

Volume 12 Nomor 1, Maret 2020

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1>

JURNAL ILMIAH KESEHATAN

p-ISSN: 2301-9255

e-ISSN: 2656-1190



**Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat
Universitas Mohammad Husni Thamrin**

Kampus A UMHT

Jl. Raya Pondok Gede No. 23 – 25 Kramatjati, Jakarta Timur 13550

Telp. (021) 8096411 ext. 1218; HP. 0812.11702090

Email: ojslppmumht@gmail.com Web : <http://journal.thamrin.ac.id/index.php/jikmht>

JURNAL ILMIAH KESEHATAN UNIVERSITAS MOHAMMAD HUSNI THAMRIN

Dewan Redaksi

Penanggung Jawab

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, SKM., M.CommH.
(Rektor Universitas MH. Thamrin)

Pemimpin Redaksi

Dr. Nur Asniati Djaali, SKM., MKM.

Jurnal Manajer

Rano Agustino, S.Kom., M.Kom.

Chief Editor

Frenta Helena Simaibang

Mitra Bebestari

Prof. Dr. dr. Kusharisupeni, M.Sc.
Dr. Drs. Sutanto Priyohastono, M.Kes.
Dr. Nur Asniati Djaali, SKM., MKM.
Dr. Triseu Setianingsih, SKM., MKM.
Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM., M.CommHealth.
Dr. Hasnawati Amqam, SKM., M.Sc.
Dr. dr. Brian Sri Prahastuti, MPH.
Dr. Eny Kusmiran, S.Kp., M.Kes.
Dr. Ellis Susanti, MM., M.Pd., M.Si., Apt.
Dr. Eko Setyo Pambudi, MKM.
Dr. Solha Elrifda, S.Pd., M.Kes.
Titi Indriyati, SKM., M.Epid.

Alamat Redaksi

Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Mohammad Husni Thamrin
Kampus A Universitas Mohammad Husni Thamrin
Jl. Raya Pondok Gede No. 23 - 25, Kramat Jati, Jakarta Timur 13550
Telp. (021) 8096411 ext. 1218, Hp: 0812-1170-2090
email: ojslppmumht@gmail.com; <http://journal.thamrin.ac.id/index.php/jikmht/>

Kata Pengantar

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas nikmat dan rahmat-Nya sehingga Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK) ini dapat terbit secara berkala. JIK merupakan salah satu jurnal berbasis *Open Jurnal System* (OJS) yang dikelola oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Mohammad Husni Thamrin (UMHT) yang berisi artikel-artikel dengan topik kesehatan secara umum yang dapat menampung karya-karya ilmiah para dosen khususnya Dosen Fakultas Kesehatan UMHT, serta karya ilmiah bidang kesehatan lainnya dari eksternal UMHT.

Jurnal Ilmiah Kesehatan terbit secara berkala dua kali dalam setahun yaitu bulan Maret dan September. Kami berharap terbitan JIK ini mampu memberikan motivasi dan kontribusi ilmiah bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Semoga dengan terbitnya jurnal ini dapat memberikan manfaat bagi penerapan keilmuan kesehatan di masyarakat dan menjadi salah satu jurnal professional berskala nasional yang memiliki nilai kompetitif.

Maret 2020

Pemimpin Redaksi

JURNAL ILMIAH KESEHATAN

UNIVERSITAS MOHAMMAD HUSNI THAMRIN

Volume 12 Nomor 1; Maret 2020

p-ISSN: 2301-9255 e-ISSN: 2656-1190

DAFTAR ISI

- 1 – 15 **Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Mahasiswa Tingkat Akhir S1 Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin**
Annisa Nursita Angesti, Ratna Mutu Manikam
- 16 – 29 **Pengaruh Faktor Klinis Dan Keteraturan Minum Obat Dengan Terjadinya TB MDR di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur**
Petrus Geroda Beda Ama, Suhermi Suhermi
- 30 – 40 **Kejadian Kecacingan Pada Petugas Pengangkut Sampah Dinas Lingkungan Hidup Dan Kehutanan Kota Kendari**
Nasrul Nasrul, Arimaswati Arimaswati, La Ode Alifariki
- 41 – 54 **Pengaruh Aromaterapi Minyak Atsiri Mawar Terhadap Intensitas Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif Di Puskesmas Pangalengan Kabupaten Bandung**
Keke Susilowati Sholehah, Lisa Trina Arlym, Ashar Nuzulul Putra
- 55 - 64 **Kajian Kebijakan: Kemitraan Publik Swasta Penanggulangan Stunting di Indonesia Dalam Kerangka Tujuan Pembangunan Berkelanjutan**
Brian Sri Prahastuti
- 65 – 72 **Gambaran Karakteristik Calon Pengantin Tentang Tanda Bahaya Anemia di Puskesmas Makasar Jakarta Timur**
Nani Hendriani, Sundari Fatimah, Okta Zenita Siti Fatimah
- 73 – 87 **Faktor Determinan Kejadian Pra-Sindrom Metabolik pada Dosen dan Tenaga Kependidikan di Institusi Pendidikan Tinggi**
Titi Indriyati, Ilah Muhafilah, Fatimah Fatimah
- 88 – 94 **Faktor Aktivitas Fisik Terhadap Status Gizi Siswa di SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya**
Andi Tenri Abeng
- 95 - 104 **Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pada Penderita Kusta Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura**
Ahmad Fahri, Toha Muhaimin, Syamsul Anwar
- 105 - 127 **Gambaran Karakteristik Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional**
Gabe Gusmi Aprilla

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI MAHASISWA TINGKAT AKHIR S1 FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH. THAMRIN

*Annisa Nursita Angesti¹⁾, Ratna Mutu Manikam²⁾

Program Studi S1 Gizi, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin

Correspondence author: annisanursita@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.135>

ABSTRAK

Pola hidup dan asupan gizi merupakan faktor risiko status gizi mahasiswa tingkat akhir. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi mahasiswa tingkat akhir S1 Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin. Data yang dikumpulkan meliputi data tingkat stres, emotional eating, kualitas tidur dan asupan gizi (energi, karbohidrat, protein, lemak). Data tingkat stres, emotional eating, kualitas tidur diukur menggunakan kuesioner, data asupan gizi dengan wawancara food recall. Hasil penelitian menunjukkan hampir sebagian mahasiswa tingkat akhir mengalami masalah gizi, yaitu gizi lebih (29,5%) dan gizi kurang (15,8%). Tidak terdapat hubungan signifikan pada tingkat stres, *emotional eating*, kualitas tidur dan asupan gizi dengan status gizi mahasiswa tingkat akhir. Mahasiswa disarankan untuk mengonsumsi makanan gizi seimbang dan tinggi serat, serta melakukan olahraga rutin agar tercapainya berat badan ideal dan status gizi normal.

Kata kunci : Status Gizi, Mahasiswa Tingkat Akhir, Tingkat Stres.

ABSTRACT

Lifestyle and nutritional intake are risk factors undergraduate student's nutritional status. The purpose of this study was to determine risk factors of nutritional status among students who have conducting their thesis in undergraduate program in Health Faculty University of MH Thamrin. Collected data include stress, emotional eating, sleep quality, and nutritional intake (energy, carbohydrate, protein, and fat). Data of stress, emotional eating, and sleep quality were obtained by using questionnaire, data of nutritional intake were obtained by using food recall interview. This study showed that almost a part of students had a malnutrition, overnutrition (29,5%) and undernutrition (15,8%). There was not associated between stress, emotional eating, sleep quality, and nutritional intake with nutritional status. Therefore, student need to choosing balanced diet and high fiber intake, regular physical activity to achieve ideal weight and normal nutritional status.

Keyword : Nutritional Status, Undergraduate Students, Stress.

PENDAHULUAN

Indonesia saat ini memiliki masalah gizi ganda, yakni masalah gizi kurang sekaligus masalah gizi lebih. Gizi kurang (kurus) dan gizi lebih (gemuk dan obesitas) merupakan kondisi yang sering dijumpai pada negara maju dan berkembang, termasuk Indonesia. Kondisi gizi kurang pada remaja dan dewasa menyebabkan kurangnya ketersediaan energi sehingga mudah lelah, muncul penyakit tertentu dan berkurangnya produktivitas.

Adapun kondisi gizi lebih menyebabkan timbulnya risiko penyakit tidak menular seperti kardiovaskular, sindroma metabolik dan kanker (Kemenkes, 2013; Rahmawati, 2017; Rossner, 2014). Komplikasi masalah ini juga dapat berdampak pada efek ekonomi kesehatan yang mendalam, yakni adanya estimasi kerugian yang mencapai angka milyaran rupiah (Wulansari, Martianto, Baliwati, 2016).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, sejak tahun 2007 – 2018, masalah gemuk dan obesitas usia 18 tahun ke atas mengalami kenaikan, yaitu 8,6 – 13,6% untuk gemuk dan 10,5 – 21,8% untuk obesitas. Pada rentang usia 20 – 24 tahun, terdapat 8,4% penduduk gemuk, dan 12,1% obesitas (Kemenkes RI, 2018). Beberapa penelitian menunjukkan masalah gizi lebih juga dialami oleh mahasiswa seperti penelitian di Bosnia yaitu 18,09% (Delvarianzadeh, Saadat, Ebrahimi, 2016). Begitu pula di Iran sebanyak 17,8% (Najarkolaei, Hossein, Simin 2015), serta Malaysia sebanyak 21% (Hakim, ND Muniandy, 2012). Di Indonesia masalah kegemukan dan obesitas juga dijumpai pada mahasiswa tingkat akhir di Surakarta yaitu sebanyak 6,8% (Utari, 2016) dan Semarang 41,3% (Wijayanti, et al, 2019).

Dalam kondisi ini, mahasiswa tingkat akhir memiliki banyak tuntutan seperti IPK yang tinggi, tugas dengan deadline singkat, kegiatan sosial mahasiswa, ditambah dengan tugas akhir pengerjaan skripsi sebagai syarat kelulusan. Hal tersebut disebabkan adanya stres, perubahan perilaku makan (*emotional eating*), kualitas tidur dan asupan gizi sehingga berdampak pada masalah gizi lebih (Wijayanti, et al, 2019).

Tuntutan akademik yang dihadapi mahasiswa akhir menjadi stresor yang menyebabkan mahasiswa rentan mengalami stres dan gangguan tidur. Seperti penelitian mahasiswa tingkat akhir di Depok, terdapat 38,4% mahasiswa mengalami stres ringan, 61,6% stres sedang dan 44,6% mengalami gangguan tidur. Stres ringan ditandai dengan adanya ketidaknyamanan menerima kritikan dan kondisi sering lupa. Stres sedang ditandai

dengan adanya perselisihan antar teman, tugas berlebihan, permasalahan keluarga, dsb (Wulandari, 2012). Tekanan atau beban pada mahasiswa biasanya memiliki dampak pada berkurangnya waktu tidur, yang menyebabkan menurunnya kualitas tidur. Kualitas tidur yang tidak baik yakni kurang dari 7 jam per hari menunjukkan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang lebih tinggi (Amanda, 2017).

Cara mengatasi tekanan bagi mahasiswa tingkat akhir ini beragam, seperti beribadah, mendengarkan musik, berolahraga, melakukan hobi, bercerita dan makan. Dalam hal ini, makan digunakan untuk menghilangkan tekanan atau beban yang terlampau berat (*over eating*), sehingga memunculkan perilaku makan yang tidak sehat yang dapat memengaruhi asupan gizi atau yang dikenal dengan *emotional eating*. Akan tetapi, tidak jarang pula dengan adanya tekanan atau beban yang berat, mahasiswa memilih untuk makan sedikit atau tidak makan yang dapat menurunkan status gizinya (*under eating*). Pada penelitian mahasiswa tingkat akhir di Semarang, terdapat perubahan perilaku makan *over eating* sebanyak 44% mahasiswa (Wijayanti, et al, 2019).

Penelitian ini berfokus pada kelompok mahasiswa tingkat akhir karena dianggap memiliki beban yang lebih berat dibandingkan dengan tahun pembelajaran sebelumnya karena tuntutan akademik dan non akademik. Banyak penelitian serupa yang dilakukan sebelumnya, namun masih jarang yang menggabungkan hubungan *emotional eating*, asupan gizi, stres dan kualitas tidur dengan status gizi mahasiswa akhir secara bersamaan, terutama untuk Fakultas Kesehatan yang dianggap lebih mengetahui cara menjaga pola hidup yang sehat. Berdasarkan hal tersebut penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi mahasiswa tingkat akhir S1 Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain cross sectional. Lokasi penelitian dilakukan di kampus Universitas MH. Tahmrin, Jakarta, pada bulan September – Oktober 2019. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh mahasiswa tingkat akhir Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin yang terdiri dari 3 jurusan yaitu Keperawatan, Kesehatan Masyarakat dan Gizi. Sampel adalah mahasiswa tingkat akhir Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin yang diperoleh melalui total sampling, yaitu sebanyak 95 mahasiswa. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah mahasiswa S1 Universitas MH. Thamrin tingkat akhir yaitu

mahasiswa aktif semester 7 ke atas, dan bersedia menjadi subjek penelitian dengan mengisi *inform consent* penelitian. Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah sedang menjalani diet khusus dan sedang sakit atau menjalani pengobatan rawat jalan. Terdapat 28 mahasiswa yang tidak hadir pada saat penelitian dan tidak memenuhi kelengkapan data kuesioner sehingga dikeluarkan dan tidak menjadi responden. Total responden dalam penelitian ini adalah 95 mahasiswa.

Data yang dikumpulkan yaitu data status gizi, *emotional eating*, asupan energi, karbohidrat, lemak dan protein, stres serta kualitas tidur. Data status gizi yaitu pengukuran berat badan diukur menggunakan timbangan digital dengan ketelitian 0,1 kg dan tinggi badan diukur menggunakan *microtoise* dengan ketelitian 0,1 cm. Data *emotional eating*, stres dan kualitas tidur diperoleh menggunakan kuesioner. Kuesioner *emotional eating* diadaptasi dari kuesioner *Adult Eating Behaviour Questionnaire*. Kuesioner stres diadaptasi dari *Perceived Stres Scale* dan kuesioner kualitas tidur diadaptasi dari kuesioner

Pittsburgh Sleep Quality Index. Adapun data asupan energi, karbohidrat, lemak dan protein dikumpulkan menggunakan dengan metode 2x24 jam Food Recall. Klasifikasi status gizi pada penelitian ini berdasarkan Kemenkes (2012) yaitu menggunakan nilai ambang batas IMT, gizi lebih (> 25.0), gizi normal ($18.5 - 25.0$), dan gizi kurang (< 18.5). Data *emotional eating* dikelompokkan menjadi *over eating* ($> \text{mean skor, } 107$) dan *under eating* ($\leq \text{mean skor, } 107$). Data asupan energi, karbohidrat, lemak dan protein dikategorikan asupan lebih dan asupan cukup. Klasifikasi untuk stres yaitu stres ($> \text{mean, } 21.40$) dan tidak stres ($\leq \text{mean, } 21.40$). Kemudian data kualitas tidur dibagi menjadi kualitas tidur kurang ($< \text{mean, } 7.06 \text{ jam}$) dan cukup ($\geq \text{mean, } 7.06 \text{ jam}$). Analisis data dilakukan dalam bentuk univariat dan bivariat yang menggunakan uji chi-square.

HASIL & PEMBAHASAN

Hasil

Analisis Univariat

Pada tabel 1 menunjukkan distribusi responden menurut status gizi (IMT). Sebagian besar status gizi responden adalah gizi normal (54,7%) disusul dengan gizi lebih (29,5%) dan gizi kurang (15,8%). Rata-rata status gizi responden yaitu 22,9 dengan standar deviasi

4,38. Status gizi terendah responden yaitu 15,4 dan paling tinggi 32,7. Berdasarkan jurusan, masalah gizi lebih terbanyak terdapat pada jurusan Kesehatan Masyarakat, disusul Keperawatan dan Gizi. Adapun responden gizi normal terbanyak terdapat pada jurusan Gizi, kemudian Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan. Responden dengan masalah gizi kurang paling banyak proporsinya terdapat pada jurusan Keperawatan, kemudian Kesehatan Masyarakat dan Gizi.

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Status Gizi (IMT) Mahasiswa S1 Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin

| Variabel | Gizi | | Kesehatan Masyarakat | | Keperawatan | | Total | | Mean | SD | Min-Max |
|--------------------------|------|------|----------------------|------|-------------|------|-------|------|------|------|-------------|
| | n | % | n | % | N | % | n | % | | | |
| Status Gizi (IMT) | | | | | | | | | | | |
| Gizi Lebih | 7 | 22.6 | 10 | 33.3 | 11 | 32.4 | 28 | 29.5 | | | |
| Gizi Normal | 20 | 64.5 | 16 | 53.3 | 16 | 47.1 | 52 | 54.7 | 22.9 | 4.38 | 15.4 – 32.7 |
| Gizi Kurang | 4 | 12.9 | 4 | 13.3 | 7 | 20.6 | 15 | 15.8 | | | |

Tabel 2 menunjukkan distribusi responden menurut *emotional eating*, tingkat stres, dan kualitas tidur. Berdasarkan hasil penelitian, data *emotional eating* responden hampir merata untuk masing-masing kategori. Secara keseluruhan *emotional eating* kategori *under eating* lebih banyak yaitu 51,6% dibandingkan *over eating* yaitu 48,4%. Kesehatan Masyarakat merupakan jurusan dengan proporsi terbanyak kategori *over eating* (53,3%), dan Keperawatan dengan kategori *under eating* (55,9%).

Tabel 2. Distribusi Data Emotional eating, Tingkat Stres, dan Kualitas Tidur

| Variabel | Gizi | | Kesehatan Masyarakat | | Keperawatan | | Total | |
|-------------------------------------|------|------|----------------------|------|-------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Emotional eating | | | | | | | | |
| Over Eating (> mean 107) | 15 | 48.4 | 16 | 53.3 | 15 | 44.1 | 46 | 48.4 |
| Under Eating (\leq mean 107) | 16 | 51.6 | 14 | 46.7 | 19 | 55.9 | 49 | 51.6 |
| Tingkat Stres | | | | | | | | |
| Stres (> mean 21.40) | 16 | 51.6 | 13 | 43.3 | 16 | 47.1 | 45 | 47.4 |
| Tidak Stres (\leq mean 21.40) | 15 | 48.4 | 17 | 56.7 | 18 | 52.9 | 50 | 52.6 |
| Kualitas Tidur | | | | | | | | |
| Tidur Kurang (< mean 7.06 Jam) | 17 | 54.8 | 18 | 60.0 | 17 | 50.0 | 52 | 54.7 |
| Tidur Cukup (\geq mean 7.06 Jam) | 14 | 45.2 | 12 | 40.0 | 17 | 50.0 | 43 | 45.3 |

Menurut tingkat stres diketahui bahwa distribusi responden paling banyak pada kategori tidak stres yaitu 52,6% dan kategori stres sebanyak 47,4%. Jurusan Gizi merupakan kelompok terbanyak responden yang mengalami stress (51,56%). Adapun data kualitas

tidur diketahui bahwa 54,7% responden berada pada kategori tidur kurang dan 45,3% pada kategori tidur cukup. Jurusan Kesehatan Masyarakat merupakan jurusan yang paling banyak mengalami kualitas tidur yang kurang.

Tabel 3. Distribusi Data Asupan Energi, Karbohidrat, Lemak, dan Protein

| Variabel | Gizi | | Kesehatan Masyarakat | | Keperawatan | | | | Total | | Min-Max |
|---|------|-------|----------------------|-------|-------------|-------|----|------|-------|-------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | Mean | SD | |
| Asupan Energi | | | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> 80% AKG) | 21 | 67.7 | 1 | 3.3 | 2 | 5.9 | 24 | 25.3 | | | |
| Asupan Cukup (\leq 80% AKG) | 10 | 32.3 | 29 | 96.7 | 32 | 94.1 | 71 | 74.7 | 66.1 | 22.9 | 21 - 142 |
| Asupan Karbohidrat | | | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> mean, 124.0 gram) | 0 | 0.0 | 19 | 63.3 | 25 | 73.5 | 44 | 46.3 | | | |
| Asupan Cukup (\leq mean, 124.0 gram) | 31 | 100.0 | 11 | 36.7 | 9 | 26.5 | 51 | 53.7 | 124 | 50.6 | 39 - 262 |
| Asupan Lemak | | | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> mean, 119.4 gram) | 31 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 31 | 32.6 | | | |
| Asupan Cukup (\leq mean, 119.4 gram) | 0 | 0.0 | 30 | 100.0 | 34 | 100.0 | 64 | 67.4 | 119 | 100.8 | 21 - 417 |
| Asupan Protein | | | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> mean, 53.8 gram) | 25 | 80.6 | 7 | 23.3 | 6 | 17.6 | 38 | 40.0 | | | |
| Asupan Cukup (\leq mean, 53.8 gram) | 6 | 19.4 | 23 | 76.7 | 28 | 82.4 | 57 | 60.0 | 54 | 22.6 | 17 - 139 |

Tabel 3 menunjukkan distribusi asupan zat gizi makro responden. Asupan energi responden paling banyak berada pada kategori asupan cukup (74,7%), rata-rata asupan mencapai 66,1% AKG dengan standar deviasi 22,9%. Jurusan Gizi merupakan jurusan tertinggi dengan proporsi asupan energi lebih, diantara ketiga jurusan (67,7%).

Asupan karbohidrat responden paling banyak dikategori asupan cukup (53,7%), rata-rata asupan responden yaitu 124 gram dengan standar deviasi 50,6 gram. Asupan karbohidrat lebih terbanyak terdapat pada jurusan Keperawatan yaitu sebanyak 73,5%. Asupan lemak responden paling banyak terdapat pada responden dengan asupan lemak cukup (67,4%), rata-rata asupan lemak adalah 119 gram dengan standar deviasi 100,8 gram. Asupan

protein responden paling banyak pada kategori asupan cukup (60,0%), rata-rata asupan protein responden yaitu 54 gram dengan standar deviasi 22,6 gram. Jurusan Gizi adalah jurusan tertinggi dengan proporsi asupan lemak dan protein lebih, yaitu 100% untuk asupan lemak, dan 80,6% untuk asupan protein.

Analisis Bivariat

Hasil analisis hubungan asupan gizi baik energi, karbohidrat, protein dan lemak tidak menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan status gizi mresponden. Akan tetapi, terdapat kecenderungan responden yang asupan karbohidrat, protein dan lemak yang lebih memiliki status gizi lebih.

Tabel 4. Analisis Bivariat

| Variabel | Status Gizi | | | | | | Total | P- valu e | |
|---|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------|-----------------|-------|
| | Gizi Lebih | | Gizi Normal | | Gizi Kurang | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Emotional eating | | | | | | | | | |
| Over Eating (> mean 107) | 10 | 21.7 | 26 | 56.5 | 10 | 21.7 | 48 | 100.0 | 0.145 |
| Under Eating (\leq mean 107) | 8 | 36.7 | 26 | 53.1 | 5 | 10.2 | 49 | 100.0 | |
| Asupan Energi | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> 80% AKG) | 4 | 16.7 | 15 | 62.5 | 5 | 20.8 | 24 | 100.0 | 0.265 |
| Asupan Cukup (\leq 80% AKG) | 4 | 33.8 | 37 | 52.1 | 10 | 14.1 | 71 | 100.0 | |
| Asupan Karbohidrat | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> mean, 124.0 gram) | 3 | 29.5 | 22 | 50.0 | 9 | 20.5 | 44 | 100.0 | 0.481 |
| Asupan Cukup (\leq mean, 124.0 gram) | 5 | 29.4 | 30 | 58.8 | 6 | 11.8 | 51 | 100.0 | |
| Asupan Lemak | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> mean, 119.4 gram) | 7 | 22.6 | 20 | 64.5 | 4 | 12.9 | 31 | 100.0 | 0.409 |
| Asupan Cukup (\leq mean, 119.4 gram) | 1 | 32.8 | 32 | 50.0 | 11 | 17.2 | 64 | 100.0 | |
| Asupan Protein | | | | | | | | | |
| Asupan Lebih (> mean, 53.8 gram) | 9 | 21.1 | 23 | 60.5 | 7 | 18.4 | 38 | 100.0 | 0.335 |
| Asupan Cukup (\leq mean, 53.8 gram) | 0 | 35.1 | 29 | 50.9 | 8 | 14.0 | 57 | 100.0 | |
| Tingkat Stres | | | | | | | | | |
| Stres (> mean 21.40) | 0 | 22.2 | 25 | 55.6 | 10 | 22.2 | 45 | 100.0 | 0.151 |
| Tidak Stres (\leq mean 21.40) | 8 | 36.0 | 27 | 54.0 | 5 | 10.0 | 50 | 100.0 | |
| Kualitas Tidur | | | | | | | | | |
| Tidur Kurang (< mean 7.06 Jam) | 6 | 30.8 | 28 | 53.8 | 8 | 15.4 | 52 | 100.0 | 0.954 |
| Tidur Cukup (\geq mean 7.06 Jam) | 2 | 27.9 | 24 | 55.8 | 7 | 16.3 | 43 | 100.0 | |

Hasil analisis hubungan *emotional eating*, tingkat stres, dan kualitas tidur tidak menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan status gizi responden. Proporsi responden yang mengalami over eating dan stres sama banyaknya pada kelompok gizi lebih dan gizi kurang. Adapun responden yang kualitas tidurnya kurang cenderung lebih banyak pada kelompok gizi lebih dibandingkan gizi kurang. Begitu pula terdapat kecenderungan pada responden yang kualitas tidurnya kurang, lebih banyak mengalami gizi lebih dibandingkan responden yang kualitas tidurnya cukup.

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ini, dari 95 mahasiswa tingkat akhir, dapat dilihat hampir setengah dari total responden mengalami masalah gizi, di mana proporsi gizi lebih (29,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan gizi kurang (15,8%). Hasil penelitian ini menunjukkan masalah yang lebih besar dibandingkan dengan penelitian di Boswana yaitu 25,6% mahasiswa tingkat akhir mengalami gizi lebih. Hasil penelitian tersebut mengungkapkan bahwa gizi lebih meningkat seiring dengan penambahan umur dan tingkat studi. Mahasiswa akhir yang memiliki proporsi gizi lebih, jauh lebih banyak daripada tingkat dibawahnya. Adapun risiko bagi mahasiswa tingkat akhir untuk mengalami gizi lebih yaitu 1,6 kali lebih besar dibanding tingkat sebelumnya (Tapera, et al, 2017). Hal serupa terjadi pada penelitian di Ghana yaitu 21,8% mahasiswa tingkat akhir mengalami gizi lebih. Dibandingkan dengan tingkat lainnya, mahasiswa tingkat akhir dianggap lebih berisiko untuk mengalami gizi lebih. Hal ini disebabkan karena terdapat beberapa kebiasaan pola hidup seperti menghabiskan waktu lama di depan komputer untuk mengerjakan tugas, makan dengan porsi lebih banyak saat stres dan makan lebih banyak cemilan di antara waktu makan (Obikorang, 2017).

Stres dapat memengaruhi asupan dan status gizi seseorang. Saat mengalami stres, seseorang cenderung tidak selera makan atau sebaliknya akan makan berlebihan yang berdampak pada adanya perubahan status gizi (Nurkhopipah, 2017). Stres juga tidak terlepas dari mahasiswa. Penyebab stres dari mahasiswa dapat berasal dari kehidupan akademik, seperti tuntutan eksternal dan tuntutan diri sendiri. Tuntutan eksternal dapat berupa beban pelajaran, tugas kuliah, tuntutan orangtua untuk berhasil dalam kuliah dan penyesuaian dengan lingkungan kampus. Stres yang dialami oleh mahasiswa tingkat akhir berhubungan dengan peningkatan dan penurunan berat badan. Beberapa mahasiswa

mengubah perilaku makan karena adanya faktor emosional, cemas, lelah, sedih dan frustrasi. Beberapa di antaranya memilih mengonsumsi garam, gula dan lemak untuk merespon ketegangan hingga kemudian mengalami kenaikan berat badan. Adapun penurunan berat badan adalah akibat non spesifik dari keadaan stres kronis (Mangite, 2015).

Terdapat dua mekanisme stres yaitu stres akut dan stres kronis. Stres akut terjadi dalam waktu yang singkat dengan tekanan kuat dan akan menghilang dengan cepat. Kondisi ini disebabkan adanya aktivasi sistem simpatik adrenal medular yaitu dengan sekresi hormon noradrenalin. Hormon noradrenalin inilah yang akan cenderung menurunkan nafsu makan. Sedangkan stres kronis merupakan stres yang terjadi dalam jangka waktu panjang. Kondisi ini melibatkan sistem pituitary, adrenal dan kortisol, yaitu hipotalamus akan sekresi CRH yang akan menurunkan nafsu makan. Namun, setelah beberapa jam atau hari, kortisol akan menaikkan nafsu makan serta kadar glukokortikoid meningkat. Akibatnya, aktivitas lipoprotein lipase akan meningkat dan penyimpanan energi pada jaringan viseral pun meningkat (Sominsky, 2014; Torres, Diet, Nowson, 2007; Gamayanti, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat 44,4% mahasiswa yang mengalami stres dan masalah gizi, baik gizi lebih lebih (22,2%) maupun gizi kurang (22,2%). Di samping itu, hasil penelitian tidak menunjukkan hubungan stres dengan status gizi mahasiswa tingkat akhir. Hal ini dapat dikarenakan stress yang dialami oleh mahasiswa termasuk dalam kategori stress sedang atau akut, yaitu stress yang berlangsung hanya dalam hitungan hari atau minggu (Potter dan Perry, 2005). Selain itu, perilaku makan (*emotional eating*) tidak memengaruhi status gizi mahasiswa sehingga faktor stres juga tidak memengaruhi status gizi. Hal yang serupa juga dibuktikan oleh penelitian yang menunjukkan tidak adanya hubungan stres dan status gizi mahasiswa di Surakarta (Nurkhopipah, 2017) dan mahasiswa kedokteran di Banda Aceh (Yanti, 2015). Menurut Rafidah, et al (2009), dalam

proses belajar, dampak positif stress pada mahasiswa jika jumlah stress tidak melebihi kemampuan. Stress dalam jumlah yang cukup atau normal itu perlu karena dapat mengaktifkan kinerja otak.

Emotional eating dapat diartikan sebagai kecenderungan berlebihan dalam respon emosi negatif. *Emotional eating* memiliki dampak yang penting bagi kesehatan fisik dan

psikologi, seperti meningkatnya status gizi, munculnya *eating disorder* (*binge eating* dan *bulimia nervosa*) dan depresi (Tan dan Chow, 2015). Konsep *emotional eating* muncul akibat sulitnya membedakan antara respon lapar dan emosional lainnya. Respon ini dipakai untuk meregulasi dirinya saat stres, cemas, atau bagi perempuan saat memasuki masa haid. Hal-hal yang dapat memicu terjadinya *emotional eating* di antaranya adalah faktor stres, kelelahan, malu/rendah diri, kesepian, sedih, kejadian yang menyebabkan munculnya emosi negatif seperti masa transisi di kampus. *Emotional eating* dianggap merupakan faktor yang penting yang dapat menjadi faktor risiko adanya kejadian gizi lebih (Economy, 2013). Pada penelitian ini, tidak terdapat hubungan signifikan antara *emotional eating* dan status gizi. Hal yang sama terjadi pada penelitian mahasiswa tingkat akhir di Semarang. Dalam hal ini, *emotional eating* yang dipicu oleh faktor stres tidak cukup kuat mengubah perilaku makan seseorang. Banyak hal lain yang memengaruhi status gizi selain perilaku makan *over eating*. Faktor tersebut di antaranya adalah pengetahuan gizi, kontrol orang tua, pengaruh teman sebaya dsb (Wijayanti, et al, 2019).

Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia agar tubuh dapat berfungsi dengan normal (Armanda, 2017). Dalam penelitian ini kualitas tidur dilihat dalam beberapa aspek yaitu durasi tidur, gangguan masalah tidur, latensi tidur, disfungsi siang hari, efisiensi tidur, kualitas tidur dan penggunaan obat tidur. Berdasarkan hasil penelitian, lebih banyak responden atau mahasiswa tingkat akhir yang mengalami kualitas tidur kurang (54,7%) dibandingkan dengan kualitas tidur cukup. Menurut Adamkova, et al (2009) kualitas tidur merupakan faktor jangka panjang yang dapat memengaruhi status gizi. Kurangnya waktu tidur adalah salah satu penyebab buruknya kualitas tidur. Faktor stres, hubungan keluarga, aktivitas sosial adalah hal-hal yang menyebabkan berkurangnya waktu tidur. Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan yang tidak signifikan pada kualitas tidur dengan status gizi.

Hal ini sejalan dengan penelitian pada mahasiswa tingkat akhir di Amerika Serikat (Vargas, et al, 2014). Penelitian tersebut menjelaskan bahwa masalah gizi mahasiswa dipengaruhi oleh faktor lain yang lebih luas seperti aktivitas fisik dan lingkungan universitas. Akan tetapi, penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Quick, et al (2015) di beberapa universitas di Amerika Serikat yang menyatakan adanya hubungan signifikan status gizi dengan kualitas tidur. Kualitas dan durasi tidur yang kurang cenderung berisiko mengalami gizi lebih karena meningkatnya asupan makan. Di samping itu, hasil

penelitian ini juga menunjukkan bahwa responden yang kualitas tidurnya kurang (30,8%) lebih banyak proporsinya mengalami gizi lebih dibandingkan dengan yang kualitas tidurnya cukup (27,9%). Salah satu poin dalam menentukan kualitas tidur adalah durasi tidur. Durasi tidur yang pendek memiliki peluang risiko untuk menjadi obesitas. Waktu tidur yang singkat mengakibatkan perubahan hormonal dan metabolisme yang berkontribusi terhadap kenaikan berat badan dan obesitas. Hal ini dikaitkan dengan adanya peningkatan hormon grelin dan penurunan hormon leptin sehingga meningkatkan rasa lapar dan nafsu makan (Kadita, Febrianda, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian, asupan gizi baik asupan energi, karbohidrat, protein dan lemak tidak menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan status gizi responden. Hal tersebut sejalan dengan penelitian mahasiswa di Depok (Rosiana, 2012), tetapi tidak sejalan dengan penelitian lain (Wijayanti, et al, 2019). Selama proses pencernaan, zat gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) dipecah menjadi unit terkecil yaitu glukosa, asam amino dan asam lemak. Asupan karbohidrat berlebih menyebabkan glukosa disimpan dalam bentuk glikogen di hati dan otot. Glikogen merupakan cadangan energi yang relatif kecil. Jika gudang glikogen sudah penuh maka glukosa diubah menjadi asam lemak dan gliserol, sehingga terbentuk trigliserida yang disimpan dalam jaringan adiposa (lemak). Kemudian, kelebihan asam lemak yang berasal dari makanan akan diubah juga menjadi trigliserida. Begitu pula dengan asam amino, jika jumlah asam amino berlebih dalam sirkulasi darah yang tidak dibutuhkan untuk sintesis protein, maka akan diubah menjadi glukosa dan asam lemak, yang pada akhirnya akan disimpan sebagai trigliserida. Dengan demikian, asupan karbohidrat, protein dan lemak berlebih akan disimpan dalam jaringan adiposa. Hal inilah yang meningkatkan status gizi menjadi gizi lebih, baik gemuk atau obesitas (Sherwood, 2001). Akan tetapi, terdapat kecenderungan responden dengan asupan karbohidrat, protein dan lemak tinggi mengalami gizi lebih dibandingkan dengan gizi kurang. Menurut Kusuma, et al (2013) disebutkan bahwa proporsi mahasiswa tingkat akhir di Makasar yang memiliki

gizi lebih, jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan gizi kurang dengan pola makan yang tinggi kalori dan protein. Mahasiswa gemar konsumsi minuman manis seperti teh dan martabak manis karena faktor menunda tidur untuk menyelesaikan laporan dan tugas kuliah. Mahasiswa tingkat akhir merupakan mereka yang mengalami masa transisi kuat dengan perubahan lingkungan yang ditandai dengan kebiasaan makan yang tidak sehat

dan kurang aktivitas fisik, sehingga meningkatnya risiko status gizi lebih (Carson dan Wenrich, 2002; Bevard dan Ricketts, 2000).

SIMPULAN

Masalah gizi pada mahasiswa tingkat akhir lebih banyak pada gizi lebih dibandingkan dengan gizi kurang. Stres, emotional eating, kualitas tidur dan asupan gizi (energi, karbohidrat, protein, dan lemak) menunjukkan tidak adanya hubungan signifikan dengan status gizi. Mahasiswa disarankan untuk berolahraga rutin untuk menurunkan nilai IMT sekaligus sebagai cara untuk menghilangkan stres. Kegiatan ini bisa dilakukan bersama teman-teman yang dapat mendekatkan hubungan pertemanan dan memotivasi satu sama lain. Mahasiswa diharapkan menjaga asupan makan, termasuk malam hari ketika mengerjakan tugas kuliah. Dalam pemilihan makanan diutamakan makanan yang kaya akan serat dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral) seperti sayur, buah, roti gandum, sebagai cara mencegah kenaikan status gizi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih untuk Universitas MH Thamrin yang telah memberikan bantuan dukungan dan dana dalam penelitian ini. Terima kasih pula untuk Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin yaitu Prodi Gizi, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan yang telah memberikan kesempatan sebagai lokasi penelitian pengambilan data. Kemudian terima kasih penulis ucapkan untuk Prof. Dr. dr. Kusharisupeni, M.Sc yang memberikan kontribusi dalam penyusunan laporan penelitian.

REFERENSI

1. Adamkova, et al. 2009. Association Between Duration Of The Sleep And Body Weight. *Physiological Res.* 58(1): 27-31.
2. Armanda, Fadhila Rahma. 2017. Kualitas tidur, kebiasaan makan, aktivitas fisik, status gizi pegawai negeri sipil kota tangerang selatan. Skripsi. Institut Pertanian Bogor. Bogor.
3. Armanda, Fadhila Rahma. 2017. Kualitas Tidur, Kebiasaan Makan, Aktivitas Fisik, Status Gizi Pegawai Negeri Sipil Kota Tangerang Selatan. Skripsi. Institut Pertanian Bogor. Bogor.

4. Brevard, PB., Ricketts, CD. 2000. Residence Of College Students Affects Dietary Intake, Physical Activity, And Serum Lipid Levels. *Journal American Diet Association*. 96: 35-38.
5. Carson, KL., Wenrich, TR. 2002. Health And Nutrition Beliefs, Attitudes, And Practices Of Undergraduate College Students: A Needs Assessment. *Top Clinical Nutrition*. 17: 52-70.
6. Delvarianzadeh, Mehri, Saeed Saadat, Mohammad Hossein Ebrahimi. (2016). Assessment Of Nutritional Status Its Related Factors Among Iranian University Students: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Health Sciences*. 4(4): 56-68.
7. Economy. Alexandria M. 2013. Exploring the association between emotions and eating behavior. Tesis. Wiona State University.
8. Gamayanti W, Syafei I. 2018. Self Disclosure dan Tingkat Stres pada Mahasiswa yang sedang Mengerjakan Skripsi. UIN Bandung. Bandung.
9. Hakim, Abdul, N.D Muniandy, Ajau Danish. (2012). Nutritional Status Eating Practices Among University Students In Selected Universities In Selangor, Malaysia. *Asian Journal of Clinical Nutrition*. 4(3). 77-87.
10. Kadita, Febrianda. (2017). Hubungan Konsumsi Kopi Dan Screen-Time Dengan Lama Tidur Dan Status Gizi Pada Dewasa. Skripsi. Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro. Semarang.
11. Kemenkes. 2012. Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2015 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
12. Kemenkes. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
13. Kemenkes RI. 2018. *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
14. Kusuma, Ilma Anidya, Saifuddin Sirajuddin, Nurhaedar, Jafar. 2013. Gambaran Pola Makan Dan Status Gizi Mahasiswa Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Makassar.
15. Mangite, A. B., 2015. Hubungan Antara Stress Dengan Status Gizi Mahasiswa Program S1 Keperawatan Semester VIII Stikes Tana Toraja Tahun 2015. *Jurnal AgroSainT*. 6(3):182-192.

16. Najarkolaei, Fatemeh Rahmati, Hossein, Dini Talatappeh, Simin Naghavi. (2015). Physical Activity And Nutritional Status In The University Students: A Mix Method Study. *Journal of Health Policy and Sustainable Health*. 2(2): 201-206.
17. Nurkhopipah, Aisyah. 2017. *Hubungan kebiasaan makan, tingkat stress, pengetahuan gizi seimbang, dan aktivitas fisik dengan indeks massa tubuh mahasiswa s-1 universitas sebelas maret Surakarta*. Tesis. Surakarta: Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.
18. Obikorang, Christian. (2017). Prevalence And Risks Factors Of Overweight/Obesity Among Undergraduate Students: An Institutional Based Cross-Sectional Study, Ghana. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*. 6(1): 24-34.
19. Potter dan Perry. 2005 . *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
20. Quick et al. (2015). Relationship Of Eating Competence, Sleep Behaviors And Quality And Overweight Status Among College Student. *Eating Behaviors Journal*. 19: 15-19.
21. Rafidah, et al. 2009. Stress And Academic Perfor-Mance: Empirical Evidence From University Students. *Academy of Educational Leadership Journal*. 131, 37-51.
22. Rahmawati, Tuti. 2017. Hubungan asupan zat gizi dengan status gizi mahasiswa gizi semester 3 STIKES PKU Muhammadiyah Surakarta. *Jurnal PROFESI*. 14(2): 49-57.
23. Rosiana, Dhita Indah. 2012. Hubungan Status Merokok, Aktivitas Fisik, Asupan Zat Gizi, Dan Konsumsi Alkohol Dengan Imt Pada Mahasiswa Faklutas Teknik Universitas Indonesia Tahun 2012. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Depok.
24. Rossner, Stephan. 2014. *Buku ajar ilmu gizi (essentials of human nutrition 4th edition)*. Andry H., Penerjemah. Mochammad R., Penyunting. Ilmu Gizi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
25. Sherwood, Lauralee. (2001). *Fisiologi manusia dari sel ke sistem (human physiology: from cells to systems) Edisi 2*. Penerbit Buku Kedokteran ECG. Jakarta.
26. Sominsky L, Spencer SJ. 2014. Eating Behavior And Stress : A Pathway To Obesity. *Front Psychol*. 5: 1–8.

27. Tan, Cin Cin., Chow, Chong Man. 2014. Stress And Emotional Eating: The Mediating Role Of Eating Dysregulation. *Journal of Personality and Individual Differences*.66:1-4.
28. Tanti, Suci Fitri. 2015. Hubungan Status Gizi Tingkat Dengan Tingkat Stress Mahasiswa Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Unsyiah. Skripsi. Faklultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala. Banda Aceh.
29. Tapera, et al. (2017). The Prevalence And Factors Associated With Overweight And Obesity Among University Of Botswana Student. *Cogent Medicine Journal*. 1-11.
30. Torres SJ, Diet MN, Nowson CA,. 2007. Relationship Between Stress, Eating Behavior , And Obesity.23: 887–94.
31. Utari, Nina. (2016). Hubungan Antara Status Gizi dengan Kejadian Dismenore pada Mahasiswa yang sedang Mengerjakan Skripsi di Universitas Muhammdiyah Surakarta. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.
32. Vargas, Perla A, Melissa Flores, Elias Robles. (2014). Sleep Quality And Body Mass Index In College Student: The Role Of Sleep Disturbances. *Jounal American College Health*. 62(8): 534-541.
33. Wijayanti et al. 2019. Hubungan Stress, Perilaku Makan, dan Asupan Zat Gizi dengan Status Gizi Pada Mahasiswa Tingkat Akhir. *Journal of Nutrition College*. 8(1): 1-8.
34. Wulandari, Resti Putri. (2012). Hubungan Tingkat Stress Dengan Gangguan Tidur Pada Mahasiswa Skripsi di Salah Satu Fakultas Rumpun Science-Technology UI. Skripsi. Fakultas Keperawatan, Universitas Indonesia. Depok.
35. Wulansari, Arnati., Drajat ,Martianto., Yayuk, Farida Baliwati. 2016. Estimasi Kerugian Ekonomi Akibat Obesitas pada Orang Dewasa di Indonesia. *Jurnal Gizi Pangan*,11(2):159-168.

PENGARUH FAKTOR KLINIS DAN KETERATURAN MINUM OBAT DENGAN TERJADINYA TB MDR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KECAMATAN PASAR REBO JAKARTA TIMUR

* Petrus Geroda Beda Ama¹⁾, Suhermi²⁾, Futi Fradilla³⁾

^{1,3)} S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin

²⁾ DIII-MPRS, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin

Correspondence author: petrusgeroda@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.115>

ABSTRAK

Penyakit Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia, baik dalam hal prevalensinya maupun masalah-masalah lain yang ditimbulkan. Upaya dalam penanggulangan penyakit Tuberculosis ini pun masih terus dilakukan, namun dalam perjalanannya banyak hambatan dalam upaya tersebut, salah satunya adalah adanya fenomena Tuberculosis Multidrug Resistant (TB-MDR). Penelitian tentang faktor yang berpengaruh juga sudah banyak dilakukan, namun terkait faktor klinis dan kepatuhan minum obat masih perlu untuk ditelusuri lagi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh faktor klinis dan kepatuhan minum obat dengan terjadinya TB-MDR, dengan Desain penelitian adalah kasus kontrol. Populasi dan sampel adalah pasien TB biasa dan TB-MDR di di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara bivariat, faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian TB-MDR di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur adalah Riwayat Pengobatan TB (OR 4,702 dengan CI: 1,702-15,221), Efek Obat Anti TB (OR: 6,844 dengan CI: 1,772-26,440), Kepatuhan minum obat (OR: 8,947 dengan CI: 2,299-34,816). Sementara variabel yang tidak berpengaruh adalah Status Gizi dan Riwayat penyakit Diabetes melitus. Hasil Analisis Multivariat, variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian TB-MDR adalah Kepatuhan minum obat (OR: 7,192 dengan CI: 1,644-31,452). Perlu ditingkatkan lagi penyuluhan atau KIE kepada pasien, keluarga dan atau PMO tentang pentingnya kepatuhan minum obat dan konsekuensi yang timbul akibat dari ketidakpatuhan minum obat sangat penting untuk mengendalikan peningkatan kejadian TB MDR.

Kata kunci : Tubekulosis, MDR, Faktor Klinis, Kepatuhan Minum Obat.

ABSTRACT

Tuberculosis is still a major public health problem in Indonesia, both in terms of its prevalence and other problems caused. Efforts in tackling Tuberculosis are still ongoing, but in the course of many obstacles in the effort, one of which is the phenomenon of Tuberculosis Multidrug Resistant (MDR-TB). Research on influential factors has also been done, but related to clinical factors and medication adherence still needs to be explored again. The purpose of this study was to determine the effect of clinical factors and medication adherence with the occurrence of MDR-TB, with the study design being a case control. The population and sample were ordinary TB and MDR-TB patients in the working area of the Pasar Rebo District Health Center in East Jakarta. The results showed that bivariate, the factors that influenced the incidence of MDR-TB in the working area of the Pasar Rebo District Health Center in East Jakarta were TB Treatment History (OR 4,702 with CI: 1,702-15,221), Effects of Anti-TB Drugs (OR: 6,844 with CI: 1,772-26,440), Compliance with taking medication (OR: 8,947 with CI: 2,299-34,816). While the variables that had no effect were Nutrition Status and History of Diabetes Mellitus. Multivariate Analysis Results, the most dominant variable influencing the incidence of MDR-TB is compliance with taking medication (OR: 7,192 with CI: 1,644-31,452). It is also necessary to increase counseling or IEC to patients, families and or PMO about the importance of adherence to taking drugs and the consequences arising from non-compliance with taking drugs are very important to control the increased incidence of MDR TB.

Keywords : Tuberculosis, MDR, Clinical Factors, Compliance With Medication.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi menular, di sebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Menurut WHO 2016, Indonesia merupakan negara dengan jumlah kasus baru terbanyak kedua di dunia setelah India. Indonesia juga tercatat sebagai salah satu dari 27 negara dengan beban MDR TB terberat di dunia. Diperkirakan setiap tahunnya terdapat 6.800 kasus baru MDR TB, atau 2,8% di antara infeksi baru TB, dan 16% di antara kasus TB yang sudah menjalani pengobatan. (1)

Pelacakan kasus TBC di DKI Jakarta juga terus ditingkatkan seiring dengan optimalisasi program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati, dimana jumlah penderita positif kuman TBC mencapai 37.114 penderita, namun diperlukan perlakuan khusus terhadap khusus terhadap penderita masih banyaknya kasus hilang, minimnya kepatuhan pengobatan dan meningkatnya TBC resisten obat.

Berdasarkan data dari Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo, angka prevalensi kejadian TB Paru dengan BTA+ terus meningkat pada 5 kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Pasar Rebo. Pada tahun 2016 terdapat 215 jumlah pasien TB aktif dan diobati, pada tahun 2017 terdapat 244 pasien TB aktif, sedangkan pada tahun 2018 dengan laporan Triwulan 1 dari bulan Januari hingga Maret terdapat 60 pasien TB aktif yang diobati.

Kasus TB-MDR di wilayah Jakarta Timur dari bulan Mei 2018 teridentifikasi sebanyak 85 kasus dari 10 laporan puskesmas Kecamatan yang ada di Jakarta Timur. Kasus tertinggi di Kecamatan Ciracas yaitu 18 kasus diikuti Kecamatan Pasar Rebo dengan jumlah 15 kasus selanjutnya adalah Kecamatan Matraman dan Jatinegara yaitu 2 kasus. (2)

Untuk pasien TB-MDR yang diobati di Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo juga mengalami peningkatan dari tahun 2016-2018. Pada tahun 2016 terdapat 2 pasien, pada tahun 2017 meningkat menjadi 7 pasien, hingga pada tahun 2018 tercatat ada 15 pasien TB-MDR aktif dan mendapatkan pengobatan. Selain itu, dilihat dari Angka keberhasilan pengobatan, puskesmas Kecamatan Pasar Rebo juga masih tergolong renda yaitu 66% pada tahun 2016 dengan target 90%. Hal ini diperparah juga dengan pasien yang resistensi obat. (3)

Beberapa penelitian terkait TB-MDR, salah satunya dijelaskan dalam penelitian Mulyono (2014) tentang faktor faktor mempengaruhi peningkatan keberhasilan TB-MDR adalah

kegagalan pengobatan pada TB-MDR, kegagalan tersebut berhubungan dengan usia, jenis kelamin, riwayat pengobatan, efek samping, dokter, pasien, obat-obatan, program nasional TB, terapi yang tidak adekuat, resistensi obat-obatan, konseling, regulasi obat, keterlambatan dalam perawatan, HIV-AIDS, durasi terapi, rendah motivasi, jenuh dalam perawatan, dan biaya pengobatan. Meningkatnya motivasi menjadi solusi untuk mengurangi jumlah ketidakpatuhan dan kegagalan pengobatan pada penderita sehingga mengurangi kejadian TB- MDR. (4)

Nawas (2010) dalam penelitiannya tentang Penatalaksanaan TB MDR dan Strategi DOTS-Plus FKUI, menyebutkan faktor klinis yang menyebabkan resisten obat diantaranya: terlambatnya diagnosis dan isolasi, penggunaan obat yang tidak tepat, mengisolasi penderita, kurangnya pengetahuan tentang TB, pelaksanaan DOTS yang kurang baik dan kurang patuh serta pengobatan tidak lengkap.

Hasil penelitian Munir dkk (2010), menunjukkan bahwa keteraturan berobat dan lama pengobatan berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan penderita TB MDR, dimana terdapat pengaruh yang kuat antara keteraturan berobat dan lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan. (5) Penelitian lain yang dilakukan oleh Kusnanto 2014, menemukan bahwa riwayat pengobatan TB juga menentukan terjadinya TB MDR. (6)

Berdasarkan uraian diatas, diperkuat dengan hasil penelitian terdahulu maka dugaan sementara, faktor klinis dan kepatuhan minum obat juga merupakan pemicu terjadinya kasus TB-MDR, namun perlu ditelusuri lebih lanjut. Adapun Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Mengetahui pengaruh antara faktor klinis dan keteraturan minum obat dengan terjadinya TB-MDR di wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur”

METODE

Penelitian ini merupakan studi observasional (pengamatan) dengan jenis disain studi kasus control. Kasus adalah Penderita TB MDR. Sementara Kontrol adalah Pasien dengan TB Biasa. Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita TB baik MDR maupun Non MDR yang ada di wilayah kerja puskesmas kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur yaitu TB MDR sebanyak 14 orang dan TB Non MDR sebanyak 86 Orang. Sampel dalam penelitian ini diambil dengan sistem populasi total Sampling.

Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Pengolahan data dilakukan dengan bantuan aplikasi perangkat lunak computer. Sementara analisa data yang dilakukan adalah Analisa Univariat, Bivariat. Untuk mengetahui apakah hipotesis (H_0) yang diajukan sebelumnya ditolak atau diterima, maka dilakukan uji statistik dengan ketentuan, bila $p \text{ value} \leq \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak, artinya ada perbedaan yang bermakna, bila $p \text{ value} > \alpha$ (0,05) maka,

H_0 diterima, artinya tidak ada perbedaan yang bermakna (7)

Besarnya resiko kejadian diukur dengan menggunakan Odds Rasio (OR). Ketentuannya adalah , jika nilai $OR = 1$, estimasi bahwa tidak ada pengaruh antara faktor resiko dengan kasus. Jika $OR > 1$, Estimasi bahwa ada pengaruh positif antara faktor resiko dengan kasus. Dan jika $OR < 1$, estimasi bahwa ada hubungan negatif antara faktor resiko. (8)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi Dan Proporsi Hasil Penelitian Menurut Variabel Independen Dan Dependen

| Variabel | Kategori | Jumlah | Presentase |
|-----------------------|-------------------|------------|-------------|
| Status TB | MDR | 14 | 14% |
| | Non MDR | 86 | 86% |
| Total | | 100 | 100% |
| Riwayat Pengobatan TB | Ada Riwayat | 27 | 27% |
| | Tidak Ada Riwayat | 73 | 73% |
| Total | | 100 | 100% |
| Efek OAT | Mengganggu | 41 | 41% |
| | Tidak Mengganggu | 59 | 59% |
| Total | | 100 | 100% |
| Status Gizi | < IMT | 41 | 41% |
| | \geq IMT | 59 | 59% |
| Total | | 100 | 100% |
| Diabetes Melitus | Ada DM | 17 | 17% |
| | Tidak Ada DM | 83 | 83% |
| Total | | 100 | 100% |
| Kepatuhan Minum Obat | Tidak Patuh | 36 | 36% |
| | Patuh | 64 | 64% |
| Total | | 100 | 100% |

Hasil penelitian univariat pada tabel 1 memperlihatkan bahwa distribusi variabel status TB dibagi menjadi 2 yaitu TB MDR sebagai Kasus dan TB Non MDR sebagai Kontrol. Untuk yang MDR sebanyak 14% dan Non MDR sebanyak 86%. Pada variabel riwayat pengobatan TB, proporsi responden yang tidak mempunyai riwayat TB sebelumnya sebesar 73%. Pada variabel Efek Obat Anti TB, 59% responden menyatakan bahwa OAT tidak mengganggu. Pada variabel status gizi, sebagian besar responden mempunyai status gizi normal sebesar 59%. Pada variabel penyakit Diabetes Melitus, sebagian besar responden tidak mempunyai penyakit DM yaitu 83%. Pada variabel kepatuhan minum obat, sebagian besar sudah patuh yaitu sebanyak 64%.

Hasil Analisis Bivariat

Dalam analisis bivariat ini peneliti menggunakan uji Chi-Square oleh karena semua variabel berbentuk kategorik dengan masing masing 2 kelompok kategori. Untuk lebih jelas, hasil penelitian bivariat dipaparkan dalam tabel 2.

Tabel 2. Analisis Bivariat Pengaruh Faktor Klinis Dan Keteraturan Minum Obat Dengan Terjadinya TB-MDR di Wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur

| Variabel | Kategori | Status Pengobatan TB | | | | P-Value | OR 95% CI |
|-----------------------|-------------------|----------------------|-------|---------|-------|---------|-------------------------|
| | | MDR | % | Non MDR | % | | |
| Riwayat Pengobatan TB | Ada Riwayat | 8 | 57,1 | 19 | 22,1 | 0,019 | 4,702 (1,702-15,221) |
| | Tidak ada Riwayat | 6 | 42,9 | 67 | 77,9 | | |
| | Total | 14 | 100,0 | 86 | 100,0 | | |
| Efek OAT | Mengganggu | 11 | 78,6 | 30 | 34,9 | 0,005 | 6,844 (1,772-26,440) |
| | Tdk Mengganggu | 3 | 21,4 | 56 | 65,1 | | |
| | Total | 14 | 100,0 | 86 | 100,0 | | |
| Status Gizi | < IMT | 5 | 35,7 | 36 | 41,9 | 0,888 | 0,772 (0,238-2,496) |
| | ≥ IMT | 9 | 64,3 | 50 | 58,1 | | |
| | Total | 14 | 100,0 | 86 | 100,0 | | |
| Diabetes Melitus | Ada DM | 3 | 21,4 | 14 | 16,3 | 0,702 | 1,403 (0,346-5,683) |
| | Tidak ada DM | 11 | 78,6 | 72 | 83,7 | | |
| | Total | 14 | 100,0 | 86 | 100,0 | | |
| Kepatuhan Minum Obat | Tdk Patuh | 11 | 78,6 | 25 | 29,1 | 0,001 | 8,947 (2,299-34,816) |
| | Patuh | 3 | 21,4 | 61 | 70,9 | | |
| | Total | 14 | 100,0 | 86 | 100,0 | | |

Hasil analisis Pengaruh antara Faktor Klinis pasien dan keteraturan minum obat dengan terjadinya TB MDR pada pasien TB di Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Tahun 2019, dapat dilihat pada tabel 2 diatas. Berdasarkan hasil Uji maka proporsi maupun hubungan variabel independen dengan variabel dependen dapat dibahas sebagai berikut:

Riwayat Pengobatan TB Terhadap Kejadian TB MDR

Hasil uji statistik untuk variabel riwayat Ppengobatan TB diperoleh nilai p sebesar 0,019. Berdasarkan hasil ini maka dapat disimpulkan, ada pengaruh antara Riwayat Pengobatan TB sebelumnya dengan terjadinya TB MDR. Hasil uji pula diperoleh Nilai OR sebesar 4,702 dengan CI: 1,702-15,221. Artinya responden yang mempunyai riwayat pengobatan TB sebelumnya, berpeluang 6 kali lebih besar untuk terjadinya TB MDR dibanding Responden yang tidak mempunyai Riwayat pengobatan TB Sebelumnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Jana M, (2019) bahwa riwayat pengobatan TB mempunyai pengaruh yang signifikan dengan nilai OR OR 5,3 (9). Hasil serupa juga sejalan juga dengan penelitian potong lintang yang dilakukan oleh (Mekonnen et al., 2015) terhadap 124 responden di Distrik West Armchiho dan Metema Ethiopia, riwayat pengobatan TB memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian TB MDR dengan OR = 7 dan p value 0,025 (10).

Asumsi yang dapat disampaikan oleh peneliti adalah pada saat melakukan wawancara sebagian besar responden mempunyai riwayat pengobatan TB sebelumnya, beberapa merupakan pasien kambuh dan putus obat. Status TB dengan kategori 2 pun peneliti temui pada saat melakukan wawancara. Status TB dengan kategori 2 sangat beresiko untuk terjadinya TB-MDR. Jika kambuh kembali maka perlu diperhatikan kepatuhan minum obat serta penambahan maupun pengurangan berat badannya.

Efek Obat Anti TB Terhadap Kejadian TB MDR

Hasil Uji statistik untuk variabel Efek Obat Anti TB diperoleh Nilai P sebesar 0,005. Artinya pada alpha 5% diperoleh nilai $p < \alpha$. Berdasarkan hasil ini maka dapat disimpulkan, ada pengaruh antara Efek Obat Anti TB dengan terjadinya TB MDR. Hasil uji pula diperoleh Nilai OR sebesar 6,844 dengan CI: 1,772-26,440. Artinya responden yang menyatakan efek obat anti TB “mengganggu”, berpeluang 7 kali lebih besar untuk terjadinya TB MDR dibanding Responden yang efek obat anti TB tidak mengganggu. Hal ini sejalan dengan penelitian Kusnanto, dkk (2014) yang mengatakan adanya pengaruh yang signifikan antara efek samping OAT dengan pengobatan TB-MDR mual dan muntah (gangguan gastrointestinal) merupakan efek samping yang paling sering ditemukan dibandingkan dengan efek samping lainnya yaitu 79,8% dan 78,9%.

Penelitian yang dilakukan oleh Yuni Riswanti (2014) juga memiliki pengaruh yang signifikan antara efek minum obat dengan gagal konversi (OR=5,25) (11). Hal ini sejalan dengan penelitian Kusnanto, dkk (2014) yang mengatakan adanya pengaruh yang signifikan antara efek samping OAT dengan pengobatan TB-MDR mual dan muntah (gangguan gastrointestinal) merupakan efek samping yang paling sering ditemukan dibandingkan dengan efek samping lainnya yaitu 79,8% dan 78,9%. (12)

Penatalaksanaan klinis TB-MDR lebih rumit bila dibandingkan dengan TB yang sensitif karena menggunakan obat anti-TB (OAT) lini I dan lini II. Pada tatalaksana TB yang sensitif hanya menggunakan 4 obat dan membutuhkan waktu 6 bulan, sedangkan pada tatalaksana MDR TB mempergunakan minimal 5 obat dan berlangsung selama 18 sampai 24 bulan. Tatalaksana kasus MDR TB ini sering dihubungkan dengan kejadian efek samping mulai dari yang ringan sampai yang berat sehingga banyak pasien dari pasien TB-MDR yang mulai mengalami efek samping hingga mengganggu jalannya pengobatan (13)

Menurut wawancara yang dilakukan peneliti, responden dengan status TB-MDR lebih banyak merasakan efek yang merugikan dari OAT, dari efek ringan hingga harus dirujuk ke Rumah Sakit. Efek OAT yang biasanya dirasakan pada pasien TB-MDR adalah sakit perut, mual, gangguan pendengaran, gatal dan kesemutan serta nyeri di ulu hati. Hal tersebut dapat menghentikan pengobatan yang seharusnya dijalani pasien TB dan membuat ketidakpercayaan pasien terhadap obat TB sehingga pasien melakukan putus obat dan terjadilah TB-MDR.

Status Gizi Terhadap Kejadian TB MDR

Hasil uji statistik untuk variabel Status Gizi, diperoleh nilai p sebesar 0,888. Artinya pada alpha 5% diperoleh nilai $p > \alpha$. Berdasarkan hasil ini maka dapat disimpulkan, tidak ada pengaruh antara status Gizi dengan terjadinya TB MDR. Hal ini sejalan dengan penelitian Tirtana (2011) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan terjadinya TB-MDR dengan nilai $p=1,00$ (14). Sejalan juga dengan penelitian Mulyanto H (2014) yang mengatakan bahwa perilaku mengonsumsi gizi tidak berpengaruh terhadap TB MDR dengan nilai OR 0,25. (15)

Ketidakterkaitan antara Status gizi dengan kejadian TB MDR ini menurut asumsi peneliti, di puskesmas Pasar Rebo sendiri telah memberikan asupan tambahan berupa

susu “Proten” kepada seluruh pasien TB yang sedang menjalani pengobatan. Susu tersebut merupakan subsidi pemerintah untuk menaikkan status gizi pasien TB

Penyakit Diabetes Melitus Terhadap Kejadian TB MDR

Hasil uji statistik untuk variabel Penyakit Diabetes Melitus, diperoleh nilai p sebesar 0,702. Berdasarkan hasil ini maka dapat disimpulkan, tidak ada pengaruh antara status penyakit Diabetes Melitus dengan terjadinya TB MDR.

Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia kronis yang terjadi karena kelainan defek sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (16). Hal ini sejalan dengan penelitian Alfiana Lia (2013) bahwa tidak diperoleh pengaruh yang signifikan terjadinya TB-MDR pada responden yang memiliki diabetes mellitus dan tidak (9).

Penelitian tersebut juga memiliki hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan Tirtana (2011) yaitu tidak ada pengaruh yang bermakna dikarenakan persentase pasien TB-MDR dengan riwayat Diabetes Mellitus (17,7%) jumlahnya lebih rendah, dibandingkan pasien yang tidak memiliki riwayat Diabetes Mellitus (82,2%) (14).

Tidak adanya pengaruh antara DM dengan TB-MDR menurut asumsi peneliti disebabkan karena jumlah kasus TB-MDR dengan DM tidak terlalu banyak yang berobat

ke Puskesmas, selain itu harus ada bukti rujukan dari RS yang menyatakan pasien tersebut adalah pasien TB dengan DM ataupun DM dengan TB. Dengan demikian berdasarkan hasil penelitian, Pasien TB perlu diberikan kemudahan dalam hal mendapatkan surat rujukan dari RS agar pasien TB dengan DM dapat melakukan pengobatan di Puskesmas, serta meningkatkan program skrining pada pasien DM karena pasien DM beresiko terkena TB.

Kepatuhan Minum Obat Anti TB Terhadap Kejadian TB MDR

Hasil Uji statistik untuk Kepatuhan Minum Obat diperoleh nilai P sebesar 0,001. Berdasarkan hasil ini maka dapat disimpulkan, ada pengaruh antara Kepatuhan minum obat dengan terjadinya TB MDR. Hasil uji pula diperoleh Nilai OR sebesar 8,947 dengan CI: 2,299-34,816. Artinya responden yang tidak patu minum obat anti TB, berpeluang 9 kali lebih besar untuk terjadinya TB MDR dibandingkan dengan responden yang patuh minum obat anti TB.

Ketidak patuhan dalam pengobatan juga menjadi faktor penting dalam berkembangnya resistensi obat. Penyebab terbesar terjadinya resisten obat adalah ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Pasien tidak datang berobat (drop out) pada fase intensif karena rendahnya motivasi dan kurangnya informasi tentang penyakit yang dideritanya (17). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfiana Lia (2013) bahwa kepatuhan pengobatan memiliki pengaruh yang bermakna dengan terjadinya TB-MDR (OR=11,310) yang mengatakan bahwa pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan lebih beresiko 11 kali lebih besar dari yang patuh (9).

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Niviasari, dkk (2017) yang mengatakan ada pengaruh yang bermakna antara keteraturan pengobatan dengan status kesembuhan (OR=7,7). Dari wawancara yang dilakukan oleh peneliti, sebagian besar pasien yang memiliki status TB kategori 2 maupun TB-MDR setidaknya pernah satu kali tidak meminum obat atau memeriksakan dahak ulang sesuai jadwal yang diajukan petugas kesehatan, adapun alasan responden adalah lupa atau tidak keluarnya dahak sehingga pasien sulit untuk melakukan pemeriksaan dahak ulang. (18)

Hasil Analisis Multivariat

Seleksi Kandidat

Seleksi kandidat ini dimaksud untuk mengetahui variabel mana yang layak di ikutkan dalam analisis multivariat. Batasan nilai p yang digunakan untuk menentukan kelayakan variabel adalah 0,25. Apabila nilai p yang diperoleh $\leq 0,25$ maka variabel tersebut diikutkan dalam analisis multivariat, namun jika $> 0,25$ maka tidak di masukan ke pemodelan multivariat

Tabel 3. Seleksi Bivariat

| Nama Variabel | P Value | Keterangan |
|---------------------------|---------|------------------------|
| Riwayat Pengobatan TB | 0,010 | Ikut Multivariat |
| Efek Obat Anti TB | 0,002 | Ikut Multivariat |
| Penyakit Diabetes Melitus | 0,643 | Tidak Ikut Multivariat |
| Status Gizi | 0,633 | Tidak Ikut Multivariat |
| Keteraturan Minum Obat | 0,000 | Ikut Multivariat |

Hasil seleksi bivariat didapatkan bahwa dari 5 variabel yang ada ternyata hanya ada 3 variabel menghasilkan nilai P value $<0,25$ yaitu Riwayat Pengobatan TB, Efek Obat Anti TB dan Keteraturan Minum Obat, sehingga hanya 3 variabel tersebut yang masuk ke tahapan analisis multivariate.

Pemodelan Multivariat

Dalam pemodelan ini, jika terdapat variabel yang mempunyai nilai p value $> 0,05$ maka di keluarkan dari model satu persatu kemudian di hitung perubahan Nilai OR. Jika perubahan nilai OR $<10\%$ maka variabel tersebut terus di keluarkan dari model, namun jika hasil perhitungan perubahan nilai OR ternyata $\geq 10\%$ maka variabel tersebut di masukan kembali ke model. Untuk lebih jelas pemodelan multivariat ditampilkan pada tabel 4 berikut.

Tabel 4. Pemodelan Multivariat

| No | Variabel | P-Value | OR | 95% C.I.for EXP(B) | |
|----|-----------------------|---------|-------|--------------------|--------|
| | | | | Lower | Lower |
| 1 | Riwayat Pengobatan TB | 0,011 | 6,359 | 1,518 | 26,639 |
| 2 | Efek OAT | 0,013 | 6,873 | 1,496 | 31,572 |
| 3 | Kepatuhan Minum Obat | 0,009 | 7,192 | 1,644 | 31,452 |

Dari hasil pemodelan diatas, ternyata semua variabel mempunyai nilai P Value $<$ dari 0,05 maka tidak ada variabel yang di keluarkan dari model, serta tidak ada perhitungan perubahan nilai OR. Dengan demikian maka pemodelan ini selesai.

Berdasarkan analisa multivariat adapun variabel yang berpengaruh terhadap terjadinya TB MDR di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo adalah Riwayat Pengobatan TB, Efek Obat Anti TB dan Kepatuhan Minum Obat Anti TB. Namun dari ke tiga variabel tersebut ternyata variabel Kepatuhan minum obat Anti TB merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi Terjadinya TB MDR, oleh karena mempunyai nilai OR tertinggi yaitu 7,192. Dari hasil OR tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang tidak patu minum Obat Anti TB beresiko menjadi menjadi TB MDR 7 kali lebih besar dibanding responden yang patuh minum obat.

Hasil penelitian inipun sejalan dengan penelitian Sarwani, 2012 dimana hasil analisis bivariat dan multivariat menunjukkan ada hubungan antara keteraturan minum obat

dengan kejadian MDR-TB. Seseorang yang mengkonsumsi obat TB secara tidak teratur mempunyai risiko 2,3 kali lebih besar untuk menderita MDR - TB dibandingkan yang mengkonsumsi obat secara teratur (19). Sejalan juga dengan penelitian Ti T et al., (2006) menyatakan bahwa orang yang melakukan pengobatan tidak teratur memiliki risiko terkena MDR-TB 4,8 kali lebih besar dibandingkan dengan yang melakukan pengobatan teratur. (20)

Penelitian Barroso (2003), juga menyebutkan bahwa orang yang melakukan pengobatan tidak teratur memiliki risiko terkena MDR-TB 5,1464 kali lebih besar dibandingkan dengan yang melakukan pengobatan teratur. (21)

Menurut asumsi peneliti, Alasan utama gagalnya pengobatan adalah pasien tidak mau minum obatnya secara teratur dalam waktu yang diharuskan. Pasien biasanya bosan harus minum banyak obat setiap hari selama beberapa bulan. Lamanya waktu pengobatan TB paru yang harus dilakukan selama 6 bulan, dapat saja dijadikan beban oleh penderita sehingga mereka malas untuk melanjutkan proses pengobatan. Adapun bagi penderita yang memiliki keinginan atau motivasi yang kuat akan terhindar dan sembuh dari penyakit dan tetap akan melakukan pengobatan secara teratur. Namun sebaliknya bagi penderita yang kurang memiliki keinginan atau motivasi untuk sembuh, bisa jadi mereka tidak patuh dalam minum obat sesuai dosis dan waktu yang sudah di tentukan. Oleh karena itu salah satu hal utama dalam penanganan kasus TB adalah bagaimana memotivasi penderita agar mereka mau menyelesaikan pengobatannya sesuai waktu yang telah ditetapkan.

Dalam penelitian ini pula diperoleh Nilai *Nagelkerke R Square* 0,416, yang menunjukkan bahwa kemampuan variabel independen (Riwayat pengobatan TB, Efek Obat Anti TB dan Kepatuhan minum obat Anti TB) hanya mampu menjelaskan variabel dependen (TB MDR) sebesar 0,416 atau 41,6%. Dengan demikian maka masih ada faktor lain diluar model ini yang menjelaskan kejadian TB MDR sebesar 59,4%.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kejadian TB MDR di Pasar Rebo dipengaruhi oleh Riwayat Pengobatan TB, Efek Obat Anti TB, dan Kepatuhan Minum Obat Anti TB. Diantara ketida variabel tersebut, variabel yang paling besar pengaruhnya

terhadap TB MDR adalah kepatuhan minum obat. Oleh karena itu penelitian ini merekomendasikan:

1. Peningkatan penyuluhan secara berkala kepada pasien TB dan keluarganya tentang kepatuhan minum obat lebih ditekankan lagi tentang konsekuensi kalau tidak patuh. TB MDR terjadi merupakan rangkaian sebab akibat, dari efek obat yang menyebabkan ketidakpatuhan minum obat. Efek samping obat yang timbul membuat pasien tidak nyaman, hal ini karena metabolisme obat yang terjadi di hati. Dengan demikian maka perlu ada langkah yang tepat dalam mensiasati efek samping obat ini, agar tidak menjadi penghalang keberhasilan pengobatan TB, salah satunya dengan memberikan vitamin dan suplemen protektor hati
2. Teratur tidak nya pasien TB dalam menyelesaikan pengobatan TB, sangat tergantung dari peran serta PMO (Petugas Minum Obat). Pasien TB akan menjadi TB MDR bilamana pengobatannya tidak Sukses, apalagi pasien tersebut mempunyai riwayat pengobatan TB sebelumnya. Oleh karena itu, perlu dipantau dan lebih di tingkatkan lagi peran serta PMO dalam mendukung keberhasilan Pengobatan TB.
3. Petugas perlu selalu mengontrol, memantau status gizi dan pola makan pasien TB setiap kali melakukan pemeriksaan atau setiap kali mengambil obat. Perlu juga memberikan konsultasi kepada pasien tentang efek samping obat yang mungkin akan timbul ketika mengkonsumsinya..
4. Memaksimalkan kegiatan skrining pada pasien DM yang beresiko terkena TB dan skrining pada anggota keluarga yang mungkin selalu kontak dengan pasien.

REFERENSI

1. World HealthOrganizatio. *Global Tuberculosis Report*. Geneva : WHO Pres, 2016.
2. Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo. *Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo*. Jakarta : s.n., 2017 (Tidak dipublikasikan).
3. Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo. *Profil Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo*. Jakarta : s.n., 2016 (Tidak dipublikasikan).
4. Arifin, Nawas. *Penatalaksanaan TB MDR danStrategi DOTS Plus*. Jakarta : Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RSUP Persahabatan, 2010.

5. Sri Melati Munir, Arifin Nawas, Dianiati K Soetoyo. *Pengamatan Pasien Tuberkulosis Parudengan TB MDR di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan*. Jakarta : Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RSUP Persahabatan., 2010.
6. Reviono, P Kusnant, Vicki Eko, Helena Pakiding, Dyah Nurwidiasih. *Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB): Tinjauan Epidemiologi dan Faktor Risiko Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis*. Bandung : Majalah Kedokteran, 2014.
7. Hastono, Sutanto Priyo. *Modul Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat : Universitas Indonesia, 2007.
8. Lapau, Buchari. *Metode Penelitian Kesehatan (edisi revisi)*. Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2015.
9. Janan, M. *Faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan Peningkatan Prevalensi Kejadian TB MDR di Kabupaten Brebes Tahun 2011-2017*. Jakarta : Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI, 2019. 64-70..
10. Mekonnen, F., Tessema, B., Moges, F., Gelaw, A., Eshetie, S., & Kumera, G. (2015). *Multidrug resistant tuberculosis: prevalence and risk factors in districts of metema and west armachiho*. Northwest Ethiopia. : BMC infectious diseases. Vol. 6 (4). 461.
11. Riswanti, Yuni. *Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Dengan Kegagalan Konversi Penderita Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam (Bta) Positif Pengobatan Fase Intensif Di Kota Magelang Tahun 2013-2014 (Skripsi)*. s.l. : Universitas Negeri Semarang, 2014.
12. Kusnanto, P., Eko, V., Pakiding, H., & Nurwidiasih, D. *Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB): tinjauan epidemiologi dan faktor risiko efek samping obat anti tuberkulosis*. Bandung : Majalah Kedokteran, (2014). Vol. 46 (4). 189-196..
13. Kementerian Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat*. Jakarta : Kemenkes RI, 2014.
14. Tirtana, B. T., & Musrichan, M. . *Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada pasien tuberkulosis paru dengan resistensi obat tuberkulosis di Wilayah Jawa Tengah (Doctoral dissertation, Faculty of Medicine)*. 2011.
15. Mulyanto, H. *Hubungan Antara 5 (Lima) Indikator Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (Phbs) Dengan Tuberkulosis Multidrug Resistant (TB-MDR) DI RSUD Saiful Anwar Malang (Doctoral dissertation)*. s.l. : Universitas Airlangga, 2014.

16. PERKENI. *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta : PERKENI, 2015.
17. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2008*. Geneva : WHO Press, 2008.
18. Niviasari, D. N., Saraswati, L. D., & Martini, M. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Kesembuhan Penderita Tuberkulosis Paru*. s.l. : Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal), 2017. Vol. 3 (3).
19. Sarwani, D., Nurlaela, S., & Isnani, Z. A. *Analisis faktor risiko multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) (Studi Kasus di BP4 Purwokerto)*. s.l. : JKM, 2013. Vol. 8 (1). 62-8.
20. Ti, T., Lwin, T., Mar, T. T., Maung, W., Noe, P., Htun, A., ... & Paramasivan, C. N. *National anti-tuberculosis drug resistance survey, 2002, in Myanmar*. s.l. : The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease , 2006. Vol. 10 (10).
21. Arroso, E. C., Mota, R. M. S., Santos, R. O., Sousa, A. L. O., Barroso, J. B., & Rodrigues, J. L. N.B. *Risk factors for acquired multidrug-resistant tuberculosis*. s.l. : Jornal de Pneumologia, 2003. Vol. 29 (2). 89-97.

KEJADIAN KECACINGAN PADA PETUGAS PENGANGKUT SAMPAH DINAS LINGKUNGAN HIDUP DAN KEHUTANAN KOTA KENDARI

Nasrul¹⁾, Arimaswati²⁾, *La Ode Alifariki³⁾

Fakultas Kedokteran, Universitas Halu Oleo

Correspondence author: ners_riki@yahoo.co.id Kendari, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.131>

ABSTRAK

Infeksi cacing terjadi pada orang yang kurang memperhatikan perilaku kebersihan diri, sanitasi lingkungan rumah dan kurangnya pengetahuan tentang kecacingan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kecacingan pada petugas pengangkut sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan Total sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah 45 petugas pengangkut sampah. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan pemeriksaan mikroskopis terhadap adanya infeksi cacing dari petugas pengangkut sampah. pada pemeriksaan sampel menunjukkan bahwa terdapat 6 responden dari 45 responden yang terinfeksi cacing. Uji statistik yang digunakan adalah chi square pada derajat kesalahan alfa 0,05. Cacing yang menginfeksi petugas pengangkut sampah adalah jenis cacing STH yaitu *Ascaris lumbricoides* dan *Trichuris trichiura*. Faktor yang berhubungan dengan kejadian kecacingan adalah pengetahuan ($\rho = 0,031$), penyediaan air bersih ($\rho = 0,031$), sarana pembuangan tinja ($\rho = 0,031$), jenis tempat sampah ($\rho = 0,031$) dan jenis lantai rumah ($\rho = 0,023$). Dari Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik, perilaku sehat dan sanitasi lingkungan rumah yang baik cenderung dapat mencegah kecacingan pada petugas pengangkut sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari.

Kata kunci : Kecacingan; Pengetahuan; Sanitasi Lingkungan Rumah.

ABSTRACT

Worm infections occur in people who pay less attention to personal hygiene behavior, sanitation of the home environment and lack of knowledge about helminthiasis. This study aims to determine the factors associated with the incidence of helminthiasis in the Kendari City Environmental and Forestry Office waste transportation officer. This study was an observational analytic study with a cross sectional study design. Determination of the sample in this study using total sampling. The sample in this study was 45 garbage transporters. Data collection using a questionnaire and microscopic examination of the presence of worm infections from garbage transport officers. examination of the sample showed that there were 6 respondents out of 45 respondents who were infected with worms. The statistical statistical test used is chi square at 0.05 alpha error. Worms that infect garbage transport workers are STH worms, *Ascaris lumbricoides* and *Trichuris trichiura*. Factors related to helminthiasis are knowledge ($\rho = 0.031$), clean water supply ($\rho = 0.031$), faeces disposal facilities ($\rho = 0.031$), type of trash bin ($\rho = 0.031$) and type of house floor ($\rho = 0.023$). From this research it can be concluded that good knowledge, healthy behavior and good home environmental sanitation tend to prevent worms in the garbage transport officer of the Kendari City Environment and Forestry Office.

Keywords: Helminthiasis; Knowledge; Home Environmental Sanitation.

PENDAHULUAN

Infeksi kecacingan yang disebabkan oleh *soil transmitted Helminths (STH)* merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Infeksi kecacingan tergolong penyakit *neglected disease* yaitu infeksi yang kurang diperhatikan dan bersifat kronis tanpa menimbulkan gejala klinis yang jelas dan dampak yang ditimbulkannya baru terlihat dalam jangka panjang. Beberapa dampak yang disebabkan oleh cacing seperti kekurangan gizi, gangguan tumbuh kembang dan gangguan kognitif pada anak, dan apabila terjadi pada orang dewasa akan menurunkan produktivitas kerja (Darmadi et al, 2015).

Tingginya infeksi STH masih merupakan permasalahan kesehatan di berbagai daerah di dunia. Diperkirakan lebih dari dua milyar orang di dunia terinfeksi STH. Lebih dari satu milyar orang terinfeksi *Ascaris lumbricoides*. Tujuh ratus sembilan puluh juta orang terinfeksi *Trichiuris trichiura*, dan tujuh ratus empat puluh juta orang terinfeksi cacing tambang (*Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus*). dan Asia Tenggara merupakan salah satu wilayah yang memiliki prevalensi tinggi infeksi STH di dunia. Penelitian di daerah pedalaman Cina Selatan ditemukan prevalensi (*Ascaris lumbricoides*) 18,5% pada tahun 2009 (Darmadi et al., 2015).

Di Indonesia spesies cacing yang paling banyak ditemukan secara berurutan adalah *A lumbricoides*, *T. trichiura* dan *N. americanus* (Rusmanto, Dwi, 2012). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di sepuluh provinsi di Indonesia ditemukan prevalensi *A. lumbricoides* 30,4%, *T. trichiura* 21,2% serta *A.duodenale* dan *N. americanus* 6,5%. Sedangkan prevalensi pada anak-anak di tiga provinsi (Jakarta, Yogyakarta dan Sulawesi Utara) di Indonesia adalah 12,9% untuk *A. lumbricoides*, 19,8% untuk *T. trichiura* dan 7,8 untuk *A. duodenales*, dan *N. americanus* (Jansen et al, 2008).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2010 prevalensi kecacingan sebanyak 29,50%, pada tahun 2011 prevalensi kecacingan meningkat menjadi 32,11%, sedangkan pada tahun 2012 prevalensi kecacingan turun kembali menjadi 31,08% (Suluwi,Rezal, 2017). Untuk Kota Kendari kejadian kecacingan pada tahun 2013 sebanyak 412 orang, tahun 2014 menjadi 327 orang, pada tahun 2015 sebanyak 291 orang dan pada tahun 2016 sebanyak 256 orang (RSUD Kota Kendari, 2017).

Faktor yang menyebabkan masih tingginya kecacingan adalah rendahnya tingkat kebersihan pribadi (perilaku hidup bersih sehat) seperti kebiasaan cuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar (BAB), kebersihan kuku, perilaku jajan di sembarang tempat yang kebersihannya tidak dapat dikontrol. perilaku BAB tidak di WC yang menyebabkan pencemaran tanah dan lingkungan oleh feses yang mengandung telur cacing serta ketersediaan sumber air bersih (Suluwi, Rezal, 2017).

Petugas pengangkut sampah adalah golongan pekerja yang lebih sering melakukan kontak dengan sampah dan lebih sering berada di lingkungan kotor (Maywati, 2013). Oleh karena itu petugas pengangkut sampah sangat rentan terkena penyakit-penyakit yang penularannya melalui tanah salah satunya adalah kecacingan. Kerugian langsung yang diakibatkan oleh infeksi cacing adalah dapat mempengaruhi pemasukan (intake), pencernaan (digestif), penyerapan (absorpsi), dan metabolisme makanan. Secara kumulatif, kecacingan dapat menimbulkan kekurangan zat gizi berupa kalori dan protein serta kehilangan darah. Selain dapat menghambat perkembangan fisik, kecerdasan dan produktifitas kerja, dapat menurunkan ketahanan tubuh sehingga mudah terkena penyakit lainnya (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Maywati, 2013) tentang kontribusi penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan) terhadap kejadian infeksi nematoda usus menunjukkan hasil dari 68% pekerja yang menggunakan sarung tangan saat bekerja terdapat 46% responden terinfeksi nematoda usus dengan jenis cacing terbanyak ditemukan adalah *A. lumbricoides* (79,91%). Selain penggunaan alat pelindung diri, kebersihan diri juga sangat penting dalam keselamatan dan kesehatan kerja. Dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Mulasari, S.A. Maani, 2013) menunjukkan bahwa 8,0% petugas sampah yang memiliki higiene yang kurang baik terdapat 0,7% yang positif kecacingan. Penelitian yang dilakukan (Sari, 2017) menunjukkan (100%) petugas pengangkut sampah yang memiliki higiene yang kurang baik terdapat (62,5%) positif kecacingan dan dari 100% petugas pengangkut sampah yang tidak menggunakan alat pelindung diri secara lengkap saat bekerja terdapat 25,9% positif kecacingan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kecacingan pada petugas pengangkut sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari.

METODE

Jenis penelitian ini yaitu analitik observasional dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus sampai September 2017 pada Dinas Kebersihan Kota Kendari. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 45 petugas pengangkut sampah yang memenuhi syarat inklusi. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan Uji statistik yang digunakan adalah *chi square* pada derajat kesalahan alfa 0,05. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat Universitas Halu Oleo.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Pada Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik responden hanya berfokus pada dua aspek yakni usia dan tingkat pendidikan. Kelompok usia paling banyak adalah dewasa awal sebanyak 27 orang (60,0%). Jenis pendidikan terbanyak adalah SMA atau di atasnya sebanyak 29 orang responden (64,4 %).

Analisis Univariat

Pada Tabel 1 menunjukkan hasil penelitian mengenai distribusi frekuensi komponen penelitian meliputi sanitasi lingkungan rumah (penyediaan air, sarana pembuangan tinja, kondisi tempat sampah dan jenis lantai rumah). Sebanyak 18 responden (40,0 %) yang memiliki kondisi sarana pembuangan tinja tidak memenuhi syarat dan sebanyak 27 responden (60,0 %) yang memiliki sarana pembuangan tinja memenuhi syarat. Dari 45 responden (100%), sebanyak 18 responden (40,0 %) memiliki kondisi tempat sampah yang tidak memenuhi syarat dan sebanyak 27 responden (60,0 %) memiliki kondisi tempat sampah yang memenuhi syarat. Dari 45 responden (100 %), sebanyak 17 responden (37,8 %) memiliki jenis lantai rumah tidak memenuhi syarat dan sebanyak 28 responden (62,2 %) memiliki jenis lantai rumah memenuhi syarat. 6 responden (13,3 %) yang positif mengalami kecacingan berdasarkan pemeriksaan feses dan 39 responden (86,7 %) yang tidak positif ditemukan telur, larva maupun cacing dewasa pada feses.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Data Penelitian

| Karakteristik Responden | Jumlah (n) | Persen (%) |
|--------------------------------|------------|------------|
| Kelompok Usia | | |
| Dewasa Awal | 27 | 60 % |
| Dewasa Lanjut | 18 | 40 % |
| Status Pendidikan | | |
| Lanjut | 29 | 64,4 % |
| Dasar | 16 | 35,6 % |
| Kejadian Kecacingan | | |
| Positif | 6 | 13,3 % |
| Negatif | 39 | 86,7 % |
| Pengetahuan | | |
| Baik | 27 | 60 % |
| Kurang | 18 | 40 % |
| Penyediaan Air Bersih | | |
| Tidak Memenuhi Syarat | 18 | 40% |
| Memenuhi Syarat | 27 | 60% |
| Sarana Pembuangan Tinja | | |
| Tidak Memenuhi Syarat | 18 | 40,0 % |
| Memenuhi Syarat | 27 | 60,0 % |
| Kondisi Tempat Sampah | | |
| Tidak Memenuhi Syarat | 18 | 40,0 % |
| Memenuhi Syarat | 27 | 60,0 % |
| Jenis Lantai Rumah | | |
| Tidak Memenuhi Syarat | 17 | 37,8 % |
| Memenuhi Syarat | 28 | 62,2 % |

Sumber: Data primer, 2017

Analisis Bivariat

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi responden yang memiliki pengetahuan dalam kategori baik sebanyak 27 responden (60,0 %) dan mengalami positif kecacingan sebanyak 1 responden (16,7 %) dan negatif kecacingan sebanyak 26 responden (66,7 %). Sedangkan proporsi responden yang berpengetahuan kurang, yang positif mengalami kecacingan sebanyak 5 responden (83,3 %) dan yang negatif sebanyak 13 responden (33,3 %). Analisis menunjukkan bahwa nilai p value (0,031) $<$ α sehingga terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kejadian kecacingan pada petugas pengangkut sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari.

Proporsi responden yang penyediaan air bersih memenuhi syarat sebanyak 27 responden (60,0 %), yang mengalami positif kecacingan sebanyak 1 responden (16,7 %) dan yang negatif sebanyak 26 responden (66,7 %). Hasil uji fisher exact test diperoleh nilai p value = 0,013. Untuk sanitasi lingkungan rumah berdasarkan kondisi sarana pembuangan tinja

diketahui bahwa proporsi responden yang tidak memenuhi syarat ada 18 orang dan 5 positif kecacangan dan dari 27 orang yang memenuhi syarat terhadap 26 orang (66,7%) negative kecacangan. Hasil uji fisher exact test diperoleh nilai p value = 0,013.

Proporsi responden dengan sanitasi lingkungan rumah berdasarkan jenis tempat sampah diketahui dari ada 18 orang yang tidak memenuhi syarat dan 5 positif kecacangan dan dari 27 yang memenuhi syarat terdapat 27 orang yang negative kecacangan. Hasil uji fisher exact test diperoleh nilai p value = 0,013. Dan responden yang memiliki sanitasi lingkungan rumah berdasarkan jenis lantai rumah diketahui bahwa dari 45 responden (100 %) yang memiliki jenis lantai rumah tidak memenuhi syarat sebanyak 17 responden (37,8 %) dan positif kecacangan ada 5 orang (83,3%) sedangkan proporsi responden yang memiliki luas lantai memenuhi syarat ada 28 orang dan tidak kecacangan ada 27 orang (69,2%). Hasil uji fisher exact test diperoleh nilai p value = 0,023.

Tabel 2. Analisis Kejadian Kecacingan Pada Petugas Pengangkut Sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari

| Perilaku | Kecacingan | | | | Total | | p value |
|-------------------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|---------|
| | Positif | | Negatif | | n | % | |
| | n | % | n | % | | | |
| Pengetahuan | | | | | | | |
| Baik | 1 | 16,7 | 26 | 66,7 | 27 | 60 | 0,031 |
| Kurang | 5 | 83,3 | 13 | 33,3 | 18 | 40,0 | |
| Air Bersih | | | | | | | |
| Memenuhi syarat | 1 | 16,7 | 26 | 66,7 | 27 | 60,0 | 0,031 |
| Tidak memenuhi syarat | 5 | 83,3 | 13 | 33,3 | 18 | 40,0 | |
| Pembuangan tinja | | | | | | | |
| Memenuhi syarat | 1 | 16,7 | 26 | 66,7 | 27 | 60,0 | 0,031 |
| Tidak memenuhi syarat | 5 | 83,3 | 13 | 33,3 | 18 | 40,0 | |
| Tempat sampah | | | | | | | |
| Memenuhi syarat | 1 | 16,7 | 26 | 66,7 | 27 | 60,0 | 0,031 |
| Tidak memenuhi syarat | 5 | 83,3 | 13 | 33,3 | 18 | 40,0 | |
| Lantai rumah | | | | | | | |
| Memenuhi syarat | 1 | 16,7 | 27 | 69,2 | 28 | 62,2 | 0,023 |
| Tidak memenuhi syarat | 5 | 83,3 | 12 | 30,8 | 17 | 37,8 | |
| Total | 6 | 100 | 39 | 100 | 45 | 100 | |

Sumber: Data primer, 2017

Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Kecacingan

Berdasarkan dari hasil penelitian diketahui bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kejadian kecacangan pada petugas pengangkut sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari. Hal tersebut dilihat berdasarkan hasil yang didapat dari uji *Exact Fisher Test*, dimana didapatkan nilai ρ Value (0,031) < α (0,05). Dari 18 responden

yang memiliki pengetahuan kurang baik, terdapat 5 responden positif terinfeksi kecacingan dan 13 orang yang tidak terinfeksi kecacingan. Dan dari 27 responden yang memiliki pengetahuan baik, terdapat 1 responden yang terinfeksi kecacingan, sedangkan 26 responden lainnya tidak mengalami infeksi kecacingan.

Tingkat pengetahuan merupakan salah satu aspek yang berpengaruh terhadap tinggi rendahnya prevalensi kecacingan. Pengetahuan berhubungan dengan banyaknya informasi yang dimiliki seseorang, melalui kenyataan, melihat dan mendengar sendiri, serta melalui alat-alat komunikasi, misalnya membaca surat kabar, mendengar radio, menonton televisi dan sebagainya.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Yuliani, 2007) yang berjudul Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap dan Praktik Hidup Sehat dengan Kejadian Kecacingan Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri Bulusan 1 Kecamatan Tembalang Kota Semarang Tahun 2006, menyatakan bahwa tingginya prevalensi infeksi cacing pada anak disebabkan kurangnya pengetahuan anak dan orang tua terhadap penyakit kecacingan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian infeksi cacing ($p=0,000$), dimana nilai $p < \alpha (0,05)$.

Hasil penelitian lain yang dilakukan tentang pengaruh program pemberantasan kecacingan terhadap perilaku orang tua murid Sekolah Dasar Dikelurahan Pisangan Baru Jakarta Timur menunjukkan bahwa peningkatan tingkat pengetahuan merupakan salah satu indikator keberhasilan program pemberantasan kecacingan (Ottay, 2010).

Hubungan Penyediaan Air Bersih dengan Kejadian Kecacingan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa terdapat hubungan antara penyediaan air bersih dengan kejadian kecacingan, dimana dari 45 responden terdapat 18 responden yang mempunyai penyediaan air bersih tidak memenuhi syarat, hasilnya terdapat 5 responden yang terinfeksi cacing. Sedangkan responden yang mempunyai kondisi penyediaan air bersih memenuhi syarat sebesar 27 responden dan yang terinfeksi cacing sebesar 1 dari 27 responden tersebut. Hasil uji *exact fisher* didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penyediaan air bersih dengan kejadian kecacingan, dengan nilai $p\text{Value } (0,031) < \alpha (0,05)$.

Penelitian ini sejalan dengan yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara

penyediaan air bersih dengan kejadian kecacingan pada petani sayur di Kelurahan Maharatu Kota Pekanbaru tahun 2015 (Ali, et al, 2015). Penyediaan air bersih yang tidak memenuhi syarat dapat menjadi faktor risiko yang menyebabkan terjadinya penyakit infeksi yang ditularkan melalui air dan tanah. Tanah dan air yang terkontaminasi telur cacing memiliki peranan dalam kejadian infeksi kecacingan (Yudhastuti & D. Lusno, 2012).

Hubungan Kondisi Sarana Pembuangan Tinja dengan Kejadian Kecacingan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa terdapat hubungan antara kondisi sarana pembuangan tinja dengan kejadian kecacingan, dimana dari 45 responden terdapat 18 responden yang kondisi sarana pembuangan tinja tidak memenuhi syarat, hasilnya terdapat 5 responden yang terinfeksi cacing. Sedangkan responden yang kondisi sarana pembuangan tinja memenuhi syarat sebesar 27 responden dan yang terinfeksi cacing sebesar 1 dari 27 responden tersebut. Hasil uji *exact fisher* didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi sarana pembuangan tinja dengan kejadian kecacingan, dengan nilai $p\text{Value } (0,031) < \alpha (0,05)$.

Menurut penelitian (Bundhy DA et al, 2014) penyakit infeksi kecacingan merupakan penyakit yang dipengaruhi oleh keadaan sanitasi lingkungan terutama sarana pembuangan tinja (jamban). Penyakit infeksi kecacingan ditularkan melalui *soil transmitted helminthiasis* sehingga pembuangan tinja akan mengurangi risiko kejadian penyakit. Pembuangan kotoran manusia bila tidak dikelola dengan baik sering mencemari air bersih sehingga air tersebut dapat menyebabkan penyakit.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Surfeki G, 2017) menyatakan sanitasi dasar rumah berhubungan dengan kejadian kecacingan pada pemulung di sekitar tempat pembuangan akhir sampah ($p = ,005$).

Hubungan Jenis Tempah Sampah dengan Kejadian Kecacingan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa terdapat hubungan antara jenis lantai rumah dengan kejadian kecacingan, dimana dari 45 responden terdapat 17 responden yang kondisi sarana pembuangan tinja tidak memenuhi syarat, hasilnya terdapat 5 responden yang terinfeksi cacing. Sedangkan responden yang jenis lantai rumah memenuhi syarat sebesar 28 responden dan yang terinfeksi cacing sebesar 1 dari

28 responden tersebut. Hasil uji *exact fisher* didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi sarana pembuangan tinja dengan kejadian kecacingan, dengan nilai $p\text{Value } (0,031) < \alpha (0,05)$.

Kondisi tempat sampah yang tidak memenuhi syarat kesehatan bisa menyebabkan penyakit, salah satunya yaitu penyakit kecacingan. Tempat sampah yang tidak tertutup, tidak kedap air dan berbau sering dihindangi serangga. Lalat merupakan salah satu serangga yang menyebabkan dan menularkan penyakit. Lalat yang selalu bersarang di sampah kotor membawa telur cacing yang sebelumnya hinggap di tanah.

Transmisi telur cacing dimulai dari telur cacing yang dibawa oleh lalat, kemudian lalat tersebut hinggap di makanan, dan makanan tersebut yang akan masuk ke dalam tubuh manusia. Sangat rawan terkena cacingan untuk anak sekolah dan balita, karena mereka yang selalu jajan disembarang tempat dan selalu bermain-main di luar rumah (Altiara, 2011).

Hubungan Jenis Lantai Rumah dengan Kejadian Kecacingan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa terdapat hubungan antara jenis lantai rumah dengan kejadian kecacingan, dimana dari 45 responden terdapat 17 responden yang jenis lantai rumah tidak memenuhi syarat, hasilnya terdapat 5 responden yang terinfeksi cacing. Sedangkan responden yang jenis lantai rumah memenuhi syarat sebesar 28 responden dan yang terinfeksi cacing sebesar 1 dari 28 responden tersebut. Hasil uji *exact fisher* didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis lantai rumah dengan kejadian kecacingan pada petugas sampah Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kota Kendari, dengan nilai $p\text{Value } 0,023$.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yudhastuti & D. Lusno, 2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jenis lantai rumah (berlantai tanah) dengan kejadian kecacingan dengan nilai OR sebesar 5,342

SIMPULAN

Pengetahuan memiliki hubungan dengan kejadian kecacingan pada petugas pengangkut sampah. Sanitasi lingkungan rumah (penyediaan air bersih, sarana pembuangan tinja, tempat sampah dan jenis lantai rumah) memiliki hubungan dengan kejadian kecacingan pada petugas pengangkut sampah. *Ascaris Lumbricoides* dan *Trichuris trichiura* adalah

jenis cacing yang menginfeksi petugas pengangkut sampah Dinas Lingkungan Hidup Dan Kehutanan Kota Kendari. Oleh karena itu, kecederungan terjadinya kecacingan pada pekerja kebersihan akan dapat dicegah dengan meningkatkan pengetahuan tentang cara penularan cacing, perilaku hidup yang sehat serta sanitasi lingkungan rumah yang baik.

REFERENSI

1. Ali, R., Zulkarnaini, Z., & Affandi, D. (2015). Hubungan Personal Hygiene dan Sanitasi Lingkungan dengan Angka Kejadian Kecacingan (Soil Transmitted Helminth) Pada Petani Sayur di Kelurahan Maharatu Kecamatan Marpoyan Damai Kota Pekanbaru. *Dinamika Lingkungan Indonesia*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.31258/dli.3.1.p.24-32>
2. Altiara, S. (2011). *Hubungan Sanitasi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Kecacingan Pada Balita di RW 03 Kelurahan Panggung Kota Tegal Tahun 2010*. Universitas Negeri Semarang.
3. Bundhy DA, Kam,Sp., Rose, R. (2014). *Age Related Prevalence, Intestinal, and Frequency Distribusi of Gastrointestinal Helminth In Urban Slum Children from Kuala Lumpur*. Kuala Lumpur: Trans R SOC Med Hyg.
4. Darmadi, Irawati, N., & Nasrul, E. (2015). Perbandingan Kadar IL-5 dan Jumlah Eosinofil Antara Anak dan Orang Dewasa yang Terinfeksi *Ascaris Lumbricoides*. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 756–764.
5. Jansen Loudwik Lalandos, D. G. R. K.(2008). Prevalensi Infeksi Cacing Usus yang Ditularkan Melalui Tanah Pada Siswa SD GMIM Lahai Roy Malalayang. *MKM*, 03(02), 86–91.
6. Kementrian Kesehatan RI. (2012). *Pedoman Pengendalian Kecacingan*. Jakarta: Direktorat Jendral PP dan PL.
7. Maywati, S. (2013). Kontribusi Penggunaan Alat pelindung Diri Terhadap Kejadian Infeksi Nematoda Usus (Studi Pada Petugas Pengangkut Sampah Di Kota Tasikmalaya). *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 9 (1).
8. Mulasari, S.A. Maani, D. (2013). Hubungan Antara Kebiasaan Penggunaan Alat Pelindung Diri dan Personal Higiene Dengan Kejadian Infeksi Kecacingan Pada Pettugas Sampah di Kota Yogyakarta. *Urnal Ekologi Kesehatan*, 12 (3).

9. Ottay, R. I. (2010). Hubungan Antara Perilaku Pemulung Dengan Kejadian Penyakit Cacingan Di Pembuangan Akhir Sampah Sumompokota Manado. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 2(1), 38–43.
10. RSUD Kota Kendari. (2017). Profil Rumah Sakit Kota Kendari. Kendari:RSUD Kota Kendari.
11. Rusmanto, Dwi, J. M. (2012). Hubungan Personal Higiene Siswa Sekolah Dasar dengan Kejadian Kecacingan. *The Indonesian Journal of Public Health*, 8, 105–111.
12. Sari, W. . (2017). *Hubungan Higiene Perorangan Dan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) Dengan Kejadian Kecacingan Pada Petugas Pengangkut Sampah Dinas Kebersihan Kota Kendari Tahun 2016*. Universitas Halu Oleo.
13. Suluwi, Rezal, I. (2017). Pengaruh penyuluhan dengan metode permainan edukatif sukata terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan penyakit cacingan pada siswa kelas iv dan v sd negeri 1 mawasangka kabupaten buton tengah tahun 2016. *Jimkesmas*, 2(5), 1–10.
14. Surfeki G. (2017). *Hubungan Personal Hygiene, Pemakaian Alat Pelindung diri, dan Sanitasi Dasar rumah dengan Kecacingan Pada Pemulung di Sekitar Tempat Pembuangan Akhir Sampah Parombunan Kota Sibolga Tahun 2017*. Universitas Sumatera Utara.
15. Yudhastuti, R., & D. Lusno, M. F. (2012). Kebersihan Diri dan Sanitasi Rumah pada Anak Balita dengan Kecacingan. *Kesmas: National Public Health Journal*, 6(4), 173. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v6i4.96>
16. Yuliani, N. (2007). *Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Hidup Sehat Dengan Kejadian Cacingan Pada Siswa sekolah dasar Negeri Bulusan 1 Kecamatan Tembalang*. UNNES.

PENGARUH AROMATERAPI MINYAK ATSIRI MAWAR TERHADAP INTENSITAS NYERI PERSALINAN KALA 1 FASE AKTIF DI PUSKESMAS PANGALENGAN KABUPATEN BANDUNG

*Keke Susilowati Sholehah¹⁾, Lisa Trina Arlym²⁾, Ashar Nuzulul Putra³⁾

¹⁻²⁾ Program Studi D-IV Bidan Pendidik, STIKes Mitra RIA Husada

³⁾ Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, STIKes Mitra RIA Husada

Correspondence author: ksusilowatisholehah@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.116>

ABSTRAK

Nyeri persalinan disebabkan oleh kontraksi miometrium, regangan segmen bawah rahim dan serviks, serta iskemia otot rahim sebagai proses fisiologis yang menimbulkan rasa takut dan khawatir yang dapat berdampak pada ibu dan janin. Seperti yang diketahui aromaterapi minyak atsiri bunga mawar adalah salah satu metode nonfarmakologis untuk menangani nyeri dengan mengeluarkan neuromodulator yaitu endorfin dan enkefalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan tenang. Penelitian ini adalah penelitian *pre-eksperimental* dengan memberikan intervensi aromaterapi minyak atsiri bunga mawar pada 44 orang ibu primigravida dan multigravida saat persalinan kala 1 fase aktif. Penilaian intensitas nyeri persalinan menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* dan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi. Terdapat pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif. Berdasarkan hasil penelitian, direkomendasikan agar aromaterapi minyak atsiri bunga mawar dapat digunakan sebagai terapi komplementer kepada ibu bersalin kala I fase aktif.

Kata kunci: Aromaterapi, Kala I Fase Aktif, Minyak Atsiri Bunga Mawar, Nyeri Persalinan.

ABSTRACT

Labor pain is due to myometrial contractions, the stretch of the lower uterine and cervical segments, and uterine muscle ischemia as a physiological process that causes fear and worry that can affect the mother and fetus. Essential oils of roses aromatherapy are one of the nonpharmacological methods for dealing pain by releasing neuromodulators which is endorphins and enkephaline that act as natural pain relievers and produce a relaxing feeling. The study was pre-experimental by given essential oil of roses aromatherapy to mothers of primigravida and multigravida on the first active phase of labor. Assessment of labor pain intensity using Numeric Rating Scale and Wong Baker Faces Pain Rating Scale instruments when pre-test and post-test given aromatherapy. There is an effect of essential oils of roses aromatherapy to decrease the intensity of labor pain on the first active phase of labor. Based on the results of the study, it is recommended that essential oil of roses aromatherapy can be used as a complementary therapy to mothers during the first active phase of labor.

Key words: Aromatherapy, Essential Oils Of Roses, First Active Phase, Labor Pain.

PENDAHULUAN

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis). (Kemenkes RI, 2008). Secara umum persalinan dianggap sebagai peristiwa yang menggembirakan, namun rasa gembira itu dapat berubah menjadi suatu keputusasaan ketika seorang ibu merasakan nyeri persalinan dan meragukan kemampuannya untuk menyelesaikan persalinannya dengan baik ketika kontraksinya menjadi lebih intens. (Mander R, 2004).

Secara umum nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. (Tamsuri, 2007). Disamping itu, menurut *International Association of the Study of Pain (2015)*. Nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Pendapat lain juga menyatakan nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Sehingga nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat di ungkapkan kepada orang lain. (Ratiningsih, 2010)

Nyeri persalinan disebabkan adanya regangan segmen bawah rahim. (Farer H, 2001) Intensitas nyeri sebanding dengan kekuatan kontraksi dan tekanan yang terjadi, nyeri bertambah ketika mulut rahim dalam dilatasi penuh akibat tekanan bayi terhadap struktur panggul diikuti regangan dan perobekan jalan lahir. Nyeri persalinan unik dan berbeda pada setiap individu karena nyeri tidak hanya dikaitkan dengan kondisi fisik semata, tetapi berkaitan juga dengan kondisi psikologis ibu pada saat persalinan.

Nyeri persalinan dapat menimbulkan stres yang menyebabkan pelepasan hormon yang berlebihan seperti katekolamin dan steroid. Hormon ini dapat menyebabkan terjadinya ketegangan otot polos dan vasokonstriksi pembuluh darah. Menurut Sumarah (2009) hal ini dapat menurunkan kontraksi uterus, pengurangan aliran darah dan oksigen ke uterus serta timbulnya iskemia uterus yang membuat implus nyeri bertambah banyak. Nyeri persalinan juga dapat menyebabkan hiperventilasi sehingga kebutuhan oksigen meningkat, naiknya tekanan darah, berkurangnya motilitas usus dan vesika urinari.

Keadaan ini dapat merangsang kenaikan katekolamin yang dapat menyebabkan gangguan pada kekuatan kontraksi uterus sehingga terjadi inersia uterus yang dapat mengakibatkan kematian ibu saat melahirkan. (Llewlynn D, 2001).

Persalinan berhubungan dengan dua jenis nyeri yang berbeda. Pertama nyeri berasal dari otot rahim, pada saat otot ini berkontraksi nyeri yang timbul disebut nyeri viseral. Nyeri ini tidak dapat ditentukan dengan tepat lokasinya (*Pain-Pointed*). Nyeri viseral juga dapat dirasakan pada orang lain yang bukan merupakan asalnya disebut nyeri alih (*Reffered pain*). Pada persalinan nyeri alih dapat dirasakan pada orang yaitu punggung bagian bawah dan sacrum. Sedangkan nyeri yang kedua timbul pada saat mendekati kelahiran. Tidak seperti nyeri viseral, nyeri ini terlokalisir didaerah vagina, rectum dan perinium sekitar anus. Nyeri jenis ini disebut nyeri somatik dan disebabkan peregangan struktur jalan lahir bagian bawah akibat penurunan bagian terbawah janin. (Bare B & Smeltzer S, 2001).

Respon fisiologi terhadap nyeri berupa peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, dan ketegangan otot. Saat terjadi nyeri, pelepasan hormon stress akan meningkat, hormon stress tersebut menyebabkan terjadinya ketegangan otot polos dan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga terjadi penurunan kontraksi uterus selama kala I persalinan, penurunan sirkulasi uteroplasenta, hipoksia janin, serta pembukaan mulut rahim tidak adekuat sehingga waktu persalinan dapat bertambah lama. (Mender R, 2004).

Apabila nyeri persalinan ini dapat diatasi dengan baik, maka hormon stress dalam darah akan turun. Peranan petugas kesehatan adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu berupa manajemen pengurangan nyeri agar seluruh rangkaian proses persalinan berlangsung aman dan nyaman baik bagi ibu maupun bagi bayi yang dilahirkan (Utami R. & Nurul M., 2013). Didalam Peraturan Pemerintah RI tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (2014) menyatakan bahwa salah satu cara menurunkan angka kesakitan adalah dengan memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer salah satunya dengan menggunakan ramuan yang berasal dari tanaman dan atau sediaan sarian. Pelayanan Kesehatan Komplementer dapat dijadikan metode yang dapat menjadi bagian dari perawatan medis. (Tournaire M. & Theau-yonneau A., 2007).

Kata aromaterapi berarti terapi dengan memakai minyak esensial yang ekstrak dan unsur kimianya diambil dengan utuh. Aromaterapi adalah bagian dari ilmu herbal (*herbalism*). (Poerwadi R., 2006) Sedangkan menurut Sharma S. (2009) aromaterapi berarti ‘pengobatan menggunakan wangi-wangian’. Istilah ini merujuk pada penggunaan minyak esensial dalam penyembuhan holistik untuk memperbaiki kesehatan dan kenyamanan emosional dan dalam mengembalikan keseimbangan badan.

Terapi komplementer (pelengkap), seperti homoeopati, aromaterapi dan akupunktur harus dilakukan seiring dengan pengobatan konvensional. (Jones & Nelson R., 2006).

Hasil penelitian pada 21 orang ibu bersalin membuktikan bahwa ada pengaruh pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri peralihan. Pemberian aromaterapi pada ibu bersalin mampu mengeluarkan neuromodulator yaitu endorfin dan enkafalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan tenang sehingga dapat mempengaruhi intensitas nyeri persalinan (Turlina L & Fadhilah N, 2017). Penelitian lain juga menyimpulkan bahwa ada pengaruh latihan teknik pernafasan menggunakan aromaterapi lavender terhadap intensitas skala nyeri dan berkurangnya nyeri pada ibu post *section caesarea* (Pratiwi, dkk. 2012). Senada dengan pernyataan tersebut penelitian Utami R. & Nurul M. (2013) telah membuktikan bahwa metode paling efektif untuk mengurangi intensitas nyeri kala I fase aktif persalinan normal primigravida adalah dengan memberikan dua puluh menit aromaterapi *rose effleurage*. Banyak minyak esensial yang memiliki sifat ini hingga derajat tertentu dan mengapa terjadi hal demikian tampaknya tidak ada keterangan yang dapat menjelaskan, mengingat rasa nyeri itu sendiri merupakan masalah yang rumit. Sifat analgesik ini diperkirakan terjadi sebagian akibat efek antiinflamasi, sirkulasi serta detoksifikasi yang ditimbulkan oleh beberapa jenis minyak esensial lainnya. Senyawa fenol eugenol yang ditemukan dalam minyak cangkik sudah kita kenal dengan baik sebagai obat sakit gigi, minyak winter green (yang mengandung metil salisilat, yaitu suatu senyawa ester) secara tradisional sudah dipakai sebagai obat gosok untuk menghilangkan pegal-pegal pada otot, dan menthol secara khusus sudah digunakan untuk nyeri kepala. (Price S & Price L, 1997).

Bunga mawar berkhasiat sebagai *cell rejuvenator* yang membuat sel muda kembali, *antiseptic*, dan anti radang sehingga sering di gunakan dalam krim dan lotion untuk memperbaiki kondisi kulit. Baunya merupakan anti depresan, sedative dan meringankan

stress. Minyak atsiri bunga mawar yang digunakan melalui inhalasi dapat bermanfaat meningkatkan kewaspadaan, meningkatkan daya ingat, meningkatkan kecepatan dalam berhitung serta melegakan otot dan pikiran. (Koensoemardiyah, 2009) Sujiyatini (2011) juga menegaskan bahwa bunga mawar bersifat anti depresan sehingga dapat membuat jiwa menjadi tenang. Balkam (2001) memaparkan bahwa aromaterapi yang tepat dan menenangkan dapat mengurangi rasa sakit persalinan. Jenis aromaterapi yang aman digunakan untuk kehamilan dan persalinan antara lain *rose*, *jasmine*, lemon, lavender, dan *pine*.

Rasa senang menyambut kelahiran bayi dapat mendadak berubah menjadi sesuatu yang menakutkan ketika sang ibu membayangkan dan merasakan betapa hebat rasa sakit saat melahirkan. Berdasarkan studi pendahuluan terhadap 10 ibu nifas di Kecamatan Pangalengan terdapat 80% ibu yang merasakan nyeri berat saat persalinannya. Maka dari itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif di Puskesmas Pangalengan Kabupaten Bandung.

METODE

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *pre-eksperimental* dan menggunakan *one group pre-test post-test* yaitu sampel pada penelitian ini diobservasi terlebih dahulu sebelum diberi perlakuan, kemudian diobservasi kembali setelah diberi perlakuan. (Notoatmodjo S., 2005) Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pangalengan Kabupaten Bandung. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik *accidental sampling* yaitu peneliti memilih responden berdasarkan adanya responden yaitu ibu inpartu yang datang ke Puskesmas pada bulan April – Mei yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan peneliti dan didapatkan sejumlah 44 responden. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu ibu yang bersedia menjadi responden penelitian, inpartu fase aktif pembukaan 4-10 cm, ibu bersalin pertama atau kedua kali, tidak sedang meminum obat analgesic dan tidak dilakukan tindakan lain untuk mengurangi rasa nyeri persalinan. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah ibu yang mempunyai komplikasi. Pengambilan data intensitas nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* dan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*. *Pre-test* dilakukan saat ibu bersalin mengalami pembukaan 4 cm.

Aromaterapi minyak atsiri bunga mawar diberikan kepada ibu selama 30 menit setelah itu responden dilakukan *post-test*.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan menggunakan uji *Wilcoxon* karena data berdistribusi tidak normal. Analisis korelasi dimaksudkan untuk melihat hubungan dari dua hasil pengukuran atau dua variable yang diteliti, untuk mengetahui derajat hubungan antara variable X (aromaterapi) dengan variable Y (intensitas nyeri). (Notoatmodjo, 2005) Pada penelitian ini menggunakan teknis korelasi tata jenjang atau *rank correlation* atau sering juga disebut uji korelasi *Spearman Rank* karena data dari instrument penelitian menggunakan skala numerik yang hasilnya berupa data ordinal atau berjenjang.

Aromaterapi yang digunakan adalah aromaterapi yang aman digunakan ibu hamil terdaftar dan memiliki izin edar dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan nomor Perbekalan Kesehatan Dalam Negeri (PKD) 20601210219. Minyak atsiri bunga mawar sebanyak 4 tetes dituangkan dalam tungku aromaterapi yang telah diberi air sebanyak 10 cc terlebih dahulu dan dihubungkan dengan listrik sehingga keramik tempat minyak atsiri bunga mawar dituangkan akan panas dan menguapkan wangi mawar.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan dengan beberapa keterbatasan penelitian yang dengan keterbatasan tersebut dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian. Keterbatasan-keterbatasan yang ada dalam penelitian ini adalah responden merupakan ibu primigravida dan multigravida, masih belum spesifik sehingga persepsi nyeri belum terlalu seragam, tidak mengumpulkan variable lain yang memungkinkan berakibat penurunan intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif, bahan minyak atsiri bunga mawar yang digunakan peneliti bukan merupakan bahan terbaik, tidak melihat faktor besarnya pembukaan ibu bersalin.

Sebagian besar atau 84% ibu bersalin berumur 20-35 tahun dan sebagian kecil atau 1% ibu bersalin umur > 35 tahun. Distribusi responden berdasarkan Pendidikan menunjukkan setengah atau 50 % ibu bersalin berpendidikan SMP dan sebagian kecil atau 23% ibu bersalin berpendidikan SD. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan sebagian besar atau 66% ibu bersalin sebagai ibu rumah tangga dan hanya sebagian kecil

atau 2% ibu bersalin bekerja sebagai Wirausaha. Distribusi responden berdasarkan paritas bahwa sebagian besar atau 75% ibu bersalin pada hamil kedua atau multigravida.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Bersalin (n=44)

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------------|-----------|----------------|
| Usia | | |
| <20 tahun | 6 | 13,63 |
| 20-35 tahun | 37 | 84,09 |
| >35 tahun | 1 | 2,27 |
| Pendidikan | | |
| SD | 10 | 22,72 |
| SMP | 22 | 50,00 |
| SMA | 12 | 27,27 |
| Pekerjaan | | |
| IRT | 29 | 65,90 |
| Buruh | 9 | 20,45 |
| Wiraswasta | 5 | 11,36 |
| Wirausaha | 1 | 2,27 |
| Paritas | | |
| Primigravida | 11 | 25,00 |
| Multigravida | 33 | 75,00 |

Sumber: Data primer, 2018

Untuk menganalisis pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif di Puskesmas Pangalengan Kabupaten Bandung Tahun 2018 dilakukan uji statistik *wilcoxon Sign Rank Test*. Dari tabel 5.4 di atas diketahui rata-rata skala nyeri persalinan berdasarkan *Numeric Rating Scale (NRS)* sebelum intervensi adalah 5,43 dengan standar deviasi 1,52. Setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi minyak atsiri bunga mawar rata-rata skala nyeri persalinan menjadi 4,50 dengan standar deviasi 1,85. Terlihat nilai rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi adalah 0,93 dengan standar deviasi 0,33. Hasil uji statistic didapatkan nilai P 0,0001 hal ini berarti menunjukkan nilai $p < 0,05$ yang artinya maka dapat disimpulkan berdasarkan instrument skala nyeri *Numeric Rating Scale (NRS)* terdapat pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Tabel 2. Distribusi Nilai Rata-Rata Skala Nyeri Persalinan Antara Sebelum dengan Sesudah Diberikan Aromaterapi Minyak Atsiri Bunga Mawar di Puskesmas Pangalengen Tahun 2018

| Variabel | n | Mean | SD | SE | P Value |
|---|----|------|----------|------|---------|
| Skala Nyeri Persalinan berdasarkan <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> | | | | | |
| • Sebelum Intervensi | 44 | 5,43 | 1,5 2 | 0,23 | 0.0001 |
| • Setelah Intervensi | 44 | 4,50 | 1,8 5 | 0,28 | |
| Skala Nyeri Persalinan berdasarkan <i>Wong Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)</i> | | | | | |
| • Sebelum Intervensi | 44 | 4,77 | 1,9 4 | 0,29 | 0,02 |
| • Setelah Intervensi | 44 | 3,91 | 2,3 2 | 0,35 | |

**Uji Wilcoxon*

Selain itu, diketahui rata-rata skala nyeri persalinan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)* sebelum intervensi adalah 4,77 dengan standar deviasi 1,94. Setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi minyak atsiri bunga mawar rata-rata skala nyeri persalinan menjadi 3,91 dengan standar deviasi 2,32. Terlihat nilai rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi adalah 0,86 dengan standar deviasi 0,38. Hasil uji statistic didapatkan nilai $P=0,02$ hal ini berarti menunjukkan nilai $p<0,05$ yang artinya maka dapat disimpulkan berdasarkan instrument skala nyeri *Wong Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)* terdapat pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Tabel 3. Analisis Korelasi Skala Nyeri Persalinan Sebelum dan Sesudah diberikan Intervensi

| Variabel | n | Correlation Coefficient |
|---|----|-------------------------|
| <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> | 44 | 0,65 |
| <i>Wong Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)</i> | 44 | 0,51 |

**Spearman Rho*

Pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif berdasarkan skala nyeri persalinan *Numeric Rating Scale (NRS)* menunjukkan *Correlation Coefficient* sebesar 0.65, maka nilai ini menandakan

pengaruh yang kuat. Sedangkan Correlation Coefficient pada skala nyeri persalinan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* (WBS) menunjukkan angka 0.51, nilai ini menandakan pengaruh yang sedang.

Tingkatan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Bersalin Sebelum Diberikan Aromaterapi Minyak Atsiri Bunga Mawar

Nilai rata-rata skala nyeri persalinan antara sebelum diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar berdasarkan instrument *Numeric Rating Scale* (NRS) adalah 5,43. Standar deviasi menunjukkan angka 1,52 dan standar eror 0,23. Sedangkan berdasarkan instrumen *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* (WBS) rata-rata intensitas nyeri persalinan sebelum diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar adalah 4,77 dengan standar deviasi 1,939 dan standar eror 0,292.

Nyeri persalinan ini disebabkan adanya regangan segmen bawah rahim. (Farrer H, 2001) Intensitas nyeri sebanding dengan kekuatan kontraksi dan tekanan yang terjadi, nyeri bertambah ketika mulut rahim dalam dilatasi penuh akibat tekanan bayi terhadap struktur panggul diikuti regangan dan perobekan jalan lahir. Efek yang ditimbulkan oleh nyeri persalinan salah satunya adalah efek psikologis seperti kecemasan dan stress dimana jika ibu bersalin tidak mampu mengatasi kecemasan yang dialaminya maka nyeri yang dirasakan juga bertambah.

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, perbedaan perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia remaja dan dewasa dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Berdasarkan tabel 5.1 sebesar 14% ibu bersalin berusia < 20 tahun hal ini menunjukkan masih adanya ibu bersalin dibawah usia ideal. Sedangkan usia ideal untuk melahirkan dan mengakhiri kehamilan adalah diantara 20-35 tahun. (Saputra D., 2016) Jumlah persalinan juga mempengaruhi nyeri persalinan pada tabel 5.4 menunjukan sebagian besar atau 75% ibu bersalin pada hamil kedua atau

multigravida dan hanya terdapat 25% ibu bersalin yang merupakan primigravida. Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman nyeri sebelumnya berpengaruh karena ibu bersalin yang pernah merasakan rasa nyeri yang sama akan mampu mengendalikan dirinya sehingga akan dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan.

Tingkatan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Bersalin Sesudah Diberikan Aromaterapi Minyak Atsiri Bunga Mawar

Rata-rata intensitas nyeri persalinan berdasarkan instrument *Numeric Rating Scale (NRS)* sesudah diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar adalah 4,50 dengan standar deviasi 1,85 dan standar eror 0,28. Sedangkan berdasarkan instrumen *Wong Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)* rata-rata intensitas nyeri persalinan sesudah diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar adalah 3,91 dengan standar deviasi 2,32 dan standar eror 0,35. Klien yang merasa nyeri akan berusaha untuk menghilangkan rasa nyeri itu agar ketidaknyamanan yang dirasakan hilang. Dalam melakukan intervensi kebidanan, manajemen nonfarmakologi merupakan tindakan dalam mengatasi respon nyeri klien. (Andarmoyo, S. dkk. 2013).

Bunga mawar bersifat anti depresan sehingga dapat membuat jiwa menjadi tenang. Hal ini sesuai dengan penelitian Utami R. & Nurul M., 2013) bahwa metode paling efektif untuk mengurangi intensitas nyeri kala 1 fase aktif persalinan normal primigravida adalah dengan memberikan dua puluh menit aromaterapi *rose effleurage*. Aromaterapi minyak atsiri bunga mawar merupakan salah satu metode yang bisa digunakan untuk mengurangi penyebab dari rasa nyeri. Aroma yang berasal dari aromaterapi bekerja mempengaruhi emosi seseorang dengan *limbic* (lewat sistem olfaktori) dan pusat emosi otak. Bau yang berasal dari aromaterapi diterima oleh reseptor dihidung kemudian dikirimkan ke bagian medulla spinalis di otak, didalam hal ini kemudian akan meningkatkan gelombang-gelombang alfa di otak dan gelombang-gelombang alfa inilah yang membantu untuk merasa relaksasi.

Pengaruh Aromaterapi Minyak Atsiri Bunga Mawar terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif

Rata-rata skala nyeri persalinan berdasarkan *Numeric Rating Scale (NRS)* sebelum intervensi adalah 5,43 dengan standar deviasi 1,516. Setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi minyak atsiri bunga mawar rata-rata skala nyeri persalinan menjadi 4,50 dengan standar deviasi 1,85. Terlihat nilai rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi adalah 0,93 dengan standar deviasi 0,33.

Hasil uji statistik didapatkan nilai $P = 0,0001$ dengan taraf signifikan nilai $p < 0,05$, maka dapat disimpulkan berdasarkan instrument skala nyeri *Numeric Rating Scale (NRS)*

terdapat pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Diketahui rata-rata skala nyeri persalinan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* (WBS) sebelum intervensi adalah 4,77 dengan standar deviasi 1,94. Setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi minyak atsiri bunga mawar rata-rata skala nyeri persalinan menjadi 3,91 dengan standar deviasi 2,32. Terlihat nilai rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi adalah 0,86 dengan standar deviasi 0,38. Hasil uji statistic didapatkan nilai $P = 0,02$ dengan taraf signifikan nilai $p < 0,05$, maka dapat disimpulkan berdasarkan instrument skala nyeri *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* (WBS) terdapat pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Minyak atsiri bunga mawar yang digunakan melalui inhalasi dapat bermanfaat meningkatkan kewaspadaan, meningkatkan daya ingat, meningkatkan kecepatan dalam berhitung serta melegakan otot dan pikiran.¹³ Bunga mawar berkhasiat sebagai *cell rejuvenator* yang membuat sel muda kembali, *antiseptic*, dan anti radang. Baunya merupakan anti depresan, sedative dan meringankan stress. (Wahyuni S. 2012).

Pemberian aromaterapi pada ibu bersalin mampu mengeluarkan neuromodulator yaitu endorphen dan enkafalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan tenang sehingga dapat mempengaruhi intensitas nyeri persalinan. (Karlina S. dkk, 2014).

Penelitian Pratiwi R. dkk. (2012) menyimpulkan bahwa ada pengaruh latihan teknik pernafasan menggunakan aromaterapi lavender terhadap intensitas skala nyeri dan berkurangnya nyeri pada ibu post *section caesarea*. Senada dengan pernyataan tersebut penelitian Utami R. & Nurul M. (2013) telah membuktikan bahwa metode paling efektif untuk mengurangi intensitas nyeri kala I fase aktif persalinan normal primigravida adalah dengan memberikan dua puluh menit aromaterapi *rose effleurage*.

Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat enam responden dengan skala nyeri tetap setelah diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar. Menurut data yang peneliti dapatkan semua responden menyukai wangi aromaterapi minyak atsiri bunga mawar. Walaupun semua responden menyukai wangi aromaterapi bunga mawar, ada 6 responden dengan skala nyeri tetap. Hal ini terjadi dikarenakan perbedaan karakteristik nyeri. Lima

dari enam responden dengan skala nyeri tetap adalah ibu primigravida atau ibu yang baru pertama kali melahirkan. Nyeri dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, sedangkan seorang ibu primi gravida tidak mempunyai pengalaman melahirkan sebelumnya. Seringkali individu yang lebih berpengalaman dengan nyeri yang dialaminya, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan. Individu ini mungkin akan lebih sedikit mentoleransi nyeri, akibatnya ia ingin nyerinya segera reda sebelum nyeri tersebut menjadi lebih parah. (Bare B. & Smeltzer S., 2001) Maka dari itu karakteristik responden seorang primigravida cenderung memiliki skala nyeri yang tetap dibandingkan dengan ibu multigravida.

Persalinan kala I fase aktif berdasarkan skala nyeri persalinan *Numeric Rating Scale (NRS)* menunjukkan *Correlation Coefficient* sebesar 0.65, maka nilai ini menandakan pengaruh yang tinggi. Sedangkan *Correlation Coefficient* pada skala nyeri persalinan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)* menunjukkan angka 0.51, nilai ini menandakan pengaruh yang rendah. Perbedaan angka *Correlation Coefficient* menandakan bahwa pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif lebih dirasakan oleh ibu bersalin dibandingkan dengan yang dilihat oleh bidan.

SIMPULAN

Terdapat pengaruh aromaterapi minyak atsiri bunga mawar terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif ditandai dengan penurunan rata-rata intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar. Intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif sebelum diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar berdasarkan *Numeric Rating Scale* sebesar 5,43 dan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* sebesar 4,77. Intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif sesudah diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar berdasarkan *Numeric Rating Scale* sebesar 4,5 dan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* sebesar 3,91. Terdapat penurunan rata-rata intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi minyak atsiri bunga mawar berdasarkan *Numeric Rating Scale* yaitu sebesar 0,93 dan berdasarkan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* sebesar 0,86. Rekomendasi bagi Institusi Pendidikan yaitu penambahan buku mengenai terapi komplementer penggunaan aromaterapi bagi ibu

bersalin yang diintegrasikan dalam kurikulum Pendidikan Kebidanan. Sedangkan bagi Profesi Bidan untuk mengadakan pelatihan dan *Midwifery Update* mengenai pengembangan asuhan kebidanan khususnya pemberian aromaterapi minyak atsiri bunga mawar dalam menurunkan nyeri persalinan. Rekomendasi untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan agar pemberian aromaterapi minyak atsiri bunga mawar merupakan salah satu alternative yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk memodifikasi mengatasi nyeri persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

REFERENSI

1. Andarmoyo S, Sulistyono, Suharti. 2013. *Persalinan Tanpa Nyeri Berlebihan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz.
2. Bare B, Smeltzer S. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
3. Balkam J. 2001. *Aromaterapi*. Bandung: Effhar Offset; 401 p.
4. Farrer H. 2001. *Perawatan Maternitas*. 2nd ed. Jakarta: EGC.
5. IASP. 2015. *What is Neuropathic Pain*. In 2015. p.
6. Jones, Nelson R. 2006. *Teori dan Praktek Konseling dan Terapi (Terjemahan Helly Prayitno dan Sri Mulyantini)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
7. Karlina S, Reksohusodo S, Widayati A. 2014. *The Influence of Lavender Aromatherapy Inhalation to Relieve Physiological Labor Pain Intensity in Primipara Inpartu Active Phase in BPM "Fetty Fathiyah" Mataram City*. Fak Kedokt Univ Brawijaya.;108–19.
8. Kemenkes RI. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR.
9. Koensoemardiyah. 2009. *A-Z Aromaterapi untuk Kesehatan, Kebugaran dan Kecantikan*. Yogyakarta: Lily Publisher.
10. Llewlllyn D. 2001. *Dasar-dasar Obstetri & Ginekologi*. 66th ed. Jakarta: Hipokratis.
11. Mander R. 2004. *Nyeri Persalinan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
12. Notoatmodjo S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
13. Pemerintah Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional*. In Jakarta.
14. Poerwadi R. 2006. *Aromaterapi Sahabat Calon Ibu*. Jakarta: Dian Rakyat.
15. Pratiwi R, Ermiami, Widiastih R. *Penurunan Intensitas Nyeri Akibat Luka Post Sectio Caesarea Setelah Dilakukan Latihan Teknik Relaksasi Pernapasan Menggunakan*

- Aromaterapi Lavender di Rumah Sakit Al Islam Bandung*. Univ Padjajaran. 2012;1–15.
16. Price S, Price L. 1997. *Aromaterapi bagi Profesi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
 17. Ratnaningsih. 2010. *Perbedaan Tingkat Nyeri pada Ibu Bersalin*. Jakarta: EGC.
 18. Saputra D. 2016. *Meraih Jendela Kesempatan Melalui Program Keluarga Berencana Nasional*.
 19. Sharma S. 2009. *Aromaterapi*. Tangerang: Karisma.
 20. Sujiyatini. 2011. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Yogyakarta: Rohiro Press;. 24 p.
 21. Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Yogyakarta: Fitramaya.
 22. Tamsuri. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
 23. Tournaire M, Theau-yonneau A. 2007. *Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor*.;4(March):409–17.
 24. Turlina L, Fadhilah N. 2017. *Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif di BPM Ny. Margelina, Amd. Keb Desa Supenuh Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan. STIKES Muhammadiyah Lamongan*.Vol. 09(01):23–8.
 25. Utami R, Nurul M. 2013. *Perbedaan Efektivitas Lama Pemberian Rose Effleurage Terhadap Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif pada Persalinan Normal Primigravida di Kota Semarang Tahun 2013*. *Kebidanan*.;2(4).
 26. Wahyuni S. 2012. *Pengaruh Pemberian Aromaterapi Minyak Atsiri Bunga Mawar terhadap Tingkat Stress Mahasiswa dalam Mengikuti Pembelajaran Klinik di PSIK FK UNAND Tahap Profesi Tahun 2012*. Univ Andalas.

KAJIAN KEBIJAKAN: KEMITRAAN PUBLIK SWASTA PENANGGULANGAN STUNTING DI INDONESIA DALAM KERANGKA TUJUAN PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN

*Brian Sri Prahastuti

S2 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin
Correspondence author: brian.sriprahastuti@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.124>

ABSTRAK

Menurut Riskesdas 2018, satu diantara tiga balita di Indonesia berada dalam kondisi *stunted*. *Stunting* terjadi sebagai akibat kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan. Masalah utama *stunting* bukan semata-mata karena tinggi badan, tetapi dampaknya pada pertumbuhan dan perkembangan otak. Sejalan dengan komitmen internasional untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional membuat kerangka kerja multisektor yang menghendaki peranan aktif *private sector*. Kerangka kerjabersama *Public-Private Partnerships* adalah sebuah cara modern untuk memfasilitasi sektor swasta untuk memenuhi kebutuhan publik. Kajian ini dilakukan dalam rangka pengembangan model kemitraan dunia usaha di sektor publik untuk penurunan prevalensi *stunting*. Analisis kebijakan ini merupakan penelitian kualitatif dengan *content analysis* atas dokumen kebijakan dan hasil diskusi bersama para pakar dan pelaku kebijakan. Penelitian ini dilakukan dalam 4 bulan dengan sumber pendanaan Universitas MH. Thamrin. Penelitian ini menjadi studi awal penelitian lebih lanjut untuk perumusan dokumen formal kebijakan maupun *operational research* pemodelan PPP untuk penanggulangan *stunting*. Dengan semakin banyaknya kajian kebijakan, penelitian dan pengabdian masyarakat bertemakan *stunting*, diharapkan dalam jangka panjang UMHT dapat membuat sebuah Pusat Kajian Pencegahan *Stunting* (*Center for Stunting Reduction Policy Studies*).

Kata kunci : Kemitraan Publik Swasta, *Stunting*, Pembangunan Berkelanjutan.

ABSTRACT

According to Riskesdas 2018, one in three toddlers in Indonesia is in a *stunted* condition. *Stunting* occurs as a result of malnutrition in a long period of time in the period of the First 1,000 Days of Life. The main problem of *stunting* is not solely due to height, but its impact on brain growth and development. In line with international commitments to achieve the Sustainable Development Goals target, the National Planning and Development Agency has developed a multi-sectoral framework that requires an active role in the private sector. A *Public-Private Partnerships* framework is a modern way to facilitate the private sector to meet public needs. This study was conducted in the context of developing a business partnership model in the public sector to reduce the prevalence of *stunting*. This policy analysis is a qualitative study with content analysis of policy documents and the results of discussions with experts and policy makers. This research was conducted in 4 months with MH University funding sources. Thamrin. This research is a preliminary study of further research for the formulation of formal policy documents and *operational research* modeling of PPP for *stunting* prevention. With the increasing number of policy studies, research and community service with the theme of *stunting*, it is hoped that in the long run UMHT can establish a *Center for Stunting Reduction Policy Studies*.

Keywords: *Public Private Partnership*, *Stunting*, *Sustainable Development*.

PENDAHULUAN

Satu diantara tiga balita (30,8%) di Indonesia dalam kondisi *stunted* karena pertumbuhan yang tidak optimal (Risikesdas, 2018). Kondisi ini terjadi akibat kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan. Sekalipun secara fisik, *stunting* diukur berdasarkan tinggi badan menurut umur dibandingkan terhadap standard WHO (Trihono,2015), tetapi masalah utama *stunting* adalah dampaknya pada pertumbuhan dan perkembangan otak. dimana 70% - 80% terjadi hingga anak usia 24-36 bulan (Bullins J. et al, 2017; Gao W, et al.2009).

Sebagai bagian dari komunitas global, Indonesia mempunyai komitmen internasional untuk mencapai 160 target dari 70 indikator yang diturunkan dari 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). TPB yang berhubungan langsung dengan penurunan *stunting* yaitu eradikasi kelaparan, mencapai keamanan pangan dan gizi; dan peningkatan pertanian yang berkelanjutan. Pemerintah Indonesia melakukan pendekatan yang holistik untuk mencapai tujuan tersebut. Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional membuat formula integrasi melalui kerangka kerja multisektor. Dalam kerangka kerja ini, Kementerian Kesehatan memegang peranan utama untuk intervensi gizi spesifik, sedangkan kementerian teknis lainnya berperan untuk intervensi gizi sensitif yang juga sebagai faktor pendukung (Development Initiative, 2018).

Proyeksi penduduk Indonesia pada 2019 berdasarkan Sensus Penduduk 2010 adalah 265 juta, dimana sekitar 24 juta berusia di bawah lima tahun yang tersebar di 514 Kabupaten/Kota di 34 provinsi di Indonesai, dengan latar belakang sosio budaya dan ekonomi yang bervariasi. Jumlah yang sangat besar, mengingat batas toleransi prevalensi *stunting* menurut WHO hanya 20%. Diperlukan terobosan dan kolaborasi semua pihak untuk percepatan upaya penurunan *stunting*. Kolaborasi yang bersifat lintas kementerian, melibatkan pusat-daerah dan kemitraan aktor-aktor pembangunan (Bappenas, 2018).

Pendekatan penurunan *stunting* dilakukan dengan prinsip kemitraan yang setara, dapat dipertanggungjawabkan, atas dasar kepercayaan dan keyakinan adanya manfaat kepada pihak-pihak yang bermitra. Platform pendekatan yang memprioritaskan kemitraan yang mengakomodir aktor-aktor pembangunan yang potensial, yaitu perwakilan pemerintah, swasta dan masyarakat sipil. Di tingkat global, *platform* ini berupa *Scaling Up Nutrition Global Movement* yang mengakomodir jejaring kerja lembaga pemerintah, bisnis,

masyarakat sipil, akademisi/profesi, mitra strategis (badan PBB), dan media (The SUN network, 2017).

Public-Private Partnerships (PPP) adalah cara modern untuk memfasilitasi sektor swasta untuk memenuhi kebutuhan atas infrastruktur publik. Tantangannya sekarang adalah memperluas komponen infrastruktur menjadi pembangunan sosial termasuk pembangunan kesehatan masyarakat. PPP tentunya berbeda dengan *Corporate Social Responsibility* (CSR) yang telah dikenal luas pengertiannya. Hal ini karena skema PPP memiliki elemen manfaat profit bagi pihak swasta yang terlibat. Kontribusi bisnis bisa dalam bentuk pendampingan dana, produk/barang dan layanan/jasa yang ada di dalam ruang lingkup bisnis masing-masing perusahaan. Sektor swasta yang dimaksud bukan hanya perusahaan (dunia usaha), tetapi juga lembaga filantropi dan donor penyandang dana yang lebih berorientasi pada manfaat advokasi dan dukungan kebijakan untuk keberlanjutan dan replikasi program yang menghasilkan perubahan yang lebih luas dan lebih berdampak.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengkaji kebijakan Pemerintah Indonesia tentang kemitraan dunia usaha, masyarakat sipil dan pemerintah untuk penurunan prevalensi stunting. Lebih khususnya, penelitian bertujuan untuk merumuskan rekomendasi berdasarkan kesenjangan kebijakan yang ada di Indonesia dengan harapan yang seharusnya berlaku sesuai komitmen global, nasional dan pelaksanaan di daerah dan desa yang berhubungan dengan kemitraan dan penanggulangan stunting. Alur kajian dengan merujuk pada model pemecahan masalah menurut Dunn (Nugroho, 2018).

METODE

Analisis kebijakan ini merupakan penelitian kualitatif yang dilakukan dalam ruang lingkup Negara Kesatuan Republik Indonesia. Sumber utama dari penelitian ini adalah dokumen dan informasi yang didapatkan dari proses *desk review* dan *round table discussion*. Dokumen yang dikaji adalah kebijakan tertulis yang ada di Indonesia, komitmen global dan regional yang bersifat *mandatory* maupun *voluntary*, dan pengamatan atas pelaksanaan kebijakan di daerah sebagai konsekuensi kebijakan otonomi daerah dan desentralisasi. *Desk review* dilakukan oleh mahasiswa dengan cara mendaftar dan mengeksplorasi isi dokumen. *Round table discussion* dilakukan dengan melibatkan narasumber untuk mendapatkan konsensus atas kesenjangan kebijakan dan rekomendasi

opsi kebijakan. Narasumber ditentukan melalui pemetaan parapihak yang dilakukan oleh peneliti.

Metode analisis dalam penelitian ini adalah *content analysis* (analisis isi) karena bersifat pembahasan mendalam terhadap isi suatu informasi tertulis atau tercetak. Teknik untuk mengambil kesimpulan dilakukan dengan mengidentifikasi berbagai karakteristik khusus suatu pesan secara obyektif, sistematis dan generalis. Rekomendasi dari penelitian ini adalah opsi kebijakan kemitraan dunia usaha untuk publik yang memprioritaskan proses partisipasi, mengajak kontribusi dan *shared values* kepada dunia usaha dalam pencapaian prioritas nasional penurunan *stunting* dengan tetap mempertahankan prinsip bisnis. Advokasi rekomendasi kebijakan dibatasi berupa kertas kerja rencana advokasi kepada Pemerintah Pusat yang memegang peranan koordinasi terkait upaya penurunan *stunting* dan kaitannya dengan tujuan pembangunan berkelanjutan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses diskusi diawali dengan pencarian kebijakan-kebijakan yang ada baik di tingkat global dan nasional dengan kata kunci *stunting*, kemitraan dan kerjasama publik swasta. Pencarian menggunakan *google search engine* menghasilkan 11.900 temuan. Sebagian besar dari hasil pencarian berupa berita (news) dan laporan kegiatan. Dari dokumen-dokumen di atas didapatkan beberapa kode yaitu: gagal tumbuh, kurang gizi, sering sakit, tidak mendapat stimulasi, masa 1000 HPK, tinggi badan di bawah normal, perkembangan otak yang terhambat, kerjasama, kerja bersama, *multi-stakeholders*, pembangunan berkelanjutan, mekanisme pembiayaan tidak tradisional, pembangunan infrastruktur, dan *shared values*.

Peneliti mensintesa kode-kode tersebut untuk mendefinisikan *stunting* sebagai: “*kondisi gagal tumbuh pada anak karena kekurangan gizi yang disebabkan asupan nutrisi, infeksi berulang dan stimulasi perkembangan yang tidak optimal pada masa 1000 hari pertama kehidupan*”. Pengertian tersebut hampir sama dengan definisi *stunting* menurut World Health Organization (WHO) bahwa *stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak-anak akibat kekurangan gizi, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. Dua konsekuensi dari *stunting* bersifat segera maupun jangka panjang, termasuk peningkatan morbiditas dan mortalitas, perkembangan anak yang buruk dan kapasitas belajar, peningkatan risiko infeksi dan penyakit tidak

menular di masa dewasa, dan berkurangnya produktivitas dan kemampuan ekonomi (Christine et al.2013). Anak-anak dikatakan sebagai *stunted* jika tinggi badan mereka terhadap usia kurang dari 2 standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak (WHO, 2006).

Konsisten dengan prioritas intervensi pencegahan stunting pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan, selain status kesehatan dan gizi ibu hamil, maka penting memastikan anak usia di bawah dua tahun mendapatkan ASI hingga minimal dua tahun dan Makanan Pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Salah satu komitmen global untuk memastikan hal ini adalah resolusi World Health Assembly 69.9 bahwa negara-negara anggota, produsen dan distributor makanan bayi dan anak baduta, tenaga profesional penyedia layanan kesehatan, media dan masyarakat sipil untuk menyelaraskan kebijakan, praktik dan program sesuai dengan rekomendasi dalam panduan WHO tentang *inappropriate promotion of foods for infants and young children*.

Ada banyak faktor yang berpengaruh pada stunting. WHO menggunakan Ethiopia sebagai studi kasus asesmen kerangka kerja stunting reduction dan menemukan adanya hubungan yang konsisten antara pertumbuhan linier yang kurang dengan ukuran bayi baru lahir, kejadian sakit (misalnya diare dan demam), tinggi badan ibu hamil dan tingkat pendidikan (Wirth et al., 2017). Kondisi sanitasi, akses air bersih dan hygiene yang buruk memiliki efek merugikan terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Sebagai akibat dari paparan pathogen enterik (bakteri E.coli dan cacing) yang terus menerus. Untuk mengurangi stunting, mungkin diperlukan strategi yang baru atau modifikasi yang melampaui lingkup intervensi konvensional dengan tujuan untuk mengatasi paparan pada masa dua tahun kehidupan pertama (Cumming and Cairncross, 2016).

Peneliti mensintesa pengertian *public private partnership* berdasarkan kode-kode tersebut sebagai: “*model kerjasama multi-stakeholder yang melibatkan swasta untuk pembangunan melalui mekanisme pembiayaan yang berbasiskan shared values untuk kepentingan publik*”. Pengertian tersebut mewakili penggunaan istilah PPP oleh *Asian Development Bank* bahwa “kemitraan publik-swasta” (KPS) menggambarkan serangkaian kemungkinan hubungan antara entitas publik dan swasta dalam konteks infrastruktur dan layanan lainnya. Dalam PPP terdapat pembagian tugas, kewajiban, dan risiko di antara mitra publik dan swasta. Semakin lama, KPS juga mencakup organisasi non-pemerintah dan organisasi berbasis masyarakat yang mewakili pemangku kepentingan yang terkena

dampak langsung oleh proyek. Eksplorasi lebih dalam terhadap dokumen-dokumen tersebut ditemukan komitmen-komitmen yang bersifat *voluntary* maupun *mandatory*. Paling tidak ditemukan 4 komitmen global yang relevan dengan penurunan stunting, yaitu: *Scaling Up Nutrition, Zero Hunger, Global Action Plan on the Prevention of Pneumonia and Diarrhoea*, dan *Sanitation and Water for All*. Komitmen global ini sebagai acuan untuk ditemukan konsistensinya dengan kebijakan nasional yang ada di Indonesia dan implementasinya di sub-nasional dengan memperhatikan akomodasi swasta sebagai ciri dari konsep PPP yang menjadi fokus utama studi ini. Sebagai bagian dari komunitas global, Indonesia mempunyai komitmen untuk mencapai 160 target dari 70 indikator yang diturunkan dari 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) pada tahun 2030 (UN,2015). Setidaknya ada tiga TPB yang berhubungan dengan upaya penurunan stunting di Indonesia, yaitu TPB-2 tentang penghapusan kelaparan, TPB-3 tentang kesehatan dan kesejahteraan, dan TPB-6 tentang sanitasi dan air bersih. TPB-17 relevan dengan inisiatif *Public Private Partnership (PPP)*, karena mengenai kemitraan untuk semua tujuan pembangunan berkelanjutan. Ini artinya, global mengakui bahwa kemitraan multi-pemangku kepentingan adalah kendaraan penting untuk memobilisasi dan berbagi pengetahuan, keahlian, teknologi, dan sumber daya keuangan untuk mendukung pencapaian TPB di semua negara, terutama negara berkembang. Sasaran TPB 17 berupaya lebih jauh untuk mendorong dan mempromosikan kemitraan publik, publik-swasta dan masyarakat sipil yang efektif, membangun pengalaman dan sumber daya strategi kemitraan. Berbeda dengan platform pembangunan global (MDGs) 15 tahun sebelumnya, maka TPB dibangun secara partisipatif, bahkan sejak awal mengusulkan prioritas. PBB bekerja sama dengan beberapa lembaga mitranya telah menyelenggarakan survei warga. Hasil survei telah mengumpulkan sebanyak 8,5 juta lebih suara dari semua negara, 38 ribu suara di antaranya berasal dari Indonesia. Dua prioritas usulan tingkat global maupun Indonesia, yaitu pendidikan yang bermutu dan kesehatan yang lebih baik, berkaitan erat dengan solusi bagi *stunting reduction*.

Pencapaian Agenda 2030 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan akan membutuhkan berbagai sektor dan aktor yang bekerja bersama secara terpadu dengan mengumpulkan sumber daya keuangan, pengetahuan, dan keahlian. Kemitraan untuk pembangunan berkelanjutan merupakan sebuah inisiatif multi-pemangku kepentingan yang dilakukan secara sukarela oleh Pemerintah, Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) dan pemangku

kepentingan lainnya, dimana berupaya untuk berkontribusi dalam pelaksanaan komitmen pembangunan dan pencapaian tujuan sesuai yang disepakati antar negara.

Pembangunan berkelanjutan yang memungkinkan generasi mendatang menerima modal lebih besar dari yang diterima saat ini, telah mengilhami gagasan tentang bisnis yang berkelanjutan, serta lingkungan dan sosial yang berkelanjutan juga. Gagasan tersebut mendorong praktik bisnis tidak semata berorientasi pada tujuan ekonomi perusahaan, tapi juga tujuan secara lebih luas dari sisi lingkungan dan sosial. Pemikiran tentang pembangunan berkelanjutan meyakini bahwa satu sama lain saling terkoneksi dan memperkuat cara pandang masyarakat global terhadap pangan, gizi, air minum, sanitasi dan higiene. TPB-17 yang mengisyaratkan adanya kemitraan publik, publik-swasta dan masyarakat sipil yang efektif untuk mencapai tujuan pembangunan yang berkelanjutan, dimaknai sebagai *Public Private Partnership*, yaitu cara modern untuk memfasilitasi sektor swasta untuk memenuhi kebutuhan atas infrastruktur publik. Tantangannya sekarang adalah memperluas komponen infrastruktur menjadi pembangunan sosial termasuk pembangunan kesehatan masyarakat.

Public Private Partnership (PPP) berbeda dengan *Corporate Social Responsibility* (CSR) yang telah dikenal luas pengertiannya. Hal ini karena skema PPP memiliki elemen manfaat profit bagi pihak swasta yang terlibat. Kontribusi bisnis bisa dalam bentuk pendampingan dana, produk/barang dan layanan/jasa yang ada di dalam ruang lingkup bisnis masing-masing perusahaan. Sektor swasta yang dimaksud bukan hanya perusahaan (dunia usaha), tetapi juga lembaga filantropi dan donor penyandang dana yang lebih berorientasi pada manfaat advokasi dan dukungan kebijakan keberlanjutan dan replikasi program yang menghasilkan perubahan yang lebih luas dan lebih berdampak.

Komitmen pemerintah untuk penanggulangan stunting serta konsisten dengan komitmen global, ditunjukkan dengan terbitnya PP No 42 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang dijamin pendanaannya sebagai kegiatan prioritas nasional melalui RPJMN 2014-2019 dan dilanjutkan pada RPJMN 2020-2024 dengan dasar hukum Peraturan Presiden No 2 Tahun 2017 tentang Rencana Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019 dan Instruksi Presiden No 83 Tahun 2017 tentang kebijakan Strategi Pangan dan Gizi. Operasionalisasinya, telah diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 29 tahun 2019 tentang Penanggulangan Masalah Gizi bagi Anak Akibat Penyakit.

Menerapkan PPP untuk menangani stunting di Indonesia, mungkin dilaksanakan. Peraturan Presiden No 59 Tahun 2017 tentang pelaksanaan pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan menjadi payung pelibatan sektor swasta, Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2012 tentang Tanggung Jawan Sosial dan Lingkungan Perseroan Terbatas secara umum bisa dijadikan rujukan regulasi, tetapi terbatas pada perusahaan yang bergerak di bidanh Sumber Daya Alam dengan risiko kerusakan lingkungan.

Sebagai tindak lanjut dari kajian ini, diperlukan pemodelan PPP dalam penanggulangan stunting yang mencakup: a) Model kemitraan global multi-pihak yang dapat memfasilitas mobilisasi dan *shared* pengetahuan, keahlian, teknologi, dan sumber daya finansial. b) Model kemitraan bersama publik, publik-swasta, dan masyarakat sipil yang efektif, yang dibangun bersama berdasarkan pengalaman dan strategi dalam bermitra. c) Mengatur ruang lingkup sektor publik yang bisa dikolaborasikan dalam kerangka PPP. d) Mengatur hak dan kewajiban pemerintah, termasuk tanggung jawab dalam memberikan perlindungan sosial orang miskin sesuai amanat UUD 1945. e) Mengatur kategori dan jenis usaha, hak dan tanggung-jawab, konsekuensi (risiko) serta batasan peran dan fungsi swasta sebagai partner, berikut insentifnya.

Insentif kepada dunia usaha diberikan oleh Pemerintah sebagaimana layaknya dunia usaha menjalankan bisnis, berupa akses terhadap data dan informasi yang akurat mengenai sasaran penerima manfaat, dengan tetap memberikan perlindungan kepada individu dari eksploitasi dan komersialisasi, dukungan sinergi dan koordinasi sumber daya dan pendanaan dengan pemerintah kabupaten dan desa, dengan tetap mempertahankan prinsip pengalokasian dana dan proses pengajuan yang menjadi ciri dari masing-masing, kepastian akan keberlanjutan program serta pengakuan atas kontribusi swasta dan dunia usaha dari pemerintah pusat maupun daerah, potensi pengembangan produk serta menciptakan pasar dan peluang usaha yang berkelanjutan serta berkesinambungan.

SIMPULAN

Stunting adalah isu global dengan *zero hunger, scaling up nutrition, global action for prevention of pneumonia and diarrhea, sanitation and water for all* menjadi komitmen

global. Indonesia sebagai masyarakat internasional telah bersepakat untuk memenuhi komitmen global tersebut serta agenda 2030 Pembangunan Berkelanjutan. Dalam rangka mewujudkan visi manusia unggul Indonesia Maju 2024, Pemerintah Indonesia memprioritaskan pencegahan stunting pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan sebagai strategi kunci dalam pembangunan manusia. Kajian ini merekomendasikan formulasi kebijakan dengan pilihan: membuat Peraturan Presiden yang khusus mengatur konsep dan model *Public Private Partnership* pencegahan stunting, atau merevisi Undang Undang Perseroan Terbatas dan Peraturan Pemerintah tentang *Corporate Social Responsibility*. Kajian ini juga merekomendasikan dilakukannya advokasi kepada Pemerintah berikut pengajuan ujicoba kerangka kerja di kabupaten terpilih. Pengembangan konsep dilakukan dengan memodifikasi pengalaman penerapan PPP akses air bersih dan sanitasi yang telah terbukti mampu laksana.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada para tenaga profesional kedeputian 3 Kantor Staf Presiden, Tim Nasional Percepatan Penurunan Kemiskinan (TNP2K), Bappenas serta mitra strategis inovasi PPP *stunting reduction* (Save the Children, Lazismu, Nashiatul Aisyiah, Kopernik, Indonesia Heritage Foundation, Tanoto Foundation. 1000 days fund foundation, Teman Bumil, Feel Well Ceramic dan Pemerintah Kabupaten Cianjur) atas kontribusi waktu, ide dan buah pikir yang telah memperkaya kajian kebijakan ini.

REFERENSI

1. Bullins J et al. In: Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment. Luby JL, editor. The Guilford Press; New York: 2017. pp. 73–97. Retrieved 13th August 2019 from <https://zodml.org/sites>
2. Balitbangkes. 2018. Riset Kesehatan Dasar. Kemenkes RI. WHO.2019
3. Christine P. et al. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition Journal*.2013.
4. Development Initiatives. Global Nutrition Report 2018: Nourishing the SDGs. Bristol, UK.2019

5. Gao W, et al. Evidence on the emergence of the brain's default network from 2 week old to 2 year old healthy pediatric subjects. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009a; 106:6790–5. Retrieved 13th August 2019 from <https://www.pnas.org/content/106/16/6790>
6. Bappenas. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting.TNP2K. Jakarta. 2018
7. Nugroho, Riant. *Public Policy: Analisis Kebijakan Publik*. Jakarta. Elex Media Komputindo.2018
8. Oliver Cumming and Sandy Cairncross, “Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications,” *Matern Child Nutr*. 12 (Suppl Suppl 1). Wiley Online Library, May 2016) 91–105, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5084825/>.
9. Trihono et al. *Pendek (stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusi*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.2015
10. SUN Network. *Scaling Up Nutrition (SUN) Movement: Annual Report 2018*. Rhome. 2019
11. United Nation. *The Sustainable Development Agenda*. (2015), <https://www.un.org/sustainabledevelopment/developmentagenda/>.
12. WHO. *The WHO Child Growth Standards*. 2006. Retrieved March 31, 2017, from <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
13. WHO. *Maternal, infant and young child nutrition: The sixty nine world health assembly Geneva, Switzerland*. 2016
14. Wirth, J. P., et al.. Assessment of the WHO stunting framework using Ethiopia as a case study. *Maternal & Child Nutrition*, 13(2). 2017. Retrieved 4th January 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27126511>

GAMBARAN KARAKTERISTIK CALON PENGANTIN TENTANG TANDA BAHAYA ANEMIA DI PUSKESMAS MAKASAR JAKARTA TIMUR

*Nani Hendriani¹⁾, Sundari Fatimah²⁾, Okta Zenita Siti Fatimah³⁾

Program Studi DIII-Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin
Correspondence author: nanihendriani1654@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.182>

ABSTRAK

Kelompok wanita usia subur rentan terhadap anemia gizi besi karena beberapa permasalahan yang dialami wanita usia subur seperti mengalami menstruasi tiap bulan, mengalami kehamilan, dan kurang asupan zat besi makanan. Kondisi inilah yang dapat memperberat anemia gizi besi pada WUS pranikah sehingga tidak dipungkiri bahwa WUS pranikah sebagai kelompok yang rawan anemia gizi besi dan membutuhkan perhatian dalam penanganannya. Dibutuhkan pemberian informasi jauh sebelum kehamilan ibu terjadi. Apabila ibu hamil mengetahui dan memahami akibat anemia dan cara mencegah anemia maka akan mempunyai perilaku kesehatan yang baik dengan harapan dapat terhindar dari berbagai akibat atau risiko dari terjadinya anemia kehamilan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Gambaran Karakteristik Calon Pengantin tentang Tanda Bahaya Anemia di Puskesmas Makasar Jakarta Timur. Tahap penelitian adalah tahap (1) mengambil data penelitian dengan data sekunder Catin dari bulan Oktober 2018 – September 2019 di Puskesmas Makasar Jakarta Timur, tahap (2) Data Primer menyebarkan kuesioner kepada seluruh Catin di Puskesmas Makasar Jakarta Timur, tahap (3) analisis data. Data yang dikumpulkan meliputi karakteristik responden, yaitu data calon pengantin, umur, pendidikan, pekerjaan, lila, dan hasil pengukuran kadar hemoglobin (Hb) darah, teknik analisis yang digunakan Uji Chi Square.

Keyword: Calon Pengantin, Tanda Bahaya Anemia.

ABSTRACT

The group of women of childbearing age is susceptible to iron nutritional anemia because of some problems experienced by women of childbearing age such as having menstruation every month, experiencing pregnancy, and lack of food iron intake. This condition can aggravate iron nutrition anemia in premarital WUS so that it is undeniable that premarital WUS as a group that is prone to iron nutritional anemia and requires attention in handling it. Information is needed long before the mother's pregnancy occurs. If pregnant women know and understand the consequences of anemia and how to prevent anemia, they will have good health behaviors in the hope that they will be able to avoid the various consequences or risks of pregnancy anemia. The purpose of this study was to determine the Characteristics of the Prospective Bride and Groom on the Danger of Anemia Signs at the Makassar Public Health Center in Makassar.

The research phase is stage (1) taking research data with secondary data from Catin from October 2018 - September 2019 at the Makasar Health Center in East Jakarta, phase (2) Primary Data distributing questionnaires to all Catin at the Makasar Health Center in East Jakarta, stage (3) data analysis . The data collected included the characteristics of the respondents, namely the data of the prospective bride, age, education, occupation, lila, and the results of blood hemoglobin (Hb) measurements, analytical techniques used Chi Square Test.

Keyword: Prospective Bride, Danger Signs Of Anemia.

PENDAHULUAN

Anemia merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Menurut data WHO secara global, kasus anemia sebanyak 1,62 miliar orang atau 24,8% dari populasi. Berdasarkan RISKESDAS 2013 terdapat 21,7% penduduk Indonesia dengan kadar hemoglobin yang kurang dari batas normal dengan proporsi 20,6% di perkotaan dan 22,8% di pedesaan serta 18,4% laki-laki dan 23,9% perempuan. Menurut WHO (2013) 40% kematian ibu di negara berkembang berkaitan dengan anemia dalam kehamilan di Indonesia prevalensi anemia dalam kehamilan masih cukup tinggi yaitu 68%¹.

Sebagian besar penyebab anemia di Indonesia adalah kekurangan zat besi yang berasal dari makanan yang dimakan setiap hari dan diperlukan untuk pembentukan hemoglobin sehingga disebut anemia kekurangan besi. Anemia zat besi banyak diderita oleh wanita hamil, wanita menyusui dan wanita usia subur, pada umumnya karena fungsi kodrati yaitu haid, hamil, melahirkan dan menyusui².

Dampak yang ditimbulkan akibat anemia defisiensi besi sangat kompleks. Hal ini juga tentu akan berdampak pada WUS pranikah yang akan menghadapi masa kehamilan setelah menikah dan menghasilkan generasi penerus bangsa. Status anemia yang terjadi pada masa ini rentan akan mengakibatkan efek secara tidak langsung terhadap janin yang akan dikandung oleh WUS nantinya menyebabkan buruknya persalinan, berat bayi lahir rendah, bayi lahir premature, serta komplikasi kehamilan dan kelahiran³.

Banyaknya angka anemia pada ibu hamil, maka perlu diketahui status anemia ibu sebelum hamil atau pada saat sebelum menikah (calon pengantin). Berdasarkan observasi dan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 02 Oktober 2019 di Puskesmas Makasar Jakarta Timur, pada bulan Oktober 2018 sampai September 2019 ada 2380 orang calon pengantin, dimana calon pengantin perempuan adalah calon ibu hamil, yang rata-rata pendidikannya SMA, pekerjaan karyawan swasta dan umur rata-rata 20 tahun keatas. Di Puskesmas Makasar, semua calon pengantin dilakukan pemeriksaan hemoglobin (hb), menurut data pemeriksaan dari bulan Oktober 2018 – September 2019 pada calon pengantin, dimana rata-rata kadar hemoglobinya dibawah 12 gram terdapat sebanyak 162 calon pengantin⁹. Dari hasil uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran karakteristik calon pengantin tentang tanda bahaya anemia di Puskesmas Makasar Jakarta Timur⁴.

METODE

Metode Penelitian adalah metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif karena penelitian ini bertujuan memperoleh Gambaran mengenai Karakteristik Calon Pengantin Tentang Tanda Bahaya Anemia secara studi *cross sectional*⁵. Teknik sampling yang dipilih oleh peneliti dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada (sesuai dengan Kriteria Inklusi): a. Semua Catin dengan Anemia (Hb<12 g/dl) dan tidak mengalami riwayat penyakit lain di wilayah kerja Puskesmas Makassar, b. Bersedia menjadi responden penelitian, c. Bersedia mengikuti kegiatan sampai selesai.

Responden penelitian ini adalah seluruh Catin (Calon Pengantin) di Puskesmas Makassar Jakarta Timur, sedangkan respondennya adalah sebagian Catin yang telah mengisi kuesioner. Tahap penelitian adalah tahap (1) menyebarkan kuesioner kepada seluruh Catin di Puskesmas Makassar Jakarta Timur, tahap (2) analisis data. Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder dan data primer. Data yang dikumpulkan meliputi karakteristik responden, yaitu data calon pengantin, umur, pendidikan, pekerjaan, lila dan hasil pengukuran kadar hemoglobin (Hb) darah, teknik analisis yang digunakan yaitu analisis univariat, dan analisis bivariate (Uji Chi Square)⁶.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah memperoleh gambaran dari masing – masing variabel, selanjutnya dilakukan analisa bivariat untuk mengetahui gambaran karakteristik usia, pekerjaan, pendidikan, lila, kadar Hb, dengan pengetahuan dengan menggunakan metode *Chi Square* (X^2).

Tabel silang untuk melihat keeratan gambaran karakteristik usia dan pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Pengetahuan

| Usia | Pengetahuan | | | | Total | | OR | P Value |
|---------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|-------|---------|
| | Tahu | | Tidak | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| 22-35 | 33 | 80,5 | 8 | 19,5 | 41 | 100 | 1.605 | 0.448 |
| <21 | 11 | 68,8 | 5 | 31,3 | 16 | 100 | | |
| >35 | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 | | |
| Jumlah | 47 | 75,8 | 15 | 24,2 | 62 | 100 | | |

Tabel silang 1. tentang gambaran karakteristik usia dan pengetahuan, menunjukkan bahwa ada 33 dari 41 (80,5%) responden yang termasuk kategori usia 22 - 35 pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 5 dari 16 (31,3%) responden yang termasuk kategori usia < 21 pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Sementara ada 11 dari 16 (68,8%) responden yang termasuk kategori usia < 21 pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 8 dari 41 (19,5%) responden yang termasuk kategori usia 22 – 35 pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Sedangkan ada 3 dari 5 (60%) responden yang termasuk kategori usia > 35 pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 2 dari 5 (40%) responden yang termasuk kategori usia > 35 pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* dinilai *P value* = 0,448 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ maka *Ho* diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dan pengetahuan.

Tabel silang untuk melihat keeratan gambaran karakteristik pekerjaan dan pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan dan Pengetahuan

| Pekerjaan | Pengetahuan | | | | Total | | OR | P Value |
|---------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|---------|
| | Tahu | | Tidak | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Ya | 37 | 78,7 | 10 | 66,7 | 47 | 75,8 | 1.850 | 0.546 |
| Tidak | 10 | 21,3 | 5 | 33,3 | 15 | 24,2 | | |
| Jumlah | 47 | 100 | 15 | 100 | 62 | 100 | | |

Tabel silang 2. tentang gambaran karakteristik pekerjaan dan pengetahuan, menunjukkan bahwa ada 37 dari 47 (78,7%) responden yang termasuk kategori bekerja pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 5 dari 15 (33,3%) responden yang termasuk kategori tidak bekerja pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Sementara ada 10 dari 15 (21,3%) responden yang termasuk kategori tidak bekerja pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 10 dari 47 (66,7%) responden yang termasuk kategori bekerja pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* dinilai *P value* = 0,546 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ maka *Ho* diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dan pengetahuan.

Tabel silang untuk melihat keeratan gambaran karakteristik pendidikan dan pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan dan Pengetahuan

| Pendidikan | Pengetahuan | | | | Total | | OR | P Value |
|---------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|---------|
| | Tahu | | Tidak | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Tinggi | 42 | 89.4 | 13 | 86.7 | 55 | 88.7 | 1.292 | 1 |
| Rendah | 5 | 10.6 | 2 | 13.3 | 7 | 11.3 | 0.224-7.465 | |
| Jumlah | 47 | 100 | 15 | 100 | 62 | 100 | | |

Tabel silang 3. tentang gambaran karakteristik pendidikan dan pengetahuan, menunjukkan bahwa ada 42 dari 55 (89,4%) responden yang termasuk kategori pendidikan tinggi pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 2 dari 7 (13,3%) responden yang termasuk kategori pendidikan rendah pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Sementara ada 5 dari 7 (10,6%) responden yang termasuk kategori pendidikan rendah pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 13 dari 55 (86,7%) responden yang termasuk kategori pendidikan tinggi pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* dinilai *P value* = 1 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ maka H_0 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dan pengetahuan.

Tabel silang untuk melihat keeratan gambaran karakteristik LILA dan pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan LILA dan Pengetahuan

| LILA | Pengetahuan | | | | Total | | OR | P Value |
|---------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|----------------------|---------|
| | Tahu | | Tidak | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| >23.5 | 33 | 70.2 | 12 | 80 | 45 | 72.6 | 0.589 0.144-2.417 | 0.684 |
| <23.5 | 14 | 29.8 | 3 | 20 | 17 | 27.4 | | |
| Jumlah | 47 | 100 | 15 | 100 | 62 | 100 | | |

Tabel silang 4. tentang gambaran karakteristik Lila dan pengetahuan, menunjukkan bahwa ada 33 dari 45 (70,2%) responden yang termasuk kategori lila > 23,5 cm pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 3 dari 17 (20%) responden yang termasuk kategori lila < 23,5 cm pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Sementara ada 14 dari 17 (29,8%) responden yang termasuk kategori lila < 23,5 cm pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 12 dari 45 (80%) responden yang termasuk

kategori lila > 23,5 cm pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* dinilai *P value* = 0,684 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ maka H_0 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lila dan pengetahuan.

Tabel silang untuk melihat keeratan gambaran karakteristik Kadar Hb dan pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Kadar HB dan Pengetahuan

| HB | Pengetahuan | | | | Total | | OR | P Value |
|---------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|---------|
| | Tahu | | Tidak | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Normal | 28 | 59.6 | 9 | 60 | 37 | 59.7 | 0.982 | 1 |
| Tidak normal | 19 | 40.4 | 6 | 40 | 25 | 40.3 | 0.300-3.216 | |
| Jumlah | 47 | 100 | 15 | 100 | 62 | 100 | | |

Tabel silang 5. tentang gambaran karakteristik Kadar Hb dan pengetahuan, menunjukkan bahwa ada 28 dari 37 (59,6%) responden yang termasuk kategori kadar Hb normal pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 6 dari 25 (40%) responden yang termasuk kategori kadar Hb tidak normal pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Sementara ada 19 dari 25 (40,4%) responden yang termasuk kategori kadar Hb tidak normal pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia dan ada 9 dari 37 (60%) responden yang termasuk kategori kadar Hb normal pengetahuan tidak tahu tentang tanda bahaya anemia. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* dinilai *P value* = 1 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ maka H_0 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kadar Hb dan pengetahuan.

Jika dilihat dari segi umur, calon pengantin yang termasuk kategori usia 22-35 tahun sebanyak 33 dari 41 orang (80,5%) pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia. Secara umum kemungkinan terjadi anemia bisa pada usia berapapun. Usia reproduksi yang sehat bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan yaitu 20-35 tahun, karena pada usia ini alat reproduksi sudah cukup matang dan siap untuk proses kehamilan dan persalinan.

Jika dilihat dari segi pendidikan, calon pengantin yang termasuk kategori pendidikan tinggi sebanyak 42 dari 55 orang (89,4%) pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia. Menurut Koentjoroningrat pendidikan seseorang berpengaruh pada pengetahuannya, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin banyak pula

pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya, pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai baru yang diperkenalkan sehingga pengetahuan juga kurang⁷.

Jika dilihat dari segi pekerjaan, calon pengantin yang termasuk kategori bekerja sebanyak 37 dari 47 orang (78,7%) pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia. Karena pada wanita bekerja cenderung lebih mampu membeli kebutuhannya dan memperhatikan pola makannya seperti daging, ikan, telur, tempe, sayur, buah itu tercukupi.

Menurut Soemantri, bahwa anemia yang tinggi akan berdampak pada penurunan kualitas sumber daya manusia, sosial dan ekonomi⁸. Anemia pada calon pengantin dapat menyebabkan mudah lelah, kapasitas fisik turun, badan lemah, dan menurunnya produktifitas, dan akan semakin berat kondisinya bila calon pengantin hamil. Kehamilan membutuhkan lebih banyak jumlah zat besi untuk pertumbuhan dan perkembangan janinnya, maka akan berdampak pada abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, pada saat persalinan bisa terjadi gangguan His, kala I lama, kala II berlangsung lama, dan dapat terjadi perdarahan post partum, dan pada saat nifas juga bisa terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan, infeksi puerperium, pengeluaran asi berkurang, anemia kala nifas dan mudah terjadi infeksi mammae⁹.

SIMPULAN

Hasil dari penelitian Gambaran Karakteristik pada calon pengantin di Puskesmas Makasar Jakarta Timur, dapat di simpulkan :

Bahwa responden kategori usia 22-35 tahun sebanyak 33 dari 41 orang (80,5%), kategori pendidikan tinggi sebanyak 42 dari 55 orang (89,4%), kategori bekerja sebanyak 37 dari 47 orang (78,7%), kategori lila > 23,5 sebanyak 33 dari 45 (70,2%), kategori kadar Hb normal sebanyak 28 dari 37 (59,6%) dengan pengetahuan ya (tahu) tentang tanda bahaya anemia, seperti: merasa sangat lemah atau pusing hebat hingga pingsan, tangan dan kaki terasa dingin, kulit terlihat pucat atau kekuningan, jantung berdebar, sesak nafas, hingga nyeri dada. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi tentang status anemia pada calon pengantin, sehingga sebelum menikah dapat mempertimbangkan usia, pendidikan, pekerjaan dan mempersiapkan kehamilannya lebih matang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Kepala Program Studi D3 Kebidanan Universitas Mohammad Husni Thamrin, Kepala LPPM, Kepala Puskesmas Makasar Jakarta Timur, dan semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian penelitian ini.

REFERENSI

1. World Health Organization. Prevalence of anaemia in pregnancy. 2013 (diunduh 1 Agustus 2019). Tersedia dari: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.PRG.ANEM>.
2. Masrizal. Anemia Defisiensi Besi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNAND*. 2007, II (1): 140:1
3. Hanung A, Risnawati I. Dampak Anemia Kehamilan Terhadap Perdarahan Post Partum. *STIKES Muhammadiyah Kudus*. Vol. 6, No. 3, 2015 : 58:1
4. Data Puskesmas Makasar. Data Catin Anemia Puskesmas Makasar. Kota Jakarta Timur: 2019.
5. Notoatmojo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. PT. RINEKA CIPTA: 2010.
6. Slamet, Sastroasmoro. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Sagung Seto; 2011.
7. Koentjoroningrat. Pengantar Ilmu Antropologi. Jakarta: Rineka Cipta. 2009.
8. Soemantri AG, Triasih S. Anemia Defisiensi Besi: epidemiology and cognitive in children with iron deficiency anemia. *Yogyakarta: Medika-fakultas kedokteran UGM*. 2005: 10-25.
9. Saifudin AB. Rachimhadhi. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2000.
10. Nadesul Hendrawan. Buku Sehat Calon Pengantin dan Keluarga Muda. Jakarta: Penerbit Buku Kompas. 2007.
11. Hastono PS, Sahar J, Aisah S. Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Anemia Gizi Besi pada Wanita Usia Subur di Kota Semarang. <http://jurnal.unimus.ac.id>. 2010 :120:1
12. Waryono. 2010. Gizi Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Rihan.
13. Profil Kesehatan Indonesia. Program Pemberian Tablet Zat Besi di Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI; 2014.
14. Hidayah N. Analisis Faktor Penyebab Anemia Wanita Usia Subur di Desa Jepang Pakis Kabupaten Kudus. *Stikes Muhammadiyah Kudus*. ISSN 2407-9189, 2016 :72:1
15. Kim, J.Y., et al. 2014. Relationship between Socioeconomic Atatus and Anemia Prevalence in Adolescent Girls based on the Fourth and Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Surveys. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68:253–258.

FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN PRA-SINDROM METABOLIK PADA DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN DI INSTITUSI PENDIDIKAN TINGGI

*Titi Indriyati¹⁾, Ilah Muhafilah²⁾, Fatimah³⁾

Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin
Correspondence author: titi.indri@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.179>

ABSTRAK

Pra-sindrom metabolik (Pra-SM) adalah keadaan individu yang mengalami obesitas sentral (lingkar pinggang pria ≥ 90 cm, wanita ≥ 80 cm) disertai satu indikator sindrom metabolik yaitu tekanan darah $\geq 130/85$ mmHg atau dalam pengobatan antihipertensi atau pernah didiagnosis hipertensi oleh tenaga kesehatan. Bagaimanapun juga, pra-SM merupakan indikator skrining yang baik untuk mengidentifikasi masalah penyakit tidak menular di tempat bekerja, karena produktifitas pekerja harus didukung oleh kondisi kesehatan yang optimal. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor determinan pra-SM pada pekerja (dosen dan tenaga kependidikan) di Universitas MH. Thamrin. Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Desain *cross sectional*, terhadap 128 responden yang diperoleh dari metode *total sampling*. Analisis dilakukan pada data primer meliputi univariat, uji *chi square* dan analisis multivariat regresi logistik ganda. Prevalens pra-SM sebesar 38,3%; didominasi oleh: pria (47,9%), berusia >35 tahun (44,9%), dan mengalami kegemukan (55,9%). Faktor determinan yang paling berisiko terhadap pra-SM adalah: umur >35 tahun (OR: 3,11; 95%CI: 1,18 – 8,23); kegemukan (OR: 5,02; 95%CI: 2,20 – 11,47); jenis kelamin pria (OR: 2,02; 95%CI: 0,87 – 4,67) dan pendapatan $<$ UMR DKI Jakarta tahun 2019 (OR: 1,91; 95%CI: 0,79 – 4,65). Rekomendasi perlunya dilakukan program pencegahan primer yaitu pemeriksaan kesehatan rutin bagi pekerja untuk deteksi dini dan menurunkan risiko pra-SM.

Kata kunci: Pra-Sindrom Metabolik, Faktor, Pekerja.

ABSTRACT

Pre-metabolic syndrome (Pre-SM) is a condition of individuals who have central obesity (men's waist circumference ≥ 90 cm, women ≥ 80 cm) accompanied by one indicator of metabolic syndrome that is blood pressure $\geq 130 / 85$ mmHg or in antihypertensive treatment or have been diagnosed with hypertension by health workers. However, pre-SM is a good screening indicator to identify the problem of non-communicable diseases in the workplace, because worker productivity must be supported by optimal health conditions. The purpose of this study was to determine the pre-SM determinant factors in workers (lecturers and education staff) at MH University. Thamrin. The method used in this study is cross sectional design, of 128 respondents obtained from the total sampling method. Analyzes were performed on primary data including univariate, chi square test and multivariate analysis of multiple logistic regression. Pre-SM prevalence of 38.3%; dominated by: men (47.9%), aged > 35 years (44.9%), and overweight (55.9%). The determinants most at risk for pre-SM are: age > 35 years (OR: 3.11; 95% CI: 1.18 - 8.23); obesity (OR: 5.02; 95% CI: 2.20 - 11.47); male sex (OR: 2.02; 95% CI: 0.87 - 4.67) and revenue $<$ UMR DKI Jakarta in 2019 (OR: 1.91; 95% CI: 0.79 - 4.65). Recommendations on the need for a primary prevention program are routine health checks for workers for early detection and reducing pre-SM risk.

Keywords: Metabolic Pre-Syndrome, Factors, Workers.

PENDAHULUAN

Dalam laporan WHO tahun 2018 disebutkan bahwa penyakit tidak menular (PTM) telah menyebabkan kematian sebesar 71% dari kematian global atau sekitar 41 juta orang per tahun. Sedangkan di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah, telah terjadi lebih dari 85% kematian 'prematurn' akibat PTM pada penduduk berusia 30 – 69 tahun dan setiap tahun 15 juta orang meninggal karena PTM. Tingginya angka kematian akibat PTM juga terjadi di Indonesia yaitu sebesar 73% (WHO, 2018).

Prevalensi PTM di Indonesia mengalami peningkatan seperti: kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes dan hipertensi. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 telah melaporkan bahwa terdapat peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2013. Prevalensi kanker meningkat dari 1,4% menjadi 1,8%, stroke dari 7% menjadi 10,9%, penyakit ginjal kronis dari 2% menjadi 3,8%, hipertensi berdasarkan pengukuran dari 25,8% menjadi 34,1 %. Demikian juga pada diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter terjadi peningkatan dari 1,5 % menjadi 2 % (Kemenkes RI, 2018).

Bersamaan dengan meningkatnya prevalensi PTM tersebut tentunya meningkat pula risiko kejadian sindrom metabolik (SM). Berdasarkan definisi dari *NCEP-ATP III (The National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III)* bahwa SM untuk Asia adalah keadaan klinis pada seseorang yang memenuhi paling sedikit tiga dari lima komponen faktor risiko yaitu obesitas sentral (lingkar pinggang laki-laki ≥ 90 cm dan perempuan ≥ 80 cm), kadar kolesterol HDL rendah (laki-laki < 40 mg/dL dan perempuan < 50 mg/dL, atau dalam pengobatan), hipertrigliserida serum (≥ 150 mg/dL atau dalam terapi), peningkatan tekanan darah ($\geq 130/85$ mmHg atau dalam terapi), dan glukosa darah puasa (≥ 110 mg/dL atau dalam terapi) (Chackrewarthy et al., 2013).

Salah satu kelompok masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian terhadap perkembangan SM adalah para pekerja di perkantoran. Hal ini dikarenakan aktivitas fisik di kantor semakin berkurang, hanya 6,5% orang dewasa yang melakukan aktivitas fisik sambil bekerja. Jika dibandingkan dengan pekerja di era 1960-an, pekerja yang pekerjaannya membutuhkan aktivitas fisik, menurun dari angka 50% menjadi 20% (Church et al., 2011). Beberapa faktor perilaku pekerja yang berkaitan dengan SM, antara lain: pekerja yang berolahraga lebih banyak dan waktu tidur 8 jam memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami SM (Johnson et al., 2015). Adapun faktor lain yang dapat

meningkatkan risiko terjadinya SM adalah kebiasaan merokok (OR: 1,55; 95%CI: 1,09-2,21) dan minuman beralkohol (OR: 1,44; 95%CI: 1,06-1,96) (Jeong, 2018).

Kelompok dosen dan tenaga kependidikan pada institusi pendidikan tinggi merupakan kelompok pekerja perkantoran yang memiliki beberapa faktor risiko perilaku seperti yang telah disebutkan di atas. Sebagai kelompok pekerja yang mengelola pendidikan tinggi tentu saja memerlukan fisik yang sehat untuk mendukung pekerjaannya. Berbagai faktor risiko SM harus dapat diidentifikasi atau disadari keberadaannya oleh mereka sehingga munculnya PTM dapat dicegah dan ditanggulangi secara dini. Produktifitas pekerja perlu didukung oleh kondisi kesehatan yang optimal. Kondisi pra-sindrom metabolik (pra-SM) dapat menjadi indikator skrining yang baik untuk mengenali masalah kesehatan khususnya PTM.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor determinan yang berhubungan dengan kejadian pra-SM pada dosen dan tenaga kependidikan di Universitas MH. Thamrin. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi untuk menjadi dasar pengembangan program kesehatan yang berkelanjutan dalam rangka mendukung upaya memerangi PTM melalui kegiatan promotif dan preventif di lingkungan kampus.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* yang telah dilaksanakan pada Desember 2019 – Januari 2020. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas. Sehubungan dengan manfaat penelitian yang dikaitkan dengan pengembangan program kesehatan, maka penelitian mengikutsertakan seluruh dosen dan tenaga kependidikan di Universitas MH. Thamrin Jakarta Timur. Jumlah keseluruhan total sampel adalah \pm 180 orang, namun *respon rate* hanya mencapai 71% (128 responden dari 180 orang). Beberapa alasan ketidakikutsertaan mereka adalah karena kondisi fisik yang tidak sehat, sedang menjalankan tugas profesinya dan menolak untuk menjadi responden. Penjelasan sebelum persetujuan (PSP) tetap dilakukan oleh tim peneliti agar responden lebih mengerti tentang manfaat keikutsertaannya dalam penelitian yang kemudian dilegalkan dengan penandatanganan *informed consent*.

Peneliti menggunakan definisi pra-SM yaitu individu yang memenuhi kriteria obesitas sentral atau lingkaran pinggang ≥ 90 cm (pria) dan ≥ 80 cm (wanita), tekanan darah $\geq 130/85$

mmHg atau sedang dalam pengobatan antihipertensi atau pernah didiagnosis hipertensi oleh tenaga kesehatan (Shuto et al., 2015; Tan et al., 2016). Pengukuran tekanan darah dilakukan menggunakan alat *Sphygmomanometer digital* yang telah dikalibrasi. Obesitas sentral diukur menggunakan pita ukur dengan tingkat ketelitian 1 mm pada lingkaran pinggang responden oleh tim enumerator terlatih.

Beberapa faktor determinan diukur dengan kuesioner khusus, yaitu pengukuran aktifitas fisik dengan kuesioner dari *WHO*. Aktifitas fisik dihitung berdasarkan bobot jenis aktivitas fisik dan lama waktu yang digunakan untuk melakukan jenis aktivitas pada masing-masing kegiatan. Pengkategorian aktifitas didasarkan perhitungan secara komposit dari jenis aktifitas dan lama aktifitas (jumlah menit per hari dan jumlah hari per minggu). Aktifitas berat mempunyai bobot 8 kali, aktifitas sedang mempunyai bobot 4 kali, aktifitas ringan mempunyai bobot 2 kali. Data numerik ini selanjutnya dikategorikan menjadi: kurang aktifitas apabila mempunyai total aktifitas fisik <600 MET dalam 1 minggu.

Pengukuran kualitas tidur menggunakan kuesioner *PSQI (The Pittsburg Sleep Quality index)*. Skor kualitas tidur menggunakan *cut off point* = 5 untuk menentukan batasan gangguan tidur (A. Alamri et al., 2019). Sedangkan status kesehatan mental mengadopsi kuesioner dari Kemenkes RI, *cut off point* = 6 untuk menentukan skor responden yang kesehatan mentalnya terganggu.

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan program paket statistik *SPSS ver 20*. Pada tahapan analisis data dimulai dengan analisis distribusi frekuensi per variabel (univariat), analisis uji *chi square* (bivariat) dan besarnya atau kekuatan hubungan ditentukan dari nilai *PR (Prevalence Ratio)*. Tahap akhir dilakukan analisis multivariat dengan mengikutsertakan semua variabel untuk menjelaskan model yang tepat dan sederhana (*robust and parsimonious*) dalam menggambarkan hubungan faktor determinan dengan kejadian pra-SM pada dosen dan tenaga kependidikan di Universitas MH. Thamrin.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi karakteristik responden berdasarkan ukuran antropometrik dalam tabel 1, menjadi dasar untuk menentukan kriteria pra-SM.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Antropometrik Dan Tekanan Darah Pada Dosen dan Tenaga Kependidikan Universitas MH. Thamrin (n=128)

| Variabel | Rata-rata | Minimum | Maksimum | Standar deviasi |
|--------------------------------|-----------|---------|----------|-----------------|
| Lingkar perut (cm) | 91,3 | 65 | 120 | 10,3 |
| Tekanan darah sistolik (mmHg) | 122,3 | 83 | 176 | 16,7 |
| Tekanan darah diastolik (mmHg) | 79,2 | 60 | 114 | 10,8 |
| Berat badan (kg) | 67,6 | 40,7 | 100 | 12,1 |
| Tinggi badan (cm) | 159 | 145 | 177 | 6,9 |
| IMT (kg/m^2) | 26,8 | 16,8 | 41,7 | 4,6 |

| IMT (Indeks Massa Tubuh) | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|--|---------------|----------------|
| Berat badan lebih tingkat berat ($>27 \text{ kg}/\text{m}^2$) | 59 | 46,1 |
| Berat badan lebih tingkat ringan ($25,1 - 27 \text{ kg}/\text{m}^2$) | 24 | 18,8 |
| Berat badan normal ($18,5 - 25 \text{ kg}/\text{m}^2$) | 43 | 33,6 |
| Berat badan kurang tingkat berat ($17 - 18,4 \text{ kg}/\text{m}^2$) | 2 | 1,5 |
| Jumlah Total | 128 | 100 |

Sumber: Data Primer, 2019.

Tabel 1. Menunjukkan keadaan obesitas sentral dari nilai rerata lingkar pinggang 91,3 cm, artinya gambaran secara umum responden mengalami obesitas sentral. Keadaan hipertensi tidak nampak dalam nilai rerata tekanan darah sistolik (122,3 mmHg) maupun diastolik (79,2 mmHg), namun adanya sejumlah responden yang mengalami hipertensi dapat diidentifikasi dari nilai maksimum sistolik yaitu 176 mmHg dan diastolik yaitu 114 mmHg. Ukuran antropometrik yang lain seperti berat badan dan tinggi badan dikonversi menjadi nilai indeks massa tubuh (IMT) untuk memberikan gambaran status obesitas. Obesitas yang dimaksud adalah obesitas umum yang berbeda dengan obesitas sentral namun dapat dikaitkan dengan munculnya risiko SM. Rerata IMT 26,8 kg/m^2 menunjukkan ada risiko kelebihan berat badan dan tampak bahwa hampir separuh responden (46,1%) memiliki IMT $>27 \text{ kg}/\text{m}^2$, yang dalam katagori IMT untuk orang Indonesia termasuk dalam kelompok berat badan lebih tingkat berat (kegemukan).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pra-Sindrom Metabolik Pada Dosen dan Tenaga Kependidikan Universitas MH. Thamrin (n=128)

| Katagori Pra-Sindrom metabolik | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|--------------------------------|---------------|----------------|
| Memenuhi kriteria Pra-SM | 49 | 38,3 |
| Tidak memenuhi kriteria Pra-SM | 79 | 61,7 |
| Total | 128 | 100,0 |

Sumber: Data Primer, 2019

Prevalens pra-SM pada tabel 2 yaitu sebesar 38,3% diantara responden yang *eligible*. Angka ini menunjukkan kejadian pra-SM yang perlu mendapat perhatian untuk diantisipasi agar tidak berkembang menjadi SM. Temuan prevalens pra-SM ini merupakan kondisi kesehatan yang perlu menjadi perhatian, karena SM merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular dan diabetes (Negi et al., 2019). Pendekatan manajemen kesehatan di berbagai tatanan layanan kesehatan termasuk institusi tempat bekerja perlu diterapkan, sekurang-kurangnya dalam bentuk skrining diagnosis secara berkala. Seperti pada penelitian di Taiwan terhadap para pekerja yang diobservasi dalam kurun waktu 5 tahun. Penelitian tersebut menjadi program skrining kesehatan karena pemeriksaan kesehatan rutin berkala wajib bagi pekerja di Taiwan. Hasil yang diperoleh adalah perkembangan SM di antara karyawan berusia paruh baya dengan berbasis data tersebut untuk menilai risiko berkembangnya SM. Hasil pengamatan dalam 5 tahun diperoleh kasus baru sebesar 13% (175 dari 1.384 orang) yang memenuhi kriteria SM (Lin et al., 2010).

Universitas MH. Thamrin memiliki keunggulan program pendidikan bidang kesehatan, sehingga dapat mendukung pengembangan program skrining berkala untuk seluruh dosen dan tenaga kependidikan. Hasil penelitian ini akan menjadi dasar penguatan program tersebut. Upaya kesehatan yang dapat dilakukan adalah pencegahan primer pada individu yang masih sehat dan pengendalian faktor risiko bagi individu yang berisiko.

Selanjutnya, tabel 3 memperlihatkan deskripsi kasus pra-SM pada responden berdasarkan karakteristiknya. Faktor determinan yang bermakna secara statistik dalam hubungannya dengan kejadian pra-SM adalah umur (PR: 1,95; 95% CI: 1,05 – 3,61). Selanjutnya variabel jenis kelamin yaitu wanita lebih banyak (80 orang dari 128), namun proporsi pra-SM lebih besar pada pria (47,9%); PR: 1,47 (95%CI: 0,96 – 2,27) sehingga responden pria berisiko 1,5 kali lebih tinggi untuk mengalami pra-SM. Perbedaan proporsi pra-SM berdasarkan katagori kegemukan menunjukkan risiko pra-SM sebesar 1,74 kali lebih tinggi pada mereka yang mengalami kegemukan daripada yang tidak gemuk. Hasil ini menunjukkan nilai yang bermakna secara statistik (95% CI: 1,27 – 2,39). Sejalan dengan itu, status sosial ekonomi menunjukkan perbedaan proporsi antara kelompok dengan tingkat pendapatan rendah dan tinggi meskipun hubungan tidak bermakna secara statistik (PR: 1,33; 95% CI: 0,85 – 2,06).

Tabel 3. Deskripsi Kejadian Pra-SM Berdasarkan Karakteristiknya

| Variabel | Frekuensi (n) | Pra-Sindrom Metabolik (n (%)) | | PR (95%CI) |
|--|------------------|----------------------------------|------------|---------------|
| | | Ya (49) | Tidak (79) | |
| Umur (tahun) | | | | |
| >35 (dewasa akhir – lansia) | 89 | 40 (44,9) | 49 (55,1) | 1,95* |
| ≤35 (remaja – dewasa awal) | 39 | 9 (23,1) | 30 (76,9) | (1,05 – 3,61) |
| Status Pegawai | | | | |
| Dosen | 63 | 26 (41,3) | 37 (58,7) | 1,17 |
| Tenaga Kependidikan | 65 | 23 (35,4) | 42 (64,6) | (0,75 – 1,81) |
| Jenis Kelamin | | | | |
| Pria | 48 | 23 (47,9) | 25 (52,1) | 1,47* |
| Wanita | 80 | 26 (32,5) | 54 (67,5) | (0,96 – 2,27) |
| Status Kawin | | | | |
| Kawin | 89 | 37 (41,6) | 52 (58,4) | 1,35 |
| Belum kawin/cerai | 39 | 12 (30,8) | 27 (69,2) | (0,79 – 2,30) |
| Tingkat pendapatan | | | | |
| <UMR Jakarta 2019 | 39 | 18 (46,2) | 21 (53,8) | 1,33 |
| ≥UMR Jakarta 2019 | 89 | 31 (34,8) | 58 (65,2) | (0,85 – 2,06) |
| Riwayat PJK dalam keluarga | | | | |
| Ya | 17 | 8 (47,1) | 9 (52,9) | 1,27 |
| Tidak | 111 | 41 (36,9) | 70 (63,1) | (0,73 – 2,23) |
| Riwayat hipertensi dalam keluarga | | | | |
| Ya | 69 | 27 (39,1) | 42 (60,9) | 1,05 |
| Tidak | 59 | 22 (37,3) | 37 (62,7) | (0,67 – 1,63) |
| Riwayat diabetes dalam keluarga | | | | |
| Ya | 42 | 15 (35,7) | 27 (64,3) | 0,90 |
| Tidak | 86 | 34 (39,5) | 52 (60,5) | (0,56 – 1,46) |
| Kesehatan mental emosional | | | | |
| Gangguan ringan–sedang, skor 6-15 | 18 | 8 (44,4) | 10 (55,6) | 1,20 |
| Tidak terganggu, skor ≤5 | 110 | 41 (37,3) | 69 (62,7) | (0,67 – 2,11) |
| Aktifitas fisik | | | | |
| Rendah (<600 MET) | 46 | 17 (37) | 29 (63) | 0,95 |
| Sedang-Tinggi (≥600 MET) | 82 | 32 (39) | 50 (61) | (0,60 – 1,51) |
| Kualitas tidur | | | | |
| Gangguan ringan–sedang, skor 6-14 | 61 | 23 (37,7) | 38 (62,3) | 0,97 |
| Tidak terganggu, skor ≤5 | 67 | 26 (38,8) | 41 (61,2) | (0,63 – 1,51) |
| Tingkat Pengetahuan | | | | |
| Kurang (nilai <75) | 52 | 22 (42,3) | 30 (57,7) | 1,20 |
| Baik (nilai ≥75) | 76 | 27 (35,5) | 49 (64,5) | (0,77 – 1,85) |
| Indeks Massa Tubuh (IMT) | | | | |
| Obesitas (>27 kg/m ²) | 59 | 33 (55,9) | 26 (44,1) | 1,74* |
| Tidak obesitas (≤27 kg.m ²) | 69 | 16 (23,2) | 53 (76,8) | (1,27 – 2,39) |

Keterangan: *hasil temuan signifikan dengan tingkat signifikansi (α) 0,05.

Sumber: Data Primer, 2019

Faktor determinan lainnya juga perlu mendapat perhatian jika dikaitkan dengan risiko pra-SM, karena beberapa faktor menunjukkan peningkatan risiko meskipun tidak bermakna secara statistik. Status perkawinan menunjukkan ada peningkatan risiko pra-SM pada mereka yang berstatus kawin dibandingkan yang belum kawin/cerai (PR: 1,35; 95% CI: 0,79 – 2,30). Hubungan antara kondisi kesehatan mental dengan kejadian pra-SM juga terlihat ada peningkatan sebesar 1,20 meskipun tidak bermakna (95%CI: 0,67 –

2,11). Selain itu, ada kecenderungan peningkatan risiko pra-SM sebesar 1,2 kali pada mereka yang kurang pengetahuan dibandingkan yang berpengetahuan baik, meskipun hubungan ini tidak bermakna secara statistik (95%CI: 0,77-1,85). Berdasarkan status kepegawaian memperlihatkan bahwa risiko pra-SM pada kelompok dosen dan tenaga kependidikan tidak berbeda (PR: 1,17; 95% CI: 0,75-1,81). Variabel kualitas tidur menunjukkan tidak berhubungan dengan pra-SM (PR: 0,97; 95%CI: 0,63-1,51). Risiko pra-SM juga terlihat rendah (PR: 0,95) pada responden yang memiliki aktifitas rendah dibandingkan dengan mereka yang beraktifitas sedang-tinggi (95%CI: 0,60 – 1,51).

Dalam analisis regresi logistik ganda model prediktif, semua variabel *independent* diikutsertakan dalam analisis multivariat karena merupakan faktor risiko yang secara substansi (teori/konsep) memiliki keterkaitan dengan kejadian pra-sindrom metabolik. Hasil analisis model lengkap (*full model*) dicantumkan dalam tabel 4. Hasil menunjukkan bahwa dalam kemaknaan model (dengan batas nilai $p \leq 0,05$) masih terdapat variabel yang tidak dapat memberikan kontribusi terhadap hubungannya dengan kejadian pra-SM yaitu: riwayat hipertensi dalam keluarga, riwayat penyakit diabetes dalam keluarga, status kesehatan mental, status perkawinan, aktifitas fisik, kualitas tidur, riwayat penyakit jantung dalam keluarga, tingkat pengetahuan, dan status kepegawaian. Oleh karena itu, variabel tersebut secara satu per satu dikeluarkan dalam analisis yang dimulai dari nilai kemaknaan (nilai p) yang terbesar.

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Logistik Model Prediktif Lengkap (*Full Model*)

| Variabel | Nilai p | Exp (β) | 95% Confidence interval |
|--|---------|-----------------|-------------------------|
| Umur | 0,08 | 2,75 | 0,89 – 8,52 |
| Status pegawai | 0,34 | 1,67 | 0,58 – 4,85 |
| Jenis kelamin | 0,10 | 2,13 | 0,86 – 5,30 |
| Status perkawinan | 0,85 | 0,91 | 0,33 – 2,46 |
| Tingkat pendapatan | 0,12 | 2,34 | 0,81 – 6,74 |
| Riwayat penyakit jantung dalam keluarga | 0,59 | 1,42 | 0,40 – 5,09 |
| Riwayat penyakit hipertensi dalam keluarga | 0,99 | 0,99 | 0,40 – 2,47 |
| Riwayat penyakit diabetes dalam keluarga | 0,96 | 0,97 | 0,38 – 2,51 |
| Status kesehatan mental | 0,93 | 1,06 | 0,30 – 3,70 |
| Aktifitas fisik | 0,70 | 1,19 | 0,49 – 2,92 |
| Kualitas tidur | 0,69 | 0,83 | 0,34 – 2,05 |
| Tingkat pengetahuan | 0,67 | 1,21 | 0,50 – 2,93 |
| Kegemukan (indeks massa tubuh $>27 \text{ kg/m}^2$) | 0,001 | 5,09 | 2,18 – 11,88 |

Sumber: Data Primer, 2019

Hasil analisis selanjutnya pada tabel 5, memperlihatkan model yang sudah dikurangi dengan variabel yang tidak bermakna secara statistik (*reduce model*).

Tabel 5. Model Akhir Hasil Analisis Multivariat Untuk Menjelaskan Faktor Determinan Yang Paling Berhubungan Dengan Kejadian Pra-SM.

| Variabel | β | Nilai <i>p</i> | <i>Exp</i> (β) | 95% <i>Confidence interval</i> |
|--|---------|----------------|------------------------|--------------------------------|
| Umur | 1,14 | 0,02 | 3,11 | 1,18 – 8,23 |
| Jenis kelamin | 0,70 | 0,10 | 2,02 | 0,87 – 4,67 |
| Tingkat pendapatan | 0,65 | 0,15 | 1,91 | 0,79 – 4,65 |
| Kegemukan (indeks massa tubuh $>27 \text{ kg/m}^2$) | 1,61 | 0,0001 | 5,02 | 2,20 – 11,47 |
| Nilai konstanta | -2,61 | 0,0001 | 0,07 | |

Sumber: Data Primer, 2019

Dalam tabel terlihat bahwa faktor determinan yang paling berhubungan dengan kejadian pra-SM adalah: umur, jenis kelamin, tingkat pendapatan dan kegemukan. Dalam penelitian ini, katagori umur menggunakan batasan umur 35 tahun mengikuti kriteria *WHO* yaitu kelompok umur dewasa akhir adalah >35 tahun merupakan kelompok umur berisiko untuk berkembangnya masalah kesehatan karena proses degeneratif. Hasil penelitian membuktikan bahwa sebagian besar responden adalah kelompok umur >35 tahun yaitu 89 orang dengan proporsi pra-SM lebih banyak (44,9%) daripada mereka yang berumur ≤ 35 tahun. Prevalens rasio sebesar 1,95 menunjukkan bahwa mereka yang berumur > 35 tahun berisiko hampir 2 kali lebih tinggi untuk terjadinya pra-SM.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Lin, Y. C., dkk (2010) yang menunjukkan bahwa responden penderita SM rata-rata berumur >33 tahun dengan jumlah komponen kriteria SM ≥ 2 indikator (sesuai dengan kriteria pra-SM). Pada responden kelompok dewasa usia paruh baya yang memiliki satu atau dua kriteria SM masing-masing memiliki risiko 2,8 kali dan 7,3 kali untuk berkembang menjadi SM dalam lima tahun, dibandingkan mereka yang tidak memiliki kriteria SM (Lin et al., 2010).

Pada umumnya peningkatan SM akan mencapai puncaknya pada usia 50-an. Faktor risiko metabolik muncul pada waktu yang berbeda sepanjang hidup dan biasanya berkembang atau memburuk pada usia lanjut. Gangguan metabolik dapat bertahan sepanjang hidup, mungkin masih laten sampai faktor lain turut berkontribusi terhadap SM, seperti: kenaikan berat badan yang umum terjadi pada usia pertengahan. Dislipidemia dan hipertensi sistolik/diastolik biasanya muncul di usia pertengahan. Pertambahan berat badan akan lebih memungkinkan menjadi faktor risiko metabolik (Grundy, 2018).

Menurut peneliti, penilaian (skrining) risiko berkembangnya SM sangat diperlukan untuk semua orang dewasa yang memiliki kondisi pra-SM dan juga mereka yang berisiko tetapi belum memenuhi kriteria pra-SM pada saat pemeriksaan. Faktor umur merupakan salah satu faktor utama yang sering dinilai dalam penelitian kesehatan karena bertambahnya umur dapat meningkatkan risiko penyakit degeneratif.

Variabel jenis kelamin berhubungan dengan kejadian pra-SM, hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada para pekerja di Taiwan, sekitar 80,6% pekerja berjenis kelamin laki-laki dan sekitar 58,6% diantara mereka memiliki sekurang-kurangnya satu atau dua kriteria pra-SM (Lin et al., 2010).

Penelitian lain memperlihatkan hasil yang berbeda jika faktor umur dan jenis kelamin dilihat secara bersama-sama dalam hubungannya dengan perkembangan SM. Pembuktian berupa prevalens SM yang meningkat terjadi pada wanita umur >60 tahun yaitu sebesar 54% dibandingkan pada laki-laki. Perbedaan tersebut karena pada wanita postmenopause, akumulasi lemak meningkat dengan cepat, selanjutnya penurunan estrogen merangsang adiposit hipertrofi dan disfungsi adiposit yang juga mendukung akumulasi lemak visceral secara berlebihan. Hal ini meningkatkan obesitas abdominal dan status postmenopause mengarah pada peningkatan prevalensi SM (D G. Karalis, Denise A, 2018).

Perbedaan gender pada SM berkontribusi pada penyakit kardiovaskular dan diabetes melitus tipe 2. Fakta epidemiologis menunjukkan ada peningkatan insiden penyakit jantung koroner pada wanita khususnya pada periode postmenopause. Interaksi antara berbagai faktor risiko penyakit kardiovaskuler dengan hormon dapat berperan dalam perkembangan SM pada wanita (Bantas et al., 2012).

Peneliti berpendapat bahwa faktor jenis kelamin dapat memberikan kontribusi yang berbeda dalam memprediksi kejadian pra-SM di lingkungan pekerja perkantoran seperti profesi dosen dan tenaga kependidikan. Ketidaksetaraan gender pada status kesehatan merefleksikan ketidaksamaan faktor biologis dan sosial terkait jenis kelamin serta interaksi dari kedua faktor tersebut. Oleh karena itu fokus intervensi pada individu pekerja dapat berbeda dengan mempertimbangkan faktor jenis kelamin.

Faktor tingkat pendapatan merupakan proksi dari status ekonomi individu yang penting dan dapat mempengaruhi kondisi kesehatan khususnya pada penderita penyakit kronis terutama dalam memenuhi kebutuhan akses pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan

kesehatan mempunyai peran penting dalam pencegahan, deteksi dini dan skrining kesehatan dengan harapan dapat mengurangi biaya layanan dan beban mental penderitanya. Perilaku seseorang dalam minat pencarian pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi. Pada mereka yang tingkat pendapatannya lebih tinggi berhubungan dengan prevalensi morbiditas dan mortalitas yang lebih rendah (Foraker et al., 2011).

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa tingkat pendapatan keluarga responden per bulan dengan indikator UMK DKI Jakarta tahun 2019 (Rp. 3.940.973) menunjukkan jumlah yang lebih besar pada katagori pendapatan \geq UMK yaitu 89 orang dari 128 responden. Namun, proporssi pra-SM lebih banyak terjadi pada mereka yang memiliki pendapatan $<$ UMK (46,2%). Perbedaan proporsi ini tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik dengan PR: 1,33 dan 95% CI: 0,85 – 2,06.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Korea terhadap pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta. Hasilnya menunjukkan ada hubungan antara faktor sosial ekonomi dengan prevalensi SM. Prevalensi SM berbeda signifikan berdasarkan tingkat pendapatan, OR kejadian SM pada mereka yang berpenghasilan $>$ 10 juta KRW (Mata uang Won Korea) per bulan adalah lebih rendah yaitu sebesar 0,727 ($p < 0,01$) dibandingkan dengan mereka yang berpenghasilan $<$ 5 juta KRW per bulan. Pada penderita SM telah dibuktikan bahwa status sosial ekonomi yang baik berhubungan dengan perilaku yang lebih aktif dalam perawatan dan pencegahan kesehatan. Oleh karena itu, status sosial ekonomi dapat mempengaruhi kesehatan individu dan pencegahan komplikasi khususnya penyakit kronis (Kim et al., 2018).

Dalam lingkup populasi pekerja di Universitas MH. Thamrin baik sebagai dosen maupun tenaga kependidikan, tingkat pendapatan merupakan faktor penting dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan. Adanya jaminan asuransi kesehatan (BPJS Kesehatan) hingga saat ini belum dapat menjamin kepuasan akan layanan kesehatan. Intervensi pencegahan primer yang berfokus pada perbaikan gaya hidup sehat di lingkungan kampus harus menjadi target utama dalam penanganan secara dini di lingkungan kampus.

Faktor obesitas terbukti memiliki peran meningkatkan risiko pra-SM. Hasil penelitian menunjukkan indeks massa tubuh memiliki distribusi yang berbeda terhadap kejadian pra-SM. Proporsi pra-SM lebih banyak pada mereka yang mengalami obesitas ($IMT > 27 \text{ kg/m}^2$) yaitu sebesar 55,9% dibandingkan dengan mereka yang tidak obesitas ($IMT \leq 27$

kg/m²) yaitu 23,2%. Perbedaan proporsi tersebut menghasilkan nilai risiko pra-SM sebesar 1,74 kali lebih tinggi pada mereka yang mengalami obesitas.

Obesitas terjadi ketika penumpukan lemak tubuh relatif tinggi, ditandai dengan IMT >27 kg/m². Meningkatnya prevalensi obesitas dan penyakit penyerta dapat meningkatkan biaya pelayanan kesehatan (Ozmen et al., 2009). Pendapat lain yang sejalan dengan hasil penelitian ini menjelaskan bahwa SM paling sering terjadi pada orang dengan obesitas (IMT \geq 30 kg/m²), dibandingkan orang *overweight* (IMT 25-29,9 kg/m²) dan relatif jarang pada individu dengan berat badan normal. Penderita obesitas abdominal sangat rentan untuk mengalami SM (Grundy, 2018).

Peneliti berpendapat bahwa distribusi responden yang mengalami obesitas sebesar 46% (59 dari 128 responden) merupakan proporsi yang cukup tinggi untuk menjadi faktor prediksi berkembangnya pra-SM. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat pula menjadi data pendukung untuk merencanakan program kesehatan di lingkungan kampus.

Penelitian ini memiliki keterbatasan dari besar sampel (*respon rate* 71%) yang berdampak pada tingkat kemaknaan statistik sehingga perlu menjadi perhatian bagi pembaca agar tidak keliru dalam interpretasinya. Namun, terdapat hal lain yang menjadi keunggulan penelitian yaitu bahwa untuk menegakkan diagnosis pra-SM peneliti menggunakan indikator obesitas sentral dan tekanan darah yang hasil pengukurannya dapat dipercaya serta cukup valid sehingga kemungkinan bias dapat diminimalkan.

SIMPULAN

Kesimpulan hasil penelitian adalah bahwa kriteria diagnosis pra-SM merupakan bentuk skrining awal yang valid dan hasilnya dapat memberikan informasi untuk merencanakan suatu program kesehatan di lingkungan kampus. Faktor determinan yang memiliki hubungan bermakna terhadap kejadian pra-SM adalah: umur, kegemukan, jenis kelamin, dan tingkat pendapatan. Faktor lain yang memiliki kontribusi terhadap pra-SM namun belum terbukti bermakna dalam analisis statistik adalah: status kepegawaian, status perkawinan, riwayat penyakit kronis dalam keluarga, status kesehatan mental, kualitas tidur, aktifitas fisik dan tingkat pengetahuan. Hal ini memerlukan penggalan informasi terhadap faktor tersebut secara lebih mendalam dan waktu khusus untuk menghindari ketegesaan dalam menjawab atau memberikan informasi.

Rekomendasi yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini khususnya untuk institusi adalah perlunya dukungan institusi untuk pengembangan program skrining berkelanjutan sehingga temuan kasus pra-SM dapat menjadi dasar upaya pencegahan penyakit tidak menular. Untuk peneliti selanjutnya, dapat mengembangkan metode campuran (kualitatif dan kuantitatif) sehingga penelitian menjadi lebih kaya informasi, khususnya yang memerlukan penggalian mendalam terhadap variabel yang bersifat subyektif seperti status kesehatan mental, kualitas tidur dan perilaku kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada pimpinan Universitas MH. Thamrin khususnya jajaran Rektorat dan LPPM yang telah memberi kesempatan, mendukung dari aspek teknis dan pendanaan sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan. Seluruh responden penelitian yang telah berpartisipasi dalam penelitian semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk mengenali secara dini kondisi pra-SM sehingga upaya pencegahan dan pengendalian masalah penyakit tidak menular dapat dilakukan mulai dari tingkat individu sampai institusi.

REFERENSI

1. A. Alamri, F., A. Amer, S., Almubarak, A., & Alanazi, H. (2019). Sleep Quality among Healthcare Providers; In Riyadh, 2019. *International Journal of Medical Science and Clinical Invention*, 6(5), 4438–4448. <https://doi.org/10.18535/ijmsci/v6i5.03>
2. Bantas, K., Yoseph, H. K., & Moelyono, B. (2012). Perbedaan Gender pada Kejadian Sindrom Metabolik pada Penduduk Perkotaan di Indonesia. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(5), 219. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i5.44>
3. Chackrewarthy, S., Gunasekera, D., Pathmeswaren, A., Wijekoon, C. N., Ranawaka, U. K., Kato, N., Takeuchi, F., & Wickremasinghe, A. R. (2013). A Comparison between Revised NCEP ATP III and IDF Definitions in Diagnosing Metabolic Syndrome in an Urban Sri Lankan Population: The Ragama Health Study. *ISRN Endocrinology*, 2013, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2013/320176>
4. Church, T. S., Thomas, D. M., Tudor-Locke, C., Katzmarzyk, P. T., Earnest, C. P., Rodarte, R. Q., Martin, C. K., Blair, S. N., & Bouchard, C. (2011). Trends over 5

- decades in US occupation-related physical activity and their associations with obesity. In *PloS one* (Vol. 6, Issue 5). Public Library of Science.
5. D G. Karalis, Denise A, S. Y. N. (2018). Clinical feature: gender differences in the diagnosis and treatment of the metabolic syndrome. *National Lipid Association, April*. <https://www.lipid.org/node/1448>
 6. Foraker, R. E., Rose, K. M., Suchindran, C. M., Chang, P. P., McNeill, A. M., & Rosamond, W. D. (2011). Socioeconomic status, medicaid coverage, clinical comorbidity, and rehospitalization or death after an incident heart failure hospitalization atherosclerosis risk in communities cohort (1987 to 2004). *Circulation: Heart Failure*, 4(3), 308–316. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.110.959031>
 7. Grundy, S. (2018). Metabolic Syndrome. In E. Bonora & R. A. DeFronzo (Eds.), *Diabetes Complications, Comorbidities and Related Disorders* (pp. 71–107). Springer Switzerland.
 8. Jeong, H. S. (2018). The relationship between workplace environment and metabolic syndrome. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 9(4), 176–183. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2018.1346>
 9. Johnson, P., Turner, L., Carter, M., Kelly, R., & Ewell, P. J. (2015). Metabolic syndrome prevalence and correlates in a worksite wellness program. *Workplace Health and Safety*, 63(6), 245–252. <https://doi.org/10.1177/2165079915576920>
 10. Kemenkes RI. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. *Kementeriaan Kesehatan RI*, 1–582.
 11. Kim, Y. H., Kim, H., & Jee, H. (2018). Effects of socioeconomic status, health behavior, and physical activity on the prevalence of metabolic syndrome. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 14(2), 183–191. <https://doi.org/10.12965/jer.1836074.037>
 12. Lin, Y. C., Chen, J. D., Lo, S. H., & Chen, P. C. (2010). Worksite health screening programs for predicting the development of Metabolic Syndrome in middle-aged employees: A five-year follow-up study. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-747>
 13. Negi, P. C., Sondhi, S., Merwaha, R., & Asotra, S. (2019). Prevalence and risk determinants of metabolic syndrome in obese worksite workers in hill city of Himachal Pradesh, India. *Indian Heart Journal*, 71(1), 45–51.

<https://doi.org/10.1016/j.ihj.2019.01.001>

14. Ozmen, B., Demet, M. M., Guclu, F., Kafesciler, S., Aydemir, O., & Hekimsoy Z Dr. Bilgin Ozmen, P. B. N. D. A.-I. T. E. mail bilozmen yahoo com. (2009). Metabolic syndrome and health-related quality-of-life in obese women. *IJCP. 2009 Apr; 19(11): 30-36, January.*
15. Shuto, H., Shuto, C., Inoue, T., Nishikata, H., & Tokutake, E. (2015). Assesment of Waist Circumferene Index A New Screening Parameter for Pre-Metabolic Syndrome. *J Health Edu Res Dev, 3.*
16. Tan, C., Sasagawa, Y., Kamo, K. ichi, Kukitsu, T., Noda, S., Ishikawa, K., Yamauchi, N., Saikawa, T., Noro, T., Nakamura, H., Takahashi, F., Sata, F., Tada, M., & Kokai, Y. (2016). Evaluation of the Japanese Metabolic Syndrome Risk Score (JAMRISC): a newly developed questionnaire used as a screening tool for diagnosing metabolic syndrome and insulin resistance in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine, 21(6), 470–479.* <https://doi.org/10.1007/s12199-016-0568-5>
17. WHO. (2018). *Non Communicable Diseases.* <https://www.who.int>

FAKTOR AKTIVITAS FISIK TERHADAP STATUS GIZI SISWA DI SMA NEGERI 2 KOTA PALANGKA RAYA

*Andi Tenri Abeng

Jurusan Pendidikan Jasmani, Kesehatan, dan Rekreasi, FKIP Universitas Palangka Raya

Correspondence author: anditenriabeng@fkip.upr.ac.id, Palangkaraya, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.147>

ABSTRAK

Masalah gizi pada dasarnya merupakan refleksi konsumsi zat gizi yang belum mencukupi kebutuhan tubuh. Gizi remaja perlu mendapat perhatian karena mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan tubuh, serta dampaknya pada masalah gizi dewasa. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh faktor aktivitas fisik terhadap status gizi siswa di SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan subjek penelitian adalah siswa kelas 2 SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya sebanyak 112 responden. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner untuk mengetahui aktivitas fisik siswa dan melakukan pengukuran tinggi dan berat badan untuk mengetahui status gizi siswa. Data dianalisis secara univariat dan bivariat. Analisis data univariat jenis kelamin, laki-laki sebanyak 52 responden (46,43%) dan perempuan sebanyak 60 responden (53,57%). Data pekerjaan orang tua responden paling banyak adalah PNS 31,25%, jarak rumah ke sekolah responden paling banyak adalah 3 - 5 Km (38,39%), aktivitas fisik responden terbanyak pada aktivitas sedang (66,96%), dan status gizi responden paling banyak adalah normal (58,93%). Analisis bivariat untuk mengetahui pengaruh aktivitas fisik terhadap status gizi menggunakan Uji Chi-Square dan diperoleh nilai P value 0,002 dengan nilai OR 3,71 (CI 1,63-8,48). Ini bermakna bahwa memiliki aktivitas fisik yang kurang baik berisiko status gizi yang tidak normal sebesar 3,71 kali dibanding memiliki aktivitas fisik yang baik. Disimpulkan bahwa faktor aktivitas fisik mempengaruhi status gizi siswa di SMA Negeri 2 Palangka Raya.

Kata kunci: Aktivitas Fisik, Status Gizi.

ABSTRACT

Nutrition problems are basically a reflection of the consumption of nutrients that are not sufficient for the body's needs. Adolescent nutrition needs attention because it affects the growth and development of the body, and its impact on adult nutrition problems. The purpose of this study was to determine the effect of physical activity factors on the nutritional status of students in SMA Negeri 2 Palangkaraya City. This research is a quantitative study with the subject of the research is the students of class 2 of SMA Negeri 2 Palangka Raya City as many as 112 respondents.

The research instrument used a questionnaire to determine student physical activity and to measure height and weight to determine the nutritional status of students. Data were analyzed univariately and bivariately. Univariate analysis of sex data, men as many as 52 respondents (46.43%) and women as many as 60 respondents (53.57%). Most respondents' occupational data were 31.25% civil servants, the most distance from the respondent's house to school was 3-5 Km (38.39%), most respondents' physical activity was moderate (66.96%), and nutritional status most respondents were normal (58.93%). Bivariate analysis to determine the effect of physical activity on nutritional status using the Chi-Square Test and P value of 0.002 was obtained with an OR value of 3.71 (CI 1.63-8.48). This means that having poor physical activity risks an abnormal nutritional status of 3.71 times compared to having good physical activity. It was concluded that physical activity factors influence the nutritional status of students in SMA Negeri 2 Palangka Raya.

Keywords: Physical Activity, Nutrition Status.

PENDAHULUAN

Masalah gizi pada remaja menjadi perhatian karena mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan tubuh dan berdampak pada masalah gizi dewasa (Pudjiadi, 2005). Anak akan mengalami perubahan fisik, psikologi dan pola identifikasi mejadi dewasa. Ini ditandai dengan pertumbuhan tubuh dan pematangan organ reproduksi.

Perubahan tersebut dapat menimbulkan masalah dan perilaku remaja, seperti perubahan perilaku makan baik mengarah keperilaku makanan yang sehat atau cenderung mengarah perilaku makan yang tidak sehat. Status gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Ini dipengaruhi beberapa faktor yaitu faktor lingkungan, faktor sosial ekonomi, faktor kognitif, faktor biologis, faktor gaya hidup, dan status kesehatan (Proverawati, 2010).

Keadaan sehat akan memungkinkan setiap orang hidup sejahtera, oleh karena itu, kesehatan harus diwujudkan untuk martabat manusia. Ini berdasarkan UU no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, yang dimaksud kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Almatsier, 2004). Tingkat kesehatan dipengaruhi beberapa faktor yaitu bebas dari penyakit atau cacat, keadaan sosial ekonomi yang baik, keadaan lingkungan yang baik, dan status gizi juga baik (Arisman, 2009).

Status gizi yang baik tidak mudah terkena penyakit dan salah satu faktor penting dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Tetapi di masyarakat masih ditemukan penyakit karena kekurangan gizi. Masalah gizi merupakan refleksi konsumsi zat gizi yang belum mencukupi kebutuhan tubuh (Proverawati, 2010). Asupan gizi yang kurang dapat menyebabkan kekurangan gizi. Status gizi merupakan gambaran individu sebagai akibat dari asupan gizi sehari-hari dan dapat diketahui melalui pengukuran beberapa parameter, lalu dibandingkan dengan standar atau rujukan. Dengan diketahui status gizi, dapat dilakukan upaya untuk memperbaiki tingkat kesehatan pada masyarakat (Kuriman, 2011).

Aktivitas fisik merupakan pergerakan tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga (pembakaran kalori), yang meliputi aktivitas fisik sehari-hari- dan olahraga, sedangkan menurut WHO (2010) merupakan kegiatan yang paling sedikit 10 menit tanpa henti.

Dampak negatif rendahnya aktivitas fisik yaitu meningkatkan risiko penyakit kronis, gangguan metabolik, penurunan kesehatan mental,

performa fisik dan gangguan kekuatan tulang dan otot (Adityawarman, 2007).

Sudah banyak memberlakukan 5 hari sekolah di Kota Palangka Raya, seperti pada SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya. Sekolah ini merupakan salah satu sekolah terfavorit di Kota Palangka Raya. Tiap angkatan terdapat 13 kelas dengan rata-rata jumlah murid 40 siswa. Dengan padatnya kegiatan belajar, peneliti berminat untuk meneliti status gizi siswa pada SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya dengan judul “Faktor Aktivitas Fisik terhadap Status Gizi Siswa di SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya”.

METODE

Penelitian ini dengan pendekatan *cross sectional study*. Penelitian dilakukan di SMA Negeri 2 Palangka Raya. Pengambilan data pada bulan Juli 2018. Populasi penelitian adalah siswa kelas XI SMA Negeri 2 Palangka Raya sebanyak 520 siswa, dan besar sampel penelitian adalah 112 responden dengan sistem *random sampling*.

Teknik pengumpulan data dengan melakukan pengukuran antropometri, yaitu tinggi badan dan berat badan lalu dikonversi di tabel Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak (Kemenkes RI, 2011). Dan untuk aktivitas fisik menggunakan kuesioner. Kemudian dianalisis secara univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui secara deskriptif terhadap responden dan analisis bivariat dilakukan menganalisis hubungan antar dua variabel (Notoatmodjo, 2010 dan Sugiyono, 2007), yaitu faktor aktivitas fisik dan status gizi siswa.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Analisis Univariat

Analisis dilakukan untuk mendistribusikan berdasarkan variabel penelitian, yang bertujuan untuk mengetahui sebaran frekuensi responden pada tabel 1.

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa untuk paling banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 60 responden (53,57%). Pekerjaan orang tua responden paling banyak adalah

PNS sebanyak 35 responden (31,25%). Berdasarkan jarak rumah ke sekolah, paling banyak sekitar 3–5 km sebanyak 43 responden (38,39%). Untuk aktivitas fisik paling banyak beraktivitas sedang sebanyak 75 responden (66,96%) dan paling banyak berstatus gizi normal sebanyak 66 responden (58,93%).

Tabel 1. Distribusi Identitas Responden

| Variabel | Frekuensi | Persen (%) |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 52 | 46,43 |
| Perempuan | 60 | 53,57 |
| Pekerjaan Orang Tua | | |
| PNS | 35 | 31,25 |
| Pedagang | 33 | 29,46 |
| Karyawan Swasta | 8 | 7,14 |
| Buruh | 9 | 8,04 |
| Petani | 14 | 12,50 |
| Lain-lain | 13 | 11,61 |
| Jarak Rumah ke Sekolah | | |
| < 1 Km | 10 | 8,93 |
| 1 - 3 Km | 22 | 19,64 |
| 3 - 5 Km | 43 | 38,39 |
| > 5 Km | 37 | 33,04 |
| Aktivitas Fisik | | |
| Ringan | 22 | 19,64 |
| Sedang | 75 | 66,96 |
| Berat | 15 | 13,39 |
| Status Gizi | | |
| Sangat Kurus | 5 | 4,46 |
| Kurus | 16 | 14,29 |
| Normal | 66 | 58,93 |
| Gemuk | 17 | 15,18 |
| Obesitas | 8 | 7,14 |

Sumber: Data Primer, 2018

Analisis Bivariat

Tabel 2. Distribusi Faktor Aktivitas Fisik terhadap Status Gizi Siswa di SMA Negeri 2 Palangka Raya

| Variabel | Status Gizi | | Total |
|------------------------|-------------|------------------|-----------|
| | Normal (%) | Tidak Normal (%) | |
| Aktivitas Fisik | | | |
| Baik (%) | 52 (69,33) | 23 (30,67) | 75 (100) |
| Kurang Baik (%) | 14 (37,84) | 23 (62,16) | 37 (100) |
| Total | 66 (58,93) | 46 (41,07) | 112 (100) |

Sumber: Data Primer, 2018

Analisis dilakukan untuk mengetahui hubungan antar dua variabel, yaitu aktivitas fisik dan status gizi siswa. Untuk kategori aktivitas fisik menjadi baik dan kurang baik, sedangkan kategori status gizi menjadi normal dan tidak normal, ini yang dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 3. Analisis Faktor Aktivitas Fisik terhadap Status Gizi Siswa di SMA Negeri 2 Palangka Raya

| Analisis | OR | P value | α | Conf. Interval |
|---|------|---------|----------|----------------|
| Faktor Aktivitas Fisik terhadap Status Gizi Siswa | 3,71 | 0.002 | 0,05 | 1,63 – 8,48 |

Berdasarkan tabel 3, hasil analisis *regresi logistic* menunjukkan nilai *Pvalue* 0,002 yang berarti bahwa faktor aktivitas fisik mempengaruhi status gizi remaja di SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya. Untuk nilai OR (*odds ratio*) diperoleh 3,71 dengan CI 1,63 – 8,48. Ini bermakna bahwa dengan memiliki aktivitas fisik yang kurang baik berisiko 3,71 kali mengalami status gizi yang tidak normal dibandingkan memiliki aktivitas fisik yang baik.

Pembahasan

Usia remaja jika telah mencapai usia 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki. Pada usia ini terjadi perubahan fisik yang sangat cepat yang akan mempengaruhi status kesehatan dan gizi anak. Anak perempuan pertumbuhannya lebih cepat daripada anak laki-laki (Sulistyoningsih, 2012). Usia remaja mengalami masa pertumbuhan sehingga kebutuhan gizi remaja relatif besar. Di usia tersebut, aktivitas fisik lebih tinggi dibandingkan dengan usia lainnya, sehingga diperlukan asupan gizi yang lebih banyak (Marni, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian secara deskriptif dengan responden sebanyak 112 siswa SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya diperoleh paling banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 60 responden (53,57%). Pekerjaan orang tua responden paling banyak adalah PNS sebanyak 35 responden (31,25%). Berdasarkan jarak rumah ke sekolah, paling banyak sekitar 3–5 km sebanyak 43 responden (38,39%). Untuk aktivitas fisik paling banyak beraktivitas sedang sebanyak 75 responden (66,96%) dan paling banyak berstatus gizi normal sebanyak 66 responden (58,93%).

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat pada variabel faktor aktivitas fisik terhadap status gizi siswa di SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya diperoleh hasil analisis *regresi logistic* menunjukkan nilai *Pvalue* 0,002 yang berarti bahwa faktor aktivitas fisik mempengaruhi

status gizi remaja di SMA Negeri 2 Kota Palangka Raya. Untuk nilai OR (*odds ratio*) diperoleh 3,71 dengan CI 1,63 – 8,48. Ini bermakna bahwa dengan memiliki aktivitas fisik yang kurang baik berisiko 3,71 kali mengalami status gizi yang tidak normal dibandingkan memiliki aktivitas fisik yang baik.

Hasil penelitian ini relevan dengan Anggraini (2014) dengan judul hubungan tingkat aktivitas fisik terhadap status gizi pada anak usia prasekolah menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan status gizi anak. Penelitian ini terdapat perbedaan yang bermakna antara waktu tidur, sedentary dan kegiatan aktif terhadap anak dengan status gizi normal dan anak dengan status gizi berlebih.

Afrilia dan Festilia (2018) juga menyimpulkan bahwa ada hubungan antara aktivitas fisik dengan status gizi siswa dengan nilai Pvalue 0,021. Aktivitas fisik cukup dapat mencegah obesitas pada siswa.

SIMPULAN

Kesimpulan penelitian ini adalah faktor aktivitas fisik mempengaruhi status gizi siswa, dengan memiliki aktivitas fisik yang kurang baik berisiko mengalami status gizi yang tidak baik normal sebesar 3,71 kali dibanding yang memiliki aktivitas fisik yang baik.

REFERENSI

1. Adityawarman. 2007. *Hubungan Aktivitas Fisik dengan Komposisi Tubuh pada Remaja*. Semarang: Universitas Diponegoro.
2. Afrilia, Dwi Ayu dan Festilia, Shelly. 2018. *Hubungan Pola Makan dan Aktivitas Fisik Terhadap Status Gizi di Siswa SMP Al-Azhar Pontianak*. Pontianak Nutrition Journal (PNJ), Vol 01 No. 01 Tahun 2018.
3. Almtsier, S. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
4. Anggraini, Lonia dan Mexitalia, Maria. 2014. *Hubungan tingkat Aktivitas Fisik Terhadap Status Gizi pada Anak Usia Prasekolah*. Jurnal Kedokteran Diponegoro: <http://www.neliti.com/publications/115667/hubungan-tingkat-aktivitas-fisik-terhadap-status-gizi-pada-anak-usia-prasekolah>, diakses pada tanggal 12 Desember 2018.

5. Arisman. 2009. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
6. Kemenkes RI, 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak: Direktorat Bina Gizi, Jakarta.
7. Kuriman, E. (2011). *Pertumbuhan dan Perkembangan Jumlah Remaja*. Bandung: STIKES Rajawali.
8. Marni. 2013. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
9. Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
10. Proverawati, A. (2010). *Obesitas dan Gangguan Perilaku Makan Remaja*. Yogyakarta: Nuha Medika.
11. Proverawati, A. (2010). *Permasalahan dan Perubahan Perilaku di Kehidupan Remaja*. Yogyakarta: Nuha Medika.
12. Pudjiadi, S. (2005). *Masalah Gizi dan Remaja*. Jakarta: FKM UI.
13. Sulistyoningih, H. 2012. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Graha Ilmu.
14. Sugiyono. 2007. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta.
15. WHO. 2010. The World Health Report 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>, diakses pada tanggal 18 Desember 2018.

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PADA PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KECAMATAN PRAGAAN DAN LENTENG KABUPATEN SUMENEP MADURA

*Ahmad Fahri¹⁾, Toha Muhaimin²⁾, Syamsul Anwar³⁾

¹⁾ AKPER Berkala Widya Husada Cibubur

²⁾ Fakultas kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta

³⁾ Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

Correspondence author: ahmadfahri238@gmail.com, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.152>

ABSTRAK

Kusta merupakan suatu penyakit yang bisa memberikan penularan, hal ini juga bisa menahun karena disebabkan oleh suatu kuman yaitu Mycobacterium Leprae yang bisa menyerang saraf tepi dan selanjutnya bisa menyerang kulit, serta mukosa mulut, saluran pernafasan atas, system retikuloen dotelia, mata otot, tulang, testis dan organ lain kecuali pada sebuah system saraf pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Sumenep ditahun 2019. Desain penelitian *cross-sectional*. Populasi penelitian 193 dan sampel 93 responden. Hasil penelitian menunjukkan hasil bivariat variabel yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada penderita kusta diantaranya lama sakit dengan nilai $p\text{-value } 0.009 < \alpha (0.05)$, keyakinan nilai $p\text{-value}=0,013 < \alpha (0.05)$, pengetahuan dengan nilai $p\text{-value } =0,031 < \alpha (0.05)$. Saran perlu adanya perhatian dari pemerintah khususnya Dinas Kesehatan Kota Semenep Madura untuk penyebar luasan informasi yang benar kepada penderita, keluarganya dan masyarakat sekitarnya tentang faktor risiko, penanggulangan kusta dan pengobatan kusta. Bagi masyarakat dan keluarga penderita sebaiknya mengetahui faktor risiko reaksi kusta, agar dapat membantu penderita dalam mengenal secara dini terjadinya gejala kusta sehingga cepat memperoleh penanganan dan memberikan dukungan kepada penderita kusta, serta tidak mengucilkan penderita kusta.

Kata kunci : Kepatuhan, Penderita Kusta, Puskesmas Wilayah Sumenep.

ABSTRACT

Leprosy is a disease that can provide transmission, it can also be chronic because it is caused by a germ namely Mycobacterium Leprae which can attack the peripheral nerves and subsequently can attack the skin, as well as the oral mucosa, upper respiratory tract, dothia reticuloen system, eye muscles, bones, testes and other organs except for a central nervous system (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2017). The purpose of this study is to know the factors related to adherence to leprosy patients in the working area of Sumenep District Health Center in 2019. Cross-sectional research design. The study population is 193 and the sample is 93 respondents. The results showed bivariate results of variables related to medication adherence in leprosy patients including long illness with a $p\text{-value of } 0.009 < \alpha (0.05)$, confidence $p\text{-value } = 0.013 < \alpha (0.05)$, knowledge with $p\text{-value } = 0.031 < \alpha (0.05)$. Suggestions need attention from the government, especially the Health Office of the City of Semenep Madura for disseminating the correct information to sufferers, their families and the surrounding community about risk factors, leprosy prevention and leprosy treatment. For the community and family of sufferers, it is better to know the risk factors of leprosy reaction, so that they can help sufferers to recognize early on the symptoms of leprosy so that they quickly get treatment and provide support to lepers, and do not isolate lepers.

Keywords: Compliance, Leprosy Patients, Sumenep Region Health Center

PENDAHULUAN

Kusta merupakan suatu penyakit yang bisa memberikan penularan, hal ini juga bisa menahun karena disebabkan oleh suatu kuman yaitu Mycobacterium Leprae yang bisa menyerang saraf tepi dan selanjutnya bisa menyerang kulit, serta mukosa mulut, saluran pernafasan atas, system retikulo endotelia, mata otot, tulang, testis dan organ lain kecuali pada sebuah sistem saraf pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Penyakit Kusta adalah sebuah penyakit yang sampai saat ini belum bisa dikendalikan sepenuhnya, karena sebuah masalah yg ditimbulkan sangat banya dan saling mempengaruhi satu sama lain. Kusta tidak hanya berdampak pada individu, tapi juga memberikan dampak pada kehidupan baik sosial, ekonomi, serta keamanan dan juga terhadap budaya yang ada dimasyarakat (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Profil Kesehatan Republik Indonesia menyampaikan bahwa jumlah kasus kusta sudah mencapai status eliminasi kusta pada tahun 2000, yaitu angka prevalensi kurang dari 10/100.000 penduduk. Kusta sukar di turunkan angka kejadiannya karena relatif lambat. Pada tahun 2016 angka prevalensi kusta 7,1/100.000 penduduk. Kasus baru tahun 2016 angka insiden 6,5/100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2017).

Kusta di Jawa Timur pada tahun 2015 diketahui sebesar 3,835 kasus, yang terdiri dari penderita kusta dewasa sejumlah 3.506, sedangkan pada penderita kusta lainnya seperti anak ditemukan sejumlah 329. Distribusi kasus kusta di Jawa Timur yang berdasarkan tipe yaitu sebesar 498 kasus penderita tipe Pausi Baciler dan 3,337 kasus penderita tipe Multi Baciler (Dinkes Jatim, 2015).

Di Jawa Timur salah satu Kabupaten adalah Sumenep laporan hasil dari Dinas Kesehatan Sumenep, angka prevalensi kusta pada tahun 2016 bahwasanya ditemukan sebesar 4,36/100.000 penduduk, dimana artinya masih diatas target 1/100.000 penduduk. Penemuan kasus baru pada penderita kusta di Sumenep masih dikategorikan sangat jauh karena masih menjadikan penyumbang pertama di Kabupaten Sumenep (Dinkes Sumenep, 2016).

METODE

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross-sectional* (potong lintang) dengan pendekatan kuantitatif. Desain penelitian *cross-sectional* adalah penelitian yang

dilakukan pada satu waktu dan satu kali untuk mencari hubungan antara variable independen (faktor resiko) dengan variable dependen (efek). Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari data Kementerian Kesehatan tahun 2015. variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kepatuhan pada penderita kusta, sedangkan variabel independennya adalah faktor-faktor kepatuhan pada penderita kusta (jenis kelamin, usia, pendidikan, tipe kusta, kepatuhan berobat, lama sakit, dan perawatan diri). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh penderita kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Sumenep. Penelitian ini digunakan metode *Simple Random Sampling* untuk memperoleh sampel penelitian. Sampel dalam penelitian ini sejumlah 93 responden. Penelitian ini dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Sumenep.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

A. Analissi Univariat

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Kusta Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| Variabel | Jumlah | Persentasi (%) |
|------------------------|-----------|----------------|
| Usia | | |
| Produktif | 22 | 23.7 |
| Tidak Produktif | 71 | 76.3 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 40 | 43.0 |
| Perempuan | 53 | 57.0 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Pendidikan | | |
| Rendah (SD-SMP) | 87 | 93.5 |
| Tinggi (SMA-PT) | 6 | 6.5 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Pekerjaan | | |
| Tidak bekerja | 43 | 46.2 |
| Bekerja | 50 | 53.8 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Pendapatan | | |
| >UMR | 16 | 17.2 |
| < UMR | 77 | 82.8 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Kepatuhan | | |
| Tidak Patuh | 58 | 62.4 |
| Patuh | 35 | 37.6 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Lama Sakit | | |
| Tidak lama (0-6 Bulan) | 53 | 57.0% |
| Lama (> 6 Bulan) | 40 | 43.0% |
| Total | 93 | 100.0 |

| Variabel | Jumlah | Persentasi (%) |
|--------------------------|-----------|----------------|
| Motivasi | | |
| Kurang | 67 | 72.0 |
| Baik | 26 | 28.0 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Keyakinan | | |
| Tidak Yakin | 51 | 54.8 |
| Yakin | 42 | 45.2 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Pengetahuan | | |
| Kurang | 65 | 69.9 |
| Baik | 28 | 30.1 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Dukungan Keluarga | | |
| Tidak Mendukung | 33 | 35.5 |
| Mendukung | 60 | 64.5 |
| Total | 93 | 100.0 |
| Peran Petugas | | |
| Kurang | 27 | 29.9 |
| Baik | 66 | 71.0 |
| Total | 93 | 100.0 |

B. Analisis Bivariat

Hubungan antara Faktor independen dengan Kepatuhan Minum Obat pada penderita Kusta.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Faktor Independen Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Kusta Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| Variabel Faktor Demografi | Kepatuhan | | | | | | P-value | OR 95% CI |
|---------------------------|-------------|------|-------|------|-------|-------|---------|------------------------|
| | Tidak Patuh | | Patuh | | Total | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Jenis Kelamin | | | | | | | | |
| Perempuan | 34 | 64.2 | 19 | 35.8 | 53 | 100.0 | 1.193 | 0.847(0.512-2.779) |
| Laki-laki | 24 | 60.0 | 16 | 40.0 | 40 | 100.0 | | |
| Usia | | | | | | | | |
| Produktif | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 | 22 | 100.0 | 1.074 | 1.000(0.398-2.896) |
| Tidak Produktif | 44 | 62.0 | 27 | 38.0 | 71 | 100.0 | | |
| Pendidikan | | | | | | | | |
| Tinggi (SMA-PT) | 4 | 66.7 | 2 | 33.3 | 6 | 100.0 | 1.222 | 1.000 (0.212-7.046) |
| Rendah (SD-SMP) | 54 | 62.1 | 33 | 37.9 | 87 | 100.0 | | |
| Pekerjaan | | | | | | | | |
| Bekerja | 31 | 62.0 | 19 | 38.0 | 50 | 100.0 | 1.000 | 1.034 (0.446-2.400) |
| Tidak Bekerja | 27 | 62.2 | 16 | 37.2 | 43 | 100.0 | | |
| Pendapatan | | | | | | | | |
| >UMR Rp. 1.800.000/Bulan | 12 | 75.0 | 4 | 25.0 | 16 | 100.0 | 2.022 | 0.388 (0.597-6.847) |
| <UMR Rp. 1.800.000/Bulan | 46 | 59.7 | 31 | 40.3 | 77 | 100.0 | | |
| Lama Sakit | | | | | | | | |
| lama (>6 bulan) | 31 | 77.5 | 9 | 22.5 | 40 | 100.0 | 3.317 | 0.016(1.326-8.298) |
| Tidak Lama (0-6 bulan) | 27 | 50.9 | 26 | 49.1 | 53 | 100.0 | | |

| Variabel Faktor Demografi | Kepatuhan | | | | | | P- value | OR 95% CI |
|------------------------------|-------------|------|-------|------|-------|-------|-------------|-------------------------|
| | Tidak Patuh | | Patuh | | Total | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Motivasi | | | | | | | | |
| Baik | 47 | | 32 | | 67 | 100.0 | 2.496 | 0.290 (0.645- 9.662) |
| Kurang | 11 | | 3 | | 26 | 100.0 | | |
| Keyakinan | | | | | | | | |
| Yakin | 32 | 76.2 | 10 | 23.8 | 42 | 100.0 | 3.077 | 0.222(1.254- 7.550) |
| Tidak Yakin | 26 | 51.0 | 25 | 49.0 | 51 | 100.0 | | |
| Dukungan Keluarga | | | | | | | | |
| Mendukung | 38 | 63.3 | 22 | 36.7 | 60 | 100.0 | 1.123 | 0.971 (0.469- 2.690) |
| Tidak Mendukung | 20 | 60.6 | 13 | 3.94 | 33 | 100.0 | | |
| Peran Petugas | | | | | | | | |
| Baik | 42 | 63.6 | 24 | 36.4 | 66 | 100.0 | 1.203 | 0.873(0.481- 3.010) |
| Kurang | 16 | 59.3 | 11 | 40.7 | 27 | 100.0 | | |
| Pengetahuan | | | | | | | | |
| Kurang | 45 | 69.2 | 20 | 30.8 | 65 | 100.0 | 0.064 | 2.596 (1.044- 6.453) |
| Baik | 13 | 46.4 | 15 | 53.6 | 28 | 100.0 | | |

C. Analisis Multivariat

Seleksi Bivariat

Masing-masing variable independen dilakukan analisis bivariate dengan variable dependen. Analisis bivariate menghasilkan P -value $< 0,25$ maka variable tersebut masuk sebagai variable kandidat multivariate, jika analisis bivariate menghasilkan $> 0,25$ maka variable tersebut dikeluarkan, namun secara substansi penting, maka variable tersebut dapat dimasukkan dalam model kandidat multivariat.

Tabel 3. Hasil Seleksi Multivariat Kepatuhan Minum Obat pada penderita Kusta berdasarkan factor Independen dengan kepatuhan di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| Variabel | Nilai P-Value | Kandidat |
|------------------|--------------------------|----------|
| Demografi | | |
| Jenis Kelamin | 0.683 ($>0,25$) | - |
| Usia | 0.888 ($>0,25$) | - |
| Pendidikan | 0.821 ($<0,25$) | √ |
| Pekerjaan | 0.937 ($>0,25$) | - |
| Pendapatan | 0.240 ($<0,25$) | √ |
| Lama sakit | 0.008 ($<0,25$) | √ |
| Motivasi | 0.564 ($>0,25$) | - |
| Keyakinan | 0.011 ($<0,25$) | √ |
| Pengetahuan | 0.039 ($>0,25$) | - |
| Dukungan Keluarg | 0.795 ($>0,25$) | - |
| Peran Petugas | 0.693 ($>0,25$) | - |

A. Pemodelan Multivariat

Variabel-variabel yang memenuhi syarat untuk dilakukan uji multivariat dapat dilihat pada tabel 4

1. Pemodelan pertama Multivariat Regresi Logistik Berganda

Tabel 4. Pemodelan Pertama Multivariat Kepatuhan Minum Obat Padapenderita Kusta Berdasarkan Factor Independen Dengan Kepatuhan Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| No | Variabel | p-value | OR | 95% CI |
|----|---------------|---------|--------|--------------|
| 1 | Pengetahuan | 0.078 | 2.927 | 0.888-9.642 |
| 2 | Motivasi | 0.000 | 16.028 | 4.728-54.340 |
| 3 | Lama sakit | 0.732 | 1.703 | 0.081-35.942 |
| 4 | Peran petugas | 0.094 | 2.908 | 0.834-10.140 |
| 5 | Keyakinan | 0.369 | 4.021 | 0.193-83.627 |

2. Pemodelan Kedua Multivariat regresi logistik berganda

Tabel 5. Pemodelan kedua Multivariat Kepatuhan Minum Obat padapenderita Kusta berdasarkan factor Independen dengan kepatuhan di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| No | Variabel | p-value | OR | 95% CI |
|----|---------------|---------|--------|--------------|
| 1 | Pengetahuan | 0.076 | 2.936 | 0.892-9.668 |
| 2 | Motivasi | 0.000 | 16.144 | 4.787-54.445 |
| 3 | Peran petugas | 0.100 | 2.823 | 0.821-9.713 |
| 4 | Keyakinan | 0.003 | 6.537 | 1.926-22.190 |

Tabel 6. Perubahan OR Sebelum Dan Sesudah Dikeluarkan Variabel Keyakinan

| Variabel | OR Sebelum | OR Sesudah | Perubahan OR |
|---------------|------------|------------|--------------|
| Pengetahuan | 2.927 | 2.936 | -0% |
| Motivasi | 16.028 | 16.144 | -0% |
| Peran petugas | 2.908 | 2.823 | 3% |
| Keyakinan | 4.021 | 6.537 | -38% |
| Lama sakit | 0.732 | - | - |

3. Pemodelan Ketiga Multivariat regresi logistic berganda

Tabel 7. Pemodelan Ketiga Multivariat Kepatuhan Minum Obat Padapenderita Kusta Berdasarkan Factor Independen Dengan Kepatuhan Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| No | Variabel | p-value | OR | 95% CI |
|----|-------------|---------|--------|--------------|
| 1 | Pengetahuan | 0.127 | 2.392 | 0.780-7.331 |
| 2 | Motivasi | 0.000 | 13.341 | 4.243-42.513 |
| 3 | Keyakinan | 0.318 | 4.599 | 0.230-91.986 |
| 4 | Lama sakit | 0.916 | 1.175 | 0.060-22.992 |

Tabel 8. Perubahan OR Sebelum Dan Sesudah Dikeluarkan Variabel Lama Sakit

| Variabel | OR Sebelum | OR Sesudah | Perubahan OR |
|---------------|------------|------------|--------------|
| Pengetahuan | 2.927 | 2.392 | -22% |
| Motivasi | 16.028 | 13.431 | 19% |
| Lama sakit | 0.732 | 1.175 | -37% |
| Keyakinan | 4.021 | 4.599 | -12% |
| Peran petugas | 2.908 | | |

4. Pemodelan Keempat Multivariat regresi logistik berganda

Tabel 9. Pemodelan Ketiga Multivariat Kepatuhan Minum Obat Padapenderita Kusta Berdasarkan Faktor Independen Dengan Kepatuhan Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| No | Variabel | p-value | OR | 95% CI |
|----|---------------|---------|--------|--------------|
| 1 | Pengetahuan | 0.083 | 2.850 | 0.871-9.331 |
| 2 | Motivasi | 0.000 | 14.566 | 4.455-47.630 |
| 3 | Peran petugas | 0.085 | 2.966 | 1.836-21.029 |
| 4 | Lama sakit | 0.003 | 6.214 | 0.859-10.239 |

Tabel 10. Perubahan Or Sebelum Dan Sesudah Dikeluarkan Variabel Lama Sakit

| Variabel | OR Sebelum | OR Sesudah | Perubahan OR |
|---------------|------------|------------|--------------|
| Pengetahuan | 2.927 | 2.850 | -2% |
| Motivasi | 16.028 | 14.566 | 10% |
| Lama sakit | 0.732 | 6.214 | -88% |
| Peran petugas | 2.908 | 2.966 | -1% |
| Keyakinan | 4.021 | - | - |

Tabel 11. Pemodelan Kelima Multivariat Kepatuhan Minum Obat Padapenderita Kusta Berdasarkan Faktor Independen Dengan Kepatuhan Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| No | Variabel | p-value | OR | 95% CI |
|----|---------------|---------|--------|---------------|
| 1 | Lama sakit | 0.706 | 1.761 | 0.093-33.384 |
| 2 | Motivasi | 0.000 | 16.622 | 5.012-55.129 |
| 3 | Keyakinan | 0.411 | 3.405 | 0.183-63..380 |
| 4 | Peran petugas | 0.156 | 2.349 | 0.722-7.639 |

Tabel 12. Pemodelan Terakhir Multivariat Kepatuhan Minum Obat Padapenderita Kusta Berdasarkan Faktor Independen Dengan Kepatuhan Di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019

| No | Variabel | p-value | OR | 95% CI |
|----|---------------|---------|--------|--------------|
| 1 | Pengetahuan | 0.079 | 2.927 | 0.888-9.642 |
| 2 | Motivasi | 0.000 | 16,028 | 4.728-54.340 |
| 3 | Lama sakit | 0.732 | 1.703 | 0.081-35-942 |
| 4 | Peran petugas | 0.094 | 2.908 | 0.834-10.140 |
| 5 | Keyakinan | 0.369 | 4.021 | 0.193-83.627 |

Tabel 13. Uji Interaksi

| No | Variabel | Sig | OR/Exp(B) |
|----|---------------------------|-------|-----------|
| 1 | Lama Sakit | 0.999 | 1.640E26 |
| 2 | Keyakinan | 0.999 | 0.000 |
| 4 | Pengetahuan | 0.894 | 0.820 |
| 5 | Keyakinan by pengetahuan | 0.999 | 1.392E18 |
| 6 | Lama sakit by pengetahuan | 0.999 | 0.000 |

Pembahasan

Determinan Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada penderita kusta di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019. Faktor Motivasi dengan Kepatuhan Minum Obat pada penderita Kusta di Wilayah Puskesmas Kabupaten Sumenep Madura Tahun 2019 :Hasil Penelitian berdasarkan analisis multivariat didapatkan variabel motivasi memiliki p-value $0.000 < 0,05$ dengan OR (16.028) yang artinya responden yang memiliki motivasi baik memiliki peluang untuk patuh minum obat sebesar (16.028). Manusia dalam bertindak atau berbuat selain terikat oleh faktor- faktor yang datang dari luar, juga ditentukan oleh faktor-faktor yang terdapat dalam diri yang bersangkutan. dorongan yang datang dari dalam untuk berbuat disebut dengan motif. Motif berasal dari bahasa latin *movere* yang berarti bergerak atau *to move*.

Karena itu motif diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri yang mendorong untuk berbuat atau merupakan *driving force*. (Handoko Martin,1992).

Di kalangan para ahli muncul berbagai pendapat tentang motivasi. Meskipun demikian, ada juga semacam kesamaan pendapat yang dapat ditarik mengenai pengertian motivasi, yaitu : dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Yang dapat di amati adalah kegiatan atau mungkin alasan-alasan tindakan tersebut. (Notoatmodjo,2003).

Penelitian Paul, Dkk (2013) bahwasannya motivasi responden dengan kategori patuh sejumlah 30 (71,4%), sedangkan motivasi responden yang tidak patuh sebanyak 12 (28,6%), menggunakan Uji Chi Square, menunjukkan nilai $p=0,04$ ($p<0,05$). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Dyahwinam (2011) dengan penelitian yang dilakukan di puskesmas Jawa Tengah menyatakan bahwa sebanyak 60% responden yang memiliki motivasi baik, dan 40% responden yang memiliki motivasi yang kurang. secara umum motivasi yang di terima oleh penderita kusta di Jawa Tengah sudah baik.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil bivariate variable yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada penderita kusta diantaranya lama sakit dengan nilai $p\text{-value } 0,009 < \alpha$ (0.05), keyakinan nilai $p\text{-value}=0,013 < \alpha$ (0.05), pengetahuan dengan nilai $p\text{-value } =0,031 < \alpha$ (0.05) Keyakinan diri (Self Efficacy) penderita kusta dalam upaya mencari kesembuhan di Wilayah Kecamatan Pragaan dan lenteng Kabupaten Sumenep Madura yaitu dengan berobat ke dukun dan ke puskesmas, ada juga sebagian pasien yang menggunakan obat tradisional dalam proses penyembuhan, disamping itu dukungan dari keluarga juga sangat menentukan keinginan penderita untuk berobat.

REFERENSI

1. B Koziar, (2010).*Buku Ajar Fundamental Konsep, Proses dan Praktik* Jakarta: EGC
2. Feist, J. (2009).*Theories Of Personality 7th Edition*. USA : McGrawa-Hill
3. Directoral General Of Health Service, (2009). *Manual Leprosy*.Serial Online. <https://www.infecsiousandisease.dhh.louisiana.gov>. (diakses 22 mei 2018).

4. Dinas Kesehatan Jatim, (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Laporan Tahunan Kusta*. Dinkes Jatim. Surabaya
5. Dinas Kesehatan Sumenep, (2016). *Profil Kesehatan Dinkes Laporan Tahunan Kusta*. Dinkes Sumenep.
6. Hastono SP, (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
7. Kementrian Kesehatan, (2015). *Info Datin Kusta*, Jakarta : Pusat data dan Statistik. Kemenkes RI
8. Kementrian Kesehatan, (2014). *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta : Kemenkes RI
9. Notoatmodjo, S. (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
10. Rita, D.H, Dkk, (2015). Perawatan diri pada pasien Kusta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. Vol VII, No 1, page 2.
11. Smet, B, (1194). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka utama
12. Sarafino, Edward P, (2011). *Health Psychology : Biopychososial Interaction*. United States Of America : Jhon Wiley & Sons, Inc.
13. Susanto, N. (2006). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta di jogyakarta. *Thesis*. Yogyakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Gajah Mada.
14. Sabri, L., & Hastono, S.P. (2008). *Statisttik Kesehatan, (Edisi Revisi)*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
15. Susanto, PH, (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat : Universitas Indonesia.

GAMBARAN KARAKTERISTIK PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL

*Gabe Gusmi Aprilla

S2 Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Correspondence author: gabe.gusmi@gmail.com, Depok, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.183>

ABSTRAK

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan anggota rumah tangga mendatangi panti sehat/fasyankestrad/fasyankes 31,4% dan melakukan upaya sendiri 12,9%. Proporsi ramuan jadi 48%, ramuan buatan sendiri 31,8%, keterampilan manual 65,3%, keterampilan pikir 1,9% dan keterampilan energi 2,1%. Proporsi Pemanfaatan TOGA 24,6%. Adanya hasil ini, maka peneliti tertarik mendeskripsikan karakteristik masyarakat memanfaatkan yankestrad. Metode menggunakan data sekunder dan deskriptif serta mencari tinjauan Pustaka. Hasil Provinsi terbanyak memanfaatkan ramuan jadi Kalsel (58,4%), ramuan sendiri Sulbar (85,5%), keterampilan manual Kalsel (83,3%) dan memanfaatkan TOGA Sulut (55,6%). Karakteristik menggunakan ramuan jadi lansia (53,7%), perempuan (49,6%), tamat SD (52%), petani/buruh (43,5%) dan tinggal di perkotaan (51,7%). Ramuan buatan sendiri paling banyak lansia (42,9%), perempuan (33,9%), tidak/belum pernah sekolah (35,9%), petani/buruh (43,5%) dan tinggal di pedesaan. Keterampilan manual paling banyak usia <1 tahun (93,9%), balita (79,7%), dewasa (67,4%), laki-laki (68,4%), perguruan tinggi (69,2%), pegawai swasta (70,9%) dan tinggal di perkotaan (65,7%). Simpulan proporsi terbesar pemanfaatan yankestrad dan ramuan jadi berhubungan dengan status sosial ekonomi dan tinggal di kota. Sedangkan upaya sendiri dan membuat ramuan sendiri berhubungan dengan sosial ekonomi dan tempat tinggal di desa. Riskesdas 2018 belum meneliti alasan masyarakat memanfaatkan yankestrad berdasarkan jenis gangguan kesehatan, akses berobat dan kepuasan masyarakat berobat di fasyankestrad, sehingga perlu penelitian lebih lanjut.

Kata Kunci: Pelayanan Kesehatan Tradisional, Obat Tradisional, *Traditional Complementer Medicine*.

ABSTRACT

The results of the 2018 Riskesdas show that household members went to a healthy home / fasyankestrad / fasyankes 31.4% and made their own efforts 12.9%. The proportion of concoctions became 48%, homemade concoctions 31.8%, manual skills 65.3%, thought skills 1.9% and energy skills 2.1%. Proportion of TOGA Utilization is 24.6%. The existence of these results, the researchers are interested in describing the characteristics of the community utilizing the Yankestrad. The method uses secondary and descriptive data and looks for literature review. Most provincial results utilize South Kalimantan's concoction (58.4%), West Sulawesi's own herb (85.5%), South Kalimantan's manual skills (83.3%) and North Sulawesi's TOGA (55.6%). The characteristics of using ingredients are elderly (53.7%), women (49.6%), graduated from elementary school (52%), farmers / laborers (43.5%) and live in urban areas (51.7%). Homemade concoctions were mostly elderly (42.9%), women (33.9%), never / never attended school (35.9%), farmers / laborers (43.5%) and living in rural areas. Manual skills are at most ages <1 year (93.9%), toddlers (79.7%), adults (67.4%), boys (68.4%), colleges (69.2%), employees private sector (70.9%) and live in cities (65.7%). The biggest proportion of yankestrad utilization and ingredients is related to social economic status and living in the city. While their own efforts and making their own concoctions related to socioeconomic and rural residence. Riskesdas 2018 has not examined the reasons why people use Yankestrad based on the type of health problems, access to treatment and satisfaction of the community seeking treatment at Fasyankestrad, so that further research is needed.

Keywords: Traditional Health Services, Traditional Medicine, Traditional Complementary Medicine

PENDAHULUAN

Sebelum berkembangnya pengobatan modern, masyarakat di dunia menggunakan pengobatan tradisional sebagai upaya memelihara kesehatan dan menyembuhkan penyakitnya. Ada minat yang tumbuh dalam pengobatan tradisional komplementer dan alternatif baru-baru ini. Pengobatan tradisional komplementer dan alternatif sebagai praktik perawatan kesehatan dan medis yang saat ini tidak menjadi bagian integral dari pengobatan konvensional. Terapi yang terbukti aman dan efektif secara bertahap menjadi dimasukkan ke dalam praktik utama, sehingga daftar praktik terus berubah. Umumnya sebagian besar praktik pengobatan tradisional memiliki konsep vitalisme atau transfer energi (Irene,2020).

Menurut WHO pengobatan tradisional adalah gabungan dari pengetahuan, keterampilan, dan praktik yang didasarkan pada teori, kepercayaan, dan pengalaman yang berasal dari budaya yang berbeda, apakah dapat dijelaskan atau tidak, digunakan dalam pemeliharaan kesehatan serta dalam pencegahan, diagnosis, peningkatan atau pengobatan. penyakit fisik dan mental. Istilah “pengobatan komplementer” atau “pengobatan alternatif” mengacu pada serangkaian luas praktik perawatan kesehatan yang bukan bagian dari tradisi negara itu sendiri atau obat konvensional dan tidak sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem perawatan kesehatan yang dominan. Metode pengobatan komplementer digunakan secara bergantian dengan pengobatan tradisional di beberapa negara. Strategi WHO untuk membangun basis pengetahuan pengobatan tradisional komplementer (T&CM), memperkuat jaminan kualitas T&CM dan mengintegrasikan pelayanan T&CM ke dalam pelayanan kesehatan modern dituangkan ke dalam Strategi Pengobatan Tradisional 2014-2023.

Di Indonesia bukti nenek moyang menggunakan bahan alam sebagai obat tradisional dari adanya naskah lama pada daun lontar Husodo (Jawa), Usada (Bali), Lontarak pabbura (Sulawesi Selatan), dokumen Serat Primbon Jampi, Serat Racikan Boreh Wulang nDalem dan relief candi Borobudur yang menggambarkan orang sedang meracik obat (jamu) dengan tumbuhan sebagai bahan bakunya (Sari,2012). Apalagi Indonesia menempati peringkat kedua dunia setelah Brasil dalam hal keanekaragaman hayati. Indonesia memiliki sekitar 30 ribu hingga 50 ribu jenis tumbuhan. Namun, hanya sekitar 7.500 yang dapat digunakan untuk tanaman obat (Kemkes, 2017).

Masyarakat Indonesia telah lama menggunakan jamu sebagai obat herbal tradisional untuk menjaga kesehatan dan mengobati penyakit. Meskipun obat-obatan modern (konvensional) menjadi semakin penting di Indonesia, jamu masih sangat populer di daerah pedesaan maupun perkotaan. Jamu memiliki manfaat potensial, baik secara ekonomi maupun klinis (Elfahmi,2014).

Untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan tradisional berkualitas bagi masyarakat Pemerintah melakukan strategi dengan melaksanakan upaya kesehatan perorangan (akupunktur dan obat herbal) dan upaya kesehatan masyarakat melalui asuhan mandiri kesehatan tradisional pemanfaatan taman obat keluarga dan akupresur, melaksanakan kegiatan pengumpulan data kesehatan tradisional, fasilitasi registrasi/perizinan dan bimbingan teknis serta pemantauan pelayanan kesehatan tradisional. Juga melatih dokter, perawat, bidan dan fisioterapi Puskesmas yang terkait pelayanan kesehatan tradisional. Strategi ini dituangkan ke dalam Rencana Strategi Kementerian Kesehatan (Renstra, 2017). Dalam sistem kesehatan nasional pemanfaatan TOGA dan Akupresur termasuk upaya pemberdayaan bersumber daya masyarakat (UKBM). TOGA merupakan sekumpulan tanaman berkhasiat obat untuk kesehatan keluarga yang ditata menjadi sebuah taman dan memiliki nilai keindahan. Dikaitkan dengan peran masyarakat, TOGA merupakan wujud partisipasi masyarakat dalam bidang peningkatan kesehatan dan pengobatan sederhana dengan memanfaatkan TOGA. Fungsi utama dari TOGA adalah menghasilkan tanaman yang dapat dipergunakan antara lain untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan dan mengobati gejala (keluhan) dari beberapa penyakit yang ringan. Selain itu TOGA juga berfungsi ganda mengingat dapat digunakan untuk memperbaiki gizi masyarakat, upaya pelestarian alam dan memperindah pemandangan, menambah penghasilan keluarga dan memperindah taman dan pemandangan (Wiku, 2014). Sedangkan akupresur merupakan suatu prosedur melibatkan stimulasi titik-titik tertentu pada tubuh dengan tekanan (Sam, 2017) Sedangkan menurut Sukanta aku presur merupakan ilmu penyembuhan dengan menekan, memijat dan mengurut pada bagian tubuh tertentu dengan bantuan jari, tangan atau bagian tubuh lain atau benda tumpul untuk mengembalikan energi vital atau chi (Sukanta, 2001).

Saat ini Pemerintah mendorong masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional pemanfaatan TOGA dan Akupresur secara mandiri yang dikenal dengan istilah asuhan mandiri (asman). Dengan melakukan asuhan mandiri (asman) berarti kita telah berupaya

mengubah paradigma pengobatan kuratif menjadi promotif dan preventif yang bermanfaat untuk efisiensi dan efektifitas bagi keluarga dalam menjaga kesehatan diri sendiri dan keluarga, sehingga kunjungan ke Puskesmas merupakan kunjungan dalam rangka konsultasi kesehatan bukan untuk mengobati sakitnya.

Upaya pemanfaatan TOGA dan Akupresur secara mandiri diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2016 tentang Upaya Pengembangan Kesehatan Tradisional Melalui Asuhan Mandiri Pemanfaatan Taman Obat Keluarga dan Keterampilan.

Dengan diterbitkannya Permenkes No 9 Tahun 2016, maka program UKMB pemanfaatan TOGA dan Akupresur sebagai wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat dikelola dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dengan bimbingan dari Petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya. Upaya pengembangan pemanfaatan TOGA dan Akupresur diselenggarakan melalui pembentukan dan pengembangan kelompok asuhan mandiri, kegiatan kelompok asuhan mandiri secara berkesinambungan dan pembinaan secara berjenjang oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas dan dilakukan secara bersama antar lintas program kementerian dan lintas sektor kementerian terkait. Di tingkat kecamatan, kegiatan UKMB pemanfaatan TOGA dan Akupresur dilakukan oleh Kepala Puskesmas bersama fasilitator terlatih kepada pemangku kepentingan serta masyarakat di wilayah kerjanya. Tugas fasilitator Puskesmas Kecamatan pertama melakukan orientasi kepada kader tentang asuhan mandiri pemanfaatan TOGA dan Akupresur sebagai dasar pengetahuan dalam melaksanakan tugas untuk membina/melatih keluarga binaan yang akan menjadi kelompok asuhan mandiri, berkoordinasi dengan pihak terkait. Kedua memfasilitasi kader dalam pembentukan dan pengembangan kelompok asuhan mandiri pemanfaatan TOGA dan Akupresur, ketiga mendampingi kader bersama tim penggerak PKK, Pertanian dan lintas sektor lainnya dalam kegiatan asuhan mandiri pemanfaatan TOGA dan Akupresur di wilayah kerjanya. Keempat memantau secara periodik atas pelaksanaan kegiatan asuhan mandiri pemanfaatan TOGA dan Akupresur di wilayah kerjanya agar kegiatan dapat berlangsung dengan baik sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan terakhir menjemput catatan kader tentang pelaksanaan kegiatan kelompok asuhan mandiri setiap bulannya dan melaporkan ke Dinas Kesehatan setiap triwulan.

Dalam melakukan kegiatan asuhan mandiri mesti memenuhi persyaratan aman, sesuai norma, praktis dan masing-masing keluarga berpartisipasi aktif. Kegiatan di kelompok sesuai dengan kebutuhan kelompok, minimal satu bulan sekali, dipimpin oleh kader dan didampingi oleh fasilitator Puskesmas dan mitra. Setiap keluarga dalam kelompok mempelajari dan melaksanakan cara pengelolaan TOGA, mulai dari pemilihan benih, penanaman, pemeliharaan sampai pemanenan didampingi oleh sektor pertanian.

Setiap keluarga mempelajari dan menerapkan asuhan mandiri pemanfaatan TOGA dan Akupresur untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengatasi gangguan kesehatan ringan dalam lingkungan keluarga. Setiap keluarga berbagi pengetahuan dan keterampilan kepada keluarga lain dalam kelompok dan setiap anggota kelompok yang sudah dapat mandiri dapat mengajak 5-10 keluarga untuk bergabung dan membentuk kelompok baru. Pembinaan kelompok asuhan mandiri dilakukan oleh kader dengan didampingi oleh fasilitator Puskesmas dan mitra. Setiap bulan kader merekap catatan dari keluarga binaannya sebagai bahan evaluasi pelaksanaan asuhan mandiri di kelompoknya.

Menurut laporan riset kesehatan dasar tahun 2018 proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional tahun 2018 jumlah anggota rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu terakhir dengan bantuan mendatangi panti sehat/fasilitas pelayanan kesehatan tradisional/fasilitas pelayanan kesehatan atau mendatangkan penyehat tradisional/tenaga kesehatan tradisional/ terapi sebanyak 31,4%. Sedangkan anggota rumah tangga yang melakukan dengan upaya sendiri meliputi melakukan pijat atau akupresur tanpa bantuan penyehat tradisional/tenaga kesehatan/terapis, membuat ramuan tradisional, membeli jamu gendong, jamu godok, jamu dan obat tradisional lainnya atas inisiatif sendiri, serta memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA) sebanyak 12,9%. Proporsi jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan tahun 2018 dengan ramuan jadi 48%, ramuan buatan sendiri 31,8%, keterampilan manual 65,3%, keterampilan pikir 1,9% dan keterampilan energi 2,1%. Proporsi Pemanfaatan TOGA tahun 2018 sebanyak 24,6%.

Dengan adanya hasil Riskesdas tahun 2018 tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional, maka peneliti tertarik untuk mendeskripsikan karakteristik masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional.

METODE

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Peneliti menggunakan metode deskriptif dengan cara memilih salah satu hasil Riskesdas yang peneliti kuasai dan mencari tinjauan pustaka terdahulu terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional. Metode deskriptif digunakan untuk mengetahui gambaran karakteristik masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional dari hasil Riskesdas 2018.

Pengumpulan data Riskesdas tahun 2018 dilakukan melalui wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan. Wawancara menggunakan 2 instrumen yaitu Instrumen Rumah Tangga dan Instrumen Individu. Riskesdas merupakan survei berskala nasional dengan desain potong lintang (cross-sectional) dan non-intervensi. Populasi adalah seluruh rumah tangga di Indonesia. Sampel Riskesdas 2018 menggunakan kerangka sampel Susenas 2018 yang dilaksanakan pada bulan Maret 2018. Individu yang menjadi sampel Riskesdas untuk diwawancarai adalah semua anggota rumah tangga (ART) dalam rumah tangga terpilih. Pemilihan indikator dalam Riskesdas 2018, dilakukan dengan mempertimbangkan Rencana Strategis (Renstra) Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional tahun 2015-2019. Indikator kesehatan utama yang diukur dalam Riskesdas 2018 antara lain Anggota Rumah Tangga (ART) yang pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dan TOGA dalam satu tahun terakhir, jenis yankestrad yang dimanfaatkan dalam satu tahun terakhir dan jenis tenaga kesehatan tradisional (nakestrad). Data yang dikumpulkan diproses dengan memasukkan data ke dalam aplikasi yang sudah ditentukan. Selanjutnya dilakukan penggabungan data dan cleaning data. Raw data yang sudah bersih, kemudian dianalisis menggunakan modifikasi data yaitu melakukan komposit beberapa variable. Komposit variabel menggunakan Principal Component Analysis (PCA) untuk menyederhanakan banyak variable menjadi satu dengan membuat skor variabel-variabel tersebut, skor variabel dibentuk berdasarkan kekuatan korelasi antara variable (Riskesdas, 2018).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil Riskesdas 2018 bertujuan untuk mengetahui pemanfaatan yankestrad yaitu Anggota Rumah Tangga (ART) yang pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam

satu tahun terakhir. ART pernah memanfaatkan yankestrad dengan mendatangi panti sehat/fasilitas yankestrad/fasilitas yankes atau mendatangkan penyehat tradisional/nakestrad/ terapi. Proporsi memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Tradisional masyarakat Indonesia 31,4%, tertinggi provinsi Kalimantan Selatan 54,1% dan terendah Sulawesi Barat 8,5%.

Tabel 1. Proporsi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional Menurut Provinsi, Riskesdas 2018

| No | Provinsi | Memanfaatkan Yankestrad (%) | 95%CI | Melakukan Upaya Sendiri (%) | 95%CI | n Tertimbang |
|----|---------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------------------|
| 1 | Aceh | 15,9 | 15,1 - 16,7 | 8,6 | 8,0 - 9,2 | 20.244 |
| 2 | Sumatera Utara | 35,2 | 34,0 - 36,4 | 9,6 | 8,9 - 10,3 | 55.351 |
| 3 | Sumatera Barat | 31,3 | 29,9 - 32,8 | 12,3 | 11,4 - 13,3 | 20.663 |
| 4 | Riau | 31,5 | 30,2 - 32,9 | 8,7 | 8,0 - 9,5 | 26.085 |
| 5 | Jambi | 24,2 | 22,4-26,1 | 10,5 | 9,3-11,8 | 13.692 |
| 6 | Sumatera Selatan | 29,5 | 27,8-31,2 | 9,9 | 8,9-10,9 | 32.126 |
| 7 | Bengkulu | 31,2 | 29,3-33,2 | 8,1 | 7,3-8,9 | 7.531 |
| 8 | Lampung | 42,7 | 41,3-44,1 | 9,6 | 8,8-10,5 | 32.148 |
| 9 | Kep.Bangka Belitung | 28,4 | 26,6 - 30,3 | 11,1 | 9,9 - 12,4 | 5.592 |
| 10 | Kepulauan Riau | 20,6 | 18,2 - 23,3 | 13,6 | 10,8 - 16,9 | 8.173 |
| 11 | DKI Jakarta | 39,2 | 37,3 - 41,2 | 11,0 | 9,7 - 12,4 | 40.210 |
| 12 | Jawa Barat | 23,3 | 22,5 - 24,2 | 9,2 | 8,8 - 9,7 | 186.809 |
| 13 | Jawa Tengah | 33,0 | 32,2 - 33,7 | 13,9 | 13,4 - 14,5 | 132.565 |
| 14 | DI Yogyakarta | 48,1 | 46,3 - 50,0 | 13,4 | 12,2 - 14,6 | 14.602 |
| 15 | Jawa Timur | 48,3 | 47,4 - 49,2 | 15,5 | 14,9 - 16,2 | 151.878 |
| 16 | Banten | 35,5 | 33,8 - 37,3 | 14,1 | 12,7 - 15,6 | 48.621 |
| 17 | Bali | 19,2 | 18,1 - 20,5 | 23,6 | 22,2 - 25,1 | 16.481 |
| 18 | Nusa Tenggara Barat | 31,5 | 29,9 - 33,2 | 13,1 | 12,0 - 14,3 | 19.247 |
| 19 | Nusa Tenggara Timur | 17,1 | 16,0 - 18,3 | 23,0 | 21,8 - 24,2 | 20.599 |
| 20 | Kalimantan Barat | 19,7 | 18,3 - 21,1 | 8,9 | 8,1 - 9,7 | 19.190 |
| 21 | Kalimantan Tengah | 28,1 | 26,1 - 30,1 | 12,3 | 11,1 - 13,6 | 10.189 |
| 22 | Kalimantan Selatan | 54,1 | 52,1 - 56,2 | 9,6 | 8,5 - 10,7 | 16.043 |
| 23 | Kalimantan Timur | 29,7 | 28,0 - 31,5 | 16,6 | 15,3 - 18,1 | 13.977 |
| 24 | Kalimantan Utara | 17,4 | 15,2 - 19,8 | 11,9 | 10,1 - 14,0 | 2.733 |
| 25 | Sulawesi Utara | 24,7 | 23,3 - 26,1 | 19,1 | 17,7 - 20,7 | 9.542 |
| 26 | Sulawesi Tengah | 22,0 | 20,4 - 23,7 | 23,9 | 22,7 - 25,3 | 11.548 |
| 27 | Sulawesi Selatan | 9,3 | 8,7 - 10,0 | 18,8 | 18,0 - 19,7 | 33.693 |
| 28 | Sulawesi Tenggara | 19,5 | 17,7 - 21,3 | 12,4 | 11,2 - 13,7 | 10.167 |
| 29 | Gorontalo | 37,8 | 34,7 - 40,9 | 11,4 | 9,8 - 13,3 | 4.547 |
| 30 | Sulawesi Barat | 8,5 | 7,2 - 9,9 | 20,5 | 18,4 - 22,7 | 5.195 |
| 31 | Maluku | 14,5 | 13,1 - 16,0 | 19,5 | 17,9 - 21,2 | 6.801 |
| 32 | Maluku Utara | 24,1 | 22,5 - 25,8 | 20,2 | 18,5 - 22,0 | 4.723 |
| 33 | Papua Barat | 15,1 | 13,3 - 17,0 | 18,1 | 16,3 - 20,1 | 3.588 |
| 34 | Papua | 9,5 | 8,4 - 10,6 | 18,3 | 16,4 - 20,4 | 12.736 |
| | INDONESIA | 31,4 | 31,1 - 31,6 | 12,9 | 12,7 - 13,2 | 1.017.290 |

ART melakukan upaya sendiri meliputi melakukan pijat atau akupresur tanpa bantuan penyehat tradisional/nakestrad/terapis, membuat ramuan tradisional, membeli jamu gendong, jamu godok, jamu dan obat tradisional lainnya atas inisiatif sendiri, serta memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA). Proporsi melakukan upaya Kesehatan Tradisional masyarakat Indonesia 12,9%, tertinggi provinsi Sulawesi Tengah 23,9% dan terendah Bengkulu 8,1%.

Tabel 2. Proporsi Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional Yang Dimanfaatkan Menurut Provinsi, Riskesdas 2018

| No | Provinsi | Ramuan Jadi % | Ramuan Buatan Sendiri % | Keterampilan Manual % | Keterampilan Olah Pikir % | Keterampilan Energi % | n Tertimbang |
|----|---------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| 1 | Aceh | 37,0 | 60,3 | 45,2 | 2,9 | 3,6 | 4.812 |
| 2 | Sumatera Utara | 48,9 | 28,4 | 72,8 | 2,0 | 2,0 | 24.033 |
| 3 | Sumatera Barat | 22,8 | 55,7 | 66,0 | 1,8 | 2,4 | 8.748 |
| 4 | Riau | 43,7 | 27,5 | 69,2 | 2,0 | 1,8 | 10.193 |
| 5 | Jambi | 50,5 | 45,2 | 59,2 | 1,4 | 2,8 | 4.613 |
| 6 | Sumatera Selatan | 34,6 | 24,4 | 79,9 | 1,7 | 1,8 | 12.257 |
| 7 | Bengkulu | 29,5 | 41,8 | 67,0 | 2,1 | 2,4 | 2.871 |
| 8 | Lampung | 48,2 | 37,0 | 72,7 | 1,6 | 1,4 | 16.320 |
| 9 | Kep.Bangka Belitung | 43,5 | 21,6 | 73,1 | 3,3 | 3,5 | 2.141 |
| 10 | Kepulauan Riau | 51,7 | 28,6 | 55,5 | 1,5 | 2,8 | 2.712 |
| 11 | DKI Jakarta | 59,6 | 18,7 | 68,6 | 2,0 | 2,3 | 19.587 |
| 12 | Jawa Barat | 51,9 | 28,1 | 59,3 | 2,0 | 2,4 | 58.997 |
| 13 | Jawa Tengah | 55,5 | 18,5 | 64,0 | 1,9 | 1,7 | 60.323 |
| 14 | DI Yogyakarta | 56,1 | 26,0 | 62,7 | 1,7 | 1,6 | 8.713 |
| 15 | Jawa Timur | 51,1 | 28,7 | 78,4 | 1,9 | 2,0 | 94.054 |
| 16 | Banten | 55,6 | 20,8 | 70,1 | 1,6 | 1,8 | 23.406 |
| 17 | Bali | 37,5 | 49,4 | 46,6 | 2,2 | 2,3 | 6.848 |
| 18 | Nusa Tenggara Barat | 33,9 | 36,5 | 57,5 | 1,5 | 3,3 | 8.328 |
| 19 | Nusa Tenggara Timur | 28,9 | 69,3 | 40,6 | 1,2 | 1,9 | 8.013 |
| 20 | Kalimantan Barat | 47,5 | 40,4 | 56,6 | 2,3 | 2,4 | 5.312 |
| 21 | Kalimantan Tengah | 54,7 | 30,4 | 69,4 | 2,0 | 1,9 | 3.988 |
| 22 | Kalimantan Selatan | 58,4 | 17,9 | 83,3 | 1,6 | 1,8 | 9.914 |
| 23 | Kalimantan Timur | 53,8 | 27,9 | 62,3 | 2,2 | 1,9 | 6.288 |
| 24 | Kalimantan Utara | 49,8 | 29,5 | 50,9 | 2,6 | 1,6 | 777 |
| 25 | Sulawesi Utara | 22,4 | 70,5 | 49,4 | 1,6 | 1,5 | 4.056 |
| 26 | Sulawesi Tengah | 25,5 | 60,8 | 50,5 | 1,9 | 1,7 | 5.149 |
| 27 | Sulawesi Selatan | 31,2 | 70,5 | 15,6 | 1,8 | 2,7 | 9.207 |
| 28 | Sulawesi Tenggara | 25,5 | 55,8 | 52,2 | 2,4 | 2,8 | 3.145 |
| 29 | Gorontalo | 25,8 | 42,6 | 76,5 | 2,3 | 2,4 | 2.172 |
| 30 | Sulawesi Barat | 21,9 | 85,5 | 9,3 | 1,6 | 1,5 | 1.458 |
| 31 | Maluku | 21,0 | 78,2 | 31,0 | 1,6 | 2,1 | 2.241 |
| 32 | Maluku Utara | 25,2 | 75,6 | 28,0 | 1,5 | 2,1 | 2.032 |
| 33 | Papua Barat | 24,9 | 70,8 | 25,3 | 1,1 | 0,8 | 1.154 |
| 34 | Papua | 18,9 | 81,7 | 17,2 | 1,7 | 3,0 | 3.432 |
| | INDONESIA | 48,0 | 31,8 | 65,3 | 1,9 | 2,1 | 437.291 |

Hasil penelitian Eriyana (2018) menyimpulkan bahwa penyebab pemahaman masyarakat tentang program asuhan mandiri TOGA dan ketrampilan akupresur pada Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi masih rendah adalah program masih baru sehingga masih banyak kekurangan seperti minimnya pelatihan kepada masyarakat dan minimnya jumlah kader, kurangnya antusias masyarakat dan kurangnya sosialisasi.

Tabel 2 merupakan hasil penelitian tentang jenis yankestrad yang dimanfaatkan dalam satu tahun terakhir meliputi:

- 1) Ramuan jadi, merupakan ramuan yang diperoleh dalam bentuk sediaan jadi, yang beredar di pasar dan terdaftar di Badan POM atau diberikan langsung oleh praktisi, digunakan sesuai aturan yang berlaku.
- 2) Ramuan buatan sendiri, merupakan ramuan yang dibuat secara mandiri berdasarkan pengalaman sendiri atau mengacu pada buku resmi atau informasi yang dapat dipercaya dengan bahan yang diperoleh dari taman obat keluarga atau membeli di pasar, baik dalam bentuk segar, kering atau bentuk simplisia (serbuk). Ramuan dapat digunakan untuk diminum atau pemakaian luar (misalnya balur atau oles)
- 3) Keterampilan manual (pijat, tusuk jarum), merupakan bagian dari pelayanan kesehatan tradisional yang dalam pelaksanaannya menggunakan keterampilan dengan ataupun tanpa alat bantu. (PP No. 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional) dan dapat dilakukan oleh Hattra ataupun nakestrad. Contoh: pijaturut dewasa/bayi, patahtulang, refleksi, akupuntur, chiropractic, kop/bekam, apiterapi, ceragem, akupresur dll.
- 4) Keterampilan olah pikir/hipnoterapi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan tradisional yang dalam pelaksanaannya menggunakan teknik keterampilan olah pikir. (PP No. 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional) dan dapat dilakukan oleh Hattra ataupun nakestrad. Contoh: hipnoterapi, meditasi.

Proporsi masyarakat Indonesia dalam memanfaatkan ramuan jadi 48%, ramuan buatan sendiri 31,8%, keterampilan manual 65,3%, keterampilan olah pikir 1,9% dan keterampilan energi 2,1%. Provinsi terbanyak memanfaatkan ramuan jadi Kalimantan Selatan 58,4%, sedangkan provinsi terbanyak membuat ramuan sendiri Sulawesi Barat 85,5%. Dalam hal memanfaatkan keterampilan manual terbanyak provinsi Kalimantan Selatan 83,3%, keterampilan olah Kepulauan Bangka Belitung 3,3% dan keterampilan energi Aceh 3,6%.

Tabel 3. Proporsi Pemanfaatan TOGA menurut Provinsi, Riskesdas 2018

| No | Provinsi | Pernah Memanfaatkan TOGA | | n Tertimbang |
|------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|----------------|
| | | % | 95% CI | |
| 1 | Aceh | 36,3 | 34,3-38,5 | 4.812 |
| 2 | Sumatera Utara | 22,2 | 20,9 - 23,5 | 24.033 |
| 3 | Sumatera Barat | 50,4 | 48,5-52,3 | 8.748 |
| 4 | Riau | 26,7 | 25,1 - 28,5 | 10.193 |
| 5 | Jambi | 39,4 | 36,3 - 42,5 | 4.613 |
| 6 | Sumatera Selatan | 24,1 | 22,1-26,3 | 12.257 |
| 7 | Bengkulu | 41,9 | 38,8-45,1 | 2.871 |
| 8 | Lampung | 31,6 | 29,7-33,16 | 16.320 |
| 9 | Kep.Bangka Belitung | 18,1 | 16,2-20,1 | 2.141 |
| 10 | Kepulauan Riau | 22,0 | 18,7-25,6 | 2.712 |
| 11 | DKI Jakarta | 9,1 | 8,1-10,3 | 19.587 |
| 12 | Jawa Barat | 20,3 | 19,3-21,3 | 58.997 |
| 13 | Jawa Tengah | 16,9 | 16,2-17,6 | 60.323 |
| 14 | DI Yogyakarta | 25,1 | 23,3-27,0 | 8.713 |
| 15 | Jawa Timur | 21,8 | 21,0-22,5 | 94.054 |
| 16 | Banten | 17,4 | 16,0-18,9 | 23.406 |
| 17 | Bali | 40,3 | 38,2 - 42,5 | 6.848 |
| 18 | Nusa Tenggara Barat | 19,6 | 17,8 - 21,6 | 8.328 |
| 19 | Nusa Tenggara Timur | 55,1 | 52,9 - 57,3 | 8.013 |
| 20 | Kalimantan Barat | 34,7 | 32,6 - 36,9 | 5.312 |
| 21 | Kalimantan Tengah | 26,7 | 24,7 - 28,9 | 3.988 |
| 22 | Kalimantan Selatan | 17,7 | 16,5-19,0 | 9.914 |
| 23 | Kalimantan Timur | 24,2 | 22,3-26,3 | 6.288 |
| 24 | Kalimantan Utara | 23,5 | 20,7 - 26,6 | 777 |
| 25 | Sulawesi Utara | 55,6 | 53,5-57,7 | 4.056 |
| 26 | Sulawesi Tengah | 44,7 | 42,4-47,1 | 5.149 |
| 27 | Sulawesi Selatan | 49,4 | 47,6-51,2 | 9.207 |
| 28 | Sulawesi Tenggara | 31,2 | 28,5 - 34,0 | 3.145 |
| 29 | Gorontalo | 38,1 | 35,5-40,7 | 2.172 |
| 30 | Sulawesi Barat | 54,4 | 50,2 - 58,5 | 1.458 |
| 31 | Maluku | 39,0 | 35,6 - 42,5 | 2.241 |
| 32 | Maluku Utara | 37,8 | 34,9 - 40,7 | 2.032 |
| 33 | Papua Barat | 28,7 | 25,3 - 32,4 | 1.154 |
| 34 | Papua | 44,1 | 40,1 - 48,3 | 3.432 |
| INDONESIA | | 24,6 | 24,2 - 24,9 | 437.291 |

Tabel 3 menjelaskan proporsi pemanfaatan TOGA yaitu ART pernah memanfaatkan TOGA milik keluarga atau lingkungan sekitar dalam 1 tahun terakhir pada ART yang pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu tahun terakhir. TOGA atau taman obat keluarga adalah sekumpulan tanaman berkhasiat obat untuk kesehatan keluarga. TOGA pada hakekatnya adalah sebidang tanah, baik di halaman rumah, kebun ataupun

ladang yang digunakan untuk membudidayakan tanaman yang berkhasiat sebagai obat, termasuk TOGA milik RT/RW atau tetangga. Tidak termasuk pemanfaatan TOGA jika mengambil tumbuhan liar di hutan atau di sembarang tempat.

Masyarakat Provinsi Sulawesi Utara paling memanfaatkan TOGA yaitu sebesar 55,6%. Menurut Kinho (2011) masyarakat tradisional di Sulawesi Utara yang bermukim di sekitar kawasan hutan telah banyak memanfaatkan sumberdaya hutan khususnya tumbuhan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya seperti keperluan pangan, bahan konstruksi rumah, dan lainnya begitu pula obat-obatan tradisional, kayu bakar dan sebagainya. Pengetahuan mengenai pengobatan secara tradisional, terutama yang bahan bakunya berasal dari alam telah dikenal sejak zaman purba di Tanah Minahasa. Pengetahuan ini biasanya diturunkan dari generasi ke generasi.

Tabel 4. Proporsi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional Menurut Karakteristik Riskesdas 2018

| No | Karakteristik | Memanfaatkan Yankestrad (%) | 95% CI | Melakukan Upaya Sendiri (%) | 95% CI | n Tertimbang |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|--------------|
| 1 | Umur (tahun) | | | | | |
| | < 1 | 8,0 | 5,8-10,7 | 2,8 | 1,8-4,6 | 1.368 |
| | 1-4 | 27,8 | 27,3-28,3 | 9,0 | 8,7-9,3 | 90.045 |
| | 5-14 | 22,4 | 22,1-22,8 | 9,8 | 9,6-10,1 | 182.338 |
| | 15-24 | 25,9 | 25,5-26,3 | 10,4 | 10,1-10,7 | 165.644 |
| | 25-34 | 33,7 | 33,2-34,2 | 12,8 | 12,5-13,2 | 159.708 |
| | 35-44 | 36,5 | 36,0-36,9 | 14,8 | 14,5-15,2 | 151.539 |
| | 45-54 | 38,4 | 37,9-38,9 | 16,6 | 16,2-16,9 | 124.652 |
| | 55-64 | 38,5 | 37,9-39,0 | 17,5 | 17,0-17,9 | 83.251 |
| 65-74 | 36,7 | 36,0-37,5 | 17,7 | 17,1-18,2 | 40.180 | |
| >75 | 34,0 | 33,0-35,0 | 17,2 | 16,4-17,9 | 18.565 | |
| 2 | Jenis Kelamin | | | | | |
| | Laki-laki | 30,9 | 30,6-31,2 | 12,1 | 510.714 | 510.714 |
| | Perempuan | 31,8 | 31,5-32,1 | 13,9 | 506.576 | 506.576 |
| 3 | Pendidikan | | | | | |
| | Tidak/belum pernah sekolah | 30,4 | 29,8-31,1 | 14,4 | 70.895 | 70.895 |
| | Tidak tamat SD/MI | 29,0 | 28,6-29,4 | 13,3 | 181.429 | 181.429 |
| | Tamat SD/MI | 31,7 | 31,2-32,1 | 14,5 | 215.967 | 215.967 |
| | Tamat SLTP/MTS | 31,9 | 31,5-32,4 | 12,7 | 160.320 | 160.320 |
| | Tamat SLTA/MA | 33,7 | 33,2-34,1 | 12,7 | 210.320 | 210.746 |
| Tamat D1/D2/D3/PT | 36,2 | 35,5-36,9 | 13,0 | 64.093 | 64.093 | |
| 4 | Pekerjaan | | | | | |
| | Tidak bekerja | 31,9 | 31,5-32,3 | 13,9 | 13,6-14,2 | 233.629 |
| | Sekolah | 22,4 | 22,0-22,8 | 10,1 | 9,8-10,4 | 126.626 |
| | PNS/TNI/Polri/BUMN/ BUMD Pegawai swasta | 37,1 | 36,1-38,1 | 14,2 | 13,6-14,9 | 21.931 |
| | Wiraswasta | 35,3 | 34,6-36,1 | 11,8 | 11,3-12,3 | 75.781 |
| | Petani/buruh tani | 38,4 | 37,8-39,0 | 13,3 | 12,9-13,7 | 105.489 |
| | Nelayan | 35,4 | 34,9-36,0 | 17,9 | 17,5-18,3 | 133.261 |
| | Nelayan | 33,8 | 31,4-36,4 | 14,6 | 13,3-16,0 | 5.556 |
| Buruh/sopir/pembantu ruta Lainnya | 34,8 | 34,1-35,5 | 13,7 | 13,2-14,3 | 75.590 | |
| | 33,2 | 32,4-34,0 | 14,9 | 14,4-15,5 | 40.644 | |
| 5 | Tempat Tinggal | | | | | |
| | Perkotaan | 32,1 | 31,7-32,6 | 11,6 | 11,4-11,9 | 556.419 |
| | Pedesaan | 30,4 | 30,1-30,8 | 14,5 | 14,2-14,8 | 460.871 |

Tabel 4. menunjukkan yang paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional umur 55-64 tahun (38,5%) dan 45-54 (38,4%), jenis kelamin perempuan (31,8%), pendidikan perguruan tinggi (36,2%), wiraswasta (38,4%) dan pegawai PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD (37,1%) dan masyarakat perkotaan (32,1%). Sedangkan yang paling banyak melakukan dengan upaya sendiri umur 65-74 tahun (17,7%) dan 55-64 tahun (17,5%), jenis kelamin perempuan (13,9%), Pendidikan tamat SD (14,5%) dan tidak tamat SD (14,4%), pekerjaan buruh/tani (17,9%) dan masyarakat pedesaan (14,5%).

Tabel 5. Proporsi Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional yang Dimanfaatkan menurut Karakteristik, Riskesdas 2018

| No | Karakteristik | Ramuan Jadi | Ramuan Buatan Sendiri | Keterampilan Manual | Keterampilan Olah Pikir | Keterampilan Energi | n Tertimbang |
|----|----------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|--------------|
| | | % | % | % | % | % | |
| | Umur (tahun) | | | | | | |
| | < 1 | 0,5 | 7,4 | 93,9 | 0,0 | 0,0 | 143 |
| | 1-4 | 22,6 | 19,3 | 79,7 | 1,3 | 1,5 | 32.126 |
| | 5-14 | 42,4 | 25,8 | 64,3 | 1,5 | 1,8 | 57.026 |
| | 15-24 | 47,4 | 27,5 | 65,7 | 2,1 | 2,1 | 58.355 |
| | 25-34 | 50,4 | 29,0 | 67,4 | 1,9 | 2,2 | 72.085 |
| 1 | 35-44 | 52,0 | 33,1 | 64,7 | 2,0 | 2,0 | 75.454 |
| | 45-54 | 52,7 | 37,8 | 64,0 | 2,0 | 2,3 | 66.489 |
| | 55-64 | 53,0 | 40,1 | 61,0 | 1,9 | 2,1 | 45.186 |
| | 65-74 | 53,6 | 42,9 | 57,6 | 2,0 | 2,2 | 21.206 |
| | >75 | 53,7 | 41,4 | 55,9 | 1,8 | 2,1 | 9.221 |
| | Jenis Kelamin | | | | | | |
| 2 | Laki-laki | 46,4 | 29,5 | 68,4 | 1,9 | 2,2 | 212.964 |
| | Perempuan | 49,6 | 33,9 | 62,4 | 1,8 | 1,9 | 224.327 |
| | Pendidikan | | | | | | |
| | Tidak/belum pernah sekolah | 51,3 | 35,9 | 60,4 | 1,8 | 2,1 | 31.033 |
| | | 49,7 | 34,3 | 62,1 | 1,8 | 1,9 | 74.960 |
| 3 | Tidak tamat SD/MI | 52,0 | 35,7 | 62,4 | 1,9 | 2,1 | 97.277 |
| | Tamat SD/MI | 51,0 | 31,2 | 65,0 | 1,9 | 2,1 | 69.829 |
| | Tamat SLTP/MTS | 49,9 | 30,0 | 66,3 | 2,1 | 2,2 | 95.456 |
| | Tamat SLTA/MA | 44,4 | 30,9 | 69,2 | 2,1 | 2,4 | 30.738 |
| | Tamat D1/D2/D3/PT | | | | | | |
| | Pekerjaan | | | | | | |
| 4 | Tidak bekerja | 35,6 | 35,6 | 60,3 | 2,0 | 2,1 | 105.004 |
| | Sekolah | 27,6 | 27,6 | 62,9 | 1,7 | 1,8 | 40.339 |
| | PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD | 35,3 | 35,3 | 67,6 | 2,6 | 2,6 | 11.048 |
| | Pegawai swasta | 29,4 | 29,4 | 68,7 | 2,0 | 2,3 | 53.513 |
| | Wiraswasta | 43,5 | 43,5 | 62,1 | 1,9 | 2,1 | 69.744 |
| | Petani/buruh tani | 39,7 | 39,7 | 62,4 | 1,9 | 2,2 | 2.641 |
| | Nelayan | 27,2 | 27,2 | 66,0 | 1,9 | 1,9 | 36.035 |
| | Buruh/sopir/ pembantu | 36,9 | 36,9 | 62,9 | 1,9 | 2,1 | 19.195 |
| | ruta | | | | | | |
| | Lainnya | | | | | | |
| | Tempat Tinggal | | | | | | |
| 5 | Perkotaan | 51,7 | 25,9 | 65,7 | 1,9 | 2,0 | 236.263 |
| | Pedesaan | 43,7 | 38,7 | 65,0 | 1,8 | 2,1 | 21.028 |

Tabel 5. menunjukkan bahwa yang paling banyak menggunakan ramuan jadi usia lansia terutama yang berusia >75 tahun (53,7%), perempuan (49,6%), berpendidikan tamat SD (52%), bekerja sebagai petani/buruh (43,5%) dan tinggal di perkotaan (51,7%). Untuk ramuan buatan sendiri yang paling banyak menggunakan juga usia lansia terutama usia 65-74 (42,9%), perempuan (33,9%), tidak/belum pernah sekolah (35,9%), bekerja sebagai petani/buruh (43,5%) dan tinggal di pedesaan. Untuk keterampilan manual (pijat, akupresur) paling banyak usia <1 tahun (93,9%), balita (79,7%), dewasa muda (67,4%), laki-laki (68,4%), berpendidikan perguruan tinggi (69,2%), bekerja sebagai pegawai swasta (70,9%) dan tinggal di perkotaan (65,7%). Untuk keterampilan olah pikir (hipnoterapi) paling banyak usia remaja dan dewasa muda (2,1%), laki-laki (1,9%), Pendidikan SMA dan perguruan tinggi (2,1%), bekerja sebagai pegawai pemerintah (2,6%) dan tinggal di perkotaan. Untuk keterampilan energi (tenaga dalam dan perana) paling banyak menggunakan usia 45-55 tahun (2,3%), laki-laki (2,2%), berpendidikan perguruan tinggi (2,4%), pegawai pemerintah (2,6%) dan tinggal di pedesaan. Untuk keterampilan olah pikir dan energi tidak termasuk upaya kesehatan pemberdayaan masyarakat, namun termasuk upaya kesehatan tradisional yang dipakai di lingkungan masyarakat.

Pembahasan

Hasil Riskesdas tahun 2018 merupakan gambaran karakteristik masyarakat Indonesia dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional. Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional sudah ada sejak jaman dahulu dan bahkan Pemerintah mendorong masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional. Dari hasil Riskesdas diperoleh informasi proporsi memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Tradisional masyarakat Indonesia 31,4%, tertinggi provinsi Kalimantan Selatan 54,1% dan dari hasil Riskesdas 2010 provinsi Kalimantan Selatan juga tertinggi menggunakan jamu (80,71%).

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan proporsi masyarakat Indonesia lebih banyak memanfaatkan ramuan jadi (48%) dibanding ramuan buatan sendiri (31,8%). Ramuan jadi dapat berupa ramuan segar yang dibuat oleh orang lain atau kemasan dari industri jamu. Hasil penelitian terdahulu masyarakat Desa Sukajadi mengkonsumsi jamu kemasan paling banyak jamu Galian Parem (56,2%), jamu bersalin Nyonya Meneer (18,8%). Umumnya (81,2%) ibu menyusui mulai mengkonsumsi jamu kemasan pada minggu pertama pasca melahirkan. Sebanyak 37,5% mengkonsumsi jamu kemasan selama 1- 13 hari dan 28-40 hari. Jamu kemasan dikonsumsi dengan cara diseduh dengan air panas (Dahlianti, 2005).

Dalam hal memanfaatkan keterampilan manual terbanyak provinsi Kalimantan Selatan 83,3%, keterampilan olah Kepulauan Bangka Belitung 3,3% dan keterampilan energi Aceh 3,6%. Hasil penelitian terdahulu masyarakat Kabupaten Hulu Sungai Utara di Kalimantan Selatan yang tinggal di daerah terpencil sangat kekurangan tenaga kesehatan yang terlatih, tidak adanya pilihan lain dalam melakukan persalinan selain yang dibantu oleh Dukun Beranak yang dipercaya mempunyai kemampuan khusus dalam membantu persalinan. Hasil Penelitian menunjukkan tindakan yang dilakukan dukun beranak pada saat setelah Persalinan suku Dayak Meratus salah satunya melakukan pengurutan pemulihan atau pengembalian rahim Ibu (Wulandatika, 2017).

Masyarakat Provinsi Sulawesi Utara paling memanfaatkan TOGA yaitu sebesar 55,6%. Menurut Kinho (2011) masyarakat tradisional di Sulawesi Utara yang bermukim di sekitar kawasan hutan telah banyak memanfaatkan sumberdaya hutan khususnya tumbuhan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya seperti keperluan pangan, bahan konstruksi rumah, dan lainnya begitu pula obat-obatan tradisional, kayu bakar dan sebagainya. Pengetahuan mengenai pengobatan secara tradisional, terutama yang bahan bakunya berasal dari alam telah dikenal sejak zaman purba di Tanah Minahasa. Pengetahuan ini biasanya diturunkan dari generasi ke generasi.

Untuk mendorong masyarakat melakukan upaya program memanfaatkan TOGA, Kementerian Kesehatan juga melakukan penyiapan Sumber Daya Manusia (SDM) pemanfaatan TOGA dan akupresur, penilaian pemanfaatan TOGA dan akupresur tingkat Nasional dan monitoring evaluasi pelayanan kesehatan tradisional di tingkat Provinsi. Sejak tahun 2017 Pusat melakukan *Training of Trainer (TOT)* Asuhan Mandiri bagi Dinas Kesehatan Provinsi. Provinsi melakukan penyiapan *Training of Trainer (TOT)* Asuhan Mandiri bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kabupaten/Kota melakukan penyiapan *Training of Fasilitator (TOF)* Asuhan Mandiri bagi petugas Puskesmas Kecamatan. Puskesmas Kecamatan melakukan penyiapan SDM kader asuhan mandiri. Selanjutnya kader bersama fasilitator Puskesmas kecamatan dan Puskesmas kelurahan wilayah kerjanya dan mitra lintas sektor lain membentuk kelompok asuhan mandiri dalam kurun waktu 3-6 bulan setelah orientasi kader asuhan mandiri. Kelompok asuhan mandiri yang terbentuk diharapkan dapat memanfaatkan TOGA dan akupresur serta mendorong anggota keluarga lain untuk memanfaatkan TOGA dan Akupresur. Sejak tahun 2017 juga dilakukan kegiatan penilaian pemanfaatan TOGA dan

akupresur tingkat Nasional, kegiatan penilaian ini merupakan strategi untuk meningkatkan perilaku masyarakat dalam memanfaatkan TOGA di halaman rumahnya masing-masing dan memanfaatkan akupresur secara mandiri untuk memelihara kesehatan tubuhnya masing-masing. Menurut Naibaho (2014) perlombaan desa berpengaruh positif dan signifikan terhadap prakarsa masyarakat dan peran serta masyarakat dalam membangun desa di Kecamatan Teluk Mengkudu. Dengan kata lain bila pelaksanaan perlombaan desa semakin ditingkatkan, maka prakarsa masyarakat dan peran serta masyarakat dalam membangun desa di Kecamatan Teluk Mengkudu juga akan semakin meningkat.

Perlombaan desa sebagai sarana untuk mendidik masyarakat ternyata dapat merangsang (memotivasi) masyarakat di Kecamatan Teluk Mengkudu untuk ikut berpartisipasi dalam membangun desanya.

Hasil penelitian Dwisatyadini (2017) permasalahan pemanfaatan TOGA di daerah perkotaan adalah kurangnya lahan, namun dapat terlaksana melalui penerapan program pemerintah (*Smart Government*) yang mensosialisasikan pemanfaatan lahan pekarangan sebagai media untuk budidaya tanaman obat, sehingga masyarakat diperkotaan dapat lebih merasakan manfaat dari tanaman obat (*Smart Living*). Terlihat pada keberhasilan sosialisasi pemerintah yang dilakukan oleh Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo dengan pergerakan PKK RT 011, RW 003 Kalisari, Pasar Rebo, Jakarta Timur, yang mana telah berhasil mensosialisasikan pemanfaatan tanaman obat keluarga (TOGA), sehingga masyarakat yang tinggal pada RT 011, RW 003, Kalisari, Pasar Rebo dapat memanfaatkan keunggulan tanaman obat untuk mengobati penyakit degeneratif dalam keluarganya.

Nurdiwaty (2017) juga menjelaskan bahwa Desa Burengan merupakan salah satu desa di Kecamatan Pesantren Kota Kediri yang berada di pusat kota Kediri. Umumnya masyarakat di wilayah tersebut tidak memiliki lahan pekarangan yang cukup luas, sehingga pemanfaatan dan pengelolaan lingkungan dapat dioptimalkan dengan penanaman TOGA dengan media polybag. Berdasarkan observasi di lapangan diketahui bahwa beberapa ibu rumah tangga telah menanam TOGA, namun demikian jumlah TOGA yang ditanam jumlahnya terbatas. Tanaman TOGA bisa ditanam meskipun dengan lahan yang sangat terbatas ternyata memberikan manfaat bagi ekonomi keluarga, baik sebagai obat yang bisa dijadikan alternatif maupun sebagai salah satu sumber penghasilan keluarga. Ibu-ibu mampu menambah pendapatan keluarga dengan menanam tanaman TOGA sehingga bisa meningkatkan ekonomi keluarga. Selain permasalahan lahan terbatas, pemberdayaan

masyarakat atau peran serta masyarakat dalam hal pendanaan juga terbatas. Hal ini sesuai penelitian Laksmiarti dkk (2013) yang menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran Kabupaten Kepulauan Aru digunakan untuk kegiatan tidak langsung yaitu 54,67% dan kegiatan langsung sebesar 45,33%. Hasil pemetaan pembiayaan juga menunjukkan bahwa program kesehatan masyarakat menyerap 11,25% dari total anggaran, 18,36% untuk program upaya kesehatan individual dan sisanya 70,39% untuk program penunjang. Hasil penelitian yang dilakukan Fadmawati (2017) menunjukkan jumlah sarana kesehatan tersebut tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap alokasi belanja desa bidang kesehatan dikarenakan sarana kesehatan hanya sekali bangun saja jadi untuk kedepannya sekedar pemeliharaan, sedangkan untuk biaya pemeliharannya kecil sehingga tidak berpengaruh dan pengalokasiannya tidak diprioritaskan terhadap jumlah sarana kesehatan yang ada di desa-desa Kabupaten Wonogiri. Sarana kesehatan merupakan salah satu sarana yang vital. Sarana kesehatan yang ada dalam desa seperti Upaya Kesehatan Bersumber Day

Masyarakat (UKBM) diantaranya Posyandu, Poskesdes, dan Polindes. Banyaknya jumlah sarana kesehatan di suatu wilayah secara tidak langsung menunjukkan tingkat kesehatan masyarakat. Untuk mencapai pembangunan yang berkualitas tentunya diperlukan sumber daya yang juga berkualitas, sehingga perlu diupayakan kegiatan dan strategi pemerataan kesehatan dengan mendayagunakan segenap potensi yang ada.

Menurut Yuliani (2016) untuk mendorong masyarakat memanfaatkan pekarangan halaman rumahnya dibutuhkan kader. Kader merupakan penghubung antara kelompok asuhan mandiri dengan petugas Puskesmas penanggungjawab pelayanan kesehatan tradisional. Permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan program pemberdayaan dan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan adalah tingginya *drop out* kader. Persentase kader aktif secara nasional adalah 69,2% sehingga angka *drop out* kader 30,8%. Kader *drop out* adalah mekanisme yang alamiah karena pekerjaan yang didasari sukarela tentu saja secara kesisteman tidak mempunyai ikatan yang kuat. Hubungan kerja berhubungan kuat dengan kinerja kader Posyandu, apabila terjadi kekompakan antara sesama kader dalam mengerjakan tugas-tugas dalam kegiatan Posyandu, terjalin hubungan baik pegawai Puskesmas dan aparat desa dengan seorang kader, serta dengan pembuatan catatan kegiatan Posyandu yang dilakukan secara rutin menyebabkan hubungan antara sesama kader semakin baik. Prosedur kerja dengan kinerja kader Posyandu di Kecamatan Bulu Kabupaten Polewali Mandar juga mempunyai hubungan signifikan. Hal ini disebabkan

prosedur kerja yang telah ditetapkan sudah diikuti oleh sebagian kader seperti pelaksanaan pelayanan Posyandu disesuaikan dengan prosedur pelayanan yaitu mulai dari tahap pendaftaran hingga tahap pelayanan, prosedur pelayanan Posyandu yang sesuai dengan tupoksi seorang kader, kader dalam memberikan pelayanan Posyandu tetap memperhatikan kondisi kesehatan ibu dan anak yang sesuai dengan prosedur kerja serta kader tetap menyesuaikan perkembangan kondisi kesehatan ibu dan anak ketika melaksanakan pelayanan Posyandu.

TOGA dan Akupresur sebenarnya bukanlah program yang baru, namun program pemanfaatan TOGA dan Akupresur perlu rutin disosialisasikan ke masyarakat sehingga masyarakat menyadari pemanfaatan TOGA dan Akupresur bagi kesehatan dirinya, keluarga dan lingkungan sekitarnya. Seperti hasil penelitian yang dilakukan Eriyana dkk (2018) penyebab pemahaman masyarakat tentang program asuhan mandiri Taman Obat Kelurga (TOGA) dan ketrampilan akupresur pada Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi masih rendah serta belum berjalan optimal kurangnya antusias masyarakat dan kurangnya sosialisasi.

Masyarakat yang paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional berumur 55-64 tahun (38,5%) dan 45-54 (38,4%), jenis kelamin perempuan (31,8%), berpendidikan perguruan tinggi (36,2%), bekerja sebagai wiraswasta (38,4%) dan pegawai PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD (37,1%) dan tinggal di perkotaan (32,1%). Penelitian terdahulu mengungkapkan responden yang memperoleh RM 1000 hingga RM 3000 per bulan lebih dari dua kali lipat kemungkinan melaporkan kepuasan yang tinggi dengan pengobatan T&CM dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki pendapatan atau dengan pendapatan yang kurang dari RM 1000. Layanan T&CM di Malaysia sebagian besar adalah industri yang digerakkan secara pribadi saat ini. Pasien dengan kemampuan membayar lebih sering memilih layanan yang ditawarkan di sektor kesehatan swasta yang berkembang pesat di Malaysia dibandingkan dengan sektor publik. Seringkali ketidakpuasan dengan layanan telah menyebabkan pasien mencari pendapat kedua karena harapan yang tidak terpenuhi (Jaspaul,2019).

Penelitian terdahulu tentang wanita yang menggunakan TM/CAM selama kehamilan sebelumnya sebanyak 46,5%. Mayoritas (67%) peserta penelitian adalah orang Arab. Populasi Arab menunjukkan peningkatan penggunaan TM/CAM selama kehamilan. Wanita dengan komplikasi pada kehamilan sebelumnya memiliki tingkat kejadian TM/

CAM yang secara signifikan lebih tinggi (65,8%) dibandingkan dengan kelompok lain (39,6%) (Nagmeh, 2019).

Sedangkan yang paling banyak melakukan dengan upaya sendiri berumur 65-74 tahun (17,7%) dan 55-64 tahun (17,5%), jenis kelamin perempuan (13,9%), berpendidikan tamat SD (14,5%) dan tidak tamat SD (14,4%), bekerja sebagai buruh/tani (17,9%) dan tinggal di pedesaan (14,5%). Menurut studi yang dilakukan Pengfid (2018) tingginya prevalensi penggunaan obat tradisional dan komplementer di Indonesia berhubungan dengan kesehatan seperti usia yang lebih tua, status sosial ekonomi, agama, religiusitas, tempat tinggal di kota, dan status kesehatan fisik dan mental yang buruk ditemukan terkait dengan penggunaan obat tradisional dan komplementer. Yang paling banyak menggunakan ramuan jadi usia lansia terutama yang berusia >75 tahun (53,7%), perempuan (49,6%), berpendidikan tamat SD (52%), bekerja sebagai petani/buruh (43,5%) dan tinggal di perkotaan (51,7%). Untuk ramuan buatan sendiri yang paling banyak menggunakan juga usia lansia terutama usia 65-74 (42,9%), perempuan (33,9%), tidak/belum pernah sekolah (35,9%), bekerja sebagai petani/buruh (43,5%) dan tinggal di pedesaan. Untuk keterampilan manual (pijat, akupresur) paling banyak usia <1 tahun (93,9%), balita (79,7%), dewasa muda (67,4%), laki-laki (68,4%), berpendidikan perguruan tinggi (69,2%), bekerja sebagai pegawai swasta (70,9%) dan tinggal di perkotaan (65,7%). Menurut penelitian terdahulu secara keseluruhan, 24,4% telah menggunakan praktisi tradisional dan/atau obat tradisional dalam empat minggu terakhir, dan 32,9% telah menggunakan obat komplementer dalam empat minggu terakhir. Dalam analisis regresi logistik yang disesuaikan, usia yang lebih tua, seorang Muslim, yang tinggal di daerah perkotaan atau di Jawa, tidak sehat, memiliki kondisi kronis, mengalami gejala depresi, mengalami gangguan tidur, dan memiliki dukungan sosial yang tinggi dikaitkan dengan kedua arus praktisi tradisional dan / atau penggunaan obat-obatan dan penggunaan obat komplementer. Sebagian besar populasi mengobati sendiri daripada mencari perawatan kesehatan biomedis atau memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional sebagai pelengkap pengobatan biomedis, yang sering dikaitkan dengan kurangnya kepatuhan terhadap obat resep biomedis.

Status sosial ekonomi yang lebih tinggi (tingkat pendidikan dan status ekonomi) lebih cenderung menggunakan obat komplementer daripada mereka yang memiliki status sosial ekonomi yang lebih rendah mungkin terkait dengan pendidikan tinggi yang mengarah pada

penggunaan obat komplementer yang lebih andal secara ilmiah dan kemampuan mereka dengan status ekonomi yang lebih tinggi untuk mampu menggunakan obat pelengkap. Penduduk perkotaan lebih mungkin menggunakan obat tradisional dan komplementer. Pemanfaatan tanaman obat di daerah perkotaan telah meningkat selama bertahun-tahun karena pelaksanaan program pemerintah untuk mempromosikan pemanfaatan lahan kebun sebagai media untuk budidaya tanaman obat di kota. Selain itu, penelitian ini menemukan bahwa di antara wilayah studi utama, Jawa memiliki prevalensi tertinggi penggunaan obat tradisional dan komplementer (Supa,2018).

Sedangkan studi yang dilakukan oleh Moraes Mello Boccolini (2020) prevalensi penggunaan pelayanan kesehatan tradisional alternatif komplementer di Brasil adalah 4,5%. Subjek dengan peluang lebih tinggi adalah wanita, berusia > 40 tahun, dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Menurut status sosial ekonomi, subjek dari kelas atas memiliki peluang lebih tinggi untuk menggunakan akupunktur dan homeopati bila dibandingkan dengan kelas lain, dan individu dari kelas bawah memiliki peluang lebih tinggi untuk menggunakan tanaman obat dan obat-obatan herbal. Hampir setengah dari semua individu yang melaporkan penggunaan pelayanan kesehatan tradisional alternatif komplementer melakukannya di luar sistem perawatan kesehatan.

Saat ini strategi Kementerian Kesehatan dalam mengembangkan pelayanan kesehatan tradisional melalui upaya kesehatan perorangan seperti pelayanan akupunktur dan obat herbal, sedangkan melalui upaya kesehatan masyarakat melalui pemanfaatan TOGA dan Akupresur. Ke depannya Pemerintah merencanakan adanya fasilitas pelayanan kesehatan tradisional komplementer dengan tujuan memberi pelayanan kesehatan tradisional komplementer seperti akupunktur, akupresur dan ramuan tradisional yang dilakukan oleh tenaga yang berpendidikan formal kesehatan tradisional. Tidak hanya negara Indonesia yang memasukkan pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem kesehatan nasional, negara Brazil sebagai negara yang memiliki tanaman obat tradisional dunia juga mengembangkan pelayanan kesehatan tradisional ke dalam sistem kesehatan nasionalnya. Seperti studi yang dilakukan oleh Moraes Mello Boccolini (2020) Kementerian Kesehatan Brazil juga telah memasukkan pengobatan tradisional alternatif komplementer seperti akupunktur, homeopati, tanaman obat dan obat-obatan herbal sebagai kebijakan kesehatan masyarakat sejak tahun 2006.

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia banyak yang

memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional baik yang tinggal di perkotaan dan pedesaan dan mulai dari bayi <1 tahun sampai usia lanjut. Namun yang belum diketahui adalah alasan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional berdasarkan jenis gangguan kesehatan, akses berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, kepuasan masyarakat berobat di fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.

SIMPULAN

Proporsi terbesar pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional dan menggunakan ramuan jadi di Indonesia berhubungan dengan status sosial ekonomi dan tempat tinggal di kota. Sedangkan proporsi terbesar melakukan upaya sendiri dan membuat ramuan sendiri berhubungan dengan sosial ekonomi dan tempat tinggal di desa.

Hasil Riskesdas 2018 menemukan bahwa paling banyak menggunakan ramuan jadi usia lansia terutama yang berusia >75 tahun (53,7%), perempuan (49,6%), berpendidikan tamat SD (52%), bekerja sebagai petani/buruh (43,5%) dan tinggal di perkotaan (51,7%). Ramuan buatan sendiri yang paling banyak menggunakan juga usia lansia terutama usia 65-74 (42,9%), perempuan (33,9%), tidak/belum pernah sekolah (35,9%), bekerja sebagai petani/buruh (43,5%) dan tinggal di pedesaan. Keterampilan manual (pijat, akupresur) paling banyak usia <1 tahun (93,9%), balita (79,7%), dewasa muda (67,4%), laki-laki (68,4%), berpendidikan perguruan tinggi (69,2%), bekerja sebagai pegawai swasta (70,9%) dan tinggal di perkotaan (65,7%).

Untuk mendorong masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional, maka Kementerian telah melakukan strategi melalui upaya kesehatan perorangan dan masyarakat dalam bentuk pelatihan bagi petugas Puskesmas atau penilaian pemanfaatan TOGA dan Akupresur tingkat Nasional.

Hasil Riskesdas tahun 2018 belum menemukan alasan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional berdasarkan jenis gangguan kesehatan, akses berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, kepuasan masyarakat berobat di fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, sehingga perlu ada penelitian lebih lanjut

REFERENSI

1. Dahlianti, R., Nasoetion, A., & Roosita, K. (2005). Keragaan perawatan kesehatan masa nifas, pola konsumsi jamu tradisional dan pengaruhnya pada ibu nifas di Desa

- Sukajadi, Kecamatan Tamansari, Bogor. *Media Gizi dan Keluarga*, 29(2), 55-56.
2. Dwisatyadini, M. (2017). Pemanfaatan Tanaman Obat Untuk Pencegahan Dan Pengobatan Penyakit Degeneratif.
 3. Elfahmi, Herman J. Woerdenbag, Oliver Kayser. (2014).Jamu: Indonesian traditional herbal medicine towards rational phytopharmacological use,Journal of Herbal Medicine,Volume 4, Issue 2,2014,Pages 51-73,ISSN 2210-8033,<https://doi.org/10.1016/j.hermed.2014.01.002>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210803314000049>)
 4. Eriyana, F., Lantara, I., & Sutrischastini, A. (2019). Evaluasi Asuhan Mandiri Taman Obat Keluarga (Toga) Dan Keterampilan Akupresur Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi Tahun 2018 (Doctoral dissertation, STIE Widya Wiwaha).
 5. Fadmawati, F. (2017). Pengaruh Pendapatan Asli Desa (Padesa), Dana Desa (Dd), Alokasi Dana Desa (Add), Dan Jumlah Sarana Kesehatan Terhadap Alokasi Belanja Desa Bidang Kesehatan Tahun 2017 (Studi Empiris Di Desa-Desa Kabupaten Wonogiri). Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Surakarta
 6. Formularium Ramuan Obat Tradisional Indonesia (FROTI) (2017). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/187/2017 Tentang Formularium Ramuan Obat Tradisional Indonesia.
 7. Irene X.Y. Wu, Vincent C.H. Chung, Justin C.Y. Wu. (2020). Complementary and Alternative Medicine,Editor(s): Ernst J. Kuipers,Encyclopedia of Gastroenterology (Second Edition),Academic Press,2020,Pages 691-700,ISBN 9780128187289,<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.65762-8>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128012383657628>)
 8. Jaspal Kaur, Nobuyuki Hamajima, Eiko Yamamoto, Yu Mon Saw, Tetsuyoshi Kariya, Goh Cheng Soon, Ariyani Amin, Adilla Nur Halim, Farhana Abdul Aziz, Suraya Hani Sharon, Patient satisfaction on the utilization of traditional and complementary medicine services at public hospitals in Malaysia. (2019). *Complementary Therapies in Medicine*,Volume 42,2019,Pages 422-428,ISSN 0965-2299,<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.12.013>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229918311087>)
 9. Kementerian Kesehatan (2016). Pedoman Pengembangan Kesehatan Tradisional Melalui Asuhan Mandiri Pemanfaatan Taman Obat Keluarga Dan Keterampilan
 10. Kinho, J., Arini, D. I. D., Tabba, Supratman, Kama, Harwiyadin., Kafiar, Yermias,

- Shabri, S. Yamsir, & Karundeng, M. C. (2011). Tumbuhan Obat Tradisional Di Sulawesi Utara Jilid I. *Manado: Balai Penelitian Kehutanan Manado*.
11. Laksmiarti, T., & Nugraheni, W. P. (2013). Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Di Kabupaten Kepulauan Aru (Policy Analysis: Health Financing In Aru Island). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(3 Jul).
 12. Naghmeh Yazdi, Alireza Salehi, Mina Vojoud, Mohammad Hossein Sharifi, Ayda Hoseinkhani. (2019). Use of complementary and alternative medicine in pregnant women: A cross-sectional survey in the south of Iran, *Journal of Integrative Medicine*, Volume 17, Issue 6, 2019, Pages 392-395, ISSN 2095-4964, <https://doi.org/10.1016/j.joim.2019.09.003>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095496419300962>)
 13. Naibaho, M. P., Sihombing, M., & Tarmizi, T. (2014). Analisis Pengaruh Fungsi Perlombaan Desa terhadap Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Desa di Kecamatan Teluk Mengkudu Kabupaten Serdang Bedagai. *JUPIIS: Jurnal Pendidikan Ilmu-Ilmu Sosial*, 6(1), 8-13.
 14. Nurdiwaty, D., Puspita, E., Kusumaningtyas, D., Winarko, S. P., Tohari, A., Solikah, M. A., & Faisol, F. (2017). Pemberdayaan Wanita Melalui Tanaman Toga Untuk Membantu Meningkatkan Pendapatan Keluarga. *Jurnal Abdinus: Jurnal Pengabdian Nusantara*, 1(1), 20-27.
 15. Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 (2017). Kementerian Kesehatan. Jakarta
 16. Riskesdas (2010). Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan. Jakarta
 17. Riskesdas (2018). Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan. Jakarta
 18. Sam Stubblefield. (2017). Survey of complementary and alternative medicine in pediatric inpatient settings. *Complementary Therapies in Medicine*. Volume 35, December 2017, Pages 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.009> Get rights and content
 19. Sari, L. (2012). Pemanfaatan Obat Tradisional Dengan Pertimbangan Manfaat Dan Keamanannya. *Pharmaceutical Sciences And Research (Psr)*, 3(1), 1-7. Doi:10.7454/Psr.V3i1.3394
 20. Sukanta, P. O. (2001). Akupresur & Minuman Untuk Mengatasi Gangguan Pencernaan. Elex Media Komputindo.
 21. Supa Pengpid, Karl Peltzer. (2018). Utilization of traditional and complementary

- medicine in Indonesia: Results of a national survey in 2014–15, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, Volume 33, 2018, Pages 156-163, ISSN 1744-3881, <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.006>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388118301117>)
22. Wiku Adisasmito, Phd (2014). *Sistem Kesehatan Edisi Kedua*. Divisi Buku Perguruan Tinggi. PT Raja Grafindo Persada Jakarta.
 23. Wulandatika, D. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Ibu Dalam Melakukan Kunjungan Antenatal Care Di Wilayah Kerja Puskesmas Gambut Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan Tahun 2013. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 8(2), 8-18.
 24. Yuliani Soerachmad, Hariani. Hubungan Motivasi Dengan Kinerja Kader Posyandu Dikecamatan Bulo Kabupaten Polewali Mandar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 2*, No. 2, Nopember 2016 P-ISSN: 2442-8884 / E-Issn: 2541-4542 . <Http://Dx.DOI.ORG/10.35329/JKESMAS.V2I2.158>

Panduan Bagi Penulis

Jurnal Ilmiah Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas MH.Thamrin menerima naskah artikel ilmiah penelitian kesehatan dan review

artikel, dengan ketentuan sebagai berikut :

Bahasa

Manuskrip ditulis dengan menggunakan bahasa Indonesia yang baik dan benar

Panduan penulisan umum

Manuskrip diketik di atas kertas A4 dengan menggunakan jenis huruf *Times New Roman* ukuran 11 dan spasi tunggal. Tidak diperkenankan menggunakan warna selain hitam dalam penulisan manuskrip, kecuali untuk gambar.

Struktur manuskrip

Manuskrip dikirimkan secara terstruktur dengan format sebagai berikut:

1. Halaman judul dan penulis
2. Abstrak dan kata kunci
3. Isi
4. Ucapan terima kasih
5. Rujukan

1. Halaman judul dan penulis yang terdiri dari:

Judul artikel (tanpa singkatan, maksimal 20 kata), Nama lengkap penulis, tanpa gelar akademik, Afiliasi (Program studi dan institusi), Alamat korespondensi penulis, Sumber dana penelitian (jika ada)

2. Penulis

Penulis yang namanya tercantum dalam manuskrip adalah mereka yang telah berpartisipasi dalam penulisan dan bertanggung jawab atas isi manuskrip. Hal ini juga mencakup pada konsep dan desain penelitian analisis dan interpretasi data ataupun keduanya, termasuk dalam menyusun atau merevisi konten manuskrip.

3. Abstrak dan Kata Kunci

Abstrak ditulis dalam Bahasa Indonesia, Maksimal 250 kata, Maksimal 100 kata untuk laporan kasus dan artikel singkat, Mengandung informasi yang cukup terkait dengan isi manuskrip, Mengandung tujuan penelitian, metodologi (pemilihan sampel, pengamatan dan metode analisis yang digunakan), temuan utama, kesimpulan utama, Kata kunci terdiri dari 3-10 kata.

4. Isi Manuskrip

Isi manuskrip harus terstruktur dengan menggunakan *heading* yang tepat, yang terdiri dari Pendahuluan, Metodologi, Hasil, Pembahasan, dan Kesimpulan. Konten manuskrip tidak menggunakan *footnote*. Unit pengukuran SI (*System International*) dan sistem metrik harus disingkat (Contoh: mm, km, m, kcal), Tidak menggunakan singkatan, seperti HT untuk hipertensi dan harus ditulis lengkap, tidak memulai kalimat dengan angka. Jika awal kalimat dimulai dengan angka maka angka tersebut dieja, sitasi menggunakan nama penulis dan tahun penerbitan. Penulisan daftar rujukan menggunakan *Harvard Style*.

5. Tabel

Setiap tabel dan judulnya ditampilkan dalam lembaran yang terpisah dan terurut sesuai dengan posisi table tersebut dalam teks. Penomoran tabel dengan menggunakan penomoran *arabic, footnote* dapat digunakan untuk menjelaskan singkatan yang digunakan dalam tabel.

6. Metode Statistik

Metode statistik yang digunakan harus dijelaskan dengan detail pada bagian metodologi. Metode yang jarang digunakan harus dijelaskan dan harus disertai dengan rujukan yang tepat.

7. Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih diberikan kepada tenaga profesional yang berkontribusi dalam penulisan manuskrip termasuk bantuan teknis dan dukungan finansial.

Pengiriman Manuskrip

Manuskrip yang dikirimkan terdiri dari:

1. Hardcopy sebanyak 3 set
2. Softcopy dalam bentuk CD sebanyak 1 buah
3. Form Kelengkapan Pengiriman Manuskrip (terlampir)

Dikirimkan kepada redaksi Jurnal Ilmiah Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas MH.Thamrin

Contoh Penulisan Rujukan

Disadur dari: International Committee of Medical Journal Editors. [<http://www.icmje.org>]; Philadelphia : The Committee (the latest version). Available from : <http://www.icmje.org/indexhtml#references>.

Artikel pada jurnal

1. Hanya dituliskan enam penulis utama dan kemudian diikuti oleh et al.

Halpern, S. D., Ubel, P. A., dan Caplan, A. I. 2002. Solid-Organ Transplantation in HIV-infected Patients. *N. Engl. J. Med.* **347**. (4) : 284-7 As an option, if a journal carries continuous pagination throughout a volume (as many medical journals do) the month and issue number may be omitted. Halpern, S. D., Ubel, P. A., dan Caplan, A. L. 2002. Solid Organ transplantation in HIV-infected patients. *N. Engl. J. Med.* **347** : 284-7. Optional addition of a database's unique identifier for the citation: Halpern, S. D., Ubel, P. A., dan Caplan, A. L. 2002. Solid-Organ Transplantation in HIVInfected Patients.*N.Engl.J.Med.***347**.(4):284-7.CitedinPubMed;PMID12140307.More than sixauthors:Rose,M.E.,Huerbin, M. B., Melick, J., Marion, D. W., Palmer, A. M., Schiding, J. K., et al. 2002. Regulation of Interstitial Excitatory Amino Acid Concentrations After Cortical Contusion Injury. *Brain Res.* **935**. (1-2) : 40-6

2. Penulis adalah organisasi

Diabetes Prevention Program Research Group. 2002. Hypertension, Insulin, and Proinsulin in Participants with Impaired Glucose Tolerance. *Hypertension.* **40**. (5) : 679-86

3. Penulis adalah individu dan organisasi

Vailancien, G., Emberton, M., Harving, N., dan van Moorselaar, R. J. 2003. Alf-One Study Group. Sexual Dysfunction in 1,274 European Men Suffering from Lower Urinary Tract Symptoms. *J Urol.* **169**. (6) : 2257-61

Buku

1. **Penulis (individu)**

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

2. Editor sekaligus penulis utama

Gilstrap LC 3rd, Cunringham FG, Van Dorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill;2002.

3. Penulis dan editor

Breedlove GK, Schorftede AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

4. Penulis (organisasi)

Royal Adelaide Hospital University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia) : Adelaide University 2001.

5. Bab dalam buku

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill;

6. Prosiding Konferensi

Hamden P, Joffe JK & Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference: 2001 13-15; Leeds, UK. New York : Springer;2002.

7. Paper konferensi

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tetiamanzi AG, editors. Genetic programming. Euro GP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Finsdale, Ireland. Berlin: Springer et; 2002. p. 182-91.

8. **Skrripsi/tesis/disertasi**

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans(dissertation). Mount Pleasant (MI): Central Michigan University, 2002.

Bahan publikasi lainnya

1. **Artikel koran**

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col.

4).

Bahan yang tidak terpublikasikan

1. **Dalam proses pencetakan**

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson, J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *proc Natl Acad Sci U S A*. In press 2002.

Electronic Material

1. **Artikel jurnal dalam internet**

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6) (about 3pm) Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002juneWawatch.htm>

2. **Monograf pada internet**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer (monograph on the internet). Washington: National Academy Press; 2001 (cited 2002 Jul 9). Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html>

3. **Homepage/Website**

Cancer-Pain.org (homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 91. Available from: <http://www.cancer-pain.or>

JUDUL

Judul ditulis dalam bahasa Indonesia maksimal 15 kata tanpa mencantumkan tahun

(Center, Times New Roman, Bolt, Font 14, spasi 1)

] _____ Enter 1x

***Penulis¹⁾, Penulis²⁾, Penulis³⁾**

(Nama ditulis lengkap **tanpa** menyebutkan gelar (Koresponden diberikan tanda bintang didepan nama),

Center, [Center, Times New Roman, Font 12, spasi 1]

] _____ Enter 1x

¹Nama Program Studi, Fakultas, nama Perguruan Tinggi

²Nama Program Studi, Fakultas, nama Perguruan Tinggi

[Center, Times New Roman, Font 11, spasi 1]

Correspondence Author: Nama, E-mail

[Center, Times New Roman, Font 11, Spasi 1]

] } _____ Enter 2x

ABSTRAK

(Center, Times New Roman, Bolt, Font 14, spasi 1)

] _____ Enter 1x

Maksimal 200 kata berbahasa Indonesia berisi pendahuluan, tujuan penelitian, metode, hasil penelitian, dan dibuat dalam 1 paragraf dengan menggunakan Times New Roman 11 point, spasi 1, awal paragraf tidak boleh menjorok kedalam. Untuk istilah asing yang belum dibakukan dituliskan secara *Italic*.

] _____ Enter 1x

Kata Kunci: Minimal 3 Kata Kunci dan Maksimum 5 Kata Kunci dipisahkan dengan tanda koma. [Times New Roman, Font 11 spasi 1]

] } _____ Enter 2x

ABSTRACT

[Center, Times New Roman, Bolt, Font 12, Spasi 1, Italiq]

] _____ Enter 1x

Maksimal 200 Kata Bahasa Inggris, Mengikuti Abstrak diatas (B.Indonesia). [Center, Times New Roman, Font 11, Spasi 1, Italic]

Keywords: Minimal 3 Kata Kunci dan Maksimum 5 Kata Kunci dipisahkan dengan tanda koma. [Times New Roman, Font 10, Spasi 1, italic]

] _____ Enter 1x

PENDAHULUAN [Times New Roman, Bold, Font 14]

Pendahuluan berisi urgensi dan latar belakang masalah penelitian yang diuraikan dengan metode piramida terbalik mulai dari tingkat global, nasional dan lokal. Mencantumkan referensi (pustaka atau hasil penelitian relevan didalam kurung atau pada akhir kalimat).

Right : 2,5 cm

Left : 3 cm

Jumlah halaman pada bagian pendahuluan sebanyak 1-1,5 halaman yang ditulis dengan menggunakan [Times New Roman, Font 12 (tegak), Spasi 1,5. Tiap paragraf **tidak** diawali dengan kata yang menjorok ke dalam dan **Spacing antar paragraph 6 pt**], Bagian akhir pendahuluan harus mengemukakan tujuan penelitian.

] —————> Enter 1x

METODE [Times New Roman, Bold, Font 14]

Bagian ini menjelaskan tentang jenis penelitian, lokasi dan waktu penelitian, populasi dan sampel, teknik *sampling*, teknik pengumpulan data, analisis data, dan penyajian data. Penelitian yang menggunakan alat dan bahan, perlu menuliskan spesifikasi alat dan bahan yang digunakan. **Penelitian kualitatif** seperti studi kasus, fenomenologi, etnografi, dan lain – lain, perlu menambahkan uraian mengenai pengecekan keabsahan hasil penelitian. Penulisan menggunakan [Times New Roman, Font 12 pt (tegak), Spasi 1,5. Tiap paragraf **tidak** diawali dengan kata yang menjorok ke dalam dan **Spacing antar paragraph 6 pt**].

] —————> Enter 1x

HASIL DAN PEMBAHASAN [Times New Roman, Bold, Font 14]

Bagian hasil menguraikan tentang karakteristik subjek penelitian, analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat (jika ada). Pada bagian ini **DIPERBOLEHKAN** memasukkan table (Terlampir), grafik dan gambar dengan ketentuan setelah Sub judul harus ada kalimat, tidak boleh langsung tabel, grafik, gambar dan selalu diantara tulisan atau rujukan yang jelas. Interpretasi hasil penelitian dibuat dalam bentuk naratif.

Penulisan menggunakan [Times New Roman, Font 12 pt (tegak), Spasi 1,5. Tiap paragraf **tidak** diawali dengan kata yang menjorok ke dalam dan **Spacing antar paragraph 6 pt**].

] —————> Enter 1x

Sub Bab [Times New Roman, Bold, Font 12]

Penulisan menggunakan [Times New Roman, Font 12 pt (tegak), Spasi 1,5. Tiap paragraf **tidak** diawali dengan kata yang menjorok ke dalam dan **Spacing antar paragraph 6 pt**].

SIMPULAN [Times New Roman 14pt, Bold]

Simpulan berisi ringkasan dari uraian mengenai hasil dan pembahasan dengan mengacu pada tujuan penelitian. Rekomendasi disusun berdasarkan temuan penelitian yang telah dibahas. Rekomendasi dapat mengacu pada tindakan praktis, pengembangan teori baru, dan/atau penelitian lanjutan.. [Times New Roman, 12pt, spasi 1,5. Tiap paragraf **tidak** diawali dengan kata yang menjorok ke dalam dan **Spacing antar paragraph 6 pt**].

] —————> Enter 1x

Left : 3 cm

Right : 2,5 cm

REFERENSI [Times New Roman 14pt, Bold]

Penulisan daftar pustaka menggunakan format American Psychological. Association **APA** [Times New Roman, 12pt, spasi 1,5], **JUSTIFY** [Times New Roman, 12pt, spasi 1,5]

Contoh :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Siswa

| No | Interval | Frequency | % | Category |
|---------------|----------|------------|-------|---------------|
| 1. | 85 - 100 | 59 | 28.36 | Very Good |
| 2. | 75 - 84 | 93 | 44.71 | Good |
| 3. | 65 - 74 | 37 | 17.78 | Average |
| 4. | 55 - 65 | 19 | 09.15 | Bad |
| Jumlah | | 208 | | 100.00 |

[Times New Roman, 11pt, spasi 1,]

[Times New Roman, 10 pt, spasi 1]

Left : 3 cm

Right : 2,5 cm



Gambar 1: Judul Gambar

Sekian Template Artikel Jurnal Ilmiah Kesehatan yang kami buat, dimohon sebelum mengirimkan artikel, template artikel sudah disesuaikan terlebih dahulu dengan template yang ada di <http://journal.thamrin.ac.id/index.php/jikmht> Jurnal Ilmiah Kesehatan yang ada di Open Journal System (OJS). Terimakasih.

| | |
|---|--|
|  UNIVERSITAS MH THAMRIN | <p align="center">Template Artikel Jurnal Ilmiah Kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Mohammad Husni Thamrin</p> |
| | <p align="center">Ruang LPPM, Lantai 2 Kampus A Universitas Mohammad Husni Thamrin Jln. Raya Pondok Gede, No 23-25 Kramatjati, Jakarta Timur 13550 Email: lppmumht@gmail.com</p> |

FORMULIR BERLANGGANAN JURNAL ILMIAH KESEHATAN

Nama :

Prodi/Jurusan :

Instansi/Universitas :

Alamat Pengiriman :

.....

.....

No. Telp/Handphone :

Email :

Bersedia untuk menjadi pelanggan Jurnal Ilmiah Kesehatan dengan biaya Rp. 500.000 (tiga ratus ribu rupiah) / Edisi (6 bulan) dan sudah termasuk ongkir kirim ke alamat peneliti.

Pembayaran transfer ke:
Yayasan Pendidikan MH.Thamrin
BANK Mandiri Cabang JKT RS MH.Thamrin
No. Rek. 1290092090162

Untuk berlangganan, kirimkan formulir ini beserta bukti transfer pembayaran:

- a. Via Surat ke alamat:
Redaksi Jurnal Ilmiah Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas MH.Thamrin
Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM)
Jl. Raya Pondok Gede No. 23-25, Kramat Jati, Jakarta Timur 13550
- b. Via Email: lppmumht@gmail.com

Untuk informasi lebih lanjut hubungi Telp. (021) 8096411 ext. 1108/No.Hp: 0812-1170-2090.

....., /..... / 20..

(.....)



9 772656 119009