tidak memenuhi syarat.

Hal ini dapat disebabkan karena saat pelaksanaan penelitian sudah memasuki musim panas. Selain itu saat ini Indonesia sedang menghadapi El Nino moderat/fase musim kering (kemarau) sehingga tidak menutup kemungkinan bahwa suhu panas inilah akibat dari adanya El Nino tersebut. Suhu panas dalam rumah juga disebabkan oleh keadaan fisik dan lingkungan sekitar rumah. Rumah yang bersuhu panas kebanyakan disebabkan oleh jarak atap yang terlalu rendah tanpa plafon sehingga panas atap pada siang hari diradiasikan/dipancarkan ke dalam rumah. Rumah yang suhu tidak terlalu panas disebabkan jarak atap yang tinggi dan terdapat plafon. Memanfaatkan lingkungan dengan menanam pohon sebagai peneduh untuk menyejukan halaman rumah sehingga suhu udara tidak terasa panas.

Keadaan lingkungan sekitar rumah turut berpengaruh terhadap suhu dalam rumah. Letak rumah yang dilindungi pepohonan menyebabkan suhu dalam rumah tidak terlalu panas, hal ini disebabkan panas matahari terhalang pepohonan.

Dampak dari suhu rumah yang tinggi adalah penghuni rumah merasa tidak betah di dalam rumah pada waktu siang dan malam hari. Bila hal ini terus dibiarkan akan mengakibatkan dampak serius yaitu penghuni rumah dapat terkena dehidrasi yaitu tubuh kekurangan cairan. Oleh sebab itu perlu dilakukan penanaman pohon disekitar rumah, memasang alat pendingin ruangan (kipas, dan AC).

## 2. Kelembaban

PERMENKES RI Nomor. 1077/ MENKES /PER /V /2011 menyatakan kelembaban yang baik dan memenuhi syarat kesehatan rumah yaitu 40% RH sampai 60% RH. Hasil penelitian menunjukkan kelembaban rumah di Kelurahan Naimata, didapatkan 21 unit rumah (21,88%) yang nilai kelembaban < 60%RH dan dinyatakan memenuhi syarat (MS), sedangkan 75 unit rumah (78,12%) dinyatakan tidak memenuhi syarat (TMS) karena nilai kelembabannya > 60%RH.

Tingkat kelembaban suatu rumah berkaitan erat dengan kondisi fisik rumah dan keadaan lingkungan sekitar rumah. Kondisi fisik rumah yang mempengaruhi kelembaban antara lain dinding dan lantai.

Keadaan lingkungan sekitar rumah yang turut mengakibatkan tingginya kelembaban dalam rumah adalah letak pepohonan yang dekat dengan rumah sehingga menghalangi penetrasi sinar matahari ke dalam rumah. Letak rumah yang dekat dengan sumber air, misalnya sumur dan sungai juga menyebabkan tingginya kelembaban dalam rumah.

Rumah yang dinyatakan tidak memenuhi syarat, didapatkan bahwa kebanyakan diantaranya adalah rumah jenis darurat yaitu rumah berdinding kayu/papan dan berlantai tanah. Beberapa diantaranya adalah rumah semi-permanen yang berdinding kayu/papan dan berlantai semen. Sedangkan rumah permanen yang memiliki tingkat kelembaban yang tinggi lebih banyak diakibatkan letak rumah yang dekat dengan pepohonan yang rimbun.

Dampak yang diakibatkan oleh kelembaban rumah yang tinggi adalah rumah selalu basah sehingga dapat menyebabkan perkembangan mikroorganisme yang subur seperti jamur, cacing, ISPA, TB, dan lainnya. Seiring dengan perkembangan mikroorganisme ini akan mengakibatkan berkembangnya penyakit yang dapat menyerang penghuni rumah, selain itu didukung ventilasi rumah tidak selalu terbuka, dan sinar matahari tidak dapat masuk ke dalam rumah. Oleh sebab itu rumah harus diperbaiki dari lantai, dinding, jendela, dan juga ventilasi yang sesuai dengan syarat kesehatan dan kelembaban yang memenuhi syarat kesehatan adalah berkisar 40-60%.

## 3. Ventilasi

Salah satu bagian rumah yang tidak kalah pentingnya adalah ventilasi. Ventilasi berfungsi sebagai pertukaran udara dari dalam ke luar rumah. Ventilasi yang sehat adalah ventilasi yang memiliki jumlah luasan minimal 10% dari luas lantai ruangan dimana ventilasi itu berada.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar rumah di Kelurahan Naimata dengan ventilasi yang tidak memenuhi syarat. Sebanyak 96 rumah yang diteliti, 29 diantaranya tidak memenuhi syarat karena jumlah luasan ventilasi kurang dari 10% luasan ruangan. Sedangkan 67 rumah yang memenuhi syarat sebagai rumah yang sehat.

Luasan ventilasi yang tidak memenuhi syarat disebabkan oleh jenis ventilasi yang digunakan adalah ventilasi tipe dorong, sama dengan tipe jendela yang digunakan sehingga luasan keluar masuknya udara juga sangat kecil bila dibandingkan dengan luas ruangan.

Dampak yang diakibatkan oleh perbandingan yang tidak seimbang antara luas ventilasi dan luas ruangan adalah tidak ada pertukaran udara dalam ruangan tidak bersih, terasa pengap dan kesulitan bernapas akibat pasokan oksigen yang kurang.

Dari uraian di atas dan data-data hasil penelitian yang telah didapatkan, terlihat adanya kaitan yang erat antara 4 faktor di atas. Suhu sangat erat kaitannya dengan kelembaban, pencahayaan dan ventilasi. Suhu dalam rumah akan semakin tinggi jika tingkat kelembaban dalam rumah rendah, tingkat pencahayaan dalam rumah rendah perbandingan luasan ventilasi dan luas ruangan yang kecil. Oleh karena itu rumah yang sehat harus memiliki ventilasi yang memenuhi syarat yaitu 10% dari luas lantai dan ventilasi tersebut difungsikan dengan baik, (PERMENKES RI NO. 1077/2011).

Rumah yang sehat harus mempunyai suhu yang diatur sedemikian rupa sehingga suhu badan dapat dipertahankan. Rumah harus tersedianya cahaya yang cukup, karena suatu rumah atau ruangan yang tidak mempunyai cahaya dapat menimbulkan perasaan kurang nyaman, juga dapat mendatangkan penyakit, sebaliknya suatu ruangan yang terlalu banyak mendapatkan cahaya

sehingga menimbulkan rasa silau adalah ruangan yang juga tidak sehat, dan juga rumah harus mempunyai ventilasi yang sempurna sehingga aliran udara segar dapat terpelihara (Daryanto, 2004).

#### 4. Kadar CO dalam ruang rumah

Karbon monoksida merupakan polutan kimia hasil pembakaran bahan bakar fosil yang dilepaskan ke lapisan troposfer bersama dengan gas-gas lainnya.

Tabel 17 menunjukkan bahwa kadar karbon monoksida dalam rumah di Kelurahan Naimata kurang dari 9,00 ppm pada pengukuran selama 1 jam terdapat pada 36 rumah permanen (37,5%), rumah semi permanen sebanyak 16 unit (16,7%) serta rumah Darurat sebanyak 6 unit (6,2%). Sedangkan kadar CO lebih dari 9,00 ppm pada pengukuran selama 1 jam ditemukan pada 27 rumah permanen (28,1%), rumah semi permanen sebanyak 8 unit (8,3%) serta rumah Darurat sebanyak 3 unit (3,1%). Kadar karbonmonoksida yang ditemukan sangat didukung oleh keadaan masyarakat Kelurahan Naimata yang memasak menggunakan tungku (84,27%), dengan bahan bakar yang digunakan adalah kayu bakar (84,27%), tidak memiliki ventilasi dapur (27,08%), jendela rumah yang tidak dibuka (37,50%), anggota keluarga merokok sebanyak 44,79% serta tamu yang merokok sebesar 25%.

Kadar CO tinggi pada rumah dapat disebabkan karena ventilasi rumah yang kurang dari 20% luas lantai, ventilasi rumah tidak rutin di buka sehingga kurangnya sirkulasi udara dalam ruang rumah. Kondisi ini erat kaitannya dengan kejadian penyakit pernafasan. Data Puskesmas Penfui menunjukkan adanya kasus ISPA tahun 2012 sebanyak 4522 kasus, pada tahun 2013 sebanyak 7451 kasus, dan tahun 2014 jumlah kasus sebanyak 6128 kasus. Hasil Penelitian Fahreza, dkk (2012) di Semarang menemukan 87,5% rumah tidak sehat menderita BTA positif.

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Hasil penelitian kondisi fisik rumah dan kadar kimia udara ruang rumah dapat disimpulkan sebagai berikut: kondisi fisik rumah di Kelurahan Naimata diantaranya 65,63% rumah permanen, 23,96% rumah semi pemanen dan 9,37% rumah darurat. Kualitas fisik dan kimia udara dalam ruang rumah di Kelurahan Naimata adalah 73,96% rumah dengan dengan kategori suhu ruang tidak memenuhi syarat, 77,08% rumah termasuk kategori kelembaban tidak memenuhi syarat, 100% rumah tidak memenuhi syarat pencahayaan, 31,25% rumah tidak memenuhi syarat serta 37,5% rumah permanen, kemudian 16,7% rumah semi permanen serta 6,2% rumah darurat dengan kadar CO kurang dari 9,00 ppm pada pengukuran selama 1 jam.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Sanropie. D, dkk, 1989, *Pengawasan Penyehatan Lingkungan Pemukiman*, Jakarta
- Anonim, 2009, *Infeksi Saluran Pernapasan Akut*, html
- Profil Penduduk Kelurahan Naimata, Kota Kupang
- Profil Puskesmas Pefui, Kota Kupang
- Alamsyah. D. dan Muliawati R., 2013, *Pilar Dasar Umum Kesehatan Masyarakat*, Nuhu Medika, Yogyakarta
- Daryanto, 2004, *Masalah Pencemaran*, PT Tarsito Bandung
- Depkes, RI, 1989, *Persyaratan perumahan dan pemukiman*. Dirjen PMM dan PLP: Jakarta
- Entjang, Indan, 2000, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, PT Aditya Baktin, Bandung.
- Kartasasmita, 2004, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001, *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Persyaratan Rumah Tinggal (Keputusan Menteri Kesehatan No : 829/Menkes/SK/VII /1999).
- Permenkes No. 1077/Menkes/Per/V/2001, *Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruang Rumah*.

# PERAN TUA-TUA ADAT DALAMBUDAYAMELAHIRKAN SUKU NUAULU DI PULAU SERAM MALUKU TENGAH

Sri Eny Setyowati  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
[enygus@yahoo.com](mailto:enygus@yahoo.com)

## ABSTRACT

**Background:** *The role of indigenous elders is a form of assistance given to Nuauulu women during pregnancy, childbirth and postpartum in the form of a recommendation for childbirth in posuno and assisted by a culprit*  
**Objective:** *to analyze the role of adat elders on the practice culture of Nuauulu tribe in PulauSeram Island Central Maluku District.*

**Method:** *using the approach of quantitative and qualitative methods. Data collection techniques using questionnaires. The sample is the total population of Nuauulu women who have children aged 3 years and below which amounted to 68 people.*

**Results:** *Most of the Nuauulu tribe women consider that the adat elders have a very high role of encouraging the women of Nualu to give birth in posuno with the help of a culprit. There is no relationship between the role of adat elders with Nuauulu women's cultures gave birth in posuno, but the facts on the ground show the existence of the adherence of the community to the customs prevailing in the Nuauulu. Disulkanadanya KIE (Communication, Information, Education) to women Nuauulu tribe, old customs in increasing knowledge about the appropriate health culture of labor.*

**Keywords:** *practice of delivery, role of adat elders, posuno*

## PENDAHULUAN

Pada tahun 1990 – 1991 Departemen Kesehatan Republik Indonesia melaksanakan program *Assessment Safe Motherhood* dalam kerjasama dengan WHO, UNICEF dan UNDP. Program *Assessment* itu menghasilkan rekomendasi dalam bentuk rencana kerja lima tahun (Repelita). Program ini bertujuan menyelamatkan wanita dari berbagai resiko yang timbul saat menjalani kehamilan, persalinan dan masa nifas. *Safe Motherhood* di Indonesia dikenal dengan Slogan *Making Pregnancy Safer* yaitu menyelamatkan kehamilan dengan menghindari resiko dari suatu kehamilan dan persalinan pada wanita. Program ini juga telah banyak diterapkan di berbagai negara seperti Malaysia dan India, kemudian diterapkan oleh Departemen Kesehatan dalam bentuk strategi operasional dengan tujuan mempercepat penurunan angka kematian ibu (AKI).<sup>(1)</sup>

Kegiatan ini ditindaklanjuti dengan lokakarya Kesehatan Reproduksi pada awal tahun 1996, serta peluncuran Gerakan Sayang Ibu oleh Menteri Peranan Wanita sebagai upaya advokasi dan mobilisasi sosial untuk mendukung usaha-usaha percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI). Pemerintah melalui Millenium Development Goals/MDG's yang berkaitan dengan kesehatan ibu berupaya mencapai target ke 5 dari 8 target yang menitikberatkan pada penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 307 menjadi 226/100.000 Kelahiran Hidup (KH). Diusahakan pula agar penurunannya bisa mencapai 50% dari AKI tahun 1990.

Hal ini didukung dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Kementerian Kesehatan yang menargetkan AKI pada tahun 2005-2009 menjadi 226/100.000 KH, selanjutnya di harapkan menurun lagi menjadi 125/100.000 KH pada tahun 2010 dan menjadi 102/100.000 KH pada tahun 2015.<sup>(2)(3)</sup>

Program *Save Motherhood* dengan slogan *Make Pregnancy Saver* diharapkan berlaku di seluruh provinsi dan kabupaten di Indonesia. Akan tetapi program ini tidak dapat berjalan dengan baik di daerah-daerah tertentu dikarenakan budaya setempat, yang berkaitan dengan adat istiadat seperti halnya pada suku Nuauulu di pulau Seram, Kabupaten Maluku Tengah.

Angka Kematian Ibu (AKI/MMR) di Provinsi Maluku berdasarkan pencatatan dan pelaporan dari Kabupaten/Kota berfluktuasi dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2010 namun mengalami penurunan dari 369 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006 menjadi 288 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 (DinKes Propinsi Maluku,2010).

Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah pada tahun 2008 menyebutkan bahwa masalah masih tingginya AKI dan AKB disebabkan oleh letak geografis yang terdiri dari pulau-pulau, faktor ekonomi, kurangnya tenaga kesehatan terutama bidan, rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan, rendahnya peran serta masyarakat dan keterpaduan pelaksanaan program kesehatan dengan masyarakat. (Dinkes Kabupaten Maluku Tengah,2009)

Data yang dapat dihimpun dari Puskesmas Tamilouw adalah pemeriksaan antenatal (K1) pada tahun 2007 mencapai 71,88 % kemudahan pada tahun 2008 meningkat menjadi 73,19% dan pada tahun 2009 menurun menjadi 60,67%. Cakupan K1 tersebut tidak dapat dipertahankan untuk K4 nya yang menunjukkan adanya penurunan dari mulai tahun 2007 hingga tahun 2009 dengan rentang cakupan antar 49,20% hingga 69,09%. Baik cakupan K1 maupun K4 masih di bawah target cakupan nasional yaitu K1 95% dan K4 85%.

Dusun Rohua adalah anak desa dari Negeri Sepa dan merupakan salah satu bagian dari wilayah kerja Puskesmas Tamilouw. Disana berdiam Suku Nuaulu, yang merupakan keturunan dari Suku Alune dan Wemale yang adalah orang pertama yang mendiami Pulau Seram. Suku Nuaulu mendiami beberapa dusun yaitu dusun Rohua, dusun Hawalan/Latan, dusun Bonara, dusun Nuanea/Aisuru dengan jumlah penduduk 3911 jiwa (Sumber : Data Kecamatan Amahai 2011).

Suku Nuaulu mempunyai kebiasaan bahwa setiap perempuan hamil pada kehamilan sembilan bulan, perempuan itu harus dipisahkan dari suami maupun kaum pria lainnya, dan ditempatkan di rumah khusus yang disebut Posuno. Karena Suku Nuaulu memandang bahwa proses kehamilan pada usia 1-8 bulan merupakan peristiwa biasa dan pada kehamilan usia 9 bulan dianggap bahwa wanita hamil banyak diliputi oleh pengaruh roh-roh jahat yang dapat menimbulkan berbagai bahaya gaib bagi dirinya maupun pada bayi yang dikandungnya tetapi juga orang lain yang ada di sekitarnya, khususnya kaum laki-laki. Untuk menghindari pengaruh roh-roh jahat, maka wanita hamil tersebut perlu diasingkan atau dipisahkan dari rumah induk dan tinggal di *posuno* atau *tikosune* hingga tiba saat melahirkan.

Posuno berukuran 2 m x 2,5 meter, yang pada awalnya terletak sangat jauh dari rumah dan terletak di dalam hutan. Namun saat ini jaraknya tidak terlalu jauh dari rumah atau hanya di samping rumah. Hal ini berkaitan dengan pemahaman bahwa pengaruh roh-roh jahat hanya berada di sekitar diri perempuan itu dan tempat tinggalnya saja. Tradisi mengasingkan wanita hamil ini biasanya dilakukan dalam bentuk upacara yang dinamakan upacara masa kehamilan atau *Tinantawa*. Untuk mencegah kemungkinan terjadinya berbagai jenis bahaya gaib yang dapat menghambat atau menghalangi berlangsungnya kehidupan seorang individu, yang menurut suku Nuaulu proses tersebut dimulai dari kelahiran hingga kematian (Suradi,HP,dkk.1984).

Perempuan Suku Nuaulu yang hamil umumnya menjalani proses kehamilan hingga melahirkan pada seorang dukun bayi (mama biang), karena mereka memiliki keyakinan bahwa mama biang mempunyai berbagai ilmu yang mampu mengusir roh jahat sehingga ibu dan bayi akan selamat, dengan melakukan upacara-upacara tertentu untuk menghadapi kekuatan gaib. Salah satunya adalah upacara masa kehamilan, yang dilakukan pada bulan kesembilan untuk menghindarkan perempuan hamil dari bahaya gaib sehingga dapat selamat hingga proses kelahiran.

Saat melahirkan perempuan Suku Nuaulu ditolong oleh seorang dukun beranak atau mama biang yang disebut *Irihitipue*. *Irihitipue* merupakan gelar yang khusus diberikan kepada seorang wanita yang bertugas menolong proses kelahiran. Pada saat melahirkan biasanya *Irihitipue* melaksanakantugasnya dengan terlebih dahulu mempersiapkan alat yang diperlukan menolong persalinan seperti alat pemotong tali pusar yang terbuat dari bambu (Uneputty,1984). Alat ini dinamakan *kaitimatana* atau *wane*. Di samping alat ini, juga disediakan air untuk dipakai memandikan bayi. Air itu diambil dari sungai yang dianggap keramat oleh masyarakat.

Kondisi tersebut tidak sesuai dengan Program *Save Motherhood* yang memiliki tiga pesan kunci dan empat pilar strategi utama dalam *Making Pregnancy Saver*. Tiga pesan kunci dimaksud masing-masing : 1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; 2) Setiap komplikasi obstetrik dan

neonatal mendapat penanganan yang tepat-akurat; 3) Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. Sedangkan empat pilar strategi utama adalah: 1) meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas; 2) membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya, 3) mendorong pemberdayaan perempuan dan juga keluarga melalui peningkatan pengetahuan; 4) Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. (Prawiroharjo, S, 2006). Namun Program *Save Motherhood* dalam praktiknya tidak dapat dilaksanakan dengan baik oleh semua lapisan masyarakat di Indonesia karena perbedaan budaya, seperti yang terjadi pada Suku Nuaulu yang mendiami Pulau Seram Kabupaten Maluku Tengah.

Proses penanganan kelahiran yang terjadi pada Suku Nuaulu merupakan proses menolong persalinan yang masih tradisional dan sederhana tanpa peralatan medis, kondisi ini berbeda dengan tindakan persalinan yang dilakukan dokter atau bidan di rumah sakit maupun pusat pelayanan kesehatan lain. Kondisi kesehatan masyarakat Nuaulu secara keseluruhan masih rendah. Menurut L. Green ada beberapa faktor yang mempengaruhi ibu dalam persalinan yaitu faktor perdisposing meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, persepsi dan faktor penguat meliputi; peranan dukun, peranan tua-tua adat dan peranan petugas kesehatan dalam praktek ibu melahirkan sesuai dengan kesehatan.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Lokasi penelitian adalah dusun Rohua Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah. Populasi dalam penelitian ini adalah semua perempuan yang pernah mengalami persalinan di *Posunod* dengan jumlah (68) orang.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah karakteristik, peran tua-tua adat sedangkan variabel dependen adalah budaya praktek perawatan persalinan perempuan suku Nuaulu. Instrumen pengumpulan data adalah kuesioner terstruktur dan pedoman wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan kepada ibu yang pernah melahirkan di *posuno* dipilih 2 responden, keluarga yang mempunyai anggota keluarga (ibu) meninggal 1 responden dan 1 orang tua-tua adat. Data kuantitatif diolah dengan SPSS dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Hasil analisis penelitian dianalisis secara univariat, bivariat. Analisis bivariat menggunakan *uji chi square*.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **Karakteristik Responden**

Sebagian besar responden berumur antara 20 – 35 tahun sebanyak (86,8%), dengan tingkat pendidikan terbanyak responden tidak sekolah (47%). Kebanyakan responden mempunyai lebih dari 6 anak sebanyak 32,2%, masih tingginya jumlah anak disebabkan oleh karena di Dusun Rohua ada aturan adat yang melarang wanita mengikuti KB (Keluarga Berencana).

Usia hamil pertama responden, sebagian besar hamil pertama pada usia 15 – 19 tahun sebanyak 70,6%. Hal ini menunjukkan masih banyaknya yang melakukan perkawinan usia dini.

### **Budaya praktek melahirkan perempuan suku Nuaulu.**

Sebagian besar responden melahirkan dalam di *posunoyang* tidak sesuai kesehatan sebesar 83,8%, sebelum melahirkan biasanya responden memeriksakan kehamilannya ke *mama biang* bila ada keluhan (88,2%) dan pertolongan persalinan sebanyak 97,1% ditolong oleh *biang* (dukun beranak). Masa kehamilan bagi masyarakat suku Nuaulu dianggap sebagai hal yang alami sehingga pemeriksaan kehamilan kepada petugas kesehatan belum dipahami dengan baik, oleh karena itu masyarakat cenderung memeriksakan kehamilannya ke *biang*, itupun kalau ada keluhan. Salah satu contoh kalau perut ibu terasa sakit, *mamabiang* akan mengurut perut perempuan dengan tujuan untuk menghilangkan rasa sakit sekaligus membetulkan posisi bayi dalam kandungan. Walaupun demikian mereka juga memeriksakan kehamilannya setiap bulan di *posyandu*. Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pemeriksaan kehamilan begitu penting dilakukan oleh para ibu hamil, karena kehamilan perlu

dimonitoring secara menyeluruh untuk mengetahui kondisi ibu maupun janin yang sedang dikandungnya (Saifuddin, 2006).

### **Peran tua-tua Adat**

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa peranan tua-tua adat sangat tinggi sebanyak 79,4%, artinya peranan tua-tua adat sangat berpengaruh didalam masyarakat suku Nuaulu, tua-tua adat mempunyai wewenang dalam masyarakat suku Nuaulu, sehingga dalam proses persalinan tua-tua adat mempunyai peran membantu dengan berdoa bersama di rumah adat agar persalinan lancar, tua-tua adat juga mempunyai hak untuk menentukan setiap perempuan yang akan bersalin harus melahirkan di *posuno*. Menurut tua-tua adat suku Nuaulu setiap persalinan harus ditolong oleh biang di *Posuno*, bila ditemukan masalah seperti susahnya keluar bayi dari rahim, maka tua-tua adat akan berkumpul untuk mencari tahu dimana letak kesalahan dari proses persalinan ini. Kesalahan yang dilakukan, tidak selamanya dari wanita yang akan bersalin atau suaminya, bisa saja kesalahan dari orang tua yang belum diselesaikan, sehingga wanita yang akan bersalin yang menanggung kesalahannya. Mereka harus bisa menyelesaikan masalah ini sampai selesai secara adat, dengan harapan proses persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hasil analisis statistik menunjukkan  $p \text{ value} > \alpha$  ( $0,117 > 0,05$ ) artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara peran tua-tua adat dengan praktek persalinan di *posuno* pada suku Nuaulu dusun Rohua Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah. Tetapi kenyataan dilapangan tua-tua adat mempunyai peranan yang besar dalam praktek kehamilan dan persalinan dalam pengasingan pada suku Nuaulu dusun Rohua Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah. Tua-tua adat menyarankan agar semua persalinan harus ditolong oleh biang, karena biang merupakan orang yang bisa membantu proses persalinan di masyarakat Rohua secara turun temurun.

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Budaya melahirkan dalam *posuno* pada perempuan suku Nuaulu di dusun Rohua di Pulau Seram Kabupaten Maluku Tengah menunjukkan masih banyak perempuan Nuaulu yang melakukan praktek perawatan persalinan yang tidak sesuai kesehatan karena tradisi yang sudah turun-temurun dan sampai sekarang masih dipertahankan. Kondisi seperti ini bisa merugikan perempuan dan bayinya. Peran tua-tua adat sangat besar dan masyarakat hidup dalam lingkungan adat yang masih kuat sehingga tradisi melahirkan di *posuno* hingga sekarang masih dipertahankan.

Masih diperlukan KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) kepada tua-tua adat dan biang dalam menambah pengetahuan tentang budaya perawatan kehamilan dan persalinan yang sesuai kesehatan.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Saifuddin, A.B. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. PT Bina Pustaka. Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2006.
- Peter Salkar, *Millenium Development Goals*. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta. 2008
- DepKes RI. *Program Perencanaan ..Persalinan . Proyek Kesehatan Perempuan Dan kesejahteraan Keluarga*. Jakarta. DepKes RI. 2006
- Dinas Kesehatan Propinsi Maluku. *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Maluku*. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku. Ambon. 2010.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah. *Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2008*. Masohi. 2009.
- Suradi Hp, dkk. *Upacara Tradisional Daerah Maluku*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Ambon. 1982.
- Prawirohardjo, S. *Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta. 2006.
- Unepetty. *Upacara Tradisional Daerah Maluku*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Ambon. 1984.
- Manuaba. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. EGC. Jakarta. 2001.
- Bapenas. *Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional*. Badan Pembangunan Nasional. Jakarta. 2001.



# PENINGKATAN PROTEIN DAN VITAMIN B MELALUI PEMBERIAN WHEY DAN LERRY PADA PRODUK NATA

Indhira Shagti  
Prodi Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang  
[shagti1@gmail.com](mailto:shagti1@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background :** Rinse or rice water lyri and whey tofu is a waste generated by many households and home industries are thrown away. Whereas in this waste is still a lot of nutrients that still exist such as carbohydrates, proteins, and vitamins. Waste lerri and whey know this can still be utilized to nata by using bacteria *Acetobacter xylinum*, so it is expected can also increase economic value of society.

**Objective:** To know the effect of whey tofu substitution on thickness, nutrient content and vitamin B1 nata de lerri.

**Method:** This research is purely experimental, using Completely Randomized Design (RAL) consisting of 5 treatments and each repeated 3 times. Where the free variable is media formula nata, namely rice water washing medium (lerri) and whey knows F1 (100: 0)%; F2 (75: 25)%; F3 (50: 50)%; F4 (25: 75)%; F5 (0: 100)%. The dependent variable is nata thickness, nata nutritional value (moisture content, crude protein content, coarse fiber content, vitamin B1) and organoleptic receiving power.

**Result:** In this research there are five formula of nata de lerri substitution whey know that done. But in practice 2 formulas did not work, namely F4 and F5, because the product remains liquid and cloudy white. This is possible fungal contamination that occurs due to technical error (less sterile). For thickness nata de lerri, the highest result is the formula F1 with a thickness of 1 cm and the lowest F3 with a thickness of 0.5 cm. But for the results of testing the water content, ash content and highest crude protein content is F3 with a water content value 99.93%, ash 0.34%, crude protein content 1.35%. But from the test results of vitamin B1 all formula and water lerri not detected, this is possible because of the error of the test equipment.

**Keywords:** nata, lerri, whey tofu, thickness, nutritional value

## PENDAHULUAN

Dewasa ini terdapat kecenderungan masyarakat dalam mengkonsumsi pangan tidak hanya menilai dari segi kelezatan dan nilai gizi suatu produk, tetapi juga mempertimbangkan aspek pengaruh pangan tersebut terhadap kesehatan tubuhnya (Syukroni,dkk., 2013). Salah satu produk pangan yang mempunyai fungsi fungsional adalah nata. Nata sebagai minuman ringan yang menyegarkan. Nata merupakan jenis makanan yang diperoleh dari hasil fermentasi oleh bakteri *Acetobacter xylinum*. Kandungan terbesarnya adalah air, karena itu produk ini dipakai sebagai sumber makanan rendah kalori untuk program diet, selain itu nata juga mengandung serat yang sangat diperlukan oleh tubuh. Pada umumnya nata yang sering kita temui adalah nata yang terbuat dari air kelapa atau yang biasa disebut nata de coco, selain itu ada nata de lerry yang berasal dari air cucian beras yang pertama digunakan sebagai bahan baku utama dalam pembuatan nata ini. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitriah (2007), membuktikan bahwa besarnya kandungan karbohidrat dan zat gizi lain dalam air cucian beras membuatnya berpotensi sebagai substrat untuk pembentukan selulosa (nata). Air cucian beras atau lerry ditinjau dari kandungan unsur gizi ternyata mempunyai kandungan karbohidrat, vitamin B terutama B1 (Thiamin) dan serat yang cukup tinggi sehingga air cucian beras atau lerry juga dapat dijadikan sebagai bahan dasar dalam proses pembuatan produk nata.

Whey tahu merupakan hasil samping dari pengolahan tahu yang terbuat dari limbah cair pengolahan tahu (whey tahu). Whey pada kebanyakan perusahaan tahu selama ini hanya menjadi limbah karena nilai ekonomisnya sangat rendah. Apabila dilihat dari nilai gizinya, whey masih bisa dimanfaatkan atau diolah menjadi produk yang lebih bernilai (Yuariesty Y, 2003). Kandungan vitamin B1(Thiamin) pada lerry

masih cukup tinggi, dan secara umum, golongan vitamin B ini berperan penting membantu mikrobia dalam metabolisme di dalam tubuh, terutama dalam hal pelepasan energi saat beraktivitas, asam aminonya membantu regulasi metabolit, sedangkan lisin berperan dalam  $\beta$  oksidasi asam lemak rantai panjang dan merupakan zat yang esensial bagi semua makhluk hidup. Hal ini terkait dengan perannya di dalam tubuh, yaitu sebagai senyawa koenzim yang dapat meningkatkan laju reaksi metabolisme tubuh terhadap berbagai jenis sumber energi. Beberapa jenis vitamin yang tergolong dalam kelompok vitamin B ini juga berperan dalam pembentukan sel darah merah (eritrosit). Sedangkan vitamin B1 (Thiamin), juga berperan membantu proses metabolisme protein dan lemak (Saragih, 2004). Nata yang telah ada pada umumnya tinggi serat, namun pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui apakah pembuatan nata dengan bahan dasar whey dan lerry dapat meningkatkan kandungan protein dan vitamin B pada produk nata sehingga menghasilkan produk yang bermanfaat dan bernilai gizi.

## TUJUAN PENELITIAN

Untuk mengetahui peningkatan protein dan vitamin B Melalui pemberian whey dan lerry Pada produk nata.

## METODE PENELITIAN

Bahan yang digunakan untuk pembuatan Nata de lerry adalah bakteri *A.xylinum*, air cucian beras atau lerry, whey tahu, gula pasir, asam asetat glasial,  $Za (NH_4)_2SO_4$ . Metode penelitian yang digunakan adalah metode percobaan (*Experimental Methode*) dengan menggunakan Rancangan Acak Lengkap (RAL) yang terdiri dari 5 perlakuan dan masing-masing diulang sebanyak 3 kali. yaitu perlakuan dikenakan sepenuhnya secara acak lengkap terhadap kelompok-kelompok eksperimen yang bersifat homogeny. Penelitian ini bersifat eksperimental murni, dimana yang menjadi variabel bebasnya adalah formula media nata, yaitu media air cucian beras (lerry) dan whey tahu F1 (100 : 0)% ; F2 (75 : 25)% ; F3 (50 : 50)% ; F4 (25 : 75)% ; F5 (0 : 100)%. Variabel terikatnya adalah ketebalan nata, nilai gizi nata ( Kadar air, kadar protein kasar, kadar serat kasar, vitamin B1) dan daya terima organoleptik.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Nata de Lerry substitusi whey tahu pada penelitian ini terdapat lima formula yang dilakukan, namun pada pelaksanaannya 2 formula tidak berhasil, yaitu F4 dan F5. Secara umum dari hasil variasi formula pembuatan nata de lerry substitusi whey tahu sebagai berikut.

### A. Pengaruh Substitusi Whey Tahu terhadap Ketebalan Nata de Lerry

Tabel 1. Hasil Pengukuran Ketebalan Nata

Sampel Nata de Lerry- Whey	Ulangan Analisa			Rata-rata
	I	II	III	
F1 (100 : 0) %	1	0,9	1,1	1 cm
F2 (75 : 25) %	0,6	0,8	0,7	0,7 cm
F3 (50 : 50) %	0,4	0,4	0,7	0,5 cm
F4 (25 : 75) %	-	-	-	-
F5 (0 : 100) %	-	-	-	-

Dari data diatas dapat diketahui bahwa ketebalan nata F1 rata-rata 1 cm, ketebalan nata F2 rata-rata 0,7 cm dan ketebalan nata F3 rata-rata 0,5 cm. Ketebalan tertinggi pada F1 dengan perlakuan 100% media dari air lerry memiliki ketebalan 1 cm, sedangkan ketebalan yang terendah adalah F3 dengan perlakuan 50% air lerry dan 50% whey tahu memiliki ketebalan 0,5 cm. Untuk F4 dan F5 tidak dapat diukur ketebalannya dikarenakan tidak berhasil untuk menjadi nata. Produk tetap cair dan berwarna putih keruh. Hal ini dimungkinkan adanya kontaminasi jamur yang terjadi karena kesalahan teknis (kurang steril).

Hasil rata-rata perlakuan F1, F2 dan F3 diuji menggunakan *Anova One Factor Between Subject Design* untuk melihat adakah perbedaan yang signifikan pada setiap kelompok uji. Dan setelah dilakukan uji Anova maka terdapat pada tabel 8

Tabel 2. Hasil Uji Anova

Sumber Variasi	SS	Df	MS	F <sub>obs</sub>
Between	2.316	2	1.158	44.88
Within	- 0.3096	12	0.0258	
Total	2.0064	14		

Analisis dapat dilihat pada lampiran, karena  $F_{obs} > F_{critical}$  ( $44,88 > 3,90$ ) maka  $H_0$  di tolak dan  $H_1$  diterima, dengan demikian terdapat perbedaan yang signifikan pada taraf 5%. Jadi ketiga formula data terbukti berbeda nyata. Untuk mengetahui perlakuan mana yang berbeda maka dilakukan uji Tukey pada data tersebut dengan  $\alpha$  sebesar 5% dan dapat dilihat pada tabel 9

Tabel 3. Hasil Uji Tukey.

Jenis Perlakuan	Perbandingan Nilai Tiap Rataan	Tanda	CD Tukey <sub>obs</sub>	Keputusan
F1 dengan F2	0,3	>	0,17	Berbeda signifikan
F1 dengan F3	0,5	>		Berbeda signifikan
F2 dengan F3	0,2	>		Berbeda signifikan

Setelah dilakukan uji Tukey, maka semua memiliki rata-rata yang berbeda secara signifikan karena perbandingan nilai tiap rataannya diatas nilai CD Tukey<sub>obs</sub> (0,17).

Nata yang dihasilkan tentunya bisa beragam kualitasnya. Kualitas yang baik akan terpenuhi apabila media media yang digunakan memenuhi standar kualitas bahan nata dan prosesnya dikendalikan dengan cara yang benar berdasarkan pada faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan aktivitas yang digunakan. Apabila rasio antara karbon, starter dan jumlah nitrogen diatur secara optimal dan prosesnya terkontrol dengan baik, maka semua cairan medium akan berubah menjadi nata tanpa meninggalkan residu sedikitpun (Wijayanti, 2010 dalam Alviani, 2016). Pada penelitian ini perlakuan F4 dan F5 yang dilakukan mengalami kegagalan menjadi nata dimungkinkan karena media yang digunakan kurang memenuhi standar kualitas bahan nata untuk whey tahunya, dan prosesnya kurang terkontrol dengan baik.

Menurut Heryawan, (2004) menyatakan bahwa terjadinya peningkatan ketebalan nata serta kaitannya dengan aktivitas bakteri *Acetobacter xylinum*. Volume starter yang tinggi akan menyebabkan meningkatnya kerapatan sel dalam medium. *Acetobacter xylinum* dapat membentuk suatu lapisan yang mencaapai ketebalan beberapa centimeter sehingga menyebabkan ketebalan dan berat basah nata. Selain itu, gula yang ditambahkan dalam media fermentasi menjadi sumber nutrisi yang dibutuhkan oleh mikroorganisme untuk mengubah glukosa menjadi selulosa sehingga hasil metabolisme yang berupa selaput lendir akan semakin tebal.

#### B. Pengaruh Substitusi Whey Tahu terhadap Nilai Gizi Nata de Leri

Analisa untuk kelayakan produk nata tidak hanya dengan melakukan uji kualitas fisik, namun juga dilakukan pengujian kualitas secara kimiawi seperti analisa kadar air, kadar abu, protein kasar, serat kasar, karbohidrat dan energi sehingga didapatkan hasil produk nata yang terbaik dan layak untuk dikonsumsi.

Tabel 10. Hasil Pengujian Proksimat

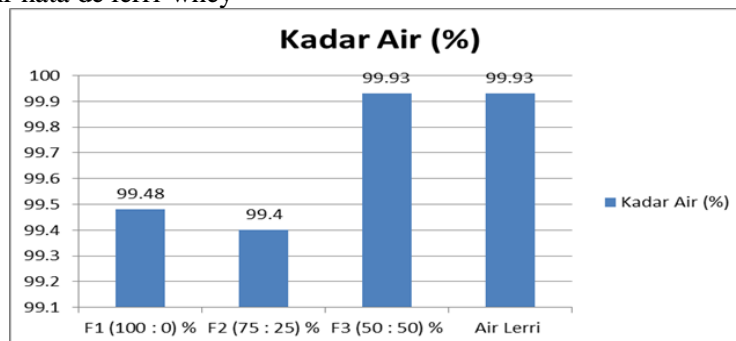
Proksimat	F1 (100:0) %	F2 (75:25) %	F3 (50:50) %	F4 (25:75)	F5 (0:100)%	Air Leri
-----------	-----------------	-----------------	-----------------	---------------	----------------	----------

	%					
Kadar Air (%)	99,48	99,40	99,93	-	-	99,93
Kadar Abu (% BK)	0,19	0,14	0,34	-	-	0,30
Protein Kasar (BK)	1,23	1,11	1,35	-	-	5,20
Lemak Kasar (% BK)	0,35	0,34	0,36	-	-	0,40
Serat Kasar (% BK)	2,88	3,15	2,79	-	-	0,50
Karbohidrat (% BK)	0,69	0,63	0,65	-	-	95,5
Energi (Kkal/kg BK)	127,83	117	133,93	-	-	4.266,26

#### 1). Kadar Air

Hasil pengujian kadar air nata de leri-whey dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4. Kadar air nata de leri-whey



Berdasarkan gambar 1 menunjukkan bahwa kadar air terendah adalah perlakuan F2 (75% leri dan 25% whey tahu), sedangkan kadar air tertinggi adalah perlakuan F3 (50% leri dan 50% whey tahu) dan air leri yang keduanya memiliki kadar air sebesar 99,93%. Ketersediaan sumber karbon yang tinggi mencukupi kebutuhan *Acetobacter xylinum* yang jumlahnya juga tinggi menyebabkan koloni dapat melakukan metabolismenya secara maksimal, dalam hal ini diduga selulosa yang dihasilkan juga semakin tinggi.

Kadar air pada nata merupakan hasil presentase pembagian antara berat air yang hilang dengan berat nata mula-mula. Tinggi rendahnya kadar air pada nata tergantung pada kemampuan *Acetobacter xylinum* dalam merombak gula dalam media menjadi selulosa. Berdasarkan hasil uji Anova menunjukkan F hitung > F tabel ( $6 > 3,90$ ), maka  $H_0$  di tolak dan  $H_1$  diterima, dengan demikian terdapat perbedaan yang signifikan antar formula perlakuan.

Tabel 11. Hasil Uji Anova Kadar Air

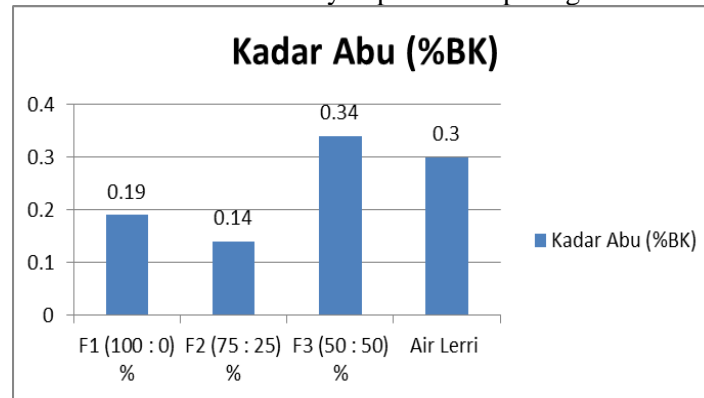
Sumber Variasi	SS	Df	MS	F <sub>hit</sub>
Between	83337.24	2	23810.49	6
Within	47620.97	12	3968.41	
Total	130958.21	14		

Rendahnya kadar air disebabkan karena selulosa yang terbentuk juga tinggi. Air pada media terperangkap di dalam matriks selulosa yang mempunyai kapasitas penyerapan air yang tinggi dilihat dari struktur selulosa itu sendiri yang banyak mengikat air. Sebagaimana menurut Kurotsumi (2009), menyatakan selulosa yang dihasilkan oleh *Acetobacter xylinum* mempunyai kapasitas penyerapan air yang tinggi. Air yang terdapat dalam nata berasal dari mediumnya. Pada saat pembentukan agregat

selulosa oleh *Acetobacter xylinum*, air dalam medium terperangkap di dalam lapisan nata sehingga membentuk gel. Heryawan, 2001 juga menambahkan bahwa kemampuan *Acetobacter xylinum* mengkonversi gula dengan baik menyebabkan air pada media fermentasi berkurang. Bahkan terkadang media menjadi kering. Semakin banyak gula yang ditambahkan dalam media fermentasi, maka penyerapan kadar air semakin turun sampai batas penambahan tertentu.

## 2). Kadar Abu

Hasil pengujian kadar abu nata de leri-whey dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



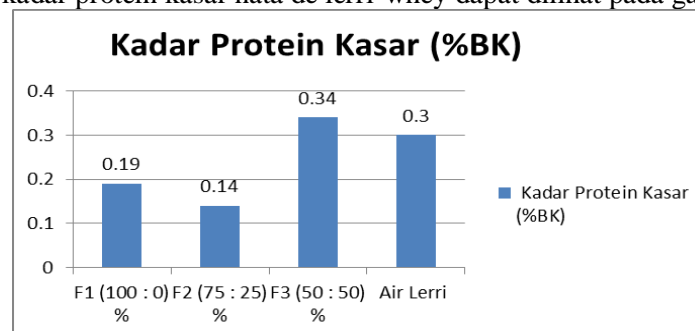
Gambar 5. Kadar abu nata de leri-whey

Dari gambar 5 diatas dapat dilihat bahwa kadar abu air leri adalah 0,3%BK dan setelah menjadi nata, kadar abunyapun juga berubah bervariasi. Perlakuan F2 dengan formulasi 75% air leri dan 25% whey tahu memiliki kadar abu paling rendah, yaitu 0,14%BK. Sedangkan perlakuan F3 dengan formulasi 50% air leri dan 50% whey tahu memiliki kadar abu paling tinggi yaitu 0,34% Bk. Hal ini disebabkan karena terjadinya perubahan fisik dan kimia dari nata tersebut.

Pada penelitian sebelumnya, diketahui bahwa kadar abu juga dipengaruhi oleh kadar air dan oleh ketebalan nata yang dihasilkan, sehingga semakin tebal nata yang dihasilkan maka semakin tinggi kadar abu yang diperoleh. Namun hal ini tidak sejalan dengan penelitian ini, dimana perlakuan F1 yang mempunyai formula 100% air leri memiliki ketebalan paling tinggi yaitu 1 cm, namun kadar abunya hanya 0,19 %BK masih dibawah formulasi F3. Perlakuan F3 dengan komposisi 50% air leri dan 50% whey tahu memiliki ketebalan paling rendah yaitu 0,5 cm namun memiliki kadar abu paling tinggi yaitu 0,34%BK.

## 3). Kadar Protein Kasar

Hasil pengujian kadar protein kasar nata de leri-whey dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



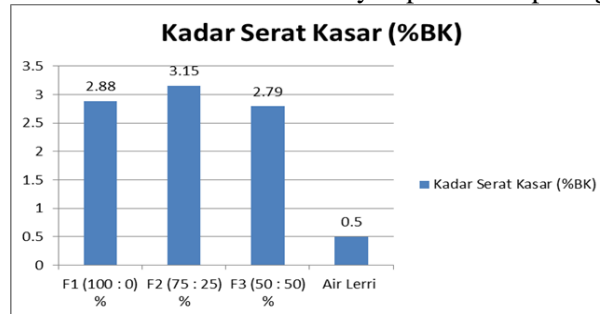
Gambar 6. Kadar protein kasar nata de leri – whey

Berdasarkan gambar 6 menunjukkan bahwa kadar protein kasar terendah adalah perlakuan F2 (75% leri dan 25% whey tahu), dengan kadar protein kasar 0,14%, sedangkan kadar protein kasar tertinggi adalah perlakuan F3 (50% leri dan 50% whey tahu) yang memiliki kadar protein kasar

sebesar 0,34%. Hal ini dimungkinkan karena komposisi F3 terdiri dari 50% lerry dan 50% whey tahu. Dari semua formula yang jadi nata, F3 yang paling tinggi kandungan whey tahunya, dimana whey tahu masih memiliki kandungan protein yang cukup tinggi, sehingga mempengaruhi kadar nilai protein kasar pada nata lerry-whey.

#### 4). Kadar Serat Kasar

Hasil pengujian kadar serat kasar nata de lerry-whey dapat dilihat pada gambar dibawah ini



Gambar 7. Kadar serat kasar nata de lerry – whey

Berdasarkan gambar 7 diatas menunjukkan bahwa kadar serat kasar paling rendah adalah air lerry dan akan meningkat kadar seratnya bila sudah berubah menjadi nata. Pada perlakuan penelitian kadar serat kasar yang paling rendah adalah F3 dengan formula 50% air lerry dan 50% whey tahu. Sedangkan hasil tertinggi adalah perlakuan F2 dengan formula 75% air lerry dan 25% whey tahu memiliki kadar serat 3,15%. Badan POM (BPOM) menyatakan bahwa pada umumnya kandungan serat yang paling maksimum dalam 100 gram nata adalah 4,5%. Hal ini sesuai dengan hasil dalam penelitian ini, masing-masing perlakuan memiliki kadar serat di bawah 4,5%.

Tingginya persentase serat kasar yang dihasilkan tidak lepas dari pengaruh starter yang diinokulasikan. Aktivitas bakteri *Acetobacter xylinum* dalam produksi selulosa juga tergantung pada kemampuan bakteri dalam merombak sukrosa menjadi selulosa. Berdasarkan hasil diatas menunjukkan bahwa *Acetobacter xylinum* pada perlakuan F2 memanfaatkan sumber karbon dengan maksimal, sehingga serat kasar yang dihasilkan juga semakin tinggi. Hal ini di dukung oleh Fraizer (1974) dalam Djajati (2006), menyatakan bahwa *Acetobacter xylinum* dalam pertumbuhannya memerlukan kondisi yang optimum yaitu dalam medium yang cukup mengandung nutrisi untuk pertumbuhan bakteri, yaitu sumber karbon (selulosa) 10%-20%.

Proses pembentukan selulosa diawali dengan pemecahan sukrosa oleh *Acetobacter xylinum*, selanjutnya kan diubah menjadi selulosa dan asam-asam organik lainnya yang membuat nata terasa asam. Untuk menghilangkan asam tersebut, nata harus melalui proses perendaman dan perebusan hingga rasa asamnya hilang. Sintesis selulosa ini merupakan proses yang panjang dan rumit. Proses ini dilakukan oleh mikroorganisme dan membutuhkan waktu selama kurang dari 12 hari.

#### 5). Kadar VitaminB1 (Thiamin)

Kadar vitamin B1 dari semua formula F1, F2, F3 dan air lerry menunjukkan hasil tidak terdeteksi dengan LOD 0,1078 mg/kg. Ada kemungkinan kesalahan alat.

Tabel 12. Hasil Pengujian Vitamin B1

Produk	Kadar Vit B1
P1(100:0) %	Tidak terdeteksi
P2(75:25) %	Tidak terdeteksi
P3(50:50) %	Tidak terdeteksi
Air Lerry	Tidak terdeteksi

#### C. Pengaruh Substitusi Whey Tahu terhadap Daya Terima Nata de Lerry

Daya terima nata de lerry yang disubsitisi whey tahu di lihat dari hasil uji organoleptik yang dilakukan meliputi warna, aroma, tekstur dan rasa. Uji organoleptik ini dilakukan kepada 30 responden

yang terdiri dari mahasiswa Prodi Gizi tingkat III yang sudah mendapatkan mata kuliah Teknologi Pangan dengan materi Uji Citarasa. Setelah dihitung rata-ratanya dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 13. Hasil Rerata Uji Organoleptik

Tabel 13. Hasil Rerata Uji Organoleptik

Perlakuan	Warna	Aroma	Tekstur	Rasa
P1(100:0) %	4.07	3.17	3.87	4,23
P2(75:25) %	4.20	3.40	3,83	3.90
P3(50:50) %	3.70	4.13	4.03	3.40
P4(25:75)%	-	-	-	-
P5(0:100)%	-	-	-	-

Ket : Sangat suka (5), Suka (4), Agak suka (3), Tidak suka (2), Sangat tidak suka (1)

Dari data diatas, diketahui bahwa panelis menyatakan formula P1 dan P2 dari warna, tekstur dan rasa rata-rata suka, kecuali aromanya rata-rata panelis menyatakan agak suka, sedangkan formula P3 untuk warna, aroma dan tekstur rata-rata panelis menyatakan suka sedangkan dari segi rasa agak suka. Hasil tersebut menunjukkan secara fisik bahwa perlakuan F1 yang terdiri dari 100% leri mempunyai hasil uji organoleptik dan ketebalan yang paling baik, yaitu rasa dan tekstur paling banyak disukai, warnanya juga disukai namun aromanya agak disukai. Nata de leri dengan perlakuan F1 ini mempunyai ketebalan paling tinggi yaitu 1 cm dibandingkan perlakuan yang lainnya.

Kehigienisan dan ketelitian dalam pembuatan nata sangat diperlukan. Dari peremajaan starter sampai dengan pemanenan nata menghasilkan produk nata yang 100 % tidak terkontaminasi oleh mikroba yang lain. Untuk mendapatkan warna yang baik pada nata peneliti menggunakan gula yang sangat putih.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Substitusi whey tahu dapat mempengaruhi ketebalan nata, kadar air, kadar abu, kadar serat dan uji organoleptik dari nata de leri. Ketebalan yang terbaik di peroleh dari nata F1 (100 : 0)%, sedangkan kadar air, kadar abu, protein kasar terbaik diperoleh dari nata F3 (50 : 50)%, untuk serat kasar terbaik diperoleh dari nata F2. Hasil pengujian kandungan vitamin B1 dari semua formula dan air leri menunjukkan hasil tidak terdeteksi dengan LOD 0,1078 mg/kg. Uji organoleptik terbaik dari nata F1, yaitu rasa dan tekstur paling banyak disukai, warnanya juga disukai namun aromanya agak disukai

Nata de leri terbaik adalah perlakuan F1 yang terdiri dari 100% leri yang mempunyai hasil uji organoleptik dan ketebalan paling baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alviani, K.D. 2016. Pengaruh Konsentrasi Gula Kelapa dan Starter *Acetobacter xylinum* terhadap Kualitas Gizi dan kimiawi Nata de Leri.
- Budiyanto.K.A. 2004. Mikrobiologi Terapan. Edisi Pertama. Cetakan ketiga. UMM Pres. Malang
- Djajati, Sri U, Sarofa.,Syamsul A. 2006. Pembuatan Nata de Manggo. Jurusan Teknologi Pangan FTI-UPN Jatim
- Doddy A darmajana. 2003. Pengaruh Ketinggian Media dan waktu Inkubasi terhadap beberapa Karakteristik Fisik Nata de Soya, Balai Pengembangan Teknologi Tepat Guna- LIPI , Jakarta
- Effendi, Daika S., S.Utami. 2006. Pengaruh Penggunaan Bahan Dasar dan Jenis Gula terhadap Tebal Lapisan dan Uji Organoleptik Nata. Program Kreatifitas Mahasiswa. Jurusan Biologi FPMIPA IKIP PGRI Madiun.
- Hesse S dan T Kondo. 2005. Behavior of cellulose production of *Acetobacter xylinum* in <sup>13</sup>C-enriched cultivation media including movements on nematic ordered cellulose templates. J. Carbohydrate Polymers (60): 457–465
- Heryawan, K. 2004. *Pengaruh Konsentrasi Gula dan Lama Waktu Fermentasi Terhadap Mutu Nata de Pina*. Skripsi. Jurusan Teknologi hasil Pertanian Unsyiah Banda Aceh.

- Kurotsumi, A., C, Sasaki., Y, Yamashita.,Y, Nakamura, 2009. *Utilization of Varius Friut Juice as Carbon Source for Production of Bacterial Cellulose by Acetobacter xylinum NRBC13693*. Journal of Carbo Vol 79 Page 333-335.
- Klemm, D., Heublein, B., Fink, H.-P., & Bohn, A. (2005). Cellulose: Fascinating biopolymer and sustainable raw material. *Angewante Chemie International* (44): 3358–3393.
- Lina Susanti. 2006. Perbedaan Penggunaan Jenis Kulit Pisang terhadap Kualitas Nata. Semarang : UNNES
- Margaretha, Y.P. *Pengaruh Kadar Gula terhadap Pembuatan Nata de Yam*. Skripsi. Jurusan Pendidikan Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam. Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta
- Nadia. 2010. Keju Halal yang Lezat. Lembaga Pengkajian Pangan, Obat-obatan dan Kosmetika MUI
- Nurdiyanto. 2008. Kualitas Nata dari Bahan Bekatul (Nata de Bekatul) dengan Starter Bakteri *Acetobacter xylinum*. Surakarta. UNMUH Surakarta.
- Nurhasanah, Y,Siti.,Nelly.,REka, Imam.2010. *Potensi Limbah Air Cucian Beras Sebagai Media Perbanyakkan Bakteri Probiotik Tanaman*. Laporan Akhir Program Kreatifitas Mahasiswa. IPB
- Park WI,HS Kim, SM Kwon, TH Hong, HJ Jin.,2009. Synthesis of bacterial celluloses in multiwalled carbon nanotube-dispersed medium. *K. carbohydrate polymers* (77):457-463
- Piluharto, Bambang. 2001. *Studi Awal Penggunaan Nata de Coco sebagai Membran Ultrafiltrasi*. Tesis. Program Magister Kimia. Institut Teknologi Bandung.
- Rachmat, A.,Agustina F. 2009. Pembuatan Nata de Coco dengan Fortifikasi Limbah Cucian Beras Menggunakan *Acetobacter xylinum*. UNDIP. Semarang.
- Ratnawati D. 2007. *Kajian Variasi Kadar Glukosa dan Derajat Keasaman (pH) pada Pembuatan Nata de Citrus dari Jeruk Asam (citrus Lemon L)*, Jurnal Gradien Vol 3 (2) Hal 257-261.
- Rindit Pambayun. 2002. Teknologi Pengolahan Nata de Coco. Yogyakarta : Kanisius
- Sari, R. 2004.Pengaruh pH Ekstraksi Terhadap Karakteristik Konsentrat Protein Ampas Tahu. THP. Universitas Jambi.
- Sutarminingsih, Ch. Lilies. 2004. Peluang Usaha Nata de Coco. Yogyakarta : Kanisius
- Suparno, Paul.2011. Pengantar Statistis untuk Pendidikan dan Psikologi. Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta
- Syukroni, Ikbali., K, Yulianti., A, Baehaki. 2013. *Karakteristik Nata de Seaweed (Euheuma cottonii) dengan Perbedaan Konsentrasi Rumput Laut dan Gula Aren*. Jurnal FihtechVol II NoI
- Warisno.2004. Mudah dan Praktis membuat Nata de Coco. Media Pustaka. Jakarta
- Wijayanti, Fifien., S.Kumalaningsih.,M. Effendi. 2010. *Pengaruh Penambahan Sukrosa dan Asam Asetat Glisial terhadap Kualitas Nata dari Whey Tahu dan Substrat Air Kelapa*. Jurnal Industri Vol I No2 Hal 86-93.
- Yuariesty Yoneda. 2003. Pemanfaatan Whey Keju dalam Pembuatan Nata de Whey dengan Penambahan Amonium Sulfat dan Glukosa. Bogor : IPB



# HUBUNGAN ANTARA GAYA KEPEMIMPINAN DENGAN KEPUASAN KERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR TAHUN 2015

<sup>1</sup>Jane Leo Mangi, <sup>2</sup>Ignasensia D. Mirong  
<sup>1,2</sup> Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[janeagustina29@gmail.com](mailto:janeagustina29@gmail.com), [ignasensiamirong@gmail.com](mailto:ignasensiamirong@gmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction :** *An organization needs an effective leader, who has the ability to influence the behavior of members or subordinates. (Alimuddin, 2002 in Darwito, 2008). A leader of a hospital as one of health services units, responsible for providing quality services in accordance with standards to meet needs and demands of society. The Leaders do not succeed if it can not motivate, move and satisfy employees on a particular job and environment. Various studies conducted on nurse job satisfaction indicate that many experienced job dissatisfaction.*

**Objective :** *This stud aims to analyze the relationship between leadership style and job satisfaction among nurses in Stella Maris hospital, Makassar , in 2015.*

**Method :** *The research used the cross sectional method. The samples (80 associate nurses) were. Selected using the Stratified proportional Random sampling technique. The data were collected using. Questionnaires with Likert scale; and they were analyzed using the Chi Square test.*

**Result :** *The results show that are not correlated are participative style. ( $p=0.157$ ), caring style ( $p=0.532$ ), directive style ( $p=0.906$ ), supportive style ( $p=0.98$ ) achievement orientation style ( $p=0.888$ ), character of education ( $p=0.113$ ), and marital status ( $p=0.09$ ).*

**Conclusion :** *There is no relationship of leadership style: participative style, caring style, directive style, supportive style and orientation style on achievement with nurse job satisfaction. In using an effective leadership style, leaders need to understand the characteristics of subordinates so as to influence the perceptions of subordinates and able to provide motivation to them about the clarity of tasks, achievement goals, job satisfaction and effective implementation.*

**Keywords:** *leadership style, job satisfaction*

## PENDAHULUAN

Selaras dengan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, pelayanan kesehatan harus selalu mengevaluasi kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien atau masyarakat secara terus menerus. Hal ini penting dilakukan untuk memperbaiki kualitas layanan kesehatan agar terus menerus dapat diperbaiki kearah yang lebih baik. Layanan kesehatan akan selalu mengalami perubahan, bukan saja dalam hal teknologi dan prosedur layanan kesehatan yang digunakan, tetapi juga dalam organisasinya yang rumit. Perubahan itu perlu dilakukan secara berkesinambungan dan menyeluruh, karena harapan pasien/masyarakat terhadap pelayanan kesehatan itu sendiri telah berubah dan akan selalu berubah (Luthans, 2006).

Suatu organisasi membutuhkan pemimpin yang efektif, yang mempunyai kemampuan mempengaruhi perilaku anggotanya atau anak buahnya (Alimuddin, 2002 dalam Darwito, 2008). Seorang pemimpin atau kepala suatu rumah sakit sebagai salah satu unit tempat pelayanan kesehatan, bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat.

Berbagai penelitian yang dilakukan tentang kepuasan kerja perawat menunjukkan bahwa banyak yang mengalami ketidakpuasan kerja. Penelitian di berbagai rumah sakit menurut Aitken *etal* dikutip Wuryanto (2010), menunjukkan bahwa lebih dari 40 % perawat mengalami ketidakpuasan kerja dan 33 %

perawat berumur kurang dari 30 tahun bermaksud keluar dari pekerjaan mereka. Menurut Baumann (2007) yang dikutip oleh Wuryanto (2010), di Amerika Serikat, Kanada, Inggris dan Jerman menunjukkan bahwa 41 % perawat di rumah sakit mengalami ketidakpuasan dengan pekerjaannya, dan 22 % diantaranya berencana meninggalkan pekerjaannya dalam satu tahun.

Hal serupa juga dilaporkan Curtis (2007) dikutip oleh Wuryanto (2010), bahwa perawat mengalami ketidakpuasan kerja tingkat rendah hingga sedang. Setyawan sendiri menemukan hal yang serupa bahwa perawat di Indonesia mengalami ketidakpuasan kerja tingkat rendah. Bila perawat banyak mengalami ketidakpuasan maka akan berdampak pada buruknya pelayanan rumah sakit. Hal itu timbul sebagai akibat dari kepemimpinan yang tidak disenangi. Roznowski dan Hulin 1992 yang dikutip Samad 2006, menjelaskan bahwa Ketidakpuasan pekerja dapat menyebabkan hasil kerja yang tidak diinginkan misalnya pencurian, mencari pekerjaan sambilan dan dapat memunculkan keabsenan (*absenteeism*). Lebih lanjut Samad 2006, menyatakan bahwa ketidakpuasan karyawan juga cenderung memunculkan praktek tingkah laku penarikan diri dari pekerjaan seperti keluar dari perusahaan atau pengunduran diri, dan mengutip pernyataan Hellman (1997) dalam Samad,2006, yaitu mempertimbangkan kesempatan memperoleh pekerjaan yang lain.

Hasil residensi yang dilakukan pada bulan Oktober 2014 di RS Stella Maris Makassar menemukan bahwa ketidakpuasan perawat berada pada tingkat sedang. Hal ini dibuktikan bahwa sebesar 57 % perawat di ruangan menyatakan ketidakpuasan terutama terhadap kompensasi yang diberikan oleh rumah sakit. Hal ini menyebabkan tingkat *turnover* (keluarnya pegawai) perawat di RS Stella Maris dalam setiap tahunnya cukup tinggi. Berdasarkan data ketenagaan bagian Kepegawaian Rumah Sakit Stella Maris Makassar akhir tahun 2014, didapati angka turnover yang cukup tinggi dalam satu tahun. Perawat yang keluar sebagian besar berumur kurang dari 30 tahun dengan lama kerja di bawah 2 tahun. Selain itu mereka yang keluar dan bekerja di rumah sakit lain sebagian besar perawat dengan pendidikan DIII. Salah satu alasan keluarnya (*turnover*) perawat dan pindah ke rumah sakit lain karena ingin mendapat gaji yang lebih tinggi.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Untuk mengetahui gaya kepemimpinan, kepuasan kerja perawat, dan hubungan gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja perawat.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik yaitu menganalisa hubungan antara 2 atau lebih variabel dengan rancangan *Cross Sectional* yaitu untuk mengetahui hubungan antara variabel dimana Gaya Kepemimpinan sebagai variabel independen dan kepuasan kerja perawat sebagai variabel dependen diidentifikasi pada satuan waktu.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruangan rawat inap dan rawat jalan di RS Stella Maris Makassar sebesar 262 perawat. Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Stratified Proportional Random Sampling* yaitu penentuan sampel dengan cara memilih responden secara acak dari masing – masing pengelompokkan jenis ruangan yang berjumlah 14 ruangan.

Data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah data mengenai persepsi perawat pelaksana tentang gaya kepemimpinan dan kepuasan kerja. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara Kuesioner. Peneliti memberikan kuesioner kepada 80 perawat pelaksana Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebanyak 3 bagian, yaitu kuesioner tentang persepsinya terhadap gaya kepemimpinan yang dijalankan pimpinannya (kepala ruangan), yang kedua tentang kepuasan kerja perawat. Kuesioner diisi oleh perawat / responden yang sama.

Analisis data adalah proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diimplementasikan. Analisis yang digunakan untuk mengukur tingkat validitas data adalah dengan koefisien korelasi menggunakan bantuan komputerisasi. Analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing – masing variabel yang diteliti. Analisis Bivariat Analisis bivariat dilaksanakan untuk mendapatkan nilai kemaknaan hubungan (korelasi) antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan tergantung pada jenis data yang dianalisis.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa tanggapan responden terhadap gaya kepemimpinan yang paling tinggi adalah partisipatif (77,5%) dan paling rendah adalah gaya kepemimpinan berorientasi pada prestasi (53,8).

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kepuasan kerja tinggi (>50%). Dari lima dimensi dari kepuasan, kepuasan dengan rekan sekerja yang memiliki nilai tertinggi yaitu 81,3% dan yang terendah kepuasan dengan gaji yakni 52,5%.

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki kepuasan kerja tinggi dengan gaya pemimpin yang suportif (65,2%). Namun sebesar 63,0% perawat memiliki kepuasan kerja tinggi meski pimpinan dengan pengasuh rendah. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi-squared* dari semua gaya kepemimpinan didapatkan nilai  $p > \alpha 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan tidak ada hubungan gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja di ruang rawat RS Stella Maris Makassar. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan gaya kepemimpinan : gaya partisipatif, gaya pengasuh, gaya direktif, gaya suportif dan gaya orientasi pada prestasi dengan kepuasan kerja perawat dan Terdapat hubungan positif karakteristik umur dan masa kerja dengan kepuasan kerja perawat. Ini berarti dengan bertambahnya umur dan masa kerja, kepuasan kerja semakin tinggi.

Penelitian yang dilakukan Reichers dan Scheneider 1990 dalam Vardi 2001, menyatakan bahwa Stres kerja dan iklim organisasi adalah dua variabel yang menjadi prediktor variabel kepuasan kerja. Mereka mendefinisikan Iklim sebagai suatu persepsi atau anggapan bersama mengenai kebijakan organisasi, pelaksanaan kebijakan dan prosedur-prosedur baik formal maupun informal.

Berbeda dengan hasil penelitian beberapa peneliti seperti Darwito (2008), Hidayati dkk (2009), Baihaqi (2010), yang menyatakan adanya hubungan positif antara gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja perawat. Adanya korelasi positif antara sikap pimpinan gaya suportif dengan kepuasan kerja, variabel gaya suportif merupakan variabel yang memiliki pengaruh terbesar dalam hubungannya dengan kepuasan kerja. Hal ini menunjukkan bahwa gaya suportif sangat mempengaruhi kepuasan kerja.

Beberapa alasan tidak terdapat hubungan gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja perawat dalam arti baik gaya partisipatif, pengasuh, direktif, suportif dan orientasi pada prestasi kurang / lebih tinggi, tidak mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Kepuasan kerja perawat tinggi meskipun gaya kepemimpinan baik atau kurang baik. Komitmen adalah faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Dengan kata lain perawat yang memiliki komitmen yang kuat terhadap organisasi, maka kepuasan kerja tinggi. Selain itu hasil yang ditemukan di rumah sakit Stella Maris bahwa hubungan yang akrab antar rekan sekerja yang memungkinkan perawat dapat menikmati pekerjaannya meski beban kerja tinggi.

Dari hasil penelitian, masih ada perawat yang tidak puas bekerja meski gaya kepemimpinan dari pimpinan baik. Perawat yang tidak puas meski gaya partisipatif tinggi sebesar 38,7%, gaya pengasuh (47,2%), direktif (42,3%), suportif (34,8%) dan orientasi pada prestasi (41,9%). Hal ini menunjukkan bahwa ada faktor lain yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja perawat. salah satunya adalah beban kerja perawat. Beban kerja yang diberikan menentukan seorang perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Fakta di RS Stella Maris Makassar adalah masih banyak tenaga keperawatan memiliki beban kerja melebihi dari yang seharusnya, dimana perawat lebih banyak mengerjakan pekerjaan lain disamping pekerjaan keperawatan. Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan.

Toha (2001), dalam penelitiannya menyatakan bahwa pemimpin tidak dapat menggunakan gaya kepemimpinan yang sama dalam memimpin bawahannya, namun harus disesuaikan dengan karakter-karakter tingkat kemampuan dalam tugas setiap bawahannya. Pemimpin yang efektif dalam menerapkan gaya tertentu dalam kepemimpinannya terlebih dahulu harus memahami siapa bawahan yang dipimpinnya, mengerti kekuatan dan kelemahan bawahannya, dan mengerti bagaimana caranya memanfaatkan kekuatan bawahan untuk mengimbangi kelemahan yang mereka miliki.

Davis, Keith 1985 dalam Baihaqi (2010), membagi kepuasan kerja dalam lima aspek antara lain : Pekerjaan itu sendiri (*work it self*), dimana setiap pekerjaan memerlukan suatu keterampilan tertentu

sesuai dengan bidangnya masing-masing. Sukar tidaknya suatu pekerjaan serta perasaan seseorang bahwa keahliannya dibutuhkan dalam melakukan pekerjaan tersebut, akan meningkatkan atau mengurangi kepuasan kerja. Hal inilah yang dialami oleh perawat RS Stella Maris yang merasakan bahwa keahliannya dibutuhkan oleh rumah sakit yang mempengaruhi kepuasan dalam bekerja atau sebaliknya.

Aspek kedua yaitu atasan (*supervision*). Bagi bawahan, atasan bisa dianggap sebagai figur ayah / ibu / teman dan sekaligus atasannya. Jika atasan baik, berarti mau menghargai pekerjaan bawahannya. Hal ini juga dirasakan oleh perawat di rumah sakit Stella Maris. Perawat dapat puas bekerja, karena atasan memenuhi harapan bawahan. Sebaliknya ketidakpuasan dalam bekerja disebabkan atasan yang tidak memahami apa keinginan / kebutuhan bawahan.

Aspek ketiga adalah teman sekerja (*worker's*) yang merupakan faktor yang berhubungan dengan hubungan antara pegawai dengan atasannya dan dengan pegawai lain, baik yang sama maupun yang berbeda jenis pekerjaannya. Perawat RS Stella Maris yang memiliki kepuasan dengan rekan sekerja yang tertinggi. Hubungan dengan teman sejawat maupun dengan tenaga lain di rumah sakit baik. Hal ini disebabkan budaya organisasi di rumah sakit Stella Maris Makassar baik terbukti budaya yang sekarang dijalankan diantaranya adalah ada rutin rohani setiap pagi sebelum bekerja mengingat visi rumah sakit yang mengutamakan sisi keagamaannya.

Aspek keempat yaitu gaji atau upah (*pay*), merupakan faktor pemenuhan kebutuhan hidup pegawai yang dianggap layak atau tidak. Meskipun ada perawat yang merasa tidak puas dengan gaji / upah yang diberikan rumah sakit, namun umumnya perawat puas dengan gaji yang diberikan. Hal ini kemungkinan disebabkan beberapa alasan. Budaya organisasi yang baik, tingkat pendidikan dan ketrampilan serta komitmen yang tinggi.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari hasil dan pembahasan tentang hubungan gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja perawat di ruang rawat RS Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa Tidak terdapat hubungan gaya kepemimpinan : gaya partisipatif, gaya pengasuh, gaya direktif, gaya suportif dan gaya orientasi pada prestasi dengan kepuasan kerja perawat. Tidak terdapat hubungan gaya kepemimpinan : gaya partisipatif, gaya pengasuh, gaya direktif, gaya suportif dan gaya orientasi pada prestasi dengan kepuasan kerja perawat.

Dalam menggunakan gaya kepemimpinan yang efektif, pimpinan perlu memahami karakteristik bawahan sehingga mampu mempengaruhi persepsi para bawahan dan mampu memberikan motivasi kepada mereka tentang kejelasan-kejelasan tugasnya, pencapaian tujuan, kepuasan kerja dan pelaksanaan yang efektif.

Terdapat lima dimensi kepuasan kerja yang perlu diperhatikan dalam suatu organisasi yaitu kepuasan dengan gaji, promosi, rekan sekerja, penyelia / atasan dan pekerjaan itu sendiri. Jika karyawan merasa puas dengan gaji, promosi, keberhasilan, kemajuan, menikmati kerjasama dengan karyawan lain, bekerja dengan karyawan yang bertanggung jawab, maka organisasi akan menilai kepuasan kerja karyawan baik.

Implikasi dari hasil-hasil penelitian menganjurkan agar manajemen mempertimbangkan kelima variabel tersebut sebagai tolak ukur dalam mengembangkan kebijakan yang tepat demi meningkatnya kepuasan kerja.

Bagi para kepala ruangan perlu menggunakan beberapa gaya kepemimpinan dalam memperkuat hubungan yang baik dengan stafnya demi meningkatkan kepuasan kerja perawat.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Baihaqi Fauzan. (2010). *Pengaruh Gaya Kepemimpinan terhadap Kepuasan Kerja dan Kinerja dengan Komitmen Organisasi sebagai Variabel Intervening*. Thesis
- Darwito. (2008). *Analisis pengaruh gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja dan komitmen organisasi untuk meningkatkan kinerja karyawan*. Thesis
- Hidayati, Darmawati, & Herlina. (2009). *Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan*
- Luthans F. (2006). *Perilaku organisasi*. (Edisi 10.). Yogyakarta: Penerbit ANDI.

- Nafisah Durrotun. (2005). "*Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kepuasan Kerja, Komitmen Organisasi dan Kinerja Karyawan*", Skripsi Manajemen, Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro 2005.
- Mamik. (2010). *Pengaruh gaya kepemimpinan, motivasi kerja, dan komitmen organisasi terhadap kinerja karyawan*. Majalah Ekonomi. Tahun XX No. 1.
- Sutanto E.M. & Setiawan B. (2000). "*Peranan Gaya Kepemimpinan yang Efektif dalam Upaya Meningkatkan Semangat dan Kegairahan Kerja Pegawai di Toserba Sinar Mas Sidoarjo*". Journals Management 02-01-00-3.<http://puslit.petra.ac.id/journals/management/>
- Thoha M. (2001). *Kepemimpinan dalam manajemen*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Widyastuti HanaC.(2009). *Hubungan Antara Budaya Organisasi Dengan Komitmen Organisasi Pada Perawat Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*. Skripsi, Semarang
- Wuryanto. (2010). *Hubungan lingkungan kerja dan karakteristik individu dengan kepuasan kerja perawat di RSUD Tugurejo Semarang*. Thesis

# HUBUNGAN RATIO LINGKAR PINGGANG DAN PANGGUL DENGAN KADAR GLUKOSA DARAH PRIA DAN WANITA DEWASA DI KELURAHAN PENFUI KOTA KUPANG TAHUN 2017

Emilia Erningwati Akoit  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang  
[emilia.akoit@yahoo.co.id](mailto:emilia.akoit@yahoo.co.id)

## ABSTRACT

*Obesity is one of the factors that trigger the occurrence of various types of cardiovascular and metabolic diseases, one of which is a melitus meletes characterized by elevated blood glucose levels. One way to detect risk factors for elevated blood glucose levels is by measuring the ratio of waist and hip circumference. The purpose of this study was to identify the relationship between waist and hip circumference ratio with blood glucose level of male and female adult. The type of research is quantitative research with cross-sectional design. Sample in this penelian is man and woman age 20-60 years old counted 75 people. Sampling technique is purposive sampling. The statistical test used is Chy-square. The results showed that there was a relationship between waist and hip ratio of hip and blood glucose levels.*

*Key word: ratio of waist and hip circumference, blood glucose*

## PENDAHULUAN

kegemukan atau obesitas merupakan salah satu faktor resiko untuk terjadinya penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif yang sering terjadi diantaranya hipertensi dan Diabetes Melitus. Orang dengan obesitas beresiko delapan kali lebih besar dibanding yang memiliki berat badan normal. Prevalensi obesitas meningkat tidak hanya di negara maju tetapi di negara berkembang termasuk Indonesia.

Obesitas didefinisikan sebagai keadaan dimana jaringan lemak tubuh berlebihan pada jaringan lemak bawah kulit. Penyebab obesitas adalah ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran energi. Meningkatnya jumlah asupan dengan aktifitas yang rendah menyebabkan terjadinya obesitas dan tubuh yang kelebihan berat badan akan mudah terserang penyakit degeneratif.

Berdasarkan data WHO, terdapat 1,6 miliar orang dewasa yang memiliki berat badan berlebih (overweight) dan 400 juta diantaranya mengalami obesitas atau kegemukan (WHO, 2011). Menurut data dari American Heart Association (AHA) pada tahun 2011, terdapat 12 juta (16,3%) anak di Amerika yang berumur 2-19 tahun sebagai penyandang obese (AHA, 2011). Sekitar satu pertiga (32,9%) atau 72 juta orang dewasa warga negara Amerika Serikat adalah obese. Sedangkan di Indonesia, menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2007, prevalensi nasional obesitas umum pada penduduk berusia  $\geq 15$  tahun adalah 10,3% (laki-laki 13,9%, perempuan sebesar 23,8% (Depkes RI, 2009). Data-data ini menunjukkan bahwa resiko mengalami penyakit degeneratif semakin meningkat.

Salah satu upaya untuk mendeteksi secara dini seseorang beresiko mengalami penyakit degeneratif adalah dengan penilaian *Waist Hip Ratio* (WHR) yaitu ratio lingkaran pinggang dan lingkaran pinggul. Penilaian obesitas yang populer di masyarakat seperti indeks massa tubuh (IMT) kurang dapat menggambarkan obesitas sentral secara tepat pada individu. Saat ini rasio lingkaran pinggang dan pinggul dianggap sebagai salah satu cara pengukuran antropometri yang lebih sensitif, murah dan mudah dalam menilai obesitas sentral.

Peranan obesitas dalam resistensi insulin dijelaskan dalam berbagai teori. Salah satu teori menjelaskan bahwa jaringan lemak merupakan salah satu jaringan endokrin aktif yang berhubungan dengan hati dan otot (dua jaringan sasaran insulin) melalui pelepasan zat perantara yang pada akhirnya

mempengaruhi kinerja insulin. Tingginya penumpukan jaringan lemak tersebut dapat berakhir dengan timbulnya resistensi insulin.

Resistensi insulin yang terjadi pada kelompok obesitas mengakibatkan penurunan kerja insulin pada jaringan sasaran sehingga menyebabkan glukosa sulit memasuki sel. Hal ini akan berdampak pada meningkatnya kadar glukosa darah. Peningkatan kadar glukosa darah yang terjadi pada keadaan resistensi insulin dapat dideteksi dan diukur melalui pemeriksaan kadar glukosa darah. Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar glukosa darah adalah usia, stres, pola makan, obesitas, kurang aktifitas, genetik, obat-obatan dan infeksi virus/bakteri. Salah satu faktor resiko dari obesitas dapat diidentifikasi dari penialian ratio lingkaran pinggang dan pinggul.

Ratio lingkaran pinggang dan lingkaran pinggul diperkirakan menjadi salah satu indikator untuk menilai resiko terjadinya DM yaitu dengan adanya peningkatan kadar glukosa darah. Berbagai penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa ratio lingkaran pinggang dan lingkaran pinggul ditemukan meningkat pada individu dengan DM tipe 2. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mulyani dan Rita (2016) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara ratio lingkaran pinggang dan lingkaran pinggul dengan kadar glukosa darah, namun hasil penelitian yang dilakukan oleh Hanifah (2015) menunjukkan bahwa ada hubungan antara WHR dengan kadar glukosa darah.

Penelitian tentang WHR di Nusa Tenggara Timur (NTT) ini menjadi hal yang penting terutama pada individu dengan usia produktif karena terkait pola makan (frekuensi, jenis dan jumlah) yang mana terkait kebiasaan dalam mengkonsumsi makanan tinggi lemak jenuh. Selain itu, hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang datang ke pelayanan kesehatan telah mengalami komplikasi DM tipe II akibat peningkatan kadar gula darah kronik. Dengan demikian, jika diketahui ratio lingkaran pinggang dan pinggul dapat diketahui seberapa besar resiko terjadinya peningkatan kadar gula darah.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* untuk menguji hubungan ratio lingkaran pinggang dan pinggul dengan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa di Kelurahan Penfui tahun 2017.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pria dan wanita dewasa (usia 20-69 tahun) yang berada di Kelurahan Penfui. Sampel yang diambil dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi yang dibuat peneliti. Menurut Sandjaja dan Heriyanto (2006) kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek agar dapat diikuti sertakan dalam penelitian. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* untuk mendapatkan sampel yang memenuhi syarat sampai selesai waktu penelitian. Kriteria inklusi responden dalam penelitian ini adalah: Usia 20 tahun – 59 tahun, Bersedia menjadi responden, Dapat membaca dan menulis, Sehat dan tidak sedang dalam kondisi sakit, Bukan penderita DM tipe 2 dan hipertensi atau penyakit kardiovaskuler lainnya. Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan penghitungan rumus koefisien korelasi sebanyak 75 orang.

Penelitian dilaksanakan pada bulan September – awal November 2017 di RT 07 RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang. Variabel independen dalam penelitian ini adalah ratio lingkaran pinggang dan pinggul (WHR). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa. Variabel *confounding*: usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, diet, olahraga, tekanan darah.

Pengolahan data melalui 4 (empat) tahapan yaitu editing, coding, processing dan cleaning. Analisis data penelitian (analisis univariat) untuk jenis data numerik yaitu ratio lingkaran pinggang dan pinggul, kadar gula darah menggunakan nilai mean, median, standar deviasi, minimum dan maksimum. Sedangkan analisis data untuk jenis data kategorik yaitu usia, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan DM, tekanan darah, olahraga dan diet menggunakan distribusi frekuensi dan presentasi. Analisis bivariat dalam penelitian ini adalah untuk membuktikan hipotesis penelitian ada hubungan WHR dengan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa di Kelurahan Penfui Kota Kupang. Uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis ini adalah Korelasi Spearman karena data berdistribusi tidak normal sehingga digunakan uji non parametrik untuk menguji hubungan antara dua variabel tersebut. Selain itu juga analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan faktor-faktor *confounding* dengan kadar glukosa

darah pria dan wanita dewasa di kelurahan penfui Kota Kupang. Analisis bivariat untuk menguji hubungan variabel-variabel *confounding* (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan DM, diet dan pola olahraga) dengan variabel dependen (kadar glukosa darah) menggunakan uji *Chi – Square*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

#### a. Usia

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

<b>USIA (tahun)</b>	<b>JUMLAH</b>	<b>%</b>
20-29	17	22.7
30-39	18	24.0
40-49	23	30.7
50-59	17	22.7

Tabel 4.1 menggambarkan bahwa responden terbanyak berada pada usia 40 – 49 tahun yaitu sebanyak 23 orang (30,7%).

#### b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Jenis Kelamin	JUMLAH	%
Perempuan	20	26.7
Laki-laki	55	73.3
Jumlah	75	100

Tabel 4.2 di atas menggambarkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 55 orang (73.3%).

#### c. Tingkat pendidikan

Diagram 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

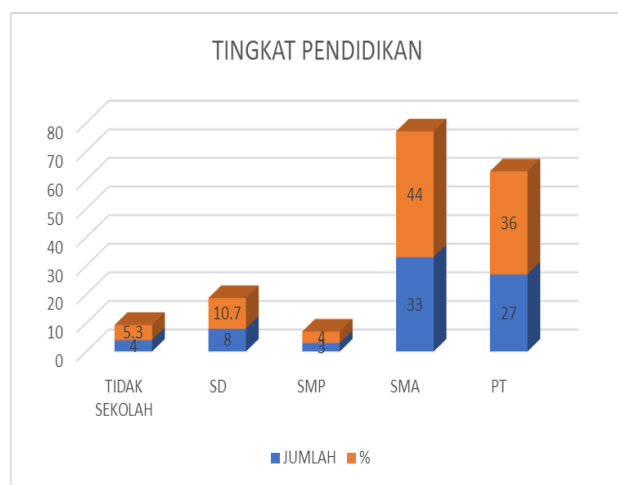


Diagram 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan tingkat pendidikan SMA yaitu sebanyak 44% dan yang paling sedikit dengan tingkat Pendidikan SMP yaitu sebanyak 3 orang (4%).



2. Data Khusus

a. **Ratio lingkaran pinggang dan panggul**

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Ratio lingkaran pinggang dan panggul (WHR) Pria dan wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Kategori WHR	Jumlah	%
Resiko rendah	2	2.7
Resiko sedang	13	17.3
Resiko tinggi	8	10.7
Resiko sangat tinggi	52	69.3
Total	75	100

Tabel 4.3 menggambarkan bahwa sebagian besar pria dan wanita dewasa memiliki ratio lingkaran pinggang dan panggul dengan resiko sangat tinggi yaitu sebesar 52 orang (69,3%) sedangkan yang beresiko rendah sebesar 2,7%, resiko sedang sebesar 17,3% dan resiko tinggi sebesar 10,7%.

b. Kadar glukosa darah

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kadar glukosa darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Kadar Gula darah	JUMLAH	%
Sewaktu		
Rendah (< 70 mg/dl)	4	5,3
Normal (< 200 mg/dl)	63	84
Tinggi (≥ 200mg/dl)	8	10,7
Jumlah		

Tabel 4.4 menggambarkan bahwa sebagian besar reponden memiliki kadar gula darah yang normal yaitu sebanyak 63 orang (84%), sedangkan yang memiliki kadar gula darah tinggi sebanyak 8 orang (10,7%) dan kadar gula darah rendah sebanyak 4 orang (5,3%).

c. Riwayat keluarga dengan penyakit DM

Diagram 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan riwayat keluarga dengan penyakit DM Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

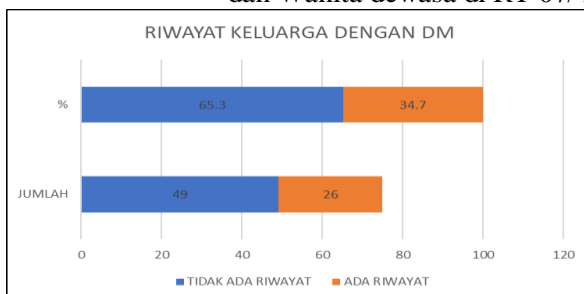


Diagram 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki riwayat DM dalam keluarga yaitu sebesar 65,3%.

d. Diet

Diagram 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan tipe diet Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

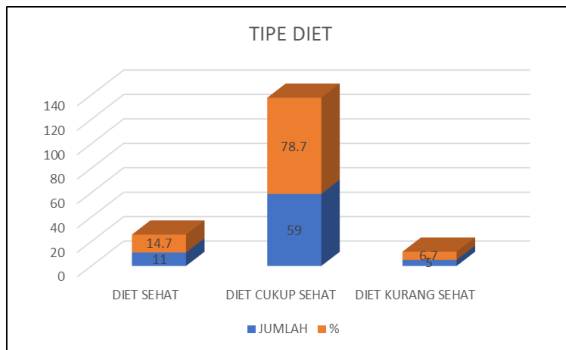


Diagram 4.3 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki diet yang cukup sehat yaitu sebanyak 59 orang (78,7%), sedangkan yang memiliki diet yang kurang sehat sebanyak 5 orang (6,7%).

e. Olahraga

Diagram 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan pola olahraga Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

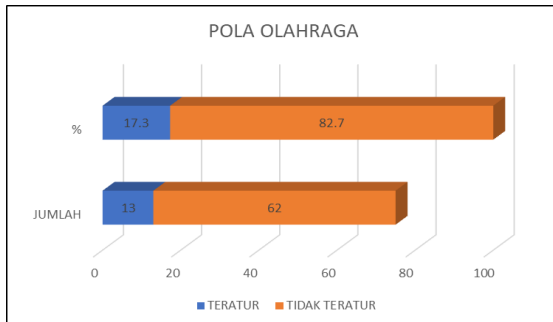


Diagram 4.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pola olahraga yang tidak teratur yaitu sebanyak 62 orang (82,7%), sedangkan yang memiliki pola olahraga yang teratur sebanyak 13 orang (17,3%).

f. Tekanan darah

Diagram 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan tekanan darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017



Diagram 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tekanan darah yang normal yaitu sebesar 86,7%.

3. Analisa bivariat

a. Hubungan usia dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Usia (tahun)	Kadar gula darah			p value
	Rendah	Normal	Tinggi	
20-29	0	17	0	0,130
30-39	1	17	0	
40-49	0	10	4	
50-59	1	13	3	
60-69	1	7	1	
Jumlah	3	64	8	

Tabel 4.5 di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan peningkatan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa dengan  $p \text{ value} = 0,130 > \alpha (0,05)$ .

b. Hubungan jenis kelamin dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Jenis kelamin	Kadar gula darah			p value
	Rendah	Normal	Tinggi	
Laki-laki	0	20	0	0,096
Perempuan	3	44	8	
	3	64	8	

Tabel 4.6 di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan peningkatan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa dengan  $p \text{ value} = 0,096 > \alpha (0,05)$ .

c. Hubungan riwayat keluarga penyakit diabetes melitus dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan riwayat keluarga DM dengan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Riwayat keluarga	Kadar gula darah			p value
	Rendah	Normal	Tinggi	
Ada	3	40	6	0,342
Tidak ada	0	24	2	
	3	64	8	

Tabel 4.7 di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat keluarga dengan DM dengan peningkatan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa dengan  $p \text{ value} = 0,342 > \alpha (0,05)$ .

d. Hubungan diet dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan tipe diet dan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Tipe diet	Kadar gula darah	p value
-----------	------------------	------------

	Rendah	Normal	Tinggi	
Diet sehat	0	10	1	0,001
Diet cukup sehat	3	53	3	
Diet kurang sehat	0	1	4	
	3	64	8	

Tabel 4.8 di atas menunjukkan bahwa ada hubungan antara tipe diet dengan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa dengan  $p \text{ value} = 0,001 < \alpha (0,05)$ .

e. Hubungan olahraga dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan pola olahraga dan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Pola olahraga	Kadar gula darah			p value
	Rendah	Normal	Tinggi	
Teratur	2	8	3	0,015
Tidak teratur	1	56	5	
	3	64	8	

Tabel 4.9 di atas menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola olahraga dengan peningkatan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa dengan  $p \text{ value} = 0,015 < \alpha (0,05)$ .

f. Hubungan tekanan darah dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan pola olahraga dan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Tekanan darah	Kadar gula darah			p value
	Rendah	Normal	Tinggi	
Normal	3	60	2	0,001
Tinggi	0	4	6	
	3	64	8	

Tabel 4.10 di atas menunjukkan bahwa ada hubungan antara tekanan darah dengan peningkatan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa dengan  $p \text{ value} = 0,001 < \alpha (0,05)$ .

g. Hubungan ratio lingk pinggang dan panggul dengan kadar glukosa darah

Tabel 4.11 Analisis hubungan ratio lingk pinggang dan panggul dengan Kadar gula darah Pria dan Wanita dewasa di RT 07/ RW 03 Kelurahan Penfui Kota Kupang tahun 2017

Variabel	r	p value
Ratio lingk pinggang dan panggul	0,293	0.011

Tabel 4.11 di atas menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara ratio lingk pinggang dan panggul (WHR) dengan kadar glukosa darah pria dan wanita dewasa yang dibuktikan dengan  $p \text{ value} = 0,011$ . Hasil uji Korelasi Spearman menunjukkan bahwa nilai  $r = 0,293$  yang berarti arah hubungan positif dan hubungan yang terjadi cukup kuat. Hal ini menggambarkan bahwa semakin tinggi nilai WHR maka semakin tinggi kadar glukosa darah.

## 1. Karakteristik demografi

### a. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan usia 40-49 tahun. Meningkatnya usia berpengaruh terhadap perubahan fisiologis yang akan menurun drastis pada usia di atas 40 tahun. Proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin sehingga menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah (Sunjaya, 2009). Selanjutnya dijelaskan bahwa pada proses penuaan terjadi penurunan sekresi insulin. Jika pada kondisi tersebut, terjadi gangguan sekresi insulin yang diakibatkan oleh adanya peningkatan kebutuhan akan hormon insulin pada usia tua, maka menyebabkan gangguan homeostasis glukosa, intoleransi glukosa yang pada akhirnya mengakibatkan DM tipe 2 (Gong & Muzumdar, 2012).

### b. Jenis kelamin.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Perempuan memiliki resiko yang lebih besar mengalami penyakit DM tipe 2 dibanding laki-laki. Pendapat ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ortiz et al (2010) yang menerangkan bahwa laki-laki lebih sering melakukan aktifitas fisik dan olahraga secara teratur dibandingkan perempuan. Olahraga yang dilakukan secara teratur, dapat merangsang sensitivitas sel terhadap insulin serta pengurangan lemak sentral dan perubahan jaringan otot (Kriska, 2007). Dengan demikian resiko terhadap penyakit DM tipe 2 menjadi minimal.

Faktor penting lain yang juga berpengaruh terhadap meningkatnya angka kejadian DM tipe 2 pada wanita yaitu meningkatnya hormon testosteron pada wanita. Dijelaskan lebih lanjut bahwa wanita dengan kadar testosteron yang tinggi, mempunyai hormon androgen yang tinggi. Hormon androgen sangat erat kaitannya dengan intoleransi glukosa dan resistensi insulin. Sehingga pada saat terjadi peningkatan hormon androgen tersebut, dapat pula terjadi peningkatan resistensi insulin yang meningkatkan kadar glukosa darah atau resiko DM tipe 2 (Ding, Song, Malik, Liu-Jama, 2006).

### c. Tingkat pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan tingkat pendidikan SLTA (Sekolah lanjutan Tingkat Atas). Menurut UU RI nomor 20 tahun 2003, SLTA dikategorikan sebagai jenjang Pendidikan menengah. Dengan tingkat pendidikan yang cukup baik, diharapkan kemampuan untuk melakukan pencegahan terhadap penyakit lebih optimal. Hal ini diperkuat oleh Pendapat Notoatmodjo (2010) bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik dibanding yang tidak didasari oleh pengetahuan. Dengan demikian, jika responden dengan tingkat pendidikan yang cukup baik diharapkan akan memiliki pengetahuan yang baik pula dalam hal pencegahan terhadap penyakit, dalam hal ini adanya upaya untuk mempertahankan kadar glukosa darah tetap dalam batas normal.

## 2. Data khusus

### a. Hubungan Diet dengan kadar glukosa darah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki diet yang cukup sehat. Diet yang cukup sehat meminimalkan resiko terjadinya peningkatan kadar glukosa darah pada pria dan wanita. Hal ini diperkuat oleh pendapat Post et al (2012) yang menjelaskan bahwa diet rendah karbohidrat terbukti menurunkan kadar glukosa darah. Studi lain juga menunjukkan bahwa diet rendah karbohidrat terbukti menurunkan kadar glukosa darah untuk mencapai kontrol glikemik yang adekuat dan merangsang sensitivitas insulin. Pada akhirnya, akan tercapai kadar glukosa darah dalam batas normal.

Hasil uji hubungan antara diet dengan kadar glukosa darah menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara diet dengan kadar glukosa darah. Sebagian besar responden dengan diet yang cukup sehat memiliki kadar gula darah dalam batas normal. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Leila et al (2010) yang menjelaskan bahwa diet yang cukup sehat (tinggi serat) memiliki respon terhadap tercapainya kadar glukosa darah yang normal dibanding diet rendah serat. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dengan diet yang cukup sehat akan tercapai kadar glukosa darah dalam batas normal.

#### b. Hubungan olahraga dengan kadar glukosa darah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pola olahraga yang tidak teratur. Pola olahraga yang teratur memungkinkan untuk seseorang mempunyai kadar gula darah yang normal. Sebagian besar responden dengan pola olahraga yang tidak teratur. Hal ini menggambarkan bahwa masih rendahnya penerapan perilaku hidup sehat dalam hal olahraga. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rondonowu, Rompas & Bataha (2016) yang menemukan bahwa masih ada responden yang melakukan aktifitas ringan setiap harinya. Aktifitas ringan dapat menyebabkan kadar glukosa darah berada di atas normal.

Hasil uji hubungan antara pola olahraga dengan kadar glukosa darah menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola olahraga dengan kadar glukosa darah. Sebagian responden dengan pola olahraga yang tidak teratur memiliki kadar glukosa darah yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh olahraga terhadap kestabilan kadar glukosa darah. Pendapat ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Barnes (2012) bahwa pengaruh aktivitas fisik atau olahraga secara langsung berhubungan dengan peningkatan kecepatan pemulihan glukosa otot (seberapa banyak otot mengambil glukosa dari aliran darah). Saat berolahraga, otot menggunakan glukosa yang tersimpan dalam otot dan jika glukosa berkurang, otot mengisi kekosongan dengan mengambil glukosa dari darah. Ini akan mengakibatkan menurunnya glukosa darah sehingga memperbesar pengendalian kadar glukosa darah. Selain itu dijelaskan bahwa program latihan fisik yang terstruktur secara klinis dan statistik memberikan pengaruh yang bermanfaat terhadap kontrol kadar glukosa darah (Boule, et al, 2010). Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur, Wilya & Ramadhan (2016) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara olahraga dengan kadar glukosa darah. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh faktor lain yang mempengaruhi kadar glukosa darah, misalnya usia.

#### c. Hubungan tekanan darah dengan kadar glukosa darah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tekanan darah yang normal. Tekanan darah yang normal memungkinkan untuk seseorang mempunyai kadar gula darah yang normal. Kondisi ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sholikhah (2014) yang menemukan bahwa sebagian besar responden memiliki tekanan darah yang normal. Seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah (hipertensi) disebabkan karena terjadi kekakuan dan penebalan pembuluh darah serta disfungsi endotel. Hal ini menyebabkan pembuluh darah arteri dan diameter pembuluh darah menyempit, sehingga proses transportasi glukosa dalam darah terganggu. Kondisi ini beresiko meningkatkan kadar glukosa darah.

Hasil uji hubungan menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tekanan darah dengan kadar glukosa darah. Beberapa responden dengan tekanan darah yang cukup tinggi memiliki kadar gula darah yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tekanan darah, semakin meningkat pula kadar glukosa darah. Hasil penelitian ini didukung oleh Sya'at (2016) bahwa ada hubungan yang bermakna antara tekanan darah dengan kadar glukosa darah dan hubungannya cukup kuat dan berarah positif ( $r = 0,379$ ) yang berarti semakin meningkat tekanan darah, semakin tinggi kadar glukosa darah. Namun hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sholikhah (2014) bahwa tidak ada hubungan antara tekanan darah dengan kadar glukosa darah. Hasil analisis ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Trisnawati dan Setyorogo (2013) yang menunjukkan bahwa individu dengan tekanan darah tinggi berisiko 6,85 kali lebih besar menderita DM atau mengalami peningkatan kadar glukosa darah dibanding orang yang tidak hipertensi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat banyak faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan kadar glukosa darah.

#### d. Hubungan Ratio Lingkar pinggang dan panggul dengan kadar glukosa darah

Lingkar pinggang adalah salah satu cara mengukur distribusi lemak dalam tubuh. Menurut Hartono (2005) ukuran lingkar pinggang normal pada orang Asia adalah 80 cm untuk wanita dan 90 cm untuk pria. Apabila melebihi batas normal (wanita  $> 80$  cm dan pria  $> 90$  cm) berisiko terkena penyakit kardiovaskuler seperti jantung koroner yang disebabkan oleh beberapa perubahan metabolisme, termasuk daya tahan terhadap insulin dan meningkatkan produksi asam lemak bebas yang jahat (Utaminingsih, 2009). Lingkar pinggang yang melebihi normal menyebabkan tanda kegemukan, jadi merupakan faktor

utama timbulnya penyakit-penyakit degeneratif, salah satunya adalah diabetes melitus yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki ratio lingkaran pinggang dan panggul yang beresiko sangat tinggi untuk mengalami peningkatan kadar glukosa darah. Hasil uji menggunakan korelasi Spearman menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara WHR dengan kadar glukosa darah. Nilai  $r=0,293$  yang berarti arah hubungan positif dengan kekuatan hubungan cukup kuat. Arah hubungan positif menggambarkan bahwa semakin tinggi nilai WHR, maka semakin meningkat kadar glukosa darah. Hasil penelitian ini tidak didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Manungkalit, Kusnanto, & Purbosari (2015) tentang hubungan lingkaran pinggang dengan faktor risiko DM (kadar glukosa darah). Mereka menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lingkaran pinggang dengan kadar glukosa darah. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor misalnya jenis kelamin. Jenis kelamin laki-laki lebih dominan memiliki kadar gula darah beresiko karena sering merokok. Kandungan nikotin dalam rokok dapat berpengaruh buruk terhadap penyerapan glukosa oleh sel. Pendapat ini berlawanan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kadar glukosa darah yang normal, namun sebagian responden memiliki kadar glukosa darah yang tinggi. Semua responden dengan kadar glukosa darah yang tinggi memiliki nilai WHR dengan kategori risiko sangat tinggi. Namun, terdapat juga responden dengan nilai WHR risiko sangat tinggi namun kadar glukosa darah masih dalam batas normal. Dalam hal ini, ada banyak faktor yang mempengaruhi meningkatnya kadar glukosa darah pada setiap individu. Salah satu faktor, misalnya usia. Faktor usia memegang peranan yang penting dalam hal perubahan kadar glukosa darah. Masih banyak lagi faktor yang mempengaruhi kadar glukosa darah, misalnya obesitas yang dapat dinilai dengan pengukuran IMT, pengetahuan dan masih terdapat beberapa faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap peningkatan kadar glukosa darah.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak berada pada usia 40-49 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah perempuan dengan tingkat pendidikan terbanyak pada jenjang SMA. Sebagian besar responden tidak memiliki riwayat keluarga dengan DM. Sebagian besar responden memiliki pola diet yang cukup sehat. Sebagian besar responden memiliki pola olahraga yang tidak teratur. Sebagian besar responden memiliki tekanan darah yang normal. Sebagian besar responden memiliki kadar glukosa darah yang normal. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin, riwayat keluarga DM dengan kadar glukosa darah. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara diet, pola olahraga, tekanan darah dengan kadar glukosa darah. Ada hubungan antara WHR dengan kadar glukosa darah dan arah hubungan positif yaitu semakin meningkat nilai WHR, maka semakin meningkat kadar glukosa darah.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Edisi 6. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: FKM UI
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4th edition. USA: Pearson prentice hall
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (cetakan ketiga). Jakarta: Rineka Cipta.
- Pollit, D.F. & Beck, C.T. (2005). *Nursing research: Principles and methods*, Philadelphia: Lippincott.
- PERKENI (2011). *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2008). *Brunner & suddart's text book of medicalsurgical nursing*. Volume 1, ed 11th. Philadelphia: Lippincott.
- Sugiyono, (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. (edisi 2), Bandung: CV. Alfabeta.
- Waspadji, S. (2009). *Diabetes Melitus, Penyulit kronik dan Pencegahannya*, dalam Suyono, et al., *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu (hal 180)*. Jakarta: Balai penerbitan

# FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB RENDAHNYA PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIKE KECAMATAN SOLOR SELATAN KABUPATEN FLORES TIMUR PROVINSI NTT TAHUN 2018

Nida Addinia  
Puskesmas Larantuka Kabupaten Flores Timur Provinsi NTT

## ABSTRACT

**Background:** *The Intrauterine Device (IUD) is a tool or thing that is inserted into the uterus that is effective, reversible, long-lasting and can be used in all women of the age. Data from January 2017 to March 2018 indicate that South Solor Subdistrict does not have an IUD acceptors (0%). This can be a problem if it persists, since acceptors can not rely on long-term hormonal contraceptives or use natural contraceptives that have low effectiveness.*

**Objective:** *This study aims to determine the factors causing the low use of intrauterine contraceptive devices (IUD) in the Work Area of Kalike Community Health Center South Solor District East Flores East Nusa Tenggara Province 2018.*

**Methods:** *The design of this study used Analytic Survey Research Methods. The population used were all active KB acceptor in Kalike Community Health Center with total number of 339 people in March 2018 period. The number of samples using Table Isaac and Michael with error rate of 5% of the total population is 175 people. In this research sampling is used Incidental Sampling.*

**Results:** *Based on the results of the study, it was found that most respondents were aged 20-35 years as many as 121 people (68.9%), had the highest education level of 141 people (80.5%), and had 1-2 children (92) 52.6%. The majority of respondents have sufficient knowledge to IUD as many as 91 people (51.9%). 137 people (78.2%) stated less secure perceptions of the use of IUD and respondents as many as 164 people (93.7%) mentioned that husbands support less in the use of IUD.*

**Conclusion:** *Respondents who have knowledge of IUD enough are 91 people (51,9%), the things that need to be considered related is the interest, desire, and information that is not given by health personnel. 137 people (78.2%) reported less safety perceptions of IUD use, as evidenced by fear-related answers, embarrassment during insertion, worry of IUD detachment, worry about side effects, and fear of IUD penetrating elsewhere in the body . Respondents of 164 people (93.7%) mentioned that husbands support is lacking in the use of IUD. The support factor of the husband may be regarded as an antecedent or enabler factor, which makes it possible for the acceptors to use the IUD or not.*

**Keywords:** *Knowledge, Safe Sense Perception, Husband Support, IUD*

## PENDAHULUAN

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goal's* (SDG's) tujuan ke-3 yaitu menggalakkan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua orang di segala usia merupakan dorongan bagi peningkatan kesehatan ibu dan anak. Kesehatan ibu dan anak perlu diperjuangkan karena merupakan kunci keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa berkualitas (Maryatun, 2007). Keluarga Berencana (KB) adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Republik Indonesia, 2009).

Akseptor KB aktif di Indonesia pada tahun 2016 tercatat sebanyak 36.306.662 (74,8%) dari Pasangan Usia Subur (PUS) sejumlah 48.536.690. Di Provinsi NTT, sebanyak 5.238 orang (6,4%) dari total akseptor KB aktif 81.651 orang merupakan akseptor KB IUD, dengan Kabupaten Flores Timur memiliki jumlah akseptor AKDR 175 orang (5,6%), dengan tertinggi adalah akseptor suntik yaitu 1805 orang



(57,8%), disusul dengan implan yaitu 378 orang (12,1%), dan terendah adalah MOP yaitu 7 orang (0,2%) (BKKBN, 2015).

Kecamatan Solor Selatan adalah kecamatan yang tidak memiliki akseptor AKDR dari Januari 2017-April 2018. Hal ini merupakan sebuah masalah jika terus menerus terjadi, mengingat metode AKDR memiliki efektivitas yang tinggi yaitu 0,8 % dari 100 kehamilan (BKKBN, 2014). Metode ini dapat digunakan bagi akseptor yang masih ingin memiliki anak dengan menjarangkan waktu dari anak sebelumnya 5-10 tahun, serta tidak memiliki efek samping yang disebabkan oleh kontrasepsi hormonal seperti sering pusing, jerawat atau *chloasma*, perubahan berat badan yang signifikan, sakit payudara serta haid tidak teratur (Nuryati S. dan Fitria D., 2014). AKDR juga merupakan pilihan tepat bagi akseptor yang sering lupa meminum obat, memiliki tekanan darah tinggi dan takut dilakukan pembedahan.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018”.

## **TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Faktor-Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018.

### **2. Tujuan Khusus**

a) Mendeskripsikan Karakteristik Akseptor di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018. b) Mendeskripsikan Pengetahuan Akseptor Tentang Penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018. c) Mendeskripsikan Persepsi Rasa Aman Akseptor Tentang Penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018. d) Mendeskripsikan Dukungan Suami Akseptor Tentang Penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian ini menggunakan Metode Penelitian Survei Analitik (Arikunto, 2013). Lokasi Penelitian di 7 Desa Wilayah Kerja Puskesmas Kalike Kecamatan Solor Selatan Kabupaten Flores Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur pada bulan Maret-April 2018 dan studi pendahuluan dilakukan pada awal Maret 2018. Populasi yang digunakan adalah semua akseptor KB Aktif di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike dengan jumlah 339 orang periode bulan Maret tahun 2018. Jumlah sampel menggunakan Tabel Isaac dan Michael dengan tingkat kesalahan 5% dari jumlah populasi 339 orang yaitu 175 orang Dalam penelitian ini pengambilan sampel digunakan *Insidental Sampling* (Arikunto, 2013).

Variabel bebas yaitu Pengetahuan dan Sikap Akseptor Terhadap AKDR, variabel terikat yaitu Rendahnya Penggunaan AKDR (Arikunto, 2013).

Teknik Pengumpulan Data dengan data primer diperoleh dengan membagikan kuesioner yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya pada akseptor yang dipilih dan bersedia (Riwidikdo H., 2008). Data sekunder diperoleh dari pengambilan data di Puskesmas Kalike. Data yang diambil adalah jumlah akseptor KB aktif pada buku register KB dibulan Januari – Maret 2018. Instrumen Penelitian adalah kuesioner yang telah dilakukan uji validitas dan hasil uji validitas 18 soal terdapat 15 soal dinyatakan valid.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **Gambaran Umum Puskesmas Kalike**

Puskesmas Kalike memiliki wilayah 7 desa, 4 klinik KB, dengan total penduduk 1243 kepala keluarga dan Pasangan Usia Subur 488 orang. Klinik KB berada di Puskesmas Pembantu Bubuatagamu, Polindes Sulengwaseng, Poskesdes Kenere dan Poli KB Puskesmas Kalike. Jumlah akseptor KB aktif dari

per Maret 2018 yaitu 339 orang, Akseptor KB Suntik 246 orang (72,5%), akseptor Implant 63 orang (18,6%), MOW 15 orang (4,5%), akseptor MOP 14 orang (4,2%), akseptor Kondom 1 orang (0,2%), akseptor AKDR tidak ada. (Laporan KB Puskesmas Kalike, Maret 2018)

### Gambaran Umum Responden

Karakteristik responden memiliki usia <20 tahun sebanyak 2 orang (1,5%), >36 tahun adalah 52 orang (29,6%), dan terbanyak adalah 20-35 tahun sebanyak 121 orang (68,9%). Pendidikan yang dimiliki mayoritas adalah SD yaitu 141 orang (80,5%), SMP 15 orang (8,5%), SMA 14 (8%), dan 5 orang Perguruan Tinggi (2%). Responden yang memiliki 1-2 anak sejumlah 92 orang (52,6%), 3-4 anak sebanyak 52 orang (29,6%) dan yang memiliki anak lebih dari 4 adalah 31 orang (17,8%). Seluruh responden tidak menggunakan AKDR yaitu 175 orang (100%).

### Faktor-Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan AKDR

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan AKDR Berdasarkan Pengetahuan, Persepsi Rasa Aman dan Dukungan Suami.

	Pengetahuan		Persepsi Rasa Aman		Dukungan Suami	
	Frekuensi	Persen	Frekuensi	Persen	Frekuensi	Persen
Kurang	12	6,7	137	78,2	164	93,7
Cukup	91	51,9	0	0	0	0
Baik	72	41,5	38	21,8	11	6,3
Total	175	100,0	175	100	175	100

Sumber : Data Primer April 2018

#### A. Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan AKDR Berdasarkan Pengetahuan

Dari Tabel 1. menunjukkan bahwa pengetahuan responden paling banyak adalah responden yang mempunyai pengetahuan cukup sebanyak 91 orang (51,9%), kemudian yang berpengetahuan baik 72 orang (41,5%) dan 12 orang (6,7%) yang mempunyai pengetahuan kurang. Hal ini menunjukkan tingkat pengetahuan akseptor KB aktif terhadap penggunaan AKDR mayoritas cukup. Rendahnya minat akseptor KB aktif terhadap AKDR tidak terlepas dari rendahnya pengetahuan terhadap alat kontrasepsi tersebut, hal ini sejalan dengan determinan perilaku manusia yang dipaparkan oleh WHO yaitu alasan seseorang berperilaku tertentu anatara lain karena motivasi, niat, keinginan, kehendak dan penilaian pada obyek tertentu. Seseorang yang tidak memiliki keinginan, motivasi dan kehendak untuk menggunakan AKDR tidak akan berperilaku mencari informasi maupun bersedia menggunakan AKDR. Demikian pula dengan teori Lawrence Green pada Notoatmojo (2007) yaitu faktor keputusan konsumen untuk menggunakan alat kontrasepsi tertentu tidak lepas dari faktor perilaku, salah satunya pengetahuan, dimana faktor ini menjadi dasar atau motivasi bagi individu untuk mengambil keputusan (Imbarwati, 2009).

#### B. Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan AKDR Berdasarkan Persepsi Rasa Aman.

Tabel di atas menunjukkan bahwa persepsi rasa nyaman yang kurang berpengaruh besar terhadap penggunaan AKDR sebesar 78,2% yaitu 137 orang. Persepsi rasa aman ini meliputi takut saat pemasangan, malu saat pemasangan, khawatir AKDR terlepas, khawatir dengan efek samping yang ditimbulkan, serta takut AKDR menembus tempat lain di tubuh. Hal ini berarti bahwa persepsi rasa aman AKDR bagi akseptor KB aktif masih bersifat negatif. Dalam teori perilaku konsumen disebutkan bahwa apabila seseorang ingin menggunakan suatu produk (alat kontrasepsi), maka ia akan merespon persepinya tentang produk tersebut dan faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan persepsi salah satunya adalah faktor nilai yang dianut. Jika nilai yang dianut responden adalah nilai negatif maka hal itu akan membentuk persepsi kurang aman terhadap AKDR sebagai alat berkontrasepsi (Widyawati S, dkk. 2012)

#### C. Faktor Penyebab Rendahnya Penggunaan AKDR Berdasarkan Dukungan Suami

Responden sebanyak 164 orang (93,7%) menyebutkan bahwa dukungan suami kurang dalam penggunaan AKDR dan 11 orang (6,3%) yang menyatakan dukungan baik suami terhadap penggunaan AKDR. Hal ini merupakan keadaan yang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal

diantaranya pengetahuan, pengalaman, kebutuhan saat itu, nilai-nilai yang dianut, dan ekspektasi/pengharapan. Faktor eksternal diantaranya penampilan produk dan stimulus lingkungan (Notoatmojo, S., 2007) . Pengetahuan suami yang kurang akan AKDR, informasi yang kurang benar dari teman/lingkungan terkait AKDR, dan pengalaman tidak menyenangkan sebelumnya merupakan faktor bagi suami untuk memberikan dukungan negatif terhadap istri dalam penggunaan AKDR. Sebagaimana diungkapkan oleh teori Lawrence Green, faktor dukungan suami dapat dikatakan sebagai faktor anteseden atau pemungkin, yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana (Prasetijo, R. 2004) . Perpaduan antara pengetahuan dan dukungan suami serta persepsi positif terhadap rasa aman yang kuat dari istri dalam menetapkan pilihan pada penggunaan alat kontrasepsi non-hormonal yang terbukti efektif tersebut membuahkan keputusan yang bulat bagi pasangan dalam penggunaan kontrasepsi tersebut.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Seluruh responden mewakili jumlah keseluruhan Akseptor KB Aktif di Wilayah Kerja Puskesmas Kalike dengan jumlah 100% tidak menggunakan AKDR.

Responden terbanyak adalah berusia 20-35 tahun sebanyak 121 orang (68,9%) , memiliki tingkat pendidikan terbanyak SD 141 orang (80,5%), dan memiliki 1-2 anak sejumlah 92 orang (52,6%).

Responden yang memiliki pengetahuan terhadap AKDR cukup adalah sebanyak 91 orang (51,9%), hal-hal yang perlu diperhatikan terkait itu adalah minat, keinginan, dan informasi yang kurang diberikan oleh tenaga kesehatan.

137 orang (78,2%) menyatakan persepsi kurang rasa aman terhadap penggunaan AKDR, hal tersebut terbukti pada jawaban terkait takut saat pemasangan, malu saat pemasangan, khawatir AKDR terlepas, khawatir dengan efek samping yang ditimbulkan, serta takut AKDR menembus tempat lain di tubuh.

Responden sebanyak 164 orang (93,7%) menyebutkan bahwa dukungan suami kurang dalam penggunaan AKDR dan 11 orang (6,3%) yang menyatakan dukungan baik suami terhadap penggunaan AKDR. Pengetahuan suami yang kurang akan AKDR, informasi yang kurang benar dari teman/lingkungan terkait AKDR, dan pengalaman tidak menyenangkan sebelumnya merupakan faktor bagi suami untuk memberikan dukungan negatif terhadap istri dalam penggunaan AKDR

Hasil penelitian ini merupakan masukan bagi pemberi pelayanan untuk lebih meningkatkan pelayanan terutama bagi bidan agar terus memberi informasi yang lebih banyak mengenai manfaat AKDR, agar akseptor makin menyesuaikan jenis kontrasepsi dengan faktor-faktor yang ada dalam dirinya, sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang keluarga berencana lebih khusus jenis kontrasepsi AKDR untuk dapat dilakukan penelitian lebih mendalam, hasil penelitian ini dapat di gunakan untuk bahan informasi bagi kepentingan pendidikan dan tambahan keustakaan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bernadus D. J, Madianung A dan Masi G. 2013. *Faktor-Faktor Penyebab Pemilihan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Bagi Akseptor KB Di Puskesmas Jailolo*. Jurnal e-NERS(eNs). Vol 1. No 1. Maret 2013.
- BKKBN. 2015. *Evaluasi Pelaksanaan Program Kependudukan, Keluarga Berencana & Pembangunan Keluarga Di Provinsi NTT*. Jakarta: BKKBN
- BKKBN. 2014. *Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: BKKBN
- Imbarwati. 2009. *Beberapa Faktor Yang Berkaitan Dengan Penggunaan KB IUD Pada Akseptor KB Non-IUD Di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang*. Tesis. Semarang: Program Pascasarjana UNDIP.
- Maryatun. 2007. *Analisa Faktor-Faktor Pada Ibu yang Berpengaruh pada Pemakaian Kontrasepsi IUD di Kabupaten Sukoharjo*. Tesis. Semarang: Program Pascasarjana UNDIP.
- Nasution S. L. 2011. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penggunaan MJKP Di Enam Wilayah Di Indonesia*. Jakarta: BKKBN.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

# **HUBUNGAN PERILAKU HIDUP SEHAT DAN GIZI SEIMBANG DENGAN STATUS GIZI ANAK SEKOLAH DASAR NEGERI TANAH PUTIH KECAMATAN KUPANG TIMUR KABUPATEN KUPANG**

Yohanes Don Bosko Demu  
Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang

## **ABSTRACT**

*Background : The study conducted by John Don Bosko Demu "entitled" The Relationship of Healthy Lifestyle Behavior and Nutritional Status Balance the Nutritional Status of Children of Tanah Putih Public Elementary School, Kupang Timur Sub-district ". PHBS in School is a set of behaviors practiced by learners, teachers and the school environment community on the basis of awareness as a result of learning, so that independently able to prevent disease, improve health, and play an active role in creating a healthy environment. Balanced Nutrition is a daily diet containing nutrients in types and quantities appropriate to the needs of the body, taking into account the principle of diversity or variety of food, physical activity, hygiene and ideal body weight. Nutritional status is the state of a person's physical health that is determined by a certain combination of nutritional measures. Based on Riskesdas 2007, the national prevalence of Clean and Healthy Living Behavior for National Target is 38.7%. East Nusa Tenggara is 26.8% and is still below the national target. Of the 16 Kabupaten Kabupaten Kupang, the percentage of households with Clean and Healthy Living Behavior is only 28.3% and shows the prevalence of cleaner households exceeding the target Province. The purpose of this study was to analyze the relationship between healthy living behavior and balanced nutrition with nutritional status of children of Tanah Putih State Elementary School, Kupang Timur Subdistrict, Kupang District. This research type is descriptive with cross sectional design. Population in this research is children of State Elementary School of Tanah Putih, Kupang Timur Subdistrict, Regency of Kupang is 67 people. Taken by using purposive sampling technique. The instruments used in this research are: 1) Questionnaire about Clean and Healthy Lifestyle 2). Questionnaire on balanced nutrition 3) Stepwise scales to measure weight and mickrotoice to measure height. 4). Questionnaire Number of family members, income.*

*The result of this research showed that from 38 respondents who have healthy life behavior there are 8 people (11,94%) who have very thin nutritional status, while 12 people (17,91%) have skinny nutrition status and 18 people (26,66%) normal nutritional status. And of 29 children 4 children (5.97%) experienced very thin nutritional status and 10 children (14.92%) experienced nutritional status of skinny. of the 17 respondents who had balanced nutrition were 2 people (2.98%) who experienced very thin nutritional status, while 6 people (8,95%) had skinny nutrition status and 9 people (13,43%) normal nutrient status. And from 50 children 10 children (14,92%) had very thin nutritional status and 16 children (23,88%) had skinny nutrition status and 24 children (49,25%) normal nutrient status.*

*Keuwords : Elementary school children, healthy and clean lifestyle, balanced nutrition, number of family members,*

## **PENDAHULUAN**

Perilaku hidup sehat merupakan salah satu upaya yang penting dilakukan dalam menciptakan kondisi lingkungan yang sehat, terutama anak sekolah dasar yang masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan (Effendi dan Riza, 2005). Pola-pola perilaku memberikan kontribusi terhadap berbagai

gangguan dan penyakit fisik (Durand dan David, 2006) Cuci tangan dan kebiasaan makan merupakan salah satu perilaku hidup sehat yang pasti sudah dikenal. Perilaku ini pada umumnya sudah diperkenalkan kepada anak-anak sejak kecil tidak hanya oleh orang tua di rumah, bahkan ini menjadi salah satu kegiatan rutin yang diajarkan para guru di taman kanak-kanak sampai sekolah dasar. Tetapi kenyataannya perilaku hidup sehat ini belum menjadi budaya masyarakat kita dan biasanya hanya dilakukan sekedaranya (Sibuea, 2008)

Pada saat ini diperkirakan terdapat 38,4 juta penduduk Indonesia yang hidup di bawah garis kemiskinan, 50% dari total rumah tangga mengkonsumsi makanan kurang dari kebutuhan sehari-hari, lebih dari 5 juta anak di bawah usia lima tahun menderita kurang gizi dan sekitar 100 juta orang berisiko dari berbagai masalah gizi lainnya (kurang zat besi, kurang iodium, kurang vitamin A, kurang kalsium, kurang zink, dan lain-lain) (Depkes RI, 2008). Empat persen dari seluruh anak yang dilahirkan di negara berkembang meninggal dunia akibat kurang gizi sebelum berusia lima tahun dan sebagian besar berasal dari golongan sosio-ekonomi rendah (Toriola, 2000; Ijarotimi and Ijadunola, 2007).

Asupan zat gizi makanan pada seseorang dapat menentukan tercapainya tingkat kesehatan, atau sering disebut status gizi. Enam puluh dua persen lebih anak di perkotaan memiliki tinggi badan normal dari segi umur, sedangkan anak di pedesaan hanya 49% (Atmarita, 2007). Anak sekolah usia 6-12 tahun sangat memerlukan perhatian terutama dalam pemenuhan kebutuhan gizi (Handari dan Siti, 2005). Apabila konsumsi gizi makanan pada seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh, maka akan terjadi kesalahan akibat gizi (*malnutrition*). *Malnutrition* ini mencakup kelebihan gizi disebut gizi lebih (*overnutrition*), dan kekurangan gizi atau gizi kurang (*undernutrition*) (Notoatmodjo, 2003).

Penyebab masalah gizi adalah multifaktor, oleh karena itu, pendekatan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor yang terkait dan tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis serta pelayanan kesehatan saja. Ditinjau dari sudut pandang epidemiologi, masalah gizi sangat dipengaruhi oleh faktor pejamu, agens dan lingkungan. Faktor pejamu meliputi fisiologi, metabolisme dan kebutuhan zat gizi. Faktor agens meliputi zat gizi yaitu zat gizi makro seperti karbohidrat, protein dan lemak, serta zat gizi mikro seperti vitamin dan mineral. Faktor lingkungan (makanan) meliputi bahan makanan, pengolahan, penyimpanan, penghidangan dan higienis, serta sanitasi makanan (Supariasa dkk, 2002).

Masalah gizi harus ditangani sejak dini. Berat badan adalah indikator pertama yang dapat dilihat ketika seseorang mengalami kurang gizi. Dalam jangka panjang, kurang gizi akan mengakibatkan hambatan pertumbuhan tinggi badan dan akhirnya berdampak buruk bagi perkembangan mental-intelektual individu (Khomsan, 2004).

Berdasarkan Riskesdas tahun 2007, Prevalensi nasional Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih Dan Sehat untuk target Nasional adalah 38,7%. Sementara propinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 26,8 % dan masih di bawah target Nasional. Dari 16 Kabupaten Kabupaten Kupang persentase rumah tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat baru mencapai 28,3 % dan menunjukkan prevalensi rumah tangga berperilaku hidup bersih melebihi target Propinsi.

Sekolah Dasar Negeri Tanah Putih merupakan salah satu sekolah dasar yang menjadi tempat untuk dilakukan penelitian dengan jumlah murid SD kelas 5 dan kelas 6 berjumlah 67 anak.

Berdasarkan uraian tersebut, mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang hubungan perilaku hidup sehat dan gizi seimbang dengan status gizi siswa Sekolah Dasar Negeri Tanah Putih Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang Propinsi Nusa Tenggara Timur.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian *observational* dengan tipe *cross-sectional* dengan lokasi penelitian di laksanakan di Sekolah Dasar Negeri Tanah Putih Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang. Waktu Penelitian dilakukan pada bulan Agustus tahun 2016

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan *purposive total sampling*, yaitu anak Sekolah dasar kelas V dan Kelas VI Tanah Putih Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang Propinsi Nusa Tenggara Timur. Teknik Pengambilan data dalam penelitian ini adalah dengan cara wawancara dengan menggunakan kuisioner yang ada. Untuk analisis data dilakukan uji statistik menggunakan uji *chi-square*. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dari variabel yang diteliti. data yang sudah diolah kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Setelah memperoleh nilai dari masing masing tabel, selanjutnya data dianalisa dengan menggunakan komputer program spss 16.0 :

#### Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel, baik variable independen, variable dependen maupun deskripsi karakteristik responden.

#### Analisis Bivariat

Analisa data ditujukan untuk menjawab tujuan penelitian dan menguji hipotesis penelitian untuk mengetahui adanya hubungan variabel independen terhadap variabel dependen

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Sekolah Dasar Negeri Tanah Putih merupakan sekolah Dasar yang berdiri pada tanggal 23 Agustus Tahun 2006 berdasarkan Sk Pendirian No 191/SKEP/HK/2009. NSS : 10.12.40103062, NPSN : 50306416

Dengan batas wilayah :

- Sebelah Timur berbatasan dengan jalan Desa Tanah Putih
- Sebelah barat berbatasan dengan rumah rumah bapak Ferdinan Kobo
- Sebelah Selatan berbatasan dengan rumah bapak Mikano Bimusuk
- Sebelah Utara berbatasan dengan rumah bapak Usia Ala

Pada tahun 2009 di Sekolah Dasar Tanah Putih memiliki jumlah rombongan belajar ada sembilan serta memiliki tenaga pengajar sebanyak 16 orang dimana jumlah tenaga pengajar yang laki sebanyak 4 orang dan perempuan sebanyak 12 orang.

Sekolah dasar Negeri Tanah putih memiliki jumlah enam kelas dengan jumlah siswa sebanyak 219 anak.

### 2. Karakteristik Responden

#### a. Analisis Univariante

Analisis dilakukan pada responden dengan dengan cara deskriptif sebanyak 67 anak sekolah dasar. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

#### 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 4.1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

No	Jenis kelamin	Jumlah	%
1	Laki- laki	29	43,3
2	Perempuan	38	56,7
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.1. sebagian besar anak sekolah dasar Negeri Tanah Putih berjenis kelamin perempuan sebanyak 38 anak (56,7).

#### 2. Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan

Tabel 4.2. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan

No	Ayah	Jumlah	%
1	Wiraswasta	8	11,9
2	PNS	5	7,5
3	Petani	54	80,6
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.2. jenis pekerjaa ayah responden berjumlah 54 orang (80,5%) adalah petani, 8 orang wiraswasta (11,9%) dan 5 orang (7,5%) PNS

#### 3. Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan

Tabel 4.3. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan

No	Ibu	Jumlah	%
1	Wiraswasta	2	3,0

2	PNS	4	6,0
3	IRT	61	91,6
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.3. distribusi pekerjaan ibu responden dimana 61 orang (91,6%) adalah ibu rumah tangga dan 4 orang (6,0%) PNS dan 2 orang (3,0%) wiraswasta.

4. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 4.4. Distribusi responden berdasarkan pendidikan ayah

No	Ayah	Jumlah	%
1	Tinggi	12	17,9
2	Rendah	55	82,1
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.4. pendidikan orang tua responden berjumlah 55 orang (82,1%) pendidikan rendah dan pendidikan tinggi berjumlah 12 orang (17,9).

5. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 4.5. Distribusi responden berdasarkan pendidikan ibu

No	Ibu	Jumlah	%
1	Tinggi	18	26,9
2	Rendah	49	73,1
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.5. dimana yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 49 orang (73,1%) dan 18 orang (26,9%) memiliki pendidikan tinggi.

6. Karakteristik responden berdasarkan pendapatan keluarga

Tabel 4.6. Distribusi responden berdasarkan pendapatan keluarga

No	Ibu	Jumlah	%
1	Tinggi	47	70,14
2	Rendah	20	29,85
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.6. menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pendapatan tinggi sebanyak 47 orang (70,14%) dan pendapatan rendah sebanyak 20 orang (29,85%).

7. Karakteristik responden berdasarkan perilaku hidup sehat

Tabel 4.7. Distribusi responden berdasarkan perilaku hidup sehat

No	Perilaku hidup bersih dan sehat	Jumlah	%
1	Perilaku hidup sehat	38	56,7
2	Perilaku hidup tidak sehat	29	43,3
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.7. menunjukkan bahwa responden dengan perilaku hidup sehat sebanyak 38 orang (56,7%) dan 29 orang (43,3%) responden perilaku hidup tidak sehat.

8. Karakteristik responden berdasarkan Gizi seimbang

Tabel 4.8. Distribusi responden berdasarkan gizi seimbang

No	Gizi seimbang	Jumlah	%
1	Gizi seimbang	17	25,4
2	Gizi tidak seimbang	50	74,6

<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	------------

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.8. menunjukkan bahwa responden dengan gizi seimbang sebanyak 17 orang (25,4%) dan gizi tidak seimbang sebanyak 50 orang (74,6%).

9. Karakteristik responden berdasarkan Status Gizi

Tabel 4.9. Distribusi responden berdasarkan status gizi

No	Status Gizi	Jumlah	%
1	Normal	33	49,3
2	Kurus	22	32,8
3	Sangat Kurus	12	17,9
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.9. menunjukkan bahwa responden dengan status gizi normal sebanyak 33 orang (49,3%) dan 22 orang responden (32,8%) status gizi kurus, 12 orang responden (17,9%) status gizi sangat kurus.

10. Karakteristik responden berdasarkan Jumlah anggota keluarga

Tabel 4.10. Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga

No	Jumlah anggota keluarga	Jumlah	%
1	Banyak	50	74,6
2	Sedikit	17	25,4
<b>Total</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

Sumber : Data primer terolah

Berdasarkan tabel 4.10. menunjukkan bahwa 50 orang responden (74,6%) adalah banyak jumlah anggota keluarga dan 17 orang (25,4%) responden yang memiliki sedikit anggota keluarga.

b. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (*indendependent variable*) yaitu jumlah anggota keluarga, perilaku hidup sehat, gizi seimbang dengan variabel terikat (*dependent variable*) yaitu Status Gizi (IMT).

1. Hubungan Perilaku hidup sehat dengan status gizi

Tabel 4.11. Hubungan perilaku hidup sehat dengan status gizi

No	PHBS	STATUS GIZI						Jumlah	P value
		Normal		Kurus		Sangat Kurus			
		N	%	N	%	N	%		
1	Sehat	18	26,86	12	17,91	8	11,94	38	0,745
2	Tidak Sehat	15	22,38	10	14,92	4	5,97	29	
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>50,24</b>	<b>22</b>	<b>32,83</b>	<b>12</b>	<b>17,91</b>	<b>67</b>	

Sumber : Data primer terolah

Dari tabel 4.11. menunjukkan bahwa dari 38 responden yang memiliki perilaku hidup sehat terdapat 8 orang (11,94%) yang mengalami status gizi sangat kurus, sedangkan 12 orang (17,91%) mengalami status gizi kurus dan 18 orang (26,66%) status gizi normal. Dan dari 29 anak 4 anak (5,97%) mengalami status gizi sangat kurus dan 10 anak (14,92%) mengalami status gizi kurus.



2. Hubungan Gizi Seimbang dengan status gizi

Tabel 4.12. Hubungan Gizi Seimbang dengan status gizi

No	Gizi Seimbang	STATUS GIZI						Jumlah	P value
		Normal		Kurus		Sangat Kurus			
		N	%	N	%	N	%		
1	Seimbang	9	13,43	6	8,95	2	2,98	17	0,746
2	Tidak Seimbang	24	35,82	16	23,88	10	14,92	50	
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>49,25</b>	<b>22</b>	<b>32,83</b>	<b>12</b>	<b>17,9</b>	<b>67</b>	

Sumber : Data primer terolah

Dari tabel 4.12. menunjukkan bahwa dari 17 responden yang gizi seimbang terdapat 2 orang (2,98%) yang mengalami status gizi sangat kurus, sedangkan 6 orang (8,95%) mengalami status gizi kurus dan 9 orang (13,43%) status gizi normal. Dan dari 50 anak 10 anak (14,92%) mengalami status gizi sangat kurus dan 16 anak (23,88%) mengalami status gizi kurus dan 24 anak (49,25%) status gizi normal.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 38 responden yang memiliki perilaku hidup sehat terdapat 8 orang (11,94%) yang mengalami status gizi sangat kurus, sedangkan 12 orang (17,91%) mengalami status gizi kurus dan 18 orang (26,66%) status gizi normal. Dan dari 29 anak 4 anak (5,97%) mengalami status gizi sangat kurus dan 10 anak (14,92%) mengalami status gizi kurus. Menurut

Dari hasil perhitungan statistik dengan menggunakan Chi-Square dari SPSS 16.0 for windows dengan tingkat keyakinan 95 % didapatkan nilai  $p > \mu$ . Dapat di simpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku hidup sehat dengan status gizi anak SDN Tanah Putih. Hal ini menunjukkan bahwa saat peneliti melakukan penelitian peneliti hanya terbatas melakukan observasi sesaat di lingkungan sekolah saja dan tidak melakukan kunjungan ke rumah responden. Sehingga responden juga menjawab pertanyaan terbatas pada Quisioner yang ada.

Hubungan Gizi Seimbang dengan status gizi

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 17 responden yang gizi seimbang terdapat 2 orang (2,98%) yang mengalami status gizi sangat kurus, sedangkan 6 orang (8,95%) mengalami status gizi kurus dan 9 orang (13,43%) status gizi normal. Dan dari 50 anak 10 anak (14,92%) mengalami status gizi sangat kurus dan 16 anak (23,88%) mengalami status gizi kurus dan 24 anak (49,25%) status gizi normal.

Selain dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lain, status gizi juga sangat dipengaruhi oleh asupan gizi, apabila asupan gizinya seimbang maka status gizinya akan baik. Namun apabila asupan gizinya tidak baik, maka akan menyebabkan gangguan status gizi (Maffeis, 2000)

Dari hasil perhitungan statistik dengan menggunakan Chi-Square dari SPSS 16.0 for windows dengan tingkat keyakinan 95 % didapatkan nilai  $p > \mu$ . Dapat di simpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara gizi seimbang dengan status gizi anak SDN Tanah Putih. Hal ini menunjukkan bahwa saat peneliti melakukan penelitian peneliti hanya terbatas melakukan observasi sesaat di lingkungan sekolah saja dan tidak melakukan kunjungan ke rumah responden. Sehingga responden juga menjawab pertanyaan terbatas pada Quisioner yang ada.

Jumlah anggota keluarga berperan dalam pertumbuhan, yaitu pada keluarga kecil pertumbuhan anak lebih baik dibandingkan pada keluarga besar. Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang signifikan antara jumlah anak dalam keluarga dan status gizi. Walaupun pada kedua daerah memiliki jumlah anak terbanyak adalah anak lebih dari 2 orang 60% di pusat kota Padang dan di pinggiran kota padang. Gizi kurang sebesar 85,5% diderita oleh keluarga dengan jumlah anak lebih dari 2 orang. Keluarga akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanan jika jumlah anggota keluarga sedikit. Penilaian status gizi dapat memberikan informasi tentang keadaan gizi suatu masyarakat pada saat sekarang dan masa lampau. Gizi kurang pada anak dapat menyebabkan anak menjadi kurus dan pertumbuhan terhambat. Arlim (2002) menyatakan terdapat pengaruh tingkat sosial ekonomi terhadap status gizi anak pada anak jumlah anak dalam keluarga kurang dari 4 orang pada beberapa Sekolah Dasar

di Kota Padang. Khair (2007) juga menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi dengan jumlah anak dalam keluarga.

Semakin tinggi pendapatan, maka semakin bertambah peningkatan pengeluaran untuk pangan termasuk buah-buahan, sayuran dan jenis makanan lainnya. Pendapatan suatu keluarga akan mempengaruhi konsumsi zat gizi bagi keluarga, rendahnya pengeluaran keluarga akan menurunkan daya beli. Keluarga yang mempunyai pengeluaran rendah, kemungkinan balita yang dimilikinya akan mengalami gangguan gizi karena ketidakmampuan keluarga untuk membeli zat-zat gizi yang dibutuhkan (Depkes RI, 2000).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti FD (2012) di Kecamatan Godean Yogyakarta didapatkan tidak ada hubungan tingkat pendapatan dengan status gizi pada anak. Penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan antara pendapatan dengan status gizi pada anak dapat di karenakan pendapatan keluarga yang kurang dari UMR masih dapat mencukupi kebutuhan makanan keluarga sehingga status gizinya normal. Konsumsi barang di tingkat keluarga lebih banyak dipengaruhi oleh tingkat pendapatan keluarga dibandingkan oleh faktor bentuk keluarga.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Apriadji (1986) yang mengatakan bahwa keluarga dengan pendapatan terbatas besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya sejumlah yang diperlukan tubuh, setidaknya keanekaragaman bahan makanan kurang bisa dijamin, karena dengan uang yang terbatas itu tidak akan banyak pilihan. Kurangnya pemberdayaan keluarga dan pemanfaatan sumber daya masyarakat mempengaruhi faktor sosial ekonomi keluarga, termasuk kurangnya pemberdayaan wanita dan tingkat pendidikan dan pengetahuan orang tua khususnya ibu dalam mengasuh anaknya yang juga termasuk faktor sosial ekonomi yang akan mempengaruhi status gizi keluarga.

Menurut Berg (1986) faktor pendapatan memiliki peranan yang sangat besar dalam persoalan gizi dan kebiasaan makan setempat. Ketersediaan pangan suatu keluarga sangat dipengaruhi oleh tingkat pendapatan keluarga tersebut. Pendapatan merupakan rintangan orang-orang yang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan, namun keadaan yang meningkat tidak dengan sendirinya menjadikan kondisi yang menunjang bagi keadaan gizi yang memadai, lebih lanjut dikatakan bahwa tingkat pendapatan akan menentukan makanan apa yang dibeli dengan uang tersebut. Dipertegas dengan Apriadji (1986) bahwa keluarga dengan pendapatan terbatas besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya sejumlah yang diperlukan tubuh, setidaknya keanekaragaman bahan makanan kurang bisa dijamin, karena dengan uang yang terbatas itu tidak akan banyak pilihan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lutviana (2010) mengatakan bahwa ada hubungan tingkat pendapatan dengan status gizi balita karena penyebab utama gizi kurang pada anak balita adalah rendahnya penghasilan keluarga dengan *p value* sebesar 0,004.

Pada umumnya jika pendapatan naik jumlah dan jenis makanan akan cenderung membaik, pendapatan keluarga akan mempengaruhi terhadap konsumsi sehari-hari. Apabila pendapatan rendah maka makanan yang dikonsumsi tidak akan mempertimbangkan nilai gizi, tetapi nilai materi lebih menjadi pertimbangan.

Faktor ekonomi merupakan suatu penentu status gizi yang dapat mempengaruhi status gizi anak. Status ekonomi yang rendah atau kemiskinan menduduki posisi pertama pada masyarakat yang menyebabkan gizi kurang. Gusman (2002) dan Khair (2007) pernah melakukan penelitian yang sama dan didapatkan hubungan yang nyata antara status ekonomi dan status gizi. Faktor sosial ekonomi meliputi pendidikan, pekerjaan, teknologi, budaya, dan pendapatan keluarga ikut mempengaruhi pertumbuhan anak. Faktor ini akan berinteraksi satu dengan yang lain sehingga mempengaruhi masukan zat gizi. Keadaan ekonomi keluarga yang baik dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan pokok setiap anggota keluarga. Kekurangan gizi pada anak-anak merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sumber daya negara yang miskin.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka disimpulkan bahwa secara statistik tidak bermakna, yaitu : Tidak terdapat hubungan antara perilaku hidup bersih dan sehat terhadap status gizi, tidak terdapat hubungan antara gizi seimbang dengan status gizi

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. *13 Pesan Dasar Gizi Seimbang dan Panduan 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang*. [http://bebas.vlsm.org/v12/artikel/pangan/DEPKES/pedum\\_gizi-seimbang.pdf](http://bebas.vlsm.org/v12/artikel/pangan/DEPKES/pedum_gizi-seimbang.pdf). Last update : 2004 (16 Agustus 2008).
- Kodyat, A. Pedoman Gizi Seimbang 2014 Permenkes RI No. 41 Tahun 2014 Yogyakarta, 26 November 2014
- Depkes RI, Pusat Promosi Kesehatan. 2002. *Panduan Manajemen Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta. Pp : 24-25
- Depkes RI, 2008. Promosi Kesehatan. <http://www.depkes.go.id/showis.php?tid> =Promosi Kesehatan. Last update : 2008. (23 Oktober 2008).
- Durand, V. Mark dan David H. Barlow. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal*. Yogyakarta : Pustaka Belajar. p : 340
- Gumala, N. 2002. *Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi, Protein, dan Status Gizi Balita Menurut Peran Ibu di Kabupaten Gianyar*. Yogyakarta : Universitas Gajah Mada. Thesis.
- Handari, R. T. Siti dan Siti Humaeroh. 2005. Perbedaan Status Gizi Siswa Sekolah Dasar. di Sekolah Berdasarkan Status Sosial Ekonomi di Jakarta Selatan Tahun 2004. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan* : Universitas Muhammadiyah Jakarta. Pp : 157-159.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2004. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta : Salemba Medika. p : 87.
- IKA-FKUI. 2005. *Ilmu Kesehatan Anak 1*. Cetakan Kesebelas. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Indonesia. Pp : 59.
- Iliescu, C., L, Beghin., L, Maes., I De Bourdeaudhuij., C, Libersa., C, Vereecken. 2008. "Socioeconomic Questionnaire and Clinical Assesment in the Helena". *International Journal of Obesity*. 32:S19-S25
- Khomsan. A. 2004. *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada. Pp : 11,114.
- Khomsan. A. 2004. *Peranan Pangan dan Gizi Untuk Kualitas Hidup*. Jakarta : PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Mansjoer, A, 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jilid 1. Edisi 2. FKUI: Media Aesculapius. p : 1-3.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. Pp : 114-119.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat (prinsip-prinsip dasar)*. Jakarta : Rineka Cipta. Pp : 9;118-124;195-197
- Paath, Erna. F, Yuyum Rumdasih, Heryati. 2005. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. Pp : 33-34; 40-41.
- Pollitt, E., Gorman K.S., Engle P., Martorell R., Rivera J. A. 1993. Early Supplementary
- Riskesdas, 2007, Jakarta
- Sibuea, D. 2007. *Raih Hidup Sehat dengan Cuci Tangan Pakai Sabun-Hari Cuci Tangan Pakai Sabun Sedunia (HCTPS)*. <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=424>. Last update 2007 (25 Oktober 2008)
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya (untuk keluarga dan masyarakat)*. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional. Pp : 50-58;68-69;73-74.
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Cetakan Ke-2. Jakarta : Bumi Aksara. Pp : 26;72.
- Supariasa, I Dewa Nyoman., Bachyar Bakry., Ibnu Fajar. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. Pp : 17-19; 36-37; 56-61; 73.
- Toriola A. L. 2000. Anthropometric Assesment of Nutritional Status of Nigerian Children. *Tropical and Geographical Medicine*. 42 : 337-341.
- Wardle, J., A. Steptoe. 2003. "Socioeconomic Differences in Attitudes and Beliefs About Healthy Lifestyles". *J Epidemiol Community Health*. 57 : 440-443.
-



---

---