

Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat

(JBKM)

p-ISSN: 2580-0590
e-ISSN: 2621-380X

Bahana of Journal Public Health

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS)
Deby Puspitasari, Titin Nasiatin

Analisis Pola Asuh Gizi pada Balita Gizi Kurang
**Muhammad Rahmad, Tri Krianto Karjoso,
Emy Leonita, Novita Rany, Irwan Muryanto**

Preeklamsia Berat pada Ibu Hamil di RSUD Raden Mattaher Jambi
Diniyanti, Lia Artika Sari, Ayu Nurma Afriyanti

Analisis Pencegahan dan Penanggulangan Darurat Kebakaran
di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru Tahun 2020
**Mega Ratu, Endang Purnawati Rahayu,
Masribut, Herniwanti, Nopriadi**

Determinan Perilaku Seksual Berisiko Tertular HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS)
pada Pekerja Perusahaan di Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi
Puspita Sari, Solihin Sayuti, Pahrur Razi

Evaluasi Penggunaan Buku Kesehatan Ibu Anak, Kartu Ibu dan Register ANC di Puskesmas
**Herinawati, Sri Yun Utama, Atika Fadhilah Danaz Nst,
Nuraidah, Iksaruddin**

Uji Aktivitas Klorofil Beberapa Jenis Sayuran Sebagai Antibakteri
terhadap *Escherichia Coli* dan *Staphylococcus Aureus*
Munira, Novi Yanti, Muhammad Nasir

Efektivitas Air Seduhan Teh Hitam (*Camellia Sinensis*)
Dalam Menurunkan Akumulasi Plak
Idham Halid, Asio, Karin Tika Fitria

Volume 5

No 1

Hal 1-60

Edisi Mei

2021

Editorial

Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat merupakan nama baru dari Jurnal Poltekkes Jambi yang telah terbit secara rutin setiap 6 bulan sejak tahun 2009 dengan beberapa perbaikan dalam *cover*, isi serta *lay out*-nya. Jurnal ini diterbitkan oleh Politeknik Kesehatan Kemenkes Jambi yang memuat hasil penelitian dan artikel ilmiah di bidang kesehatan. Saat ini telah terbit dalam bentuk *Open Journal System (OJS)* dengan alamat <http://journal.poltekkesjambi.ac.id>.

Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat memberikan wadah bagi dosen maupun praktisi kesehatan yang akan mempublikasikan hasil penelitiannya, sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pembangunan kesehatan. Terimakasih kepada penulis yang sudah mengirimkan naskah ke redaksi.

Dewan Redaksi

- Penanggung jawab : Direktur Poltekkes Kemenkes Jambi (Rusmimpong, S.Pd., M.Kes)
Penyunting : drg Naning Nur Handayatun, MKes,
Amirul Mukminin, S.Pd., M.Sc.Ed., PhD
Dr. Solha Elrifda M.Kes.
Dr. Sukmal Fahri, S.Pd., M.Kes
Nurmisih, S.Pd., M.Kes
- Reviewer : Prof. Dr. Mustafa, Apt, M.Kes (UGM)
Dr. Dewi Purnamawati, SG, SKM, MKM (UMM)
Dr. Sumihardi, SKM (Poltekkes Padang)
Dr. Heru Subaris K, SKM, M.Kes (Poltekkes Yogyakarta)
Dr. drg. Qurati 'Ayun (Poltekkes Yogyakarta)
Rasdiyanah, S.Kep, Ns, M.Kep (UIN alahudin Makasar)
Yodang S. Kep, Ns, M.Pall care (Universitas 19 November Kolaka)
Josephine Maria Hawa Keyteimu Skep, Ns.MPH *(Universitas Nusanipa Maumere)
Tina Yuli Fatmawati, M.Kes *(STIKBA jambi)
Rendi editya D, M.Kes (Poltekkes Surakarta)
Juli Oktalia, MA (Poltekkes Jakarta III)
- Sekretaris Redaksi : drg. Karin Tika Fitria, M. Biomed
Pahrur Razi, SKM, MKM
Slamet Riyadi, SKM, M.Pd
- Tata Usaha dan IT : Vevi Erika, SKM, M.Si, Warsono, S.Kom

Alamat Redaksi:
Poltekkes Jambi, JL H Agus Salim No 09 Kota Baru Jambi, 0741-445450
jbkm@poltekkesjambi.ac.id

DAFTAR ISI

Editorial	i
Daftar Isi	ii
Ketentuan Penulisan Jurnal Ilmiah	iv
1. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS).. Deby Puspitasari, Titin Nasiatin	1
2. Analisis Pola Asuh Gizi pada Balita Gizi Kurang	6
Muhammad Rahmad, Tri Krianto Karjoso, Emy Leonita, Novita Rany, Irwan Muryanto	
3. Preeklamsia Berat pada Ibu Hamil di RSUD Raden Mattaher Jambi	18
Diniyanti, Lia Artika Sari, Ayu Nurma Afriyanti	
4. Analisis Pencegahan dan Penanggulangan Darurat Kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru Tahun 2020	25
Mega Ratu, Endang Purnawati Rahayu, Masribut, Herniwanti, Nopriadi	
5. Determinan Perilaku Seksual Berisiko Tertular HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Pekerja Perusahaan di Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi	31
Puspita Sari, Solihin Sayuti, Pahrur Razi	
6. Evaluasi Penggunaan Buku Kesehatan Ibu Anak, Kartu Ibu dan Register ANC di Puskesmas	41
Herinawati, Sri Yun Utama, Atika Fadhilah Danaz Nst, Nuraidah, Iksaruddin	
7. Uji Aktivitas Klorofil Beberapa Jenis Sayuran Sebagai Antibakteri terhadap Escherichia Coli dan Staphylococcus Aureus.....	48
Munira Munira, Novi Yanti, Muhammad Nasir	
8. Efektivitas Air Seduhan Teh Hitam (Camellia Sinensis) Dalam Menurunkan Akumulasi Plak	54
Idham Halid, Asio, Karin Tika Fitria	

KETENTUAN PENULISAN NASKAH JURNAL BAHANA KESEHATAN MASYARAKAT

PERSYARATAN UMUM

Naskah diketik dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris dengan *lay out* kertas A4, batas tepi 3 cm, jarak 1 spasi, menggunakan huruf *Times New Roman*. Abstrak dan naskah ditulis dengan ukuran 12, daftar pustaka dengan ukuran 11. Naskah tidak menggunakan catatan kaki di dalam teks, panjang naskah 5-15 halaman termasuk tabel dan gambar. File diketik menggunakan aplikasi *Microsoft Word* (versi 2010 atau 2013). Naskah harus sudah sampai di sekretariat redaksi selambat-lambatnya tanggal 31 April untuk edisi Mei dan 31 Oktober untuk edisi November.

Pengiriman naskah dilakukan melalui website www.journal.poltekkesjambi.ac.id (Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat) dengan registrasi terlebih dahulu.

Peneliti utama harus melampirkan lembar pernyataan (1 lembar per penelitian) bahwa penelitian yang dilakukan bukan plagiat dan belum pernah dipublikasikan di media manapun yang ditandatangani di atas materai Rp. 6000,-. Setiap peneliti juga melampirkan lembar validasi penelitian (1 lembar per-peneliti) yang ditandatangani oleh pimpinan institusi serta melampirkan *Ethical Clearance*.

PERSYARATAN KHUSUS ARTIKEL KUPASAN (*REVIEW*)

Artikel harus mengupas secara kritis dan komprehensif perkembangan suatu topik berdasarkan temuan-temuan baru yang didukung oleh kepastakaan yang cukup dan terbaru, sistematika penulisan artikel kupasan terdiri dari: Judul Artikel, Nama Penulis (ditulis di bawah Judul dan tanpa gelar), Abstrak, Pendahuluan (berisi latar belakang dan Tujuan Penulisan), Metode (berisi tentang jenis penelitian, populasi dan sampel atau subjek penelitian, bahan penelitian, tehnik pengumpulan dan tehnik analisa data), Hasil dan pembahasan yang berisikan tabel atau grafik dan hasil uji statistik kemudian dibahas. Kesimpulan berisi tentang kesimpulan atas isi bahasan yang disajikan pada bagian inti dan saran yang sejalan dengan kesimpulan), ucapan terima kasih (bila diperlukan) serta rujukan

ARTIKEL RISET (*RESEARCH PAPER*)

Naskah terdiri atas judul dan nama penulis lengkap dengan nama institusi dan alamat korespondensi diikuti oleh abstrak (dengan kata kunci), Pendahuluan, metode, Hasil dan Pembahasan, Kesimpulan, Ucapan Terima Kasih bila diperlukan serta Daftar Pustaka.

JUDUL (*TITLE*)

Judul harus informatif dan deskriptif (maksimum 20 kata). Judul dibuat memakai huruf kapital dan diusahakan tidak mengandung singkatan. Nama lengkap penulis ditulis tanpa gelar dan nama institusi tempat afiliasi masing-masing penulis yang disertai dengan alamat korespondensi.

ABSTRAK (*ABSTRACT*)

Abstrak merupakan sari tulisan yang meliputi latar belakang riset secara ringkas, tujuan, metode, hasil dan simpulan riset panjang abstrak maksimum 250 kata dan disertai kata kunci. Abstrak dan kata kunci dibuat dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris

PENDAHULUAN (*INTRODUCTION*)

Justifikasi tentang subjek yang dipilih didukung dengan pustaka yang ada. Harus diakhiri dengan menyatakan apa tujuan tulisan tersebut

METODE (*METHOD*)

Harus detil dan jelas sehingga orang yang berkompeten dapat melakukan riset yang sama (*repeatable dan reproducible*). Jika metode yang digunakan telah diketahui sebelumnya pustaka yang diacu harus dicantumkan. Spesifikasi bahan harus detil agar orang lain mendapat informasi tentang cara memperoleh bahan tersebut

HASIL DAN PEMBAHASAN (*RESULTS AND DISCUSSION*)

Hasil dan pembahasan dirangkai menjadi satu pada bab ini dan tidak dipisahkan dalam sub bab lagi. Melaporkan apa yang diperoleh dalam eksperimen/percobaan diikuti dengan analisis atau penjelasannya. Tidak menampilkan data yang sama sekaligus dalam bentuk tabel dan grafik. Tabel ditulis dengan huruf *Times New Roman* ukuran 8 atau 9 tanpa garis tegak. Gambar tanpa warna/hitam putih. Bila mencantumkan diagram, gunakan diagram lingkaran atau batang dengan arsir/gradasi hitam putih. Tidak mengulang data yang disajikan dalam tabel atau grafik satu persatu, kecuali untuk hal-hal yang menonjol. Membandingkan hasil yang diperoleh dengan data pengetahuan (hasil riset orang lain) yang sudah dipublikasikan. Menjelaskan implikasi dari data ataupun informasi yang diperoleh bagi ilmu pengetahuan ataupun pemanfaatannya (aspek pragmatismenya).

KESIMPULAN (*CONCLUSION*)

Berisi kesimpulan atas isi bahasan yang disajikan pada bagian inti dan saran yang sejalan dengan kesimpulan

UCAPAN TERIMA KASIH (*ACKNOWLEDGEMENT*)

Dibuat ringkas sebagai ungkapan terima kasih kepada pihak yang membantu riset, penelaahan naskah, atau penyedia dana riset.

DAFTAR PUSTAKA (*REFERENCES*)

Pustaka yang disitir dalam teks naskah jurnal harus dicantumkan semua di daftar pustaka dengan mengacu gaya *Vancouver*. Rujukan ditampilkan dalam bentuk angka yang diurutkan sesuai kemunculannya di dalam naskah. Minimal menggunakan 10 referensi ilmiah dan diharapkan menggunakan referensi terkini.

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN (BABS)

Deby Puspitasari, Titin Nasiatin *

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Faletahan, Serang-Banten

*Korespondensi penulis: ti2n.nasiatin@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Perilaku buang air besar sembarangan (BABS) merupakan suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak-semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah udara dan air sehingga menimbulkan permasalahan baru yang dapat membahayakan kesehatan manusia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara perilaku buang air besar sembarangan (BABS) dengan kepemilikan jamban, pengetahuan dan sikap di Kelurahan Kasunyatan wilayah kerja Puskesmas Kasemen.

Metode: Desain penelitian yang digunakan adalah Cross sectional dengan jumlah sampel 93 responden. Metode pengambilan sampel diambil dengan *simple random sampling*. Data analisis menggunakan univariat dan bivariat. Pengumpulan data primer menggunakan kuesioner. Sedangkan data sekunder didapat dari data profil Puskesmas Kasemen tahun 2018.

Hasil: Masih terdapat masyarakat yang melakukan BABS (35,5%), tidak memiliki jamban yang memenuhi syarat sebanyak 59 (63,4%), 47,3% mempunyai pengetahuan yang kurang baik, sebanyak 40,9% memiliki sikap yang kurang baik. Hubungan signifikan ditemukan antara kondisi jamban yang memenuhi syarat ($p=0,000$), pengetahuan ($p=0,0001$) dan sikap ($p=0,000$) dengan perilaku BABS.

Kesimpulan: Kondisi jamban yang tidak memenuhi syarat, pengetahuan dan sikap responden mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan

Kata Kunci: BABS; kepemilikan jamban; pengetahuan; sikap

FACTORS RELATED TO OPEN DEFECATION (BABS) BEHAVIOR

ABSTRACT

Background: Open defecation (BABS) behaviour is an act of disposing of feces in fields, forests, bushes, rivers, beaches or other open areas and allowed to spread to contaminate the environment, soil, air and water, causing new problems that can cause problems. endanger human health. This study aims to determine the relationship between open defecation (BABS) behavior with latrine ownership, knowledge and attitudes in the Kasunyatan Village, the working area of the Kasemen Health Center.

Methods: The research design used was cross sectional with a sample of 93 respondents. The sampling method was taken by simple random sampling. Data analysis using univariate and bivariate. Questionnaire was used to collect the primary data. While the secondary data was obtained from the profile data of the Kasemen Health Center in 2018.

Results: There were people who practice open defecation (35.5%), a total of 59 (63.4%) people did not have the qualified latrine, 47.3% have poor knowledge, and 40.9% have bad attitudes. A significant relationship was found between eligible latrine conditions ($p=0.000$), knowledge ($p=0.0001$) and attitudes ($p=0.000$) with open defecation behavior.

Conclusion: Unqualified latrine conditions, knowledge and attitudes of respondents affect open defecation behavior

Keywords: open defecation; latrine ownership; knowledge; attitude

PENDAHULUAN

Perilaku buang air besar sembarangan (BABS/open defecation) termasuk salah satu contoh perilaku yang tidak sehat. BABS/open defecation merupakan suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak-semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengontaminasi lingkungan, tanah, udara dan air.¹

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2014 diperkirakan sebesar 1,1 milyar orang atau 17% penduduk dunia masih buang air besar di area terbuka, dari data tersebut sebesar 81% penduduk yang buang air besar sembarangan. Terdapat 10 Negara, dan Indonesia sebagai negara kedua terbanyak ditemukan masyarakat buang air besar di area terbuka, yaitu India (58%), Indonesia (12,9%), dan China (4,5%).

Salah satu wilayah Indonesia yang masih menunjukkan perilaku buang air besar sembarangan adalah Propinsi Banten dengan Kota Serang sebagai ibukota Propinsi. Tahun 2019, Dinas Kesehatan Kota Serang mencatat sebesar 38% warga Ibu Kota Provinsi Banten masih buang air besar di kebun atau dolbon dengan Kecamatan Kasemen menjadi Kecamatan paling banyak warganya yang buang air sembarangan. Jumlah KK yang belum memiliki jamban terbanyak masih di Wilayah Kecamatan Kasemen dengan total 8.200 keluarga. Angka itu disebutkan sudah jauh berkurang pada pendataan sebelumnya yang berjumlah 29.753 keluarga.²

Ssedangkan Desa Kasunyatan merupakan salah satu Desa dengan jumlah persentase BABS yang paling tinggi yaitu sebesar 70,86%. Hal ini didorong salah satu penyebabnya adalah rendahnya kepemilikan jamban keluarga. Berdasarkan data Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Serang tahun 2018 menunjukkan bahwa Desa Kasunyatan jumlah KK memiliki jamban sebanyak 580 (40,73%) dengan akses pemakai jamban sebanyak 484 jiwa.³ Hal ini masih menjadi masalah bagi kesehatan lingkungan karena masyarakat yang belum memiliki jamban akan berperilaku buang air besar sembarangan (BABS). Data dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Serang juga menunjukkan bahwa pada tahun 2020 baru terdapat 6 wilayah yang dinyatakan Open Defecation Free (ODF) yaitu Sumur Pecung, Penancangan, Banjaragung, Cipare dan Dalung

dari 66 kelurahan di Kota Serang.⁴ Angka ini menunjukkan capaian ODF yang masih rendah.

Perilaku buang air besar sembarangan sangat jelas merugikan kondisi kesehatan masyarakat, karena tinja dikenal sebagai media tempat hidupnya bakteri *Escherichia coli* yang berpotensi menyebabkan penyakit diare. Hal ini seperti yang dikemukakan oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara perilaku buang air besar sembarangan dengan kejadian diare.⁵ Masyarakat yang mempunyai perilaku Buang Air Besar (BAB) tidak di Jamban/berperilaku salah akan mengalami diare sebanyak 4 kali, dibandingkan dengan masyarakat yang berperilaku BAB secara benar.⁶

Berbagai penelitian menyebutkan bahwa perilaku BABS dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah kepemilikan jamban, pengetahuan, sikap, peran petugas, ketersediaan dana dan lain-lain. Penelitian Dwiana (2017) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang jamban dengan perilaku BAB, terdapat hubungan antara ketersediaan sarana, terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan dengan perilaku BAB.^{7,8} Penelitian Pertiwi (2011) juga menyebutkan bahwa masyarakat di Kecamatan Kasemen masih mempunyai pengetahuan yang kurang, sikap yang negatif serta sebagian besar tidak mempunyai jamban keluarga sehingga mereka masih melakukan BAB di kebun, sawah, pinggir rel dan sungai.⁹

Dari hasil observasi awal kondisi di lapangan diperoleh gambaran bahwa sebagian besar masyarakat memiliki perilaku yang berbeda-beda dalam menggunakan jamban. Dimana sesuai hasil pengamatan awal yang telah di lakukan memperlihatkan bahwa perilaku buang air besar pada masyarakat yang tidak mempunyai jamban, sebagian besar masyarakat Desa Kasunyatan melakukan buang air besar sembarangan di sungai, persawahan atau kebun. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi dan pengetahuan masyarakat akan dampak yang ditimbulkan dari buang air besar sembarangan (BABS).¹⁰

Masyarakat berpendapat bahwa untuk membuat jamban yang memenuhi syarat memerlukan biaya yang mahal, masyarakat juga berpendapat membuang air besar sembarangan merupakan tindakan yang praktis. Hal ini merupakan kondisi penting untuk sedini mungkin diatasi dalam upaya menghentikan perilaku buang air besar sembarangan yang akan menimbulkan lingkungan menjadi kotor dan membawa penyakit. Perilaku BAB yang

tidak benar/sembarangan akan berdampak terhadap berbagai komponen lingkungan, oleh karena itu perlu dilakukan upaya pencegahan dan perubahan perilaku diantaranya melalui kegiatan STOP BABS.

Stop BABS merupakan salah satu kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang menekankan pada 5 (lima) perubahan perilaku hygiene selain kegiatan perilaku cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga, pengelolaan sampah rumah tangga, pengelolaan limbah cair rumah tangga (Permenkes No.3 Tahun 2014). Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dikenal juga dengan istilah Community Led Total Sanitation (CLTS). Sanitasi Total dipilih untuk memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat serta mengimplementasi komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses sanitasi dasar yang layak dan berkesinambungan. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dilakukan dengan cara pendekatan untuk merubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicu.⁵

Berdasarkan permasalahan diatas, perlu diadakan suatu penelitian tentang hubungan kepemilikan jamban, pengetahuan, dan sikap dengan perilaku buang air besar sembarangan (BABS). Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku buang air besar sembarangan (BABS) di Kelurahan Kasunyatan wilayah kerja Puskesmas Kasemen tahun 2020.

METODE

Penelitian ini berjenis deskriptif obserfasional dengan desain survey, adapun populasi dari penelitian ini ialah kelompok Orang Rimba Sungaiterap Desa Jelutih Kec. Batin XXIV Kab. Batang Hari Prov. Jambi. Sedangkan sampel dari penelitian ini ialah Orang rimba yang belum mendapatkan pengobatan anti malaria dan yang bersedia menjadi responden dari penelitian ini.

Dari penelitian ini diperoleh 99 sampel yang akan dilakukan pemeriksaan dengan metode mikroskopis, pembuatan preparat darah tebal bertujuan untuk mendeteksi keberadaan parsit, sedangkan preparat darah tipis bertujuan untuk mengidentifikasi spesies parasit. pembuatan preparat diawali dengan pengambilan darah tepi dan membubuhkannya

pada kaca objek untuk pembuatan preparat tebal dan tipis.

Pengambilan darah tepi dilakukan dengan terlebih dahulu mendesinfeksi ujung jari, penusukan pada ujung jari dilakukan menggunakan jarum lanset, selanjutnya darah yang keluar dari bekas penusukan di bubuhkan pada kaca objek pertama, pembuatan apusan preparat tipis dilakukan dengan cara meletakkan salah satu sisi dari kaca objek kedua tepat diatas tetes darah dengan sudut kemiringan 45 derajat, tunggu permukaan darah menyebar ke seluruh sisi kaca objek kedua tersebut, selanjutnya kaca objek digeser dengan sedikit tekanan dan dilakuakn secara stabil hingga tetes darah tersebut menyebar merata dan tipis pada permukaan kaca objek.

Pembuatan apusan darah tebal pada kaca objek yang telah dibubuhkan tetesan darah dilebarkan dengan menggunakan ujung kaca objek lainya selebar 1-2 cm, setelah kering apusan tipis difiksasi menggunakan methanol, setelah kering dilakukan pewarnaan menggunakan giemsa dengan psikositas 2,5% selama 45 menit atau pada psikositas giemsa 7,5% dilakukan hanya 15 menit, setelah itu dilakukan pembilasan dengan menggunakan aquades dan disimpan untuk dilakukan pemeriksaan dibawah mikroskop.¹¹

HASIL DAN PEMBAHASAN

Mayoritas responden tidak melaporkan adanya keluhan demam dan sakit kepala khas malaria dengan jumlah 94 orang responden, adapun karakteristik respondennya adalah 50% Pria dan 50% wanita dengan usia rata-rata adalah 25,6 tahun untuk pria, 25 tahun untuk wanita. Sedangkan responden yang melaporkan adanya keluhan demam dan sakit kepala adalah sebanyak 5 orang responden dengan karakteristik respondennya adalah 40% laki-laki dan 60% perempuan dengan usia rata-rata adalah 4 tahun untuk laki-kali dan 3,6 tahun untuk perempuan, sehingga usia rata-rata keseluruhan responden yang melaporkan adanya keluhan demam dan sakit kepala adalah 3,8 tahun, dengan rata-rata keluhan dirasakan dalam jangka waktu 2,4 bulan yang lalu sebelum pengambilan sampel dilakukan.

Hasil dari pemeriksaan mikroskopis dari responden yang mengeluhkan adanya demam dan sakit kepala menunjukkan keberadaan parasit dengan spesies *vivax* dan *falcifarum* dengan persentase *vivax* adalah 3,96% dan *falcifarum* adalah 0,99%, parasit tersebut ditemukan

berbentuk trofozoit, sehingga prevalensi malarianya adalah 4,95%.

Tabel 1. Data Karakteristik Spesies dan Responden

Karakteristik	Jumlah
Spesies <i>Plasmodium</i>	
<i>falciparum</i>	1
<i>malariae</i>	-
<i>vivax</i>	4
<i>knowlesi</i>	-
Responden tanpa keluhan demam	
Pria	47
Wanita	47
Responden dengan keluhan demam	
Pria	2
Wanita	3
(rata-rata usia penderita = 3,8 tahun)	

Alat diagnostik malaria yang dijadikan *gold standart* sampai dengan sekarang adalah masih menggunakan metode mikroskopis dengan kemampuan dalam melakukan deteksi yang cukup tinggi jika dikerjakan oleh tenaga laboran yang berpengalaman dan terlatih, waktu dalam melakukan pemeriksaan juga merupakan hal penting dalam keberhasilan melakukan deteksi dan identifikasi parasit pada preparat, sehingga pada kejadian luar biasa (KLB) akan mempengaruhi kemampuan dari metode pemeriksaan ini dikarenakan seorang tenaga laboran dituntut melakukan pemeriksaan dengan waktu cepat dan dengan jumlah preparat sampel yang banyak, dengan demikian semakin banyak waktu yang digunakan oleh tenaga laboran dalam memeriksa sebuah preparat akan meningkatkan kemampuan metode ini dalam mendeteksi dan mengidentifikasi keberadaan parasit hingga 10 sampai 30 parasit dalam satu mikroliter darah, namun pada densitas parasit yang lebih kecil metode ini sudah tidak lagi dapat mendeteksi keberadaan dari parasit.^{10,11}

Pada penelitian yang dilakukan di Serawak Malaysia tahun 2004 ditemukan adanya spesies *P. knowlesi* yang diketahui sebelumnya menyerang primata kera ekor panjang dan kera ekor babi di dapati menginfeksi manusia yang dalam pemeriksaan menggunakan metode mikroskopis akan sangat besar kemungkinan terjadi salah pembacaan slide preparat hal ini dikarenakan pada gambaran morfologi trofozoit fase awal dari spesies *P. knowlesi* ini mirip dengan gambaran morfologi trofozoit spesies *P. falciparum*, sedangkan pada gambaran morfologi trofozoit lanjut spesies ini mirip dengan gambaran morfologi dari spesies *P. malariae*, di dalam

hutan tempat tinggal Orang Rimba banyak terdapat kera ekor panjang sehingga jika hanya menggunakan pemeriksaan mikroskopis saja kemungkinan akan terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi spesies parasit, maka dari itu diperlukan pemeriksaan pembanding dengan metode diagnostik lainnya.¹²

Letak geografi Indonesia yang berada di katulistiwa menjadikannya Indonesia beriklim tropis ditambah lagi lingkungan tinggal Orang Rimba yang berada didalam hutan akan mengakibatkan meningkatnya angka kejadian malaria karena dapat digolongkan sebagai daerah endemis.^{6,9} Dari data hasil diperlihatkan usia rata-rata yang mengeluhkan adanya demam dan sakit kepala serta dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan memperlihatkan adanya postif malaria yaitu pada usia rata-rata 3,8 tahun, hal ini dapat saja dikarenakan pada kelompok usia kurang dari 5 tahun merupakan kelompok rentan terhadap terjangkitnya malaria yang disebabkan oleh kemampuan sistem imun yang masih rendah.⁹

Gejala akut malaria seperti demam dan sakit kepala dapat timbul pada keadaan dimana kepadatan parasit dalam darah lebih tinggi sehingga mengakibatkan sistem imun tidak dapat mengendalikan parasit yang akan menyebabkan munculnya gejala, namun terkadang malaria sering timbul dengan tanpa adanya gejala akut atau malaria asimtomatik sehingga tidak menunjukkan adanya demam dan sakit kepala terutama pada individu yang berada di daerah endemis dan individu tersebut belum mendapatkan pengobatan anti malaria dalam jangka waktu yang dekat, hal semacam ini dimungkinkan oleh kemampuan sistem imun dari hospes perantara yang kompeten sehingga dapat mengendalikan keadaan parasitemia namun tidak menyebabkan hospes perantara menjadi sembuh dari keadaan parasitemia itu sendiri, selain itu keadaan seperti ini juga dimungkinkan karena kepadatan dari parasit yang berada didalam darah rendah, sehingga tidak tercapainya ambang batas pirogenik yang dapat mengakibatkan adanya gejala akut, keadaan semacam ini dapat dikategorikan sebagai malaria kronis, dengan demikian pemeriksaan menggunakan metode mikroskopis masih dipandang belum mampu mendeteksi keberadaan parasit pada darah sehingga perlu metode diagnostik lain yang lebih sensitif seperti PCR.^{13,14}

Dengan lingkungan tempat tinggal orang rimba di dalam hutan, dan permukaan tanah yang rendah memungkinkan banyaknya genangan air dan rawa yang dapat dimanfaatkan

oleh nyamuk *Anopheles sp* sebagai vektor penyakit malaria untuk tempat perindukanya, kelembaban udara dan suhu daerah tropis dimana tempat tinggal Orang Rimba juga menjadikan ideal untuk berkembang biak nyamuk *Anopheles sp* sehingga akan mengakibatkan populasi dari vektor malaria ini menjadi meningkat, dengan adanya nyamuk dan manusia siklus hidup dari parasit malaria dapat terpenuhi secara sempurna, sehingga akan menyebabkan peningkatan kejadian malaria pada Orang Rimba^{11,15}

KESIMPULAN

Terdapat tinggi prevalensi malaria pada Orang Rimba, dengan lingkungan Orang Rimba memungkinkan terjadinya peningkatan angka kejadian malaria, selain itu juga perlu dilakukan pemeriksaan malaria dengan metode diagnostik yang lebih sensitif dan spesifik untuk mengetahui adanya malaria asimtomatik, Perlu melakukan pemeriksaan dengan metode diagnostik lain sebagai pembandingan dalam mengidentifikasi spesies dengan lebih spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Milner DA. Malaria pathogenesis. Cold Spring Harb Perspect Med. 2018;8(1):1–11.
2. WHO. World Malaria Report. Vol. 101, Revista medica de Chile. 2016. 252–256 .
3. WHO. World Malaria Report 2017. World Health Organization. 2017: 1–238.
4. World Health Organization. WHO | The World malaria report 2018. Who. 2018. 22.
5. Kemenkes RI. Data dan informasi profile kesehatan Indonesia. 2018
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2017. 2017
7. Berdikarjaya, SE M, editor. Profil Suku Anak Dalam (SAD). BADANPUSATSTATISTIK PROVINSI JAMBI; 2010.
8. Jambi DKP. Profil Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2015. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi 2014. 2015.
9. Abossie A, Yohanes T, Nedu A, Tafesse W, Damitie M. Prevalence of malaria and associated risk factors among febrile children under five years: A cross-sectional study in arba minch zuria district, south Ethiopia. Infect Drug Resist. 2020;13:363–72.
10. Nkrumah B, Agyekum A, Acquah SEK, May J, Tannich E, Brattig N, et al. Comparison of the novel Partec rapid malaria test to the conventional Giemsa stain and the gold standard real-time PCR. J Clin Microbiol. 2010;48(8):2925–8.
11. Kemenkes RI. Pedoman Teknis Pemeriksaan Malaria. 2017;1–58.
12. Singh B, Daneshvar C. Human infections and detection of plasmodium knowlesi. Clin Microbiol Rev. 2013;26(2):165–84.
13. Doolan DL, Dobaño C, Baird JK. Acquired immunity to Malaria. Clin Microbiol Rev. 2009;22(1):13–36.
14. Okell LC, Bousema T, Griffin JT, Ouédraogo AL, Ghani AC, Drakeley CJ. Factors determining the occurrence of submicroscopic malaria infections and their relevance for control. Nat Commun. 2012;3:1–9.
15. Ponçon N, Toty C, L’Ambert G, Le Goff G, Brengues C, Schaffner F, et al. Biology and dynamics of potential malaria vectors in Southern France. Malar J. 2007;6.

ANALISIS POLA ASUH GIZI PADA BALITA GIZI KURANG

Muhammad Rahmad*, Tri Krianto Karjoso, Emy Leonita, Novita Rany,
Irwan Muryanto

Prodi Magister Kesehatan Masyarakat STIKes Hang Tuah, Pekanbaru Riau

*Korespondensi penulis: rahmaad94@gmail.com

ABSTRAK

Latarbelakang: Pola asuh gizi adalah bagian dari pola asuh anak mencakup praktik rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan juga perawatan kesehatan serta sumber lain demi kelangsungan hidup, pertumbuhan serta perkembangan anak. Kejadian gizi kurang salah satunya disebabkan oleh pola asuh ibu terhadap balita, terutama dalam hal asupan gizi keluarga, mulai dari penyiapan makanan, pemilihan bahan makanan, sampai menu makanan. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang bagaimana pola asuh gizi pada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sungai Parit Kabupaten Indragiri Hulu..

Metode: Jenis penelitian kualitatif analitik dengan design fenomenologi. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Jumlah informan dalam penelitian ini berjumlah 13 orang terbagi atas 4 informan utama (pengasuh utama/ibu), dan 9 informan pendukung (4 keluarga, 4 penanggung jawab program gizi, 1 kader).

Hasil: Masih rendahnya pengetahuan ibu tentang pola asuh gizi, belum tepatnya praktek pemberian MP ASI dan pengaturan menu makan anak, masih belum baiknya penerapan pemanfaatan pelayanan kesehatan serta penerapan sanitasi yang masih buruk.

Kesimpulan: Belum baiknya penerapan pola asuh gizi di wilayah puskesmas sungai parit, hal ini disebabkan masih rendahnya pengetahuan ibu tentang pola asuh gizi, rendahnya pemberian ASI Eksklusif kepada balita, belum tepatnya praktek pemberian MP ASI kepada anak, pengaturan menu makanan yang kurang bervariasi, penerapan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang belum baik dan penerapan sanitasi lingkungan yang masih buruk.

Kata Kunci: pola asuh gizi; gizi kurang; balita

ANALISIS POLA ASUH GIZI PADA BALITA GIZI KURANG

ABSTRACT

Background: Nutritional parenting is part of the parenting style which includes household practices which are realized by the availability of food as well as health care and other sources for the child's survival, growth and development. One of the causes of malnutrition is the pattern of mother's care for toddlers, especially in terms of family nutritional intake, from food preparation, selection of food ingredients, to food menus. The purpose of this study was to obtain in-depth information about how nutrition parenting for malnourished toddlers in the working area of Sungai Parit Public Health Center, Indragiri Hulu Regency.

Method: This is a qualitative analytic study with a phenomenal design. The data were collected by conducting in-depth interviews, observation and document review. The number of informants in this study amounted to 13 people, divided into 4 main informants (main caregiver / mother), and 9 supporting informants (4 families, 4 people in charge of the nutrition program, 1 cadre).

Result: The mothers' lack of knowledge about nutritional care, the practice of giving complementary breastfeeding and dietary arrangements for children is still low, the implementation of health services utilization and poor sanitation implementation is still not good.

Conclusion : The implementation of nutrition parenting in the ditch river community health center is not good, this is due to the low knowledge of mothers about nutrition parenting, the low level of exclusive breastfeeding for toddlers, the inaccurate practice of giving complementary breastfeeding to children, less varied dietary arrangements, application of utilization of health services that are not yet good and the implementation of environmental sanitation is still poor.

Key Words: nutritional parenting; undernutrition; toddler

PENDAHULUAN

Menurut Global Nutrition Report, setiap tahunnya 3 juta anak balita di dunia mengalami kekurangan gizi dan secara global kerugian akibat biaya yang perlu dikeluarkan untuk perawatan kesehatan dan kehilangan produktivitas mencapai miliaran dolar.¹ Minimnya pengetahuan dan praktik pengasuhan anak dan pemberian makan anak yang tidak memadai turut menyebabkan tingginya angka gizi kurang. Kesehatan ibu juga berperan penting, karena banyak perempuan yang hamil saat usia remaja tidak makan dengan benar selama kehamilan sehingga sering melahirkan bayi yang kecil atau berat badan rendah.²

Peningkatan status gizi telah tercantum pada Rencana Strategis (Renstra) Kemenkes 2020-2024. Menurut data Riskesdas tahun 2018, proporsi status gizi kurang di Indonesia turun menjadi 17,7% dari 19,6%³. Kendati menurun, tapi penurunan yang tercatat dinilai masih kurang signifikan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan bahwa batas prevalensi 20% untuk gizi kurang.

Periode 1000 HPK merupakan periode sensitif, hal ini disebabkan akibat yang ditimbulkan kepada bayi pada masa ini bersifat permanen (tidak dapat dikoreksi). Dampak buruk masalah gizi yang timbul pada periode tersebut dalam jangka pendek yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik serta terganggunya metabolisme tubuh. Dampak jangka panjang yaitu dapat menurunkan kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah terserang penyakit, dan risiko tinggi munculnya penyakit tidak menular (PTM).⁴ Menjaga asupan gizi pada periode 1000 HPK pada anak merupakan hal yang sangat penting untuk menghindari dampak buruk masalah gizi.

Gizi kurang merupakan masalah gizi yang bersifat akut, terutama disebabkan oleh asupan yang kurang atau penyakit infeksi.⁵ Dampak dari gizi kurang salah satunya adalah stunting, stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal,¹ pada kondisi stunting dapat terjadi gangguan pada proses pematangan neuron otak serta

perubahan struktur dan fungsi otak yang dapat menyebabkan kerusakan permanen pada perkembangan kognitif, kondisi ini menyebabkan kemampuan berpikir dan belajar anak terganggu dan pada akhirnya menurunkan tingkat kehadiran dan prestasi belajar.

Kejadian gizi kurang salah satunya disebabkan oleh pola asuh balita, berdasarkan hasil penelitian⁶ tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak di Padang, menunjukkan bahwa persentase anak balita yang mengalami status gizi kurang lebih banyak terjadi pada ibu dengan pola asuh yang tidak baik yaitu 60%. Dengan kata lain, pola asuh ibu memegang peranan penting terhadap masalah gizi balita, terutama dalam hal asupan gizi keluarga, mulai dari penyediaan makanan, pemilihan bahan makanan, sampai menu makanan. Ibu yang memiliki status gizi baik akan melahirkan anak yang bergizi baik. Kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan baik dalam jumlah maupun mutu gizinya sangat berpengaruh bagi status gizi anak, yang mana bila ketahanan pangan tercukupi, rata-rata akan memiliki status gizi baik.⁷

Pola Asuh gizi merupakan bagian dari pola asuh anak yaitu praktik di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan anak. Aspek kunci pola asuh gizi meliputi perawatan dan perlindungan bagi Anak, Pemberian Makan, Pengasuhan Psiko-Sosial, kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, praktik kesehatan dan pola pencarian pelayanan kesehatan, serta praktik menyusui dan pemberian makanan pendamping ASI.⁸

Berdasarkan data rekap status gizi dari 1 Januari 2019 - 9 Maret 2020 Dinas Kesehatan Indragiri Hulu didapatkan bahwa, dari 18 puskesmas yang ada, puskesmas sungai parit merupakan puskesmas dengan kejadian stunting tertinggi yang mana telah ditemukan kejadian gizi kurang BB/U sebanyak 76 (11,4%) kasus.

Menurut pemantauan Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, masih berkembangnya pemahaman yang salah terhadap pola asuh gizi balita juga menjadi salah satu masalah yang berkontribusi terhadap terjadinya gizi kurang, yaitu adanya pemahaman bahwa anak tidak diberikan makan ikan dengan alasan takut cacingan, ibu yang tidak memberikan kolostrum (ASI pertama) pada anaknya, ibu yang memberikan MP ASI pisang/air tajin agar anak tidak rewel, kurangnya kesadaran ibu membawa anaknya ke Posyandu serta pemantauan lapangan

terlihat lingkungan yang tidak bersih. Selanjutnya penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang bagaimana pola asuh gizi pada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sungai Parit Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2020.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif analitik dengan design fenomenologi. Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Sungai Parit Kabupaten Indragiri Hulu pada bulan Agustus 2020. Informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan metode *Purposive Sampling* yaitu pengambilan sampel yang berdasarkan atas suatu pertimbangan tertentu seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya, dengan prinsip kesesuaian (*Appropriateness*) dan kecukupan (*Adequacy*). Kesesuaian berdasarkan pengetahuan dan informasi yang diberikan berdasarkan masalah penelitian dan kecukupan berdasarkan informasi yang didapatkan harus bervariasi.

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam selama \pm 30-45 menit kepada masing-masing informan dan data sekunder diperoleh melalui penelusuran dokumen Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. Variabel yang diteliti antara lain pengetahuan, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP ASI, pengaturan menu dan penyimpanan makanan, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan sanitasi. Validitas data dilakukan dengan metode triangulasi sumber, triangulasi data dan triangulasi metode.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini data diperoleh dari wawancara pertanyaan bersifat terbuka yang dilakukan terhadap informan. Empat orang menjadi informan utama dalam penelitian ini yaitu pengasuh utama (ibu) yang mempunyai balita usia 6-59 bulan dengan status gizi kurang. Selain informan utama, terdapat sembilan orang menjadi informan pendukung, informan pendukung tersebut adalah terdiri dari empat orang keluarga, empat orang kader dan satu orang penanggung jawab program gizi yang akan dijadikan sebagai sumber informasi *cross check* dalam triangulasi sumber.

A. Pengetahuan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap 4 orang informan utama, tentang pengetahuan mengenai pola asuh gizi, ditemukan bahwa sebagian besar informan memiliki pengetahuan yang rendah mengenai pola asuh gizi, hal ini dikarenakan masih rendahnya pengetahuan ibu mengenai ASI Eksklusif, manfaat ASI eksklusif, rendahnya pengetahuan ibu tentang bagaimana gizi yang baik untuk anak serta rendahnya pengetahuan ibu tentang porsi yang baik untuk gizi anak.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan informan mengenai mengenai pola asuh gizi masih rendah, hal ini dikarenakan masih rendahnya pengetahuan ibu mengenai ASI Eksklusif, manfaat ASI eksklusif. Hal ini sejalan dengan pernyataan salah seorang informan utama dalam penelitian, yang mana salah satu ibu mengatakan bahwa ASI Eksklusif adalah air susu yang berwarna kekuningan/ susu basi yang tidak boleh dibuang. Selain itu ibu belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai manfaat pemberian ASI Eksklusif, hal ini sejalan dengan pernyataan salah satu informan lainnya yang menyatakan bahwa manfaat ASI Eksklusif untuk menghilangkan haus dan mengenyangkan anak.

".....sebelum kita menyusui itu kan ada air susu agak-agak kuning gitu kan gak boleh dibuang, harus di kasi minum, kebanyakan kan kata nya susu basi, tak boleh dibuang harus itu yang dikasikan itu yang vitamin....."(Informan Utama 1)

"...Seperti susu bantu gitu...susu bantu..." (Informan Utama 4)

"...supaya badan anak kuat katanya, itu lah yang penting katanya....."(Informan Utama 1)

"....supaya ngilangin haus, supaya anak kenyang, supaya die sehat, supaya apa yang kita makan tu ke die..."(Informan Utama 3)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian⁹ tentang pemberian ASI eksklusif dengan status gizi bayi 7-12 bulan lampung selatan yang menyatakan ada hubungan pemberian asi eksklusif dengan status gizi bayi di wilayah kerja Puskesmas Kalianda Lampung Selatan 2019 dengan nilai OR 9,490 artinya responden yang tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya memiliki resiko 9,4 kali bayi akan mengalami status gizi kurang jika dibandingkan responden yang memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.⁹

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian¹⁰ tentang gambaran pengetahuan ibu dalam pemberian makanan bergizi dengan status gizi balita di Desa Gempolsongo Kecamatan Mijen Kabupaten Demak menyatakan bahwa, sebagian besar ibu memiliki pengetahuan sangat kurang tentang makanan bergizi, yang mana semua ibu belum tahu tentang definisi makanan bergizi dan menu makanan bergizi yang harus diberikan untuk anak. Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi cara penganeka ragam makanan yang dikonsumsi oleh anak sehingga tercapai gizi yang lengkap dan seimbang.

Berdasarkan pendapat peneliti, kejadian gizi kurang dapat dicegah dan dikurangi dengan cara mengetahui penyebab terjadinya gizi kurang yang disebabkan kurangnya konsumsi makanan dan mengetahui penyakit serta komplikasi dari gizi kurang. Ibu seharusnya memiliki pengetahuan tentang makanan yang mengandung zat gizi untuk balita, terutama untuk pertumbuhan balita dan pengetahuan bagaimana memilih makanan yang dapat meningkatkan status gizi balita. Menurut peneliti, tingkat pengetahuan yang baik memiliki kaitan terhadap perilaku ibu terhadap pola asuh gizi, jika pengetahuan ibu baik tentang gizi, maka dapat mempengaruhi pola asuh gizi balita dan akhirnya akan mempengaruhi status gizi balita. Sebagai salah satu contoh, jika ibu yang memiliki pengetahuan yang baik tentang pemberian pola makan untuk anak, maka ibu dapat memilih dan memberikan makan bagi balita baik dari segi kualitas maupun kuantitas sehingga dapat memenuhi angka kecukupan gizi yang dibutuhkan oleh balita sehingga dapat mempengaruhi status gizi balita tersebut. Untuk pengetahuan ASI Eksklusif, apabila ibu mengetahui dengan benar tentang ASI eksklusif terutama manfaatnya, maka akan lebih besar kemungkinan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif sehingga berkontribusi terhadap status gizi yang baik pada anak. Kurangnya pengetahuan tentang ASI Eksklusif bisa berakibat ibu mudah terpengaruh oleh orang terdekat, misalnya orangtua, mertua, saudara atau teman dekat. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan ibu di wilayah tersebut selain dengan penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, juga dilakukan upaya sosialisasi melalui media cetak seperti spanduk yang dipasang di tempat yang sering dilewati atau dikunjungi oleh masyarakat setempat, dengan itu diharapkan akan menambah informasi bagi masyarakat di wilayah tersebut.

A. Pemberian ASI Eksklusif

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap 4 orang informan utama dan 9 orang informan pendukung diketahui bahwa sebagian besar ibu tidak memberikan ASI eksklusif dan memberikan susu formula kepada anaknya dikarenakan ASI yang tidak keluar. Selain itu, sebagian besar ibu memberikan makanan lain selain ASI serta adanya dukungan keluarga terhadap pemberian makanan dan minuman lain selain ASI.

Praktek pemberian ASI pada pola asuh gizi terkait pola pemberian ASI (eksklusif dan non eksklusif), pemberian ASI, alasan tidak memberikan ASI, riwayat pemberian ASI, dan dukungan keluarga terhadap pemberian ASI. Berdasarkan hasil penelitian, pemberian ASI Eksklusif terhadap pola asuh gizi balita gizi rendah, hal ini didukung sebagian besar informan tidak memberikan ASI Eksklusif kepada anaknya.

"...ASI baru keluar 1 minggu, jadi dikasi susu SGM..."(Informan Utama 3)

"...Hari ke 3 asi saya baru keluar, jadi pake susu bantu..."(Informan Utama 4)

Sebagian besar ibu memberikan makanan lain selain ASI kepada anaknya serta adanya dukungan keluarga terhadap pemberian makanan dan minuman lain selain ASI.

"...Umur 1-6 bulan dikasi asi sama bubur pas umur 1 bulan, 3 kali sehari sebanyak 2 sendok sampai umur 6 bulan ..."(Informan Utama 2)

"...Umur 3 bulan, dikasi roti di ancur kan kasi susu..."(Informan Utama 3)

"...ada, waktu itu di kasi roti, pisang..."(Informan Pendukung 2)

"...Kalau waktu bayi dikasi susu SGM, Promina, roti ..."(Informan Pendukung 3)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian¹¹ yang menyebutkan bahwa riwayat pemberian ASI secara eksklusif berkaitan dengan pertumbuhan linier anak, anak-anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif lebih berisiko menderita masalah gizi dibandingkan dengan anak yang diberikan ASI eksklusif.

Rendahnya perilaku pemberian ASI Eksklusif didukung oleh pernyataan dari penanggung jawab program gizi di Puskesmas Sungai Parit yang menyatakan bahwa salah satu anak telah diberikan susu formula sejak dilahirkan dirumah sakit, pada saat anak lahir dirumah sakit, anak telah diberikan susu formula, yang mana rumah sakit juga sudah bekerja sama

dengan produk susu, sehingga saat anak lahir, anak langsung diberikan susu formula, yang mana hal ini menyebabkan kurangnya IMD dan pemberian ASI Eksklusif. Adanya pemberian makanan lain selain ASI pada usia 0-6 bulan juga menyebabkan rendahnya perilaku pemberian ASI Eksklusif kepada anak.

“.....Perilaku asi eksklusif di wilayah kerja kita masih sangat-sangat rendah ya..hmm karena bagi yang melahirkan bidan yang disini, itu masih kita anjurkan untuk asi eksklusif, akan tetapi yang melahirkan dirumah sakit, itu biasanya sudah bekerjasama dengan produk susu sehingga langsung diberikan susu formula, walaupun kita kemarin-kemarin masih ada kelas ibu hamil, nah sekarang kita ingat kan pada ibu-ibu, jika nanti melahirkan tidak di puskesmas atau di balai klinik, disini kan ada balai klinik punya mak usu Yuliana, nantik melahirkan dirumah sakit pun ingatkan mereka untuk IMD dan ASI, jangan dikasi susu formula, nah setelah mereka pulang kita tanyakan lagi di kunjungan neonatus, kita tanyakan lagi “... tak bise buk, kamilah dibagi susu disane...”, dia pun rupanya bukan rawat gabung, tapi pisah bayi dan ibu, makanya capaian kita pun rendah....” (Informan pendukung penanggung jawab gizi)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian¹² tentang pola pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian gizi kurang, yang menyatakan bahwa sebagian besar responden tidak memberikan ASI secara Eksklusif karena sebagian ibu lebih memilih untuk memberikan susu formula serta memberikan makanan tambahan pada balita berumur <6 bulan. ASI Eksklusif yaitu bayi yang hanya diberikan ASI saja, tidak diberikan tambahan cairan lain seperti susu formula, air teh, madu, air putih juga tidak diberikan makanan padat seperti pisang, bubur, biskuit, bubur nasi dan nasi tim selama 6 bulan.¹³

Informasi yang didapatkan dari penanggung jawab program gizi di Puskesmas, satu anak lahir dirumah bukan di fasilitas kesehatan, dan saat dilakukan kunjungan kerumahnya, anak telah diberikan pisang yang telah dikerokkan oleh neneknya yang mana peran dari neneknya lebih aktif daripada ibunya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian studi kualitatif¹⁴ tentang gambaran pola makan anak usia 3-5 tahun dengan gizi kurang Kecamatan Jabon yang menyatakan 60% anak dengan gizi kurang, diasuh oleh neneknya.

Menurut peneliti, pemberian ASI Eksklusif berkontribusi terhadap pencegahan

terjadinya gizi kurang balita, selain ASI mudah di cerna, ASI juga memiliki kandungan zat gizi yang dibutuhkan oleh bayi terutama untuk kekebalan tubuh bayi dan melindungi bayi dari serangan penyakit, selain itu ASI juga berperan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi terutama otak dan kognitifnya yang optimal.

Praktek pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja puskesmas sungai parit masih rendah, hal ini disebabkan banyak ibu yang memberikan ASI kepada anaknya, tetapi juga memberikan minuman lain selain ASI seperti air teh, air tajin, air putih saat anak berumur kurang dari bulan. Selain itu, kurangnya IMD terhadap bayi dilahirkan dirumah sakit, dalam hal ini rumah sakit telah bekerja sama dengan produk susu formula. Pihak puskesmas telah melakukan koordinasi dengan pihak rumah sakit agar bayi yang dilahirkan dirumah sakit tidak diberikan susu formula, tentunya koordinasi ini juga dilakukan bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu.

B. Pemberian MP ASI

Berdasarkan hasil wawancara terhadap 4 informan utama dan 9 informan pendukung tentang pemberian MP ASI pada pola asuh gizi, yang mana sebagian besar informan belum tepat dalam pemberian MP ASI terhadap anaknya, yang di tandai masih ditemuinya pemberian MP ASI dini, kurang tepatnya pemberian makanan selingan anak, serta kurangnya variasi menu makan anak sehingga kandungan gizi anak kurang memadai.

Pemberian MP ASI pada pola asuh gizi yaitu batasan MP ASI (pemberian MP ASI pertama kali), latar belakang pemberian MP ASI dini, jenis MP ASI, menu MP ASI, pemberian makanan selingan serta frekuensi pemberian MP ASI. Berdasarkan hasil penelitian, pemberian MP ASI masih belum tepat, hal ini sejalan dengan pernyataan dari informan utama yang mana telah memberikan MP ASI kepada anaknya saat berumur 1 dan salah satu informan lainnya telah memberikan MP ASI saat berumur 3 bulan, adapun makanan yang diberikan yaitu roti, bubur, dan pisang yang dikerok. Hal ini juga didukung dengan informasi yang didapatkan dari penanggung jawab program gizi puskesmas sungai parit, yang mana penanggung jawab program menyatakan masih ditemukan ibu yang memberikan madu dengan alasan kepercayaan turun temurun, yaitu madu diberikan dengan alasan agar anak tidak dimadu ketika dewasa, dilain sisi anak juga diberikan pisang kapas

dengan alasan agar feses anak jatuh dan fesesnya tidak lengket di popok anak.

"...umur 1 bulan sudah saya berikan makan..."(Informan Utama 2)

"...yaa waktu umur 3 bulan saya kasi bubur atau roti lembut..."(Informan Utama 3)

"...untuk kebiasaan kemarin itu baru selesai KN, itu anak masih di jumpai yang begitu lahir di berikan madu, memang itu sudah turun temurun dari keluarga keluarga sebelumnya, bahwa anak itu diberikan madu, alasannya ada yang mengatakan supaya tau manisnya dunia, yang kedua ada yang mengatakan supaya besar besok supaya tidak di madu, pokoknya gak masuk di logika kita kenapa dia di kasi madu, katanya untuk kekebalan tubuh, tapi sebetulnya gak ada sih, tapi gak tau juga ya, kemudia ada juga yang masih memberikan pisang kapas, begitu lahir dikasi pisang kapas, itu masih sering kita jumpa karena apa? Biar enak nanti membuah taiknya kalau dikasi pisang itu kan dia mudah jatuh taiknya tidak lengket di popok, tapi sekarang mungkin udah jarang..."(Informan pendukung penanggung jawab gizi)

Pemberian MP ASI sebelum anak berumur 6 bulan tentu bukan tindakan yang tepat, dikarenakan pencernaan anak yang belum siap untuk mencerna makanan, pemberian MP ASI yang kurang tepat atau terlalu dini dapat menyebabkan bayi mudah alergi terhadap zat makanan tertentu. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu tentang pemberian MP ASI dini dengan status gizi balita 6-12 bulan yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pemberian makanan pendamping ASI dini dengan status gizi bayi. Nilai Odd Ratio: 6,8 (1,436-32,197) yang artinya risiko terganggunya status gizi bayi yang diberikan makanan pendamping ASI dini 6,8 kali lebih besar dari pada bayi yang tidak diberikan makanan pendamping ASI dini.¹⁵

Latar belakang ibu melakukan pemberian MP ASI sebelum usia 6 bulan disebabkan ibu menganggap anak belum kenyang bila diberi ASI saja, hal ini sejalan dengan pernyataan dari informan utama yang menyatakan bahwa anak belum kenyang bila hanya diberi ASI saja serta anak selalu menangis, hal ini juga didukung oleh pernyataan dari informan pendukung (keluarga) didalam penelitian yang menyatakan bahwa merasa kasihan jika anak diberikan ASI saja pada saat berumur 0-6 bulan.

".....ya karena asi kan kurang kenyang, ibaratnya Cuma susu aja, ibaratnya susu Cuma bantu sebentar kan, jadi kita tolong dengan bubur, supaya kenyangnya sempurna gitu..."(Informan Utama 2)

"...di kasi krn air susu kurang, gak kenyang, suka nangis malam malam, di kasi susu kadang dimuntahin, kadang kembung, gak mau dia..."(Informan Utama 3)

"...kate die kesian budak kalau cuma kasi susu aje...."(Informan Pendukung 2)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya tentang dukungan keluarga terhadap pemberian MP ASI yang menyatakan adanya hubungan karakteristik ibu dan dukungan keluarga dengan pemberian MP-ASI, responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik dalam pemberian MP-ASI, maka akan didapatkan pemberian MP-ASI juga baik karena dengan adanya dukungan keluarga, suami atau anggota keluarga lainnya.¹⁶

MP ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI.¹⁷

Berdasarkan hasil penelitian, kurangnya variasi menu pemberian MP ASI yang diberikan kepada anak, sebagian informan hanya memberikan satu jenis makanan saja seperti kentang, wortel, dan sayur, hal ini sejalan dengan pernyataan dari salah satu informan pendukung (keluarga), yang menyatakan bahwa terkadang anak hanya diberikan roti yang dicelup air saja.

"...ya di kasi Sun aja, variasi nya dari rasa..., kadang nasi di kasi kecap biar gak asin kadang dikasi sayur aja..."(Informan Utama 1)

"...insya Allah om, kadang ganti, tergantung rezeki kan, kadang masak 2 macam, untuk anak 1 macam, suami 1 macam, tergantung yang dia minta lah kan, ya makan sayuran, wortel kan, kangkung, bayam..."(Informan Utama2)

"...kadang kasi wortel, kentang, kadang kasi kecap...."(Informan Pendukung 1)

"...jajan roti tu lah bang, baru die endak pakai air putih tu aje kan celup..."(Informan Pendukung2)

Variasi menu yang tidak tepat tentunya menyebabkan anak kekurangan asupan. Selain itu, anak yang diberikan selingan yang tidak tepat, anak yang jarang diberikan buah serta anak banyak diberikan jajan oleh orang tuanya dan jarang diberikan buah. Berdasarkan hasil penelitian, hampir semua anak memiliki kebiasaan jajan seperti roti, kerupuk, es, sosis, gorengan.

Selain itu anak diberikan selingan yang tidak tepat, anak jarang diberikan buah serta anak banyak diberikan jajan oleh orang tuanya dan jarang diberikan buah. Berdasarkan hasil

penelitian, hampir semua anak memiliki kebiasaan jajan seperti roti, kerupuk, es, sosis, gorengan.

"...yaa kan kita kasi nasi pagi, siang, sore dan malam, itu pun kalau dia teratur pulak kan, kadang ada pulak stok jajannya..."(Informan Utama2)

"...ya selingan kita kasi jajan seperti sosis, minuman, kayak tahu goreng dan tempe goreng..."(Informan Utama 4)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian¹⁸ tentang faktor kejadian sunting Kabupaten Karawang yang menyatakan bahwa sebanyak 80,6% ibu memberikan snack pada balita.¹⁸

Adapun MP ASI yang baik untuk anak yaitu: 1) Padat energi, protein dan zat gizi mikro (antara lain Fe, Zinc, Kalsium, Vit. A, Vit. C dan Folat) yang tidak dapat dipenuhi dengan ASI saja untuk anak mulai 6 bulan, 2) Tidak berbumbu tajam, 3) Tidak menggunakan gula dan garam tambahan, penyedap rasa, pewarna dan pengawet, 3) Mudah ditelan dan disukai anak, 4) Diupayakan menggunakan bahan pangan lokal dengan harga terjangkau.¹⁹

Dari hasil pembahasan, peneliti berpendapat bahwa, pemberian MP ASI dalam penelitian ini belum tepat, hal ini disebabkan masih ditemukannya praktek pemberian MP ASI dini kepada anak, pemberian MP ASI yang tepat merupakan salah satu perilaku yang berpengaruh terhadap keberhasilan pola asuh gizi, terutama pemberian MP ASI dari segi waktu, yaitu tidak terlalu cepat dan tidak terlalu lambat dalam mengenalkan MP ASI kepada anak. Yang mana seperti yang kita ketahui bila dilakukan pemberian MP ASI terlalu cepat atau <6 bulan dapat berisiko dikarenakan pencernaan anak yang belum siap sehingga menimbulkan penyakit yang dapat mempengaruhi status gizi balita, begitu juga sebaliknya bila anak terlalu lambat dikenalkan dengan MP ASI, maka akan mempengaruhi pola makan anak di usia selanjutnya. Dengan kata lain, kedua hal ini tentunya sangat berpengaruh terhadap status gizi balita.

Upaya yang dapat dilakukan yaitu meningkatkan frekuensi penyuluhan baik di luar gedung maupun di luar gedung seperti arisan atau pengajian, meningkatkan frekuensi kunjungan neonatus dengan tujuan agar dapat memantau perkembangan gizi anak sekaligus melakukan follow up praktek pemberian MP ASI anak, selain itu kader dapat membuat komunitas ibu yang mempunyai balita agar informasi dapat

diberikan secara intens dan informasi yang diberikan juga tepat sasaran.

C. Pengaturan menu dan penyimpanan makanan

Berdasarkan hasil wawancara terhadap 4 informan utama dan 9 informan pendukung tentang pengaturan menu makanan pada pola asuh gizi, yang mana masih belum tepatnya pengaturan menu makan terhadap anak, yang di tandai masih kurangnya variasi menu makan anak sehingga kandungan gizi anak kurang memadai.

Pengaturan menu makan anak dalam pola asuh gizi yaitu penyusunan menu makanan anak (kandungan karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin), jadwal pemberian makan, selingan makan anak serta isi piring makan anak. Berdasarkan penelitian, pengaturan menu makan anak masih belum tepat, hal ini disebabkan menu makanan yang diberikan hanya satu jenis saja.

"...kentang, wortel, tempe, salah satunya aja Cuma kentang campur dengan nasi, yang penting ada sayur....."(Informan Utama 2)

"...nasi sayur, sambal, kadang pake ikan, kadang pake telur ceplok saja..."(Informan Utama 3)

"...kadang yang itu aje mau e bang, ikan aje die mau bang, telur kadang mau Cuma yang putih e aje, susah kadang bang..."(Informan Pendukung 2)

"...biase e di kasi makan nasi ngikut makan awak lauk e kadang sambal, sayur kuat juga tu bayam kangkung, jajan jajan..."(Informan Pendukung 3)

Hal ini sejalan dengan pernyataan salah seorang informan utama yang menyatakan bahwa terkadang anak hanya diberikan satu jenis menu makanan saja. Selain itu, menu makanan anak yang mengikuti menu makan orang tuanya, serta anak hanya diberikan menu makanan yang ia sukai setiap makan. Hal ini sejalan dengan pernyataan informan pendukung (keluarga) yang menyatakan bahwa anak diberikan makan dengan menu makanan yang ia sukai saja serta anak yang mengikuti lauk orang tuanya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu tentang gambaran pola makan anak usia 3-5 tahun dengan gizi kurang Kecamatan Jabon yang menyatakan 80% anak dengan gizi kurang, berpola makan kurang baik, sedangkan 20% anak dengan gizi kurang, berpola makan baik.¹⁴

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas

makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga akan mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Gizi yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan normal serta perkembangan fisik dan kecerdasan bayi, anak-anak, serta seluruh kelompok umur.¹⁹

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar anak disuapi makan oleh ibunya, dan salah satu anak makan dengan piringnya sendiri. Alasan salah satu ibu masih menyuapi anaknya disebabkan anaknya kembar, yang mana saudara kembarnya lebih banyak makan dibandingkan kembarnya, hal ini juga didukung oleh pernyataan salah satu informan keluarga yang menyatakan bahwa anak tidak mau makan jika tidak disuapi ibunya.

"...Disuapin dikarenakan anaknya kembar jadi yang paling banyak makan itu kembarnya kalau adeknya ini tidak kuat makan..."(Informan Utama 4)

"...anak suap mak e, sejak umur 5 bulan, itu tak banyak makan bang, sikit-sikit, mamak nyuapkan...."(Informan Pendukung 4)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian tentang pola pemberian makan pada balita gizi buruk Kota Pekanbaru, yang mana menyatakan bahwa sebagian besar ibu dari balita yang mengalami gizi buruk pasrah dengan masalah makan yang dihadapi anaknya. Ibu membiarkan pola makan anak terbentuk sesuai dengan keinginan anaknya.²⁰

Adapun menu seimbang untuk balita yaitu: 1) ASI masih diberikan sampai usia 2 tahun. 2) Makanan dalam bentuk biasa atau nasi lunak diberikan pada anak 1-3 tahun. 3) Bila anak usia 3-5 tahun, maka jenis makanannya sama dengan usia sebelumnya, yaitu makanan sehat tetapi mengandung energi, protein (usahakan 1/3 dari protein hewani), vitamin dan mineral lebih banyak. 4) Dalam pemberian dan konsumsi sayuran bagi balita harus diperhatikan. 5) Agar tidak mengganggu makanan utama anak, hendaknya makanan selingan/snack diberikan dengan porsi sedang. 6) Dalam pemilihan jenis bahan makanan yaitu sumber karbohidrat, protein hewani hendaknya tidak menimbulkan alergi, sedangkan untuk pemilihan jenis sayur dan buah disesuaikan dengan keadaan balita dan mudah cerna. 7) Jumlah cairan yang diberikan cukup, bentuk makanan serta frekuensi pemberian makanan disesuaikan dengan keadaan balita. 8) Untuk memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi balita, makanan yang diberikan harus dengan kualitas baik.²¹

Dari hasil pembahasan, peneliti berpendapat variasi menu dalam pengaturan makanan anak merupakan hal yang penting dalam upaya pencegahan gizi kurang pada balita, hal ini disebabkan variasi menu dalam makanan anak mempunyai pengaruh agar balita mendapatkan kandungan gizi yang seimbang serta menghindari balita agar tidak bosan terhadap menu yang diberikan, adanya variasi menu dapat menarik perhatian balita sehingga mencegah balita sulit makan, seperti contoh membuat bentuk makanan sesuai dengan tokoh kartun yang disukai balita dapat dilakukan, sehingga dapat menarik perhatian balita agar mau makan.

D. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara terhadap 4 informan utama dan 9 informan pendukung tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan ditemukan bahwa sebagian besar informan tidak rutin membawa balita ke posyandu, selain itu balita tidak mendapatkan imunisasi lengkap, kurangnya kesadaran ibu dalam mengkonsultasikan kesehatan gizi anaknya, ibu yang kurang mendapatkan informasi kesehatan, masih ditemukannya pengobatan selain ke fasilitas kesehatan seperti dukun kampung, ibu yang tidak mau membawa anaknya ke posyandu karena malu dengan status gizi anak, serta respon negatif dari ibu jika diberikan saran mengenai kesehatan gizi anak mereka.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam pola asuh gizi pada balita dilakukan penimbangan berat badan, penentuan status tumbuh kembang, penyuluhan dan konseling oleh tenaga kesehatan, pemeriksaan kesehatan anak oleh tenaga kesehatan dari puskesmas, meliputi deteksi keabnormalan tumbuh kembang, imunisasi wajib, dan pemberian kapsul vitamin A setiap 6 bulan sekali.

Berdasarkan hasil penelitian, pemanfaatan pelayanan kesehatan masih belum diterapkan secara baik, hal ini disebabkan masih ada ibu yang tidak rutin membawa anaknya ke posyandu, serta tidak lengkapnya pemberian imunisasi. Hal ini sejalan dengan pernyataan informan utama yang menyatakan bahwa, tidak rutin (bolong-bolong) membawa anaknya ke posyandu.

"...Kadang ade 3 kali, kadang sering, kadang bolong-bolong..."(Informan Utama 3)

Hal ini juga didukung dari hasil telaah dokumen yang dilakukan peneliti melalui KMS

seluruh informan yang menunjukkan bahwa sebagian informan tidak rutin membawa anaknya ke posyandu. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan terhadap kejadian stunting adalah frekuensi kunjungan posyandu. Anak yang tingkat kehadiran ke posyandu rendah mempunyai risiko 3,1 kali untuk tumbuh stunting apabila dibandingkan dengan anak yang rutin hadir ke posyandu.²²

Berdasarkan penelitian, masih ditemukannya pengobatan selain di fasilitas kesehatan, hal ini didukung oleh informasi yang didapatkan dari salah satu informan keluarga yang melakukan pengobatan kampung jika anaknya sakit, selain itu hal ini juga didukung dengan pernyataan dari penanggung jawab program gizi yang menyatakan masih ditemukannya anak yang lahir dirumah bukan di fasilitas kesehatan, serta masyarakat yang melakukan pengobatan di dukun kampung.

“...untuk anak-anak yang bermasalah ini sepertinya mereka cuek dengan anaknya gitu...kalau pun kita anjurkan mereka jarang yang melakukan, mereka lebih biarlah yang penting ada makan, walaupun dengan jajan, ya seperti itu...seperti nya mereka sudah pasrah dengan anak-anak yang bermasalah itu, kadang masih banyak yang berobat dengan dukun, diare mereka ke dukun, anak demam ke puskesmas gak bisa akhirnya ke dukun kampung, jangankan anak anak, untuk dewasa aja ke dukun, katanya ketogoan pake kunyit ilang, jadi tak bisa pake obat de letak, jadi pake kunyit....”(Informan Pendukung Penanggung Jawab Gizi)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian tentang pengetahuan dan pengobatan tradisional Kecamatan Barus Jahe, yang menyatakan sebagian besar penyembuhan penyakit Kecamatan Barus Jahe dilakukan dengan ramuan yang dimakan dan diminum yang pada dasarnya adalah bahan alami seperti tumbuhan, hewani maupun bahan mineral alam.²³

Berdasarkan hasil penelitian, ibu malu membawa anaknya ke posyandu disebabkan anak berstatus gizi kurang, serta adanya respon negatif dari ibu saat petugas kesehatan mengingatkan mengenai status gizi anaknya. Hal ini didukung dari pernyataan yang didapatkan dari informan pendukung yaitu kader dan penanggung jawab program gizi yang menyatakan bahwa salah satu ibu tidak mau membawa anaknya ke posyandu disebabkan

tidak terima bahwa anaknya memiliki status gizi kurang.

“...jarang ini ke posyandu, itu lah dek anak e kecil die tersinggung, bilang anak kurang gizi, tak terima die..kate die memang keturunan anak e kecil-kecil....”(Informan Pendukung Kader 2)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian tentang stigma negatif pada ibu dengan anak gizi buruk, yang menyatakan bahwa ibu menganggap anaknya tidak memiliki masalah meskipun petugas kesehatan telah menyampaikan bahwa anaknya termasuk dalam kategori gizi buruk, bagi ibu, selama anak tidak sakit maka tidak ada masalah yang perlu dikhawatirkan.²⁴

Berdasarkan pendapat peneliti, pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam penelitian ini belum baik, banyak ibu yang tidak rutin melakukan kunjungan posyandu, serta melakukan pengobatan selain ke fasilitas kesehatan. Karakteristik ibu di wilayah tersebut menjadi salah satu penyebab ibu tidak rutin membawa balita ke posyandu, yaitu ibu yang merasa malu dengan status gizi anak serta ibu yang cuek dengan informasi kesehatan mengenai gizi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan hal yang berpengaruh terhadap status gizi balita, apabila balita rutin dibawa ke posyandu, tentunya ibu dapat memantau tumbuh kembang balita secara baik, serta dapat melakukan deteksi dini apabila balita mengalami masalah terhadap status gizinya. Selain itu dengan rutusnya ibu ke posyandu, maka ibu akan banyak mendapatkan informasi kesehatan dari tenaga kesehatan terutama mengenai status gizi anak, yang mana tentunya hal ini berkontribusi dalam upaya pencegahan masalah status gizi pada anak. Upaya yang dapat dilakukan yaitu melakukan pendekatan kepada ibu ataupun keluarga yang memiliki balita dengan masalah gizi sebagai bentuk upaya penyampaian informasi agar lebih diterima oleh ibu.

E. Sanitasi

Berdasarkan hasil wawancara terhadap 4 informan utama dan 9 informan pendukung tentang sanitas, sebagian besar informan tidak melakukan PHBS tatanan rumah tangga seperti buang air besar sembarangan meskipun mempunyai kamar mandi dirumah, tidak cuci tangan pakai sabun, dan perilaku membuang

sampah di sungai yang mana air sungai tersebut juga digunakan untuk mandi dan mencuci.

Sanitasi dalam pola asuh gizi yaitu terkait dengan sumber air, perilaku hidup bersih dan sehat terkait kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, kebiasaan buang air besar, kebersihan anak, perilaku membuang sampah dan pengelolaannya. Berdasarkan hasil penelitian, sanitasi pada pola asuh gizi masih buruk, hal ini disebabkan ibu belum melakukan penerapan cuci tangan pakai sabun, hal ini didukung dengan pernyataan dari informan utama yang menyatakan bahwa ibu terkadang tidak mencuci tangan sebelum memberi anak makan disebabkan karena memberi makan anak memakai sendok dan perut yang sudah lapar yang menyebabkan ibu tidak sempat cuci tangan.

"...kalau sebelum makan, ya kadang cuci tangan kadang tidak..."(Informan Utama 2)
"...Cuci tangan, cuci tangan dia juga, nyiapkannya dah sudah.. kadang pake sabun kadang tidak tergantung perut lah lapo kan..."(Informan Utama 3)

Selain itu perilaku membiasakan anak buang air kecil maupun buang air besar sembarangan yang masih dilakukan ibu. Hal ini didukung oleh pernyataan informan pendukung (kader) yang menyatakan bahwa, saat anak ingin buang air, ibu menyarankan anak untuk buang air dimana saja, hal ini menyebabkan terkadang anak buang air besar atau buang air kecil di depan/halaman rumahnya. Saat melakukan wawancara di salah satu rumah informan, peneliti tidak sengaja menemukan anak yang sedang buang air kecil di halaman rumahnya. Dari hasil observasi yang dilakukan, sebagian besar informan membuat jamban ditepi sungai.

"...tapi itu lah orang dewasa aja merubah perilakunya susah, yang ada wc dirumah mau juga ke sungai, apalagi anak-anak kan..tapi sebenarnya itu tergantung orang tua juga lah kan, kadang ada orang tua yang malas, bahasa kampung awak kan, "mau berak nak?" Terserah lah mau berak dimana..karena kebiasaan itu tadi karena terbiasa jadi susah merubah e..kadang beol di depan....."(Informan Pendukung Kader 1)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian tentang hubungan perilaku kadarzi dengan PHBS tatanan rumah tangga terhadap status gizi balita di Puskesmas Dirgahayu, yang menyatakan keluarga dengan kategori rumah tidak sehat memiliki risiko 22,56 kali lebih besar memiliki balita gizi kurang dibanding keluarga dengan kategori rumah sehat.²⁵

Hasil penelitian yang dilakukan, penyakit yang banyak diderita oleh anak balita di wilayah puskesmas sungai parit adalah gatal-gatal, hal ini didukung dengan pernyataan yang didapatkan dari informan pendukung yaitu kader yang menyatakan sebagian besar penyakit yang sering diderita balita adalah gatal-gatal.

".....Disini gatal gatal lah, mungkin kalau kami berpendapat...air jugak mungkin, faktor main pasir, mungkin karena main pasir atau air sungai apalagi air udah tercemar kan sama tambang emas kan...."(KI)

Kenyataannya masyarakat setempat melakukan kegiatan mandi dan mencuci menggunakan air sungai, tentunya ini akan berdampak terhadap kesehatan khususnya anak. Masyarakat yang tinggal di sekitar sungai tentunya memanfaatkan sungai dalam kehidupan sehari-hari mereka baik mencuci ataupun mandi. Ketika mereka menggunakan air sungai yang telah tercemar, tentu akan ada efek samping yang dirasakan. Hal ini sejalan dengan pernyataan dari informan pendukung (kader) yang menyatakan terkadang untuk warga yang tidak punya mesin cuci, maka mereka akan mencuci di sungai. Hal ini tentunya memiliki dampak yang akan diterima oleh masyarakat yaitu penyakit, hal ini disebabkan masyarakat menggunakan air sungai yang sudah tercemar. Hasil penelitian ini sejalan²⁶ yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara lingkungan fisik tempat tinggal dengan kejadian penyakit pada balita, dengan lingkungan yang mendukung, maka akan menciptakan balita yang sehat dan bebas dari penyakit sehingga mengurangi risiko terjadinya permasalahan gizi pada balita.

Upaya yang dilakukan untuk menjaga kesehatan anak, sebagian informan belum menerapkan upaya yang baik dalam menjaga kebersihan anak, hal ini sejalan dengan pernyataan informan utama yang menyatakan upaya membersihkan anak yaitu dengan cara dimandikan, disikat saja. Hal ini tidak sesuai dengan upaya menjaga kebersihan anak, yaitu mandikan anak setiap hari dua kali pada pagi dan sore hari menggunakan sabun mandi, mencuci rambut anak dengan sampo sebanyak 2-3 kali dalam satu minggu, menerapkan cuci tangan pakai sabun kepada anak sebelum makan dan sesudah buang air besar, menggunting kuku anak ketika panjang, ajari anak buang air besar dan kecil di WC, jaga kebersihan pakaian, mainan, dan tempat tidur, jaga perlengkapan makan dan minum.¹⁷

Berdasarkan pendapat peneliti, penerapan sanitasi di dilayah tersebut masih buruk, disebabkan kebiasaan warga di wilayah tersebut yang sulit dirubah, mulai dari buang air besar di sungai meskipun memiliki kamar mandi dirumah, perilaku buang sampah di sungai serta sebagian warga menggunakan air sungai tersebut untuk kegiatan sehari hari seperti mencuci baju dan mandi. Penerapan sanitasi seperti penerapan PHBS tatanan rumah tangga yang baik salah satunya perilaku cuci tangan pakai sabun serta perilaku buang air besar tidak sembarangan penting diterapkan kepada anak sejak dini.

Apabila sanitasi balita buruk, maka akan mempengaruhi kesehatan balita itu sendiri yang mana berisiko timbulnya berbagai macam penyakit yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Upaya yang dapat dilakukan yaitu melakukan kerja sama antara pihak Dinas Kesehatan, puskesmas dan tokoh masyarakat selain melakukan penyuluhan, penyediaan jamban sehat bagi warga yang belum memiliki kamar mandi, dan penyediaan tong sampah agar masyarakat tidak membuang sampah di sungai. Dalam hal ini tokoh masyarakat sebagai fasilitator penggerak masyarakat.

KESIMPULAN

Sebagian besar ibu memiliki pengetahuan ibu yang rendah mengenai pola asuh gizi balita ditandai dengan ibu tidak mengetahui ASI Eksklusif, manfaat ASI Eksklusif, bagaimana gizi yang baik untuk anak serta pemahaman yang kurang mengenai porsi gizi yang baik untuk anak.

Masih rendahnya perilaku pemberian ASI Eksklusif ibu ditandai dengan pemberian makanan lain selain ASI, masih belum baiknya penerapan pemberian MP ASI ditandai dengan pemberian MP ASI dini, tidak tepatnya pemberian selingan makan anak dan kurangnya variasi menu MP ASI, masih belum baiknya penerapan pengaturan menu oleh ibu pada balita ditandai dengan kurangnya variasi menu makan, serta menu mengikuti menu orang dewasa.

Penerapan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu pada balita masih belum baik ditandai dengan ibu yang tidak rutin membawa anak ke posyandu, tidak lengkap pemberian imunisasi, kurangnya kesadaran ibu mengkonsultasikan kesehatan anak, serta respon negatif dari ibu saat diberikan saran mengenai gizi anak serta penerapan sanitasi ibu pada balita masih belum baik ditandai dengan adanya perilaku BAB sembarangan, tidak mencuci

tangan pakai sabun dan membuang sampah di sungai.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. *Bul Jendela Data dan Inf Kesehat*. 2018;53(9):1689–99.
2. UNICEF Indonesia. *Status Anak Dunia*. 2019;
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Riset Kesehatan Dasar Nasional*. Kementerian Kesehat RI. 2018
4. Kemendikbud, World Health Organization, UNICEF. *Modul Pendidikan Keluarga pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)*. Discuss Pap. 2019;12.
5. Peraturan Menteri Kesehatan. *Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit*. *Carbohydr Polym*. 2019;6(1):5–10.
6. Putri RF, Sulastri D, Lestari Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *J Kesehat Andalas*. 2015;4(1):254–61.
7. Arlius A, Sudargo T, Subejo S. Hubungan Ketahanan Pangan Keluarga Dengan Status Gizi Balita (Studi Di Desa Palasari Dan Puskesmas Kecamatan Legok, Kabupaten Tangerang). *J Ketahanan Nas*. 2017;23(3):359.
8. Hartati P. *Nutritional Behavior Patterns In Program Of Giving Additional*. 2018;1(Snpd):293–301.
9. Linawati, Agustina H. Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Status Gizi Bayi 7-12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalianda Lampung Selatan. [*Manuju Malahayati Nurs Journal*. 2020;2(1):140–50.
10. Cahyanti L. *Gambaran Pengetahuan Ibu Dalam Pemberian Gempolsongo Kecamatan Mijen Kabupaten Demak Luluk Cahyanti Dosen Akper Krida Husada Kudus*. *J Profesi Keperawatan*. 2018;5(1):1–17.
11. Prastia TN, J YN, Azhar EH, . C, Isnani SA. *Studi Kualitatif Praktik Pemberian Asi Pada Bayi Usia 0-4 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadijaya Kota Depok*. *Heartly*. 2019;7(1):1–9.
12. Adriani M, Kartika V. *Pola Asuh Makan pada Balita dengan Status Gizi Kurang di Jawa Timur, Jawa Tengah dan Kalimantan Tengah*, Tahun 2011. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2017;16(2 Apr):185–93.
13. Mufdillah, Subijanto, Sutisna E&, Akhyar M. *Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif*. *Buku Pedoman Asi*. 2017;0–38.
14. Arifin. *Gambaran pola makan anak usia 3-5 tahun dengan gizi kurang di pondok bersalin tri sakti balong tani kecamatan jabon – sidoarjo*. 2015;1(1).
15. Ester I, Kalsum U, Satriani. *Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Dini Dengan Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan di Wilayah*

- Kerja Puskesmas Harapan Baru Samarinda Tahun 2019 Skripsi. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. 2019
16. Arifin, Y., Syofiah, P., Hesti N. Keluarga Dengan Pemberian Mp-Asi Pada Balita. *J Hum Care.* 2020;5(3):836-44.
 17. Kemenkes RI. Buku kesehatan ibu dan anak. 2015.
 18. Karawang KEC, Kabupaten B. Survei Faktor Risiko Kejadian Stunting Di Kelurahan Tanjung Mekar. 2019
 19. Permenkes 23,. 2014;1-96.
 20. Afritayeni. Pola pemberian makan pada balita gizi buruk di kelurahan rumbai bukit kota pekanbaru. 2017;2(February):7-17.
 21. Pritasari dkk. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Badan Litbangkes - Kementerian Kesehatan RI. 2017.
 22. Destiadi A, Susila T, Sumarmi S. Frekuensi Kunjungan Posyandu dan Riwayat Kenaikan Berat badan sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 3-5 Tahun. *Media Gizi Indones.* 2013; 10:71-75.
 23. Sembiring. Perspektif sosiologi, vol. 3, no. 1, oktober 2015. 2015;3(1).
 24. Setiyowati E. Stigma Negatif pada Ibu dengan Anak Gizi Buruk: Studi Fenomenologi. 2017:277-81.
 25. Winarti A. Hubungan perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PBHS) pada tatanan rumah tangga dengan status gizi balita usia 24-59 bulan. 2017;5(2):88-97.
 26. Tinggi P. *Jurnal Kesehatan AIPTINAKES* Jatim. 2019

PREEKLAMPSIA BERAT PADA IBU HAMIL DI RSUD RADEN MATTAHER JAMBI

Diniyati*, Lia Artika Sari, Ayu Nurma Afriyanti

Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jambi

*Korespondensi Penulis: diniyati461@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang Usia yang dipandang memiliki risiko saat melahirkan adalah di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Sedangkan antara 20-35 tahun dari segi usia merupakan usia reproduksi sehat dengan risiko melahirkannya minimal, ibu yang memiliki riwayat kehamilan dengan preeklampsia akan berisiko sebesar 8,81 kali lebih besar untuk hamil kembali dengan preeklampsia di bandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat preeklampsia..

Metode: Penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia berat pada ibu hamil di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang berkunjung ke RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tahun 2018 . Teknik sampel dengan Total Sampling yaitu sebanyak 122 ibu hamil yang mengalami preeklampsia berat. Penelitian ini dilakukan di RSUD Raden Mattaher Jambi dari tanggal 17 juni s/d 4 Juli 2019. Data pada penelitian ini menggunakan data sekunder berupa data rekam medik di RSUD Raden Mattaher tahun 2018. Analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah univariat dan bivariat dan dianalisis dengan chi-square

Hasil: semua variabel berhubungan yaitu ada hubungan antara usia ibu hamil dengan preeklampsia dengan p-value 0.000, ada hubungan antara karakteristik paritas ibu bersalin dengan preeklampsia dengan p-value 0.000 ada hubungan antara gravida ibu dengan kasus preeklampsia dengan p-value 0.004..

Kesimpulan: Ada hubungan antara usia ibu hamil dengan preeklampsia. ada hubungan antara karakteristik paritas ibu bersalin dengan preeklampsia dengan p-value 0.000 ada hubungan antara gravida ibu dengan kasus preeklampsia.

Kata Kunci : pre-eklampsia; ibu hamil; melahirkan

SEVERE PREECLAMPSIA IN PREGNANCY AT MATTAHER HOSPITAL JAMBI

ABSTRACT

Background: The ages that are considered to be at risk at birth are under 20 years and over 35 years. Whereas between 20-35 years of age is a healthy reproductive age with minimal risk of childbirth, mothers who have a history of preeclampsia pregnancy will be at 8.81 times greater risk of getting pregnant again with preeclampsia compared to mothers who do not have a history of preeclampsia

Method: This research is a quantitative study with a cross sectional design that aims to determine the factors associated with the incidence of severe preeclampsia in pregnant women in the Raden Mattaher General Hospital of the Province of 2018. The population in this study were all pregnant women who visited the Raden Mattaher Regional Hospital in Jambi Province in the year 2018 as many as 289 people. The sample technique with total sampling is 122 pregnant women who have severe preeclampsia. This research was conducted in Raden Mattaher General Hospital Jambi from 17 June to 4 July 2019. Data in this study used secondary data in the form of medical record data in Raden Mattaher General Hospital in 2018. The analysis used in this study was univariate and bivariate and analyzed by chi-square.

Results: The results showed that there was a relationship between the age of pregnant women and preeclampsia with p-value 0.000, there was a correlation between the characteristics of maternal parity with preeclampsia with p-value 0.000 there was a relationship between gravida mothers with preeclampsia cases with p-value 0.004.

Conclusion: There is a relationship between the age of pregnant women, maternal parity characteristics and gravida with preeclampsia.

Keywords: pre-eclampsia; pregnancy; giving birth

PENDAHULUAN

Preeklamsi dapat menyebabkan gangguan pada ibu maupun janin, pre-eklamsi berhubungan dengan peningkatan risiko hipertensi dan stroke pada ibu hamil dikemudian hari,¹ hal ini dibuktikan dengan beberapa hasil penelitian. Hasil penelitian Fatmawati tahun 2017 menemukan, adanya hubungan antara hipertensi dengan kejadian preeklamsi pada ibu hamil,² hal yang sama juga ditemukan pada penelitian Siregar dkk tahun 2015 yang menemukan bahwa, ibu yang memiliki riwayat hipertensi akan berisiko sebesar 3,4 kali lebih besar untuk mengalami preeklamsi dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi.³ Selain itu jika hipertensi tidak segera ditangani, maka akan menyebabkan kematian pada ibu, berdasarkan data dari WHO tahun 2017, sekitar 830 orang ibu meninggal setiap harinya yang disebabkan karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan.⁴

Pada tahun 2016 Badan Kesehatan Dunia (WHO) merilis bahwa pre-eklamsia mempengaruhi hampir 10% dari semua kehamilan dan persentase preeklamsia menduduki posisi kedua terbanyak penyebab kematian pada ibu yaitu sebesar 14% yang sebelumnya diikuti oleh perdarahan sebesar 30,3% dan penyebab lainnya sebesar 40,8%.⁴

Preeklamsi jika tidak segera ditangani pada ibu hamil akan berubah menjadi preeklamsi berat yang ditandai dengan tekanan darah >160/110 mmHg pada usia kehamilan >20 minggu, proteinuria $\geq 2+$ dan kaki mengalami oedema.⁵ Selain itu preeklamsi dapat menyebabkan kematian pada ibu hamil dan bersalin, sekitar 830 juta ibu di dunia meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan karena preeklamsi berat.⁴

Preeklamsia di beberapa negara berbeda, hal ini dapat terlihat di negara berkembang, prevalensi preeklamsia di negara berkembang berkisar 1,8% sampai dengan 18% , sementara pada negara maju berkisar 1,3-6%.⁶

Berdasarkan data tersebut dapat dilihat jika antara negara maju dan negara berkembang sangat berbeda, hal ini bisa disebabkan oleh paritas, ras dan lingkungan.⁷ Pre-eklamsi merupakan penyebab penyakit terbesar dengan nilai crude fatality rate tertinggi, yaitu sebesar 1,4%.⁵

Penelitian Muhani tahun 2014 di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung menemukan bahwa, ibu hamil dengan preeklamsi serta berisiko sebesar 12,1 kali untuk mengalami kematian di bandingkan

dengan ibu hamil yang tidak preeklamsi,⁸ hal yang sama juga diungkapkan pada penelitian Tessema et al tahun 2013 di Ethiopia yang menyatakan bahwa sekitar 10,3% dari kematian ibu hamil dan bersalin di Ethiopia disebabkan oleh preeklamsi berat.⁷

Penyebab pasti preeklamsi berat masih belum diketahui secara pasti (Armstrong, 2010). Walaupun tidak diketahui secara pasti penyebab preeklamsi, namun ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya preeklamsi hal ini dikemukakan dalam kerangka teori A framework for analyzing the determinants of maternal mortality Study Family Planning dari Mccharty & Maine bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian preeklamsia pada ibu hamil, di antaranya: status reproduksi ibu berupa umur, paritas, gravida.⁹

pada penelitian Sultana tahun 2017 yang dilakukan di Rumah Sakit pendidikan Keranigaj, Dhaka pada ibu hamil trimester tiga yang menemukan adanya hubungan antara usia dengan kejadian preeklamsia.¹⁰

Penelitian Denantika dkk tahun 2013 yang dilakukan di RSUP. M. Djamil Padang yang menyatakan bahwa ada hubungan antara usia gravida dengan kejadian preeklamsia.¹¹ Pada penelitian Muhani tahun 2014 juga mengungkapkan, bahwa primigravida berisiko sebesar 1,2 kali lebih besar untuk mengalami preeklamsi berat di bandingkan dengan multigravida.⁸

Ibu hamil yang memiliki riwayat kehamilan dengan preeklamsi akan memiliki risiko untuk hamil dengan preeklamsi kembali, pada penelitian Rozikhan tahun 2007 yang menemukan ibu yang memiliki riwayat kehamilan dengan preeklamsi akan berisiko sebesar 8,81 kali lebih besar untuk hamil kembali dengan preeklamsi di bandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsi di RS Dr. H Soewono Kendal.¹²

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain studi *cross sectional*, yaitu untuk mempelajari hubungan variable independent terhadap variabel dependent secara bersamaan pada individu individu dari suatu populasi pada suatu saat. Sampel pada penelitian ini adalah ibu hamil yang menderita preeklamsi berat di RSUD Raden Mattaher yang diambil dengan teknik *Total Sampling* pada bulan Januari – Desember tahun 2018 sebanyak 122

orang. Pada penelitian ini variabel independennya adalah, umur, paritas dan gravida. Uji yang digunakan dalam analisis univariat adalah uji *chi-square*. Uji *chi-square* digunakan karena variabel yang akan dianalisis berupa data kategorik. Dari hasil uji *chi-square* akan didapatkan nilai *p* untuk menilai hubungan antara variabel yang diteliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menjelaskan Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Ibu dengan kejadian Preeklamsia berat di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tahun 2018

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Ibu dengan kejadian Preeklamsia berat di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tahun 2018 (n=289)

Umur	Preeklamsia Berat				Total		<i>p value</i>
	Mengalami		Tidak Mengalami		<i>f</i>	<i>%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>			
Beresiko (>20-35th)	68	55,7	49	29,3	117	40,5	0,000
Tidak Beresiko (20-35 th)	55	44,3	118	70,7	172	59,5	
Total	122	100	167	100	289	100	

Berdasarkan hasil analisa data, dapat dilihat bahwa dari 289 ibu hamil yaitu sebagian besar ibu hamil memiliki umur beresiko sebanyak 68 orang (55.7%) responden dan ibu hamil umur beresiko yaitu 54 orang (44.3 %) responden yang mengalami preeklamsia berat.

Dari hasil penelitian 289 ibu hamil hubungan karakteristik umur Ibu hamil dengan kasus Preeklamsia Berat, sebagian besar ibu yang tidak beresiko sebanyak 55 ibu yang mengalami Preeklamsia berat sebanyak 44,3%. Sedangkan dari 68 ibu dengan umur beresiko didapat 55,7% mengalami Preeklamsia berat.

Dari hasil uji *chi square* diperoleh nilai *p value* 0,000 (*p*<0,05) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara karakteristik umur ibu hamil dengan kasus preeklamsia Berat.

Berdasarkan hasil analisa data terhadap umur ibu hamil, sebagian besar ibu hamil yang memiliki umur beresiko mengalami preeklamsia berat. Umur reproduktif sehat dari seorang perempuan adalah rentang umur 20-35 tahun. Umur ini merupakan periode umur untuk hamil yang paling aman. Ibu hamil di umur < 20 tahun beresiko mengalami preeklamsia lebih besar. Hal

ini disebabkan alat reproduksi yang belum matang dan tumbuh sempurna, besar uterus belum mencapai ukuran normal sehingga kemungkinan adanya gangguan pada kehamilan seperti eklamsia lebih besar. Pada ibu umur <20 tahun cenderung belum siap baik secara fisik maupun mental sehingga kemungkinan terjadinya stress pada ibu muda lebih besar. Kondisi stress dapat mempengaruhi hormone kortisol yang mempengaruhi kerja jantung sehingga menaikkan tekanan darah ibu.¹²

Sedangkan kehamilan pada umur > 35 tahun dikhawatirkan terjadi proses degenerative yang megakibatkan perubahan struktur dan fungsional yang terjadi pada pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah sehingga lebih rentan mengalami pre eklamsia.

Ibu hamil di umur > 35 tahun cenderung beresiko mengalami hipertensi kronik yang berlanjut menjadi superimposed preeklamsia ketika sedang hamil.¹³ Sejalan dengan penelitian Denatika di RSUD Dr.M.Jamil Padang tentang hubungan status Gravida dan umur ibu terhadap kejadian Preeklamsia diketahui Ibu hamil di umur beresiko <20 tahun dan > 35 tahun mengalami resiko lebih tinggi 4,43 kali jika dibandingkan ibu hamil di umur reproduksi sehat. Hal ini menunjukkan pentingnya merencanakan kehamilan di umur reproduksi yang aman. Disarankan kepada pasangan umur subur untuk selalu merencanakan waktu terbaik untuk hamil sehingga resiko kejadian pre eklamsia dapat diminimalisir.¹¹

Berdasarkan hasil analisa data terhadap umur ibu hamil , sebagian besar ibu hamil yang memiliki umur beresiko mengalami preeklamsia berat, berarti ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklamsia. Dari hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai *p value* 0,000 (*p*<0,05) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang sangat bermakna antara karakteristik umur ibu Hamil dengan kejadian preeklampsia.

Umur adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja begitu pula dalam menghadapi proses kehamilan. Namun semakin tua usia wanita Ketika mengalami kehamilan maka semakin beresiko mengalami kejadian preeklamsia.¹⁴

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa umur aman untuk kehamilan dalam persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada

umur dibawah 20 tahun, ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada umur 20-30 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah 30-35 tahun.¹⁵

Umur seorang perempuan pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap baik secara fisik, emosi, psikologis, social dan ekonomi.¹⁶

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Dewi di RS Zaionel Abidin Aceh menunjukkan bahwa adanya hubungan signifikan antara umur dengan kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil.¹⁷

Kehamilan di bawah umur 20 tahun sangat rentan komplikasi. Secara fisik organ-organ reproduksi mereka masih dalam proses maturasi, sedangkan secara emosional juga belum siap untuk menghadapi beban kehamilan selama sembilan bulan. Faktor risiko lain dari kehamilan di umur muda adalah preeklamsia (gejala hipertensi) yang merupakan penyebab kematian terbesar kedua pada kehamilan di dunia. Risiko lain yang juga berbahaya adalah risiko plasenta previa atau plasenta berada di bawah rahim.¹⁵

Perempuan yang hamil pada umur terlalu muda di khawatirkan mengalami kesulitan persalinan dan mudah mengalami keracunan kehamilan dikarena kondisi rahim dan panggul yang belum siap menerima buah kehamilan, disamping itu rentan masalah kekurangan gizi karena tubuh ibu muda yang juga sedang dalam masa pertumbuhan memerlukan asupan gizi yang cukup. Dalam keadaan hamil maka asupan gizi akan terbagi dengan pertumbuhan janin dalam kandungannya.¹⁸

Berdasarkan penjelasan diatas, peneliti berasumsi bahwa mayoritas responden memiliki umur yang beresiko pada waktu hamil dikarenakan faktor ketidaktahuan dan kurangnya informasi tentang umur reproduksi sehat, disamping meningkatnya jumlah pernikahan dini atau umur muda dan perubahan sosial pada kaum perempuan, dimana sebagian perempuan lebih memilih karier dalam pekerjaannya sehingga mengesampingkan umur pernikahan yang seharusnya.

Seiring peningkatan umur perempuan akan terjadi proses degenerative yang dapat meningkatkan resiko hipertensi kronis, dan perempuan dengan riwayat hipetensi kronik mempunyai faktor resiko lebih besar untuk mengalami preeklamsia pada kehamilannya.¹³

Upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk agar ibu tidak mengalami masalah preeklamsia selama kehamilan yaitu memberikan edukasi dan penyuluhan tentang umur reproduksi sehat yaitu sebaiknya ibu hamil di umur > 20 tahun dan di bawah umur 35 tahun. Menjelaskan masalah yang dapat timbul jika hamil pada uis berisiko dimana umur tersebut rentan mengalami preeklamsia selama kehamilan. Melakukan kerjasama dengan Departemen Agama dan Kementerian Kesehatan dalam mensosialisasikan pentingnya melaksanakan *pre-marital program* dalam persiapan bagi pasangan calon pengantin baik secara fisik maupun mental dan edukasi tentang pendewasaan umur pernikahan.

Berdasarkan hasil analisa data, dapat disimpulkan bahwa dari 289 ibu hamil yang berkunjung sebageian besar ibu memiliki paritas beresiko sebanyak 107 orang (87,8%) dan ibu paritas tidak beresiko yaitu 15 orang (12,2%) mengalami kejadian preeklamsia berat.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas Ibudi RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2018 (n=289)

Paritas	Preeklamsia Berat				Total		p-value
	Mengalami		Tidak Mengalami		f	%	
	f	%	f	%			
Beresiko (>20-35th)	107	87,7	93	55,7	200	69,2	0,000
Tidak Beresiko (20-35 th)	15	12,3	74	44,3	89	30,8	
Total	122	100	167	100	289	100	

Dari hasil penelitian 289 ibu tentang hubungan karakteristik paritas Ibu Hamil dengan kasus preeklamsia berat, sebagian besar dari ibu dengan paritas tidak beresiko yang mengalami preeklamsia berat sebanyak 107 orang (87,7%). Sedangkan dari ibu dengan paritas beresiko didapat 15 responden (12,3%) mengalami preeklamsia berat.

Dari hasil uji statistic *chi-square* diperoleh nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara karakteristik paritas beresiko (kehamilan lebih dari 3 anak lebih) dengan kejadian preeklamsia pada ibu hamil.

Berdasarkan hasil analisa data terhadap paritas ibu hamil, sebagian besar ibu hamil yang memiliki paritas beresiko mengalami preeklamsia berat, Paritas merupakan jumlah bayi umur 28 minggu yang dilahirkan seorang perempuan dan dapat bertahan didunia luar atau *viable*. Paritas 1 merupakan faktor resiko

preeklamsia berat. Hal ini karena pada kehamilan pertama terjadi ketidaksempurnaan pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta, sehingga menimbulkan respon yang kurang menguntungkan.¹⁹

Paritas terlalu sering juga berisiko bagi seorang ibu hamil. Hal ini disebabkan semakin sering seorang ibu hamil semakin besar resiko terjadi berbagai komplikasi seperti preeklamsia dikarenakan kondisi rahim yang belum pulih seutuhnya. Untuk itu disarankan kepada pasangan umur reproduktif yang ingin hamil dapat mengatur dan merencanakan jumlah paritas agar dapat mengurangi resiko terjadinya preeklamsia pada kehamilannya.

Berdasarkan hasil analisa data terhadap paritas ibu hamil, sebagian besar ibu hamil yang memiliki paritas berisiko mengalami preeklamsia berat, berarti ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklamsia berat.

Dari hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai *p value* 0,000 ($p < 0,05$) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang sangat bermakna antara karakteristik paritas ibu Hamil dengan kejadian preeklamsia.

Kejadian preeklamsia lebih sering dialami oleh primipara daripada multipara, hal ini berhubungan dengan tingkat ke-stresan dan umur ibu saat mengalami kehamilan pertama. Pada ibu primipara faktor psikologik memegang peranan penting pada penyakit ini, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai seorang ibu dapat menyebabkan konflik mental yang dapat memperberat mual dan muntah sebagai ekspresi tidak sadar terhadap keengganan menjadi hamil atau sebagai pelarian kesukaran hidup sehingga mengakibatkan tekanan darah menjadi tinggi selain itu di duga pula pada kehamilan primi para cenderung terjadi kegagalan pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta sehingga timbul respon imun yang tidak menguntungkan.²⁰

Peneliti berasumsi hal ini bertolak belakang pada kepercayaan masyarakat bahwa persalinan akan semakin mudah dengan semakin banyaknya pengalaman melahirkan, persalinan yang berulang-ulang justru mempunyai banyak resiko, sedangkan komplikasi yang serius meningkat pada persalinan ketiga dan seterusnya.

Upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk agar ibu tidak mengalami masalah preeklamsia yaitu memberikan penyuluhan mengenai masalah paritas yang berisiko mengalami preeklamsia selama kehamilan dan menganjurkan kepada ibu tidak hamil di paritas yang berisiko tersebut

dengan cara memberikan edukasi, motivasi dan konseling pada ibu hamil pada saat melakukan *Ante natal care* dan menganjurkan ibu mengikuti Kelas Ibu hamil agar dapat mengetahui dan mendeteksi secara dini jika terdapat tanda bahaya dalam kehamilannya. Menyarankan kepada ibu dan keluarga untuk memilih fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat dan tenaga kesehatan yang berkompeten dalam pertolongan persalinannya nantinya.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Gravida Ibu dengan kejadian Preeklamsia Berat di RSUD Raden Mattaher Jambi tahun 2018 (n=289)

Gravida Ibu hamil	Preeklamsia Berat				Total		<i>p-value</i>
	Mengalami		Tidak Mengalami		<i>f</i>	<i>%</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>			
Berisiko (>20-35th)	106	86,8	131	78,4	237	82	0,004
Tidak Berisiko (20-35 th)	16	13,2	36	21,6	52	18	
Total	122	100	167	100	289	100	

Berdasarkan hasil analisa data, dapat disimpulkan bahwa dari 289 ibu yaitu sebagian besar ibu memiliki gravida berisiko sebanyak 106 responden (86,9%) dan ibu yang memiliki gravida tidak berisiko sebanyak 16 orang (13,2%) yang mengalami preeklamsia berat.

Dari hasil penelitian 289 ibu tentang hubungan karakteristik Gravida ibu dengan kasus Preeklamsia Berat, didapat sebagian besar dari 237 ibu hamil dengan usia kehamilan berisiko yang mengalami Preeklamsia Berat sebanyak 106 (86,8 %) Sedangkan dari 52 ibu dengan usia kehamilan tidak berisiko diketahui 16(18%) mengalami Preeklamsia Berat.

Dari hasil uji statistic *chi-square* diperoleh nilai *p value* 0,004 ($p < 0,05$) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara karakteristik usia kehamilan ibu dengan kasus Preeklamsia berat.

Salah satu faktor resiko terjadinya preeklamsia pada ibu hamil adalah gravida ibu. Preeklamsia lebih banyak terjadi pada primigravida dari pada multigravida. Dari seluruh primigravida terdapat sekitar 7,6% didiagnosis preeklamsia. Pada Primigravida mempunyai resiko lebih besar dikarenakan pada primigravida terjadi mekanisme imunologik dalam placenta oleh HLA-G (Human Leucocyte antigen G) yang belum sempurna seperti pada multigravida, sehingga proses implantasi trophoblast ke jaringan decidua ibu terganggu. Selain itu pada primigravida juga rentan mengalami stress dalam menghadapi proses

kehamilan dan persalinan yang menyebabkan stimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek kortisol adalah meningkatkan respon simpatis sehingga curah jantung dan tekanan darah juga meningkat yang pada akhirnya menimbulkan hipertensi dalam kehamilan dan menyebabkan terjadinya preeklamsia.²¹

Teori imunologik antara ibu dan janin yang menyatakan bahwa pada primigravida mempunyai resiko yang lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan (pre eklamsia) jika dibandingkan dengan multigravida.²²

Maka disarankan agar setiap ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan teratur terutama pada gravida pertama yang memiliki resiko lebih besar terhadap terjadinya preeklamsia. Pemantauan dan pemeriksaan yang ketat pada primigravida di harapkan dapat mendeteksi secara dini jika terdapat komplikasi pada kehamilannya

Berdasarkan hasil analisa data terhadap gravida ibu hamil ,sebagian besar ibu hamil yang memiliki gravida beresiko mengalami preeklamsia berat, berarti ada hubungan antara gravida dengan kejadian preeklamsia berat. Dari hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai *p value* 0,044 ($p < 0,05$) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara karakteristik gravida ibu Hamil dengan kejadian preeklamsia.

Gravida adalah jumlah total kehamilan, termasuk kehamilan intrauterin normal dan abnormal, abortus, kehamilan ektopik, dan mola hidatidosa. Kehamilan multipel dihitung sebagai satu kali kehamilan.¹⁵ Jumlah kehamilan dapat dikategorikan dalam 3 jenis antara lain (a) Primigravida adalah wanita yang pertama kali hamil; (b) Multigravida yaitu wanita yang hamil kedua kalinya atau untuk setiap kehamilan berikutnya, (c) Grande multigravida yaitu wanita yang pernah hamil untuk ke lima kalinya atau lebih.¹⁵

Preeklamsia banyak terjadi pada ibu *primigravida*, preeklamsia umumnya dianggap sebagai penyakit pada kehamilan pertama, yang disebabkan oleh ketidakmampuan imunologis yang terlihat pada kehamilan pertama antara jaringan fetoplasenta dan maternal.²³ Hal ini disebabkan karena pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya. Secara teori, primigravida lebih berisiko untuk mengalami preeklamsia daripada multigravida karena preeklamsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion.²⁴

Hal ini terjadi karena pada wanita tersebut mekanisme imunologik pembentukan *blocking antibody* yang dilakukan oleh HLA-G, terhadap antigen plasenta belum terbentuk secara sempurna, sehingga proses implantasi trofoblas ke jaringan desidua ibu menjadi terganggu. Primigravida juga rentan mengalami stres dalam menghadapi persalinan yang akan menstimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek kortisol adalah meningkatkan respon simpatis, sehingga curah jantung dan tekanan darah juga akan meningkat.²⁵

KESIMPULAN

Ada hubungan antara karakteristik usia ibu hamil dengan kejadian preeklamsia berat. Ada hubungan antara paritas ibu hamil dengan kejadian preeklamsia berat. Ada hubungan antara Gravida ibu hamil dengan kejadian preeklamsia berat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wilson et all. Preeklamsia pada Ibu Hamil. Jakarta: EGC. 2013.
2. Fatmawati, L., Sulistyono, A., & Notobroto, H. B. Pengaruh Status Kesehatan Ibu Terhadap Derajat Preeklamsia / Eklamsia Di Kabupaten Gresik, 2017: 52–58.
3. Siregar, A. M. R. Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Preeklamsia Berat pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Prov. Lampung Tahun 2015. Jurnal Kebidanan. 2016; 2(4):183–187.
4. WHO. World Health Statistics 2016: Monitoring Helath For The SDGs. Geneve, Switzerland. 2016.
5. Kementerian Kesehatan; WHO; IDI. Buku Saku: Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kementerian Kesehatan. 2013.
6. Aini FN, Widyawati MN, Santoso B. Diagnosa Preeklamsia pada Ibu Hamil Menggunakan Sistem Informasi Berbasis Web. Jurnal Keperawatan Silampari. 2019 Mar 30;2(2):18-27.
7. Tessema, G. A., Laurence, C. O., Melaku, Y. A., Misganaw, A., Woldie, S. A., Hiruye, A., Deribew, A. Trends and causes of maternal mortality in Ethiopia during 1990-2013: Findings from the Global Burden of Diseases study 2013. BMC Public Health. 2017;17(1), 1–8.
8. Muhani, N. Preeklamsia Berat & Kematian Ibu. Kesehatan Masyarakat Nasional, 2014; 10(2), 80–86.
9. Mc Charty, James & Deborah, M. A Famework for Analyzing teh Determinats of Maternal Mortality. JSTOR: Studies in Family Planning,

- 1992;23, 23–33.
10. Sultana, N. Pregnancy Induced Hypertension and Associated Factors among Pregnant Women. *Journal of Gynecology and Womens Health*, 2017;.3(5)
 11. Denantika, Oktaria; Serudji, Joserizal & Revilla, Gusti. Hubungan Status Gravida dan Usia Ibu terhadap Kejadian Preeklampsia di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012-2013. *Jurnal FK Unand*. 2013;4(1)
 12. Rozikhan. Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklampsia Bera di Rumah Sakit Dr. H. Sowondo Kendal. Universitas Diponegoro. 2007.
 13. Cunningham F Gary, Kennet, L., J. B., Steven, S. L., Dashe, C. Y., & S, J. 24TH Edition Williams Obstetrics. United Stated: McGraw-Hill Education. 2014.
 14. Trisanti I, Hartinah D, Suciatur S. Kejadian Pre Eklamsia Pada Persalinan Berdasarkan Faktor Usia Ibu Preeklampsia During Labor Based Mother's Age. *Proceeding Of The Urecol*. 2019 Jan 21:117-23.
 15. Prawirohardjo, S. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina pustaka 2012.
 16. Komariah S, Nugroho H. Hubungan Pengetahuan, Usia Dan Paritas Dengan Kejadian Komplikasi Kehamilan Pada Ibu Hamil Trimester III Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Aisyiyah Samarinda. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2020;5(2):83.
 17. Marniati M, Rahmi N, Djokosujono K. Analisis Hubungan Usia, Status Gravida dan Usia Kehamilan dengan Pre-Eklampsia pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Umum dr. Zaionel Abidin Provinsi Aceh Tahun. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*. 2019 May 16;2(1):99-109.
 18. Purnama N, Immawanti I, Masniati M, Fitriani L. Pengalaman ibu hamil primigravida dengan riwayat menikah usia dini. *NURSCOPE: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*. 2019 Dec 29;5(2):8-16.
 19. Pratiwi NA. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny. P Riwayat Paritas Tinggi dengan Perdarahan di RSUD Syekh Yusuf Gowa. (Disertasi, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar). 2018.
 20. Sumampouw CM, Tendean HM, Wagey FW. Gambaran Preeklampsia Berat dan Eklampsia Ditinjau dari Faktor Risiko di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Medik dan Rehabilitasi*. 2019 Jan 23;1(3).
 21. Zain Wa. Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Primigravida Tentang Preeklampsia Di RSUH (Disertasi, Universitas Hasanuddin). 2019
 22. Suryandari AE, Trisnawati Y. Korelasi Status Gravida Dengan Pre Eklampsia Di Kabupaten Banyumas. *Bidan Prada: Jurnal Publikasi Kebidanan Akbid YLPP Purwokerto*. 2019 Jun 28;10(1).
 23. Fatmawati L, Sulistyono A, Notobroto HB. Pengaruh Status Kesehatan Ibu Terhadap Derajat Preeklampsia/Eklampsia di Kabupaten Gresik. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2017;20(2):52-8.
 24. Pradipta FT, Hernayanti MR, Yumei M. Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Preeklampsia Ibu Bersalin Di Rsud Kota Yogyakarta Tahun 2017–2018 (Disertasi, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta). 2018
 25. Mustaghfiroh L, Sari N, Prima RP. Usia, Gravida, Status Gizi, dan Riwayat Hipertensi Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*. 2020;10(1):41-50.

ANALISIS PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN DARURAT KEBAKARAN DI KANTOR KESEHATAN PELABUHAN KELAS II PEKANBARU TAHUN 2020

Mega Ratu*, Endang Purnawati Rahayu, Masribut, Herniwanti, Nopriadi

kesehatan masyarakat/keselamatan kesehatan kerja/STIKes Hang Tuah, Pekanbaru,
JL.Mustafa Sari No. 5, Kota Pekanbaru

*Korespondensi penulis: ratumega15@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis upaya pencegahan dan rencana penanggulangan kebakaran dan proses evakuasi darurat kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Pekanbaru.

Metode: Populasi dalam penelitian ini adalah pegawai di kantor tersebut, pemilihan informan menggunakan metode *purposive sampling (non-probability)* yang berjumlah 5 orang. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Hasil: Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Kantor Kesehatan Pelabuhan sudah melakukan sebagian upaya pencegahan dengan melakukan identifikasi bahaya kebakaran, inspeksi peralatan kebakaran, pemberian pelatihan kepada sebagian pegawai namun pada bagian sarana-prasarana pencegahan kebakaran masih dengan tidak ditemukannya detektor kebakaran. Rencana penanggulangan yang sudah dilakukan seperti pembentukan tim tanggap darurat, pembuatan SOP kebakaran namun form pasca-kebakaran belum dimiliki oleh pihak KKP. Evakuasi darurat kebakaran masih kurang pada bagian sarana evakuasi belum adanya pintu darurat dan tangga darurat yang tersedia, kantor hanya baru menyediakan rambu-rambu evakuasi dan titik kumpul.

Kesimpulan: KKP belum melakukan upaya pencegahan kebakaran dengan baik karena masih kurangnya disarana dalam melakukan pencegahan kebakaran. Rencana penanggulangan kebakaran sudah disusun dengan cukup baik oleh pihak KKP. Sarana evakuasi masih sangat kurang karena poin-poin penting dalam proses evakuasi belum dimiliki oleh pihak KKP.

Kata Kunci : pencegahan penanggulangan kebakaran; evakuasi darurat kebakaran; kantor kesehatan pelabuhan

THE DIFFERENCE IN OXYGEN SATURATION VALUES OF COPD PATIENTS USING PURSED LIP BREATHING AND 6 MINUTES WALK EXERCISE

ABSTRACT

Background: The purpose of this study was to analyze fire prevention and control plans and fire emergency evacuation processes at the Port Health Office (KKP) Pekanbaru

Method: The population in this study were employees in the office, the selection of informants using purposive sampling method (non-probability), amounting to 5 people. This research is a qualitative research with in-depth interviews, observation and document review.

Results: The results of this study indicate that the Ministry of Maritime Affairs and Fisheries has made some prevention efforts by identifying fire hazards, inspecting fire equipment, providing training to some employees, but the fire prevention facilities are still not found. The mitigation plans that have been carried out include the formation of an emergency response team, making fire SOPs, but the post-fire form is not yet owned by the KKP. Fire emergency evacuation is still lacking in the evacuation facilities section, there are no emergency exits and emergency stairs available, the office only provides evacuation signs and gathering points.

Conclusion: The Ministry of Maritime Affairs and Fisheries has not implemented proper fire prevention efforts due to the lack of means to prevent fires. The fire management plan has been prepared quite well by the KKP. Evacuation facilities are still lacking because the important points in the evacuation process are not owned by the KKP.

Keywords: fire control and prevent plans; fire emergency evacuation; port health office

PENDAHULUAN

Keselamatan dan kesehatan kerja memiliki definisi yaitu suatu upaya perlindungan agar setiap para tenaga kerja dan orang lain yang memasuki tempat kerja agar dalam keadaan yang sehat dan selamat serta sumber-sumber proses produksi ditempat kerja dapat dijalankan secara aman, efisien, dan produktif. Dasar pertimbangan pemenuhan aspek keselamatan kerja tidak hanya ditujukan untuk para tenaga kerja tetapi juga untuk semua orang yang berada di tempat kerja. seperti yang tertuang dalam pertimbangan maka dikeluarkannya UU No. 1 Tahun 1970, BAB III mengenai Syarat-syarat Keselamatan Kerja pasal 3 butir b. mencegah, mengurangi dan memadamkan kebakaran; butir c.mencegah dan mengurangi bahaya peledakan; butir d.memberikan kesempatan atau jalan menyelamatkan diri pada saat kebakaran atau kejadian kejadian lain yang berbahaya. (UU. No.1 Th. 1970).¹

Bangunan gedung perkantoran yang selama ini relatif cukup aman, sebenarnya dihadapkan dengan berbagai kemungkinan resiko bahaya keadaan darurat seperti bencana kebakaran, gempa, banjir dan lain-lain. Potensi bahaya ini dianggap biasa bagi sebagian besar pemilik, pengelola dan juga maupun penghuni bangunan gedung perkantoran, karena kegiatannya hanya perkantoran sehingga perencanaan dan persiapan untuk menghadapi keadaan darurat sedikit diabaikan. Kondisi lain adalah, jika nanti terjadi bencana kebakaran semua penghuni bangunan gedung perkantoran mengalami kepanikan dan tidak dapat merespon dengan cepat karena tidak memahami apa yang harus dilakukan pada saat kejadian tersebut.²

Sesuai dengan (UU. No. 28 tahun 2002) mengenai persyaratan keandalan bangunan gedung, khususnya pada paragraph 2 pasal 19 persyaratan yang harus dipenuhi adalah mengenai keselamatan dari bahaya kebakaran.Untuk memenuhi persyaratan tersebut, bangunan gedung harus menerapkan sistem proteksi total, yang mana mencakup proteksi pasif dan aktif dan juga membentuk manajemen keselamatan bahaya kebakaran atau *Fire Safety Management (FSM)*.³

Mengacu pada (Permenkes 48 tahun 2016) tentang SMK3 Perkantoran pasal 7 ayat 1 dan 2 yang berisi mengenai pelaksanaan rencana K3 Perkantoran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf c yang didukung oleh sumber daya manusia yang memiliki kompetensi dibidang K3 Perkantoran, dan

sarana dan prasarana. “Sarana dan Prasarana sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) paling sedikit terdiri dari: organisasi atau unit yang bertanggung jawab didalam bidang K3, anggaran yang memadai, prosedur operasi atau kerja, informasi, pelaporan dan juga pendokumentasian; dan instruksi kerja.⁴

Sejalan dengan Kepmeneg PU, Walikota Pekanbaru melalui Perda Kota Pekanbaru No. 14 Tahun 2000 menerangkan bahwa setiap bangunan gedung memiliki syarat-syarat dalam mendirikan bangunan terutama dalam upaya pencegahan kebakaran seperti keharusan gedung memiliki Alat Pemadam Api Ringan (APAR), pintu darurat dan evakuasi kebakaran, dan instalasi listrik dalam suatu tata ruang gedung dalam upaya pencegahan kebakaran di gedung.⁵

Tujuan dari penelitian ini guna menganalisis upaya pencegahan kebakaran seperti identifikasi bahaya kebakaran, inspeksi peralatan kebakaran, tersedianya sarana pencegahan kebakaran seperti detektor dan alarm kebakaran dan pemberian pelatihan kepada pegawai.

METODE

Jenis penelitian ini yang digunakan penelitian ini desain kualitatif analitik. Rancangan penelitian adalah dengan menggunakan daftar pertanyaan yang disiapkan untuk pedoman wawancara dan lembar checklist untuk panduan pengambilan data.hasil observasi kemudian dibandingkan dengan standar acuan Kepmen PU, No. 11/Kpts/2000, SNI 03-3985-2000, Permen PU No.26/PRT/M/2008, Permenaker No.Per 04/Men/1980, Permenkes No. 48/Men/2016. Penelitian ini dilakukan dari bulan Juni-Juli di KKP. Sumber data dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder. Sumber data primer dalam penelitian ini diperoleh dari proses observasi yang menggunakan lembar observasi dan proses wawancara dengan menggunakan lembar pedoman wawancara dari informan.

Informan dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik *purposive sampling*. Dimana peneliti memilih informan menurut kriteria tertentu. Informan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang yang dibagi menjadi 2 kategori yaitu informan utama dan informan pendukung. Informan utama dalam penelitian ini adalah Kasi UKLW, Staff UKLW, Staff PKSE sedangkan informan pendukung dalam penelitian ini Kasi PKSE dan Kepala Keamanan

KKP. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh studi dokumentasi di KKP, terdiri dari: 1)Profil Kantor 2)Struktur Organisasi 3)Fasilitas Kantor 4)Dokumen lain yang mendukung terkait dengan analisis pencegahan dan penanggulangan darurat kebakaran di KKP. Instrumen penelitian berupa lembar observasi dan pedoman wawancara. Lembar observasi dalam penelitian ini berisi tentang checklist ada atau tidaknya dilakukan identifikasi kebakaran, pemeriksaan kelengkapan sarana prasarana, inspeksi peralatan kebakaran, dibentuknya tim darurat, tersedianya SOP, tersedianya form pelaporan, tersedianya sarana evakuasi seperti pintu darurat, tangga darurat, petunjuk evakuasi, titik kumpul.

Pedoman wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar wawancara bentuk semi terstruktur, semula peneliti menanyakan pertanyaan yang sudah terstruktur, kemudian satu persatu diperdalam hingga menghasilkan informasi atau keterangan lebih lanjut.

Pedoman wawancara berisi pertanyaan yang digunakan peneliti sebagai acuan dalam menggali informasi dari subjek penelitian. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah dengan cara wawancara, observasi dan dokumentasi. Dalam penelitian ini observasi dilakukan dengan mengecek dan mengamati bagaimana upaya pencegahan, rencana penanggulangan dan proses evakuasi darurat kebakaran di KKP dibandingkan dengan standar yang digunakan. Selain itu teknik pengambilan data untuk melengkapi dan menguatkan data yang diperoleh yaitu dengan melalui dokumentasi.

Dokumentasi dalam penelitian ini didapatkan melalui pengambilan gambar atau foto, laporan kejadian kebakaran, dan dokumen yang mendukung pencegahan dan penanggulangan darurat kebakaran. Uji keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi sumber. Triangulasi dengan sumber akan dilakukan dengan cara: membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara, membandingkan data hasil wawancara informan satu dengan informan lainnya dan membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan mengenai pencegahan dan rencana penanggulangan darurat kebakaran di KKP.

Analisis data yang digunakan adalah dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari hasil wawancara dengan 1) reduksi data, dalam penelitian ini dengan membandingkan hasil penelitian dengan standar yang digunakan, 2)

penyajian data dalam penelitian ini adalah dalam bentuk tabel observasi dan hasil wawancara dengan informan yang berisi bagaimana pencegahan dan penanggulangan darurat di KKP, 3) penarikan kesimpulan, dalam penelitian ini berupa deskripsi dan gambaran dari kondisi dan tingkat kesesuaian analisis pencegahan dan penanggulangan darurat kebakaran yang ada di KKP.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru, pada bulan Juni-Juli 2020. Informan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang, Kasi UKLW, Staff UKLW, Staff PKSE, Kasi PKSE, Kepala Keamanan. Karakteristik informan dapat dilihat dari berbagai aspek meliputi jabatan, jenis kelamin dan masa kerja.

Tabel 1. Kriteria Informan

No	Kode	Jabatan	Jenis Kelamin	Masa Kerja
1	IU 1	Kasi Uklw	Perempuan	2 Tahun
2	IU 2	Staf Uklw, Anggota Tim Tanggap Darurat	Perempuan	5 Tahun
3	IU 3	Staf Pkse, Ketua Tim Tanggap Darurat	Laki-Laki	23 Tahun
4	IP 1	Kasi Pkse	Laki-Laki	22 Tahun
5	IP 2	Kepala Keamanan	Laki-Laki	7 Bulan

Pada tabel 1 dapat diketahui bahwa informan dalam pengambilan data ini berjumlah 5 orang yaitu terdiri dari 1) Kasi UKLW dengan masa kerja 2 tahun di Kantor Kesehatan Pelabuhan Pekanbaru dipilih sebagai informan utama 1 karena yang bertanggung jawab dan mengambil kebijakan dalam rapat pembentukan tim darurat, SOP dan yang memimpin setiap rapat di Kantor kesehatan Pelabuhan Pekanbaru. 2) Staff UKLW dengan masa kerja 5 tahun dipilih sebagai informan utama 2 karena menjadi anggota dalam tim darurat, yang ikut merancang pembuatan tim dan SOP kebakaran di KKP, yang melakukan inspeksi peralatan kebakaran, dan yang membuat laporan mengenai pembelian alat kebakaran di Kantor X Pekanbaru. 3) Staff PKSE dengan masa kerja 23 tahun dipilih sebagai informan utama 3 karena selaku ketua tim darurat di Kantor Kesehatan Pelabuhan Pekanbaru, 4) Kasi PKSE dengan masa kerja 22 tahun dipilih sebagai Informan Pendukung 1 karena yang bertanggung jawab untuk mengeluarkan dana pembelian perlengkapan di Kantor Kesehatan Pelabuhan Pekanbaru, 5) Kepala Kemanan dengan masa

kerja 7 bulan dipilih sebagai Informan Pendukung 2 karena yang bertanggung jawab sebagai kepala keamanan dan yang melakukan pelaporan ke pihak Kantor jika terjadi kebakaran dijam malam.

Berdasarkan identifikasi bahaya kebakaran sudah dilakukan dan didapatkan potensi bahaya kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru beresiko rendah hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dan telaah dokumen yang peneliti lakukan, namun material yang ada di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru merupakan bahan mudah terbakar seperti kertas laporan dan dokumentasi, meja dan kursi yang terbuat dari kayu, dan material lainnya. Ketersediaan sarana pemadam api ringan yang dirasa masih kurang untuk kantor dengan 2 lantai. Dari hasil observasi APAR yang tersedia di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru merupakan APAR dengan berat 1,5 kg isi tabung yang digunakan adalah *dry powder* dengan jumlah 2 unit APAR yang tersebar di lantai 1 dengan jumlah 1 unit dan 1 unit di lantai 2.

APAR (Alat Pemadam Api Ringan) merupakan salah satu fasilitas yang harus dimiliki pada setiap bangunan atau lokasi kerja. Ketersediaan APAR juga harus memadai dalam segi jumlah dan peletakkannya.⁶

Pihak Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru melakukan pemeliharaan dan pemeriksaan rutin terhadap APAR yang mereka miliki yaitu dilakukannya pemeliharaan berupa pengecekan terhadap APAR yang mereka miliki setiap 1 bulan sekali, seperti pengecekan terhadap isi tabung, keadaan tabung APAR, bagian luar tidak boleh cacat, kondisi selang pemancar. Sedangkan kegiatan pemeliharaan APAR meliputi mengelap tabung-tabung APAR dan mengisi tabung-tabung APAR yang sudah kadaluwarsa, kegiatan pemeliharaan ini dilakukan dengan waktu sekali 6 bulan. Kegiatan inspeksi peralatan kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru didukung oleh telaah dokumen pemeriksaan APAR yang dilakukan oleh staf atau dari tim tanggap darurat Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru.

Hal itu dapat dikaitkan dengan sarana proteksi kebakaran yang belum tersedia di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru yang tidak dapat meminimalisir kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru dimana fungsi dari detektor dan alarm kebakaran adalah upaya pencegahan kebakaran agar dapat memberikan informasi

sedini mungkin apabila terjadi kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru sehingga pegawai dan pengunjung yang ada di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru dapat melakukan evakuasi/penyelamatan diri sedini mungkin sehingga dapat menghindari adanya korban jiwa.

Hasil observasi dilapangan Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru sudah memiliki alarm kebakaran namun untuk pemeriksaan alarm tidak bisa dibuktikan oleh dokumen pemeriksaan, sehingga peneliti menarik kesimpulan Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru belum melakukan pemeliharaan alarm kebakaran.

Pelatihan mengenai pencegahan, rencana penanggulangan dan evakuasi darurat kebakaran masih kurang dimana tidak semua pegawai mendapatkan pelatihan/simulasi mengenai kebakaran yang diberikan oleh pihak Angkasa Pura (AP) setiap tahunnya, yang mana pegawai Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru yang mendapatkan pelatihannya hanya pegawai yang menjadi petugas di wilker bandara hal ini didukung dengan hasil wawancara mendalam dengan kelima Informan.

Analisis rencana penanggulangan di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru seperti dibentuknya tim darurat yang menjadi penanggung jawab dalam melakukan pencegahan dan penanggulang kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru sudah dibentuk.

Tim darurat beranggotakan 5 orang yang mana setiap petugas tanggap darurat mewakili unit kerja yang ada di Kantor X Pekanbaru sesuai dengan aturan (Permenkes No. 48/Men/2016)⁴ bahwasanya setiap unit menjadi perwakilan anggota tanggap darurat didukung dengan adanya dokumen pembentukan tim tanggap darurat kebakaran. Tugas lain dari tim darurat adalah membuat SOP kebakaran yang terdiri dari pencegahan, penanggulangan dan evakuasi darurat apabila terjadi kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru.

SOP dibentuk oleh tim tanggap darurat dan disahkan oleh Kasi UKLW hal ini didukung dengan dilakukannya wawancara mendalam dan telaah dokumen, namun SOP yang sudah dibentuk belum dilakukan sosialisasi kepada seluruh pegawai dan pengunjung di kantor tersebut, sesuai dengan hasil wawancara mendalam dilapangan dengan melakukan wawancara kepada Informan Pendukung 1 yaitu Kasi PKSE yang tidak mengetahui sudah adanya SOP Kebakaran dan juga sejalan dengan

jawaban dari kepala keamanan mengenai sudah SOP kebakaran di Kantor X Pekanbaru pihak keamanan memberikan keterangan bahwasanya belum mengetahui adanya SOP tersebut di KKP. Tidak hanya membentuk SOP kebakaran, tim darurat juga seharusnya sudah membuat form pelaporan setelah apabila terjadi kebakaran untuk diberikan ke pihak berwenang yang melakukan investigasi pasca kebakaran di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru. Form pelaporan tersebut berguna sebagai tindakan pencegahan dan perbaikan yang baik, serta penyebab kebakaran dapat diketahui sebagai upaya untuk mencegah kejadian kebakaran terulang kembali. Setiap kejadian kebakaran harus dilaporkan kepada pihak berwenang baik internal maupun eksternal perusahaan sesuai dengan prosedur pelaporan.⁷

Sarana evakuasi diri dalam keadaan darurat terdiri dari pintu darurat, tangga darurat, petunjuk/rambu-rambu evakuasi dan titik kumpul wajib disediakan oleh kantor apapun, namun dari hasil observasi dilapangan Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru belum memiliki pintu darurat yang berfungsi sebagai sarana evakuasi diri apabila terjadi bencana seperti kebakaran hal ini tidak sejalan dengan peraturan yang menyatakan manajemen keselamatan dan kebakaran gedung harus didukung dengan sarana penyelamatan gedung berupa pintu darurat.⁴

Pintu darurat atau pintu kebakaran merupakan pintu yang langsung menuju tangga kebakaran dan hanya digunakan sebagai jalan keluar untuk usaha penyelamatan jiwa manusia apabila terjadi kebakaran. Pintu darurat tidak boleh terhalang dan tidak boleh terkunci serta harus berhubungan langsung dengan jalan penghubung, tangga atau halaman luar.⁸

Begitu juga dengan hasil observasi mengenai tangga darurat di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru yang belum disediakan oleh pihak Kantor hal ini tidak sesuai dengan aturan (Permenkes No. 48 Tahun 2016) mengenai sarana penyelamatan gedung berupa tangga darurat dan juga manfaat dari tangga darurat adalah guna menghindari adanya kecelakaan atau luka-luka pada waktu evakuasi (PU, NOMOR: 11/KPTS/2000) dan juga tangga darurat berfungsi sebagai jalur evakuasi orang maupun benda menuju ke titik kumpul, tangga darurat merupakan tempat yang paling aman untuk evakuasi penghuni dan harus bebas gas panas, dan gas beracun.^{4,7,9} Oleh sebab itu tangga darurat harus didesain khusus untuk penyelamatan bila terjadi kebakaran. Tangga darurat kebakaran tangga yang direncanakan

khusus untuk penyelamatan bila terjadi kebakaran. Tangga kebakaran dilindungi oleh saf tahan api dan termasuk didalamnya lantai dan atap atau ujung atas struktur penutup.¹⁰

Hasil observasi dilapangan mengenai rambu-rambu/petunjuk evakuasi sudah disediakan oleh pihak Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru seperti denah menuju titik kumpul, petunjuk arah jalan keluar sejalan dengan penelitian terdahulu bahwa pelaksanaan rambu-rambu K3 sudah banyak dilaksanakan di beberapa instansi, rumah sakit dan proyek pekerjaan bangunan.¹¹

Rambu-rambu K3 merupakan upaya memberikan arah untuk mencegah terjadinya kecelakaan. Rambu-rambu K3 dibuat dan dilaksanakan dengan ketentuan untuk petunjuk arah jalur evakuasi yang mengarah ke tangga untuk menuju titik kumpul dibuat dengan warna yang cerah dan kontras dengan warna merah yang ditempel di tembok dibuat dengan kertas putih. rambu-rambu K3 di kantor lapas dibuat dengan warna kontras dengan tembok lapas berguna agar mudah dilihat dan mencolok sehingga mudah dikenali ketika sedang berada dalam situasi/kondisi yang panik.¹²

Titik kumpul di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru terdapat 2 (dua) titik kumpul yang berada di depan kantor dan dibelakang kantor namun dihari biasa titik kumpul dipergunakan untuk parkir roda empat karyawan. Menurut pengakuan dari ketua tim tanggap darurat titik kumpul dibuat dengan sisa lahan dari pembangunan gedung.

Dari hasil observasi yang dilakukan dengan cara menghitung butuh waktu berapa lama untuk bisa sampai ke titik kumpul jika kita berada pada lantai 2 menuju titik kumpul yang berada dibelakang kantor, maka hasil yang didapat dibutuhkan waktu 30 detik dengan kita berjalan tanpa ada hambatan dengan berjalan santai. Tempat berhimpun/titik kumpul adalah tempat di area sekitar atau diluar lokasi yang dijadikan sebagai tempat berhimpun/berkumpul setelah proses evakuasi dan dilakukan perhitungan saat terjadi kebakaran.¹³

Tempat berhimpun darurat harus aman dari bahaya kebakaran dan lainnya. Tempat ini pula merupakan lokasi akhir yang dituju sebagaimana digambarkan dalam rute evakuasi.⁸

KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam upaya pencegahan kebakaran, pihak KKP sudah melakukan identifikasi

bahaya kebakaran berupa penilaian resiko kebakaran, penentuan tempat beresiko di KKP, untuk inspeksi peralatan kebakaran dilakukan pemeriksaan setiap bulan dan pemeliharaan 2 kali setahun, namun dirasa APAR di KKP masih kurang perlu adanya penambahan unit APAR. Dalam sarana pencegahan kebakaran seperti disediakannya detektor dan alarm kebakaran, KKP baru memiliki alarm kebakaran, namun belum dilakukannya pemeriksaan dan pemeliharaan terhadap alarm kebakaran tersebut, upaya pencegahan kebakaran berupa pelatihan bagi seluruh pegawai di KKP belum diberikan secara menyeluruh, hanya beberapa pegawai yang sudah pernah mengikuti pelatihan.

Dalam rencana penanggulangan kebakaran sudah dibentuknya Tim tanggap darurat. dan sudah dibuatnya SOP kebakaran oleh tim tanggap darurat namun belum dibuatnya form pelaporan pasca kejadian kebakaran. Dalam proses evakuasi darurat kebakaran KKP belum memiliki sarana evakuasi seperti pintu darurat dan tangga darurat, tetapi untuk rambu-rambu petunjuk evakuasi di KKP sudah ada terpasang begitu juga dengan titik kumpul yang sudah disediakan oleh pihak KKP sebagai tempat berkumpul jika terjadi bencana. Kepada peneliti selanjutnya disarankan agar melakukan pengecekan tabung APAR apakah APAR yang digunakan benar-benar dalam keadaan yang baik, dan juga perlu dilakukannya pengukuran tangga dan pintu yang digunakan dalam proses evakuasi apakah sudah sesuai dengan luas bangunan dan jumlah pegawai dan rata-rata pengunjung di gedung tersebut, apakah tangga dan pintu sudah aman untuk dijadikan sarana evakuasi.

DAFTAR PUSTAKA.

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerdja, Jakarta. 1970
2. Handayana M, Suroto S, Kurniawan B. ANALISIS MANAJEMEN PELAKSANAAN PADA KESIAPSIAGAAN DAN TANGGAP DARURAT DI GEDUNG PERKANTORAN X. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)* [Online]. 2016 Mar;4(1):322-331.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. 2002
4. Permenkes No. 48 Tahun 2016. Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Jakarta : Menteri Kesehatan. 2016
5. Kepmen PU No. 11 Tahun 2000. Ketentuan Teknis Manajemen Penanggulangan, Jakarta: Menteri Pekerjaan Umum. 2000
6. Ananda P. Kesesuaian Alat Pemadam Api Ringan Berdasarkan Permenakertrans No. 4 Tahun 1980. *Binawan Student Journal*. 2020 Aug 30;2(2):267-71.
7. Ramli.S. Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja OHSAS. JAKARTA: Dian Rakyat. 2010.
8. NFPA 101: Life Safety Code, Edition: 9780064641807: Medicine & Health Science Books. 2012.
9. Karimah M, Kurniawan B, Suroto S. Analisis Upaya Penanggulangan Kebakaran Di Gedung Bougenville Rumah Sakit Telogorejo Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)* [Online]. 2016 Nov;4(4):698-706 :
10. Arif.S. Studi Analisis Penanggulangan kebakaran di RSUD. DR. M Ashari (Skripsi, Fakultas Keolahragaan Universitas Negeri Semarang). 2015.
11. Nurkholis and Gusti Adriansyah. Pengendalian Bahaya Kerja Dengan Metode Job Safety Analysis Pada Penerimaan Afval Lokal Bagian Warehouse di PT. ST.” *Teknika :Engineering and Sains Journal* 2017;(1): 11–16
12. Lutfi Kurniawan . Implementasi Rambu-Rambu Keselamatan dan Kesehatan Kerja Sebagai Sarana Pemenuhan HAM Narapidana di Lembaga Permasalahatan. *Jurnal Law and Justice (UMS)* 2020;5(1):55-70
13. Raden H. .Evaluasi Sarana Pencegahan Dan Penanggulangan Kebakaran di Gedung OSI (Operasi Sistem Informasi) PT. Krakatau Steel (Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia). 2008.

DETERMINAN PERILAKU SEKSUAL BERISIKO TERTULAR HIV/AIDS DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) PADA PEKERJA PERUSAHAAN DI TANJUNG JABUNG BARAT PROVINSI JAMBI

Puspita Sari^{1*}, Solihin Sayuti², Pahrur Razi²

¹Jurusan Kesehatan Masyarakat, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi 36361

²Jurusan Promosi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jambi 36128

* Korespondensi penulis: puspita.sari@unja.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Kabupaten Tanjung Jabung Barat memiliki banyak perusahaan dengan beban kerja yang tinggi. Salah satu cara mengurangi stress kerja adalah dengan menggunakan jasa wanita penghibur, akibatnya pekerja memiliki risiko tertular HIV/AIDS dan IMS (infeksi menular seksual). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan apa saja yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di perusahaan di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi.

Metode: Jenis penelitian ini kuantitatif dengan rancangan studi *cross sectional*. Sampel 102 orang. Analisis data secara univariat, bivariat dengan Chi square dan multivariat dengan regresi logistik.

Hasil: Hasil Penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara status pernikahan, pengetahuan, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi hambatan, persepsi kemampuan diri dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS. Faktor yang memiliki pengaruh kuat terhadap perilaku seksual berisiko adalah persepsi hambatan dengan nilai Odds Ratio (OR= 2,416. 95% CI 1,195–4,882).

Kesimpulan: Perlunya promosi kesehatan terhadap pekerja mengenai HIV/AIDS dan IMS melalui berbagai media untuk meningkatkan pengetahuan pekerja dan perusahaan diharapkan mendukung pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) pada pekerja perusahaan, melalui cara memfasilitasi dan memberi akses kepada pekerja perusahaan untuk mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dan IMS seperti mengadakan penyuluhan tentang HIV/AIDS dan IMS, memasang poster informasi mengenai HIV/AIDS dan IMS dan lain sebagainya.

Kata kunci: perilaku seksual berisiko; HIV/AIDS; IMS

DETERMINANTS OF SEXUAL BEHAVIOR RISK OF TRANSMITTING HIV / AIDS AND STIs IN WORKERS IN COMPANY X IN TANJUNG JABUNG BARAT DISTRICT, JAMBI PROVINCE

ABSTRACT

Background: HIV or Human Immunodeficiency Virus is a type of virus that attacks the immune system and slowly weakens a person's ability to fight other diseases by destroying important cells that function to control and support the human immune system, Tanjung Jabung Barat Regency has many companies and company workers have a high workload as a result, workers have a risk of contracting HIV / AIDS and STIs, 39 cases of HIV / AIDS cases and 32 STI cases.

Method: This type of research is quantitative with a cross sectional study design. Sample 102 people. Sampling by incidental sampling. Data analysis was univariate, bivariate with Chi square and multivariate with logistic regression.

Results: The results showed that there was a relationship between marital status, knowledge, perceptions of vulnerability, perceived seriousness, perceived barriers, perceptions of self-efficacy and sexual behavior at risk of contracting HIV / AIDS and STIs. The factor that has a strong influence on risky sexual behavior is the perception of inhibition with the Odds Ratio (OR = 2.416. 95% CI 1.195–4.882).

Conclusion: The need for health promotion of workers regarding HIV / AIDS and STIs through various media to increase knowledge of workers and companies are expected to support the provision of communication, information and education (IEC) to company workers, through facilitating and providing access to company workers to obtain information. about HIV / AIDS and STIs such as holding outreach on HIV / AIDS and STIs, posting information posters about HIV / AIDS and STIs and etc.

Keywords: risk sexual behaviour; HIV/AIDS; STD.

PENDAHULUAN

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan dan perlahan-lahan melemahkan kemampuan seseorang untuk melawan penyakit lain dengan memusnahkan sel-sel penting yang berfungsi mengendalikan dan mendukung sistem kekebalan tubuh manusia. Sedangkan AIDS atau *Acquired Immunodeficiency Syndrome* merupakan sindrom yang muncul akibat infeksi HIV pada stadium lanjut yang bercirikan infeksi oportunistik.¹

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa IMS membawa kosekuensi mempermudah penularan HIV. Risiko penularan HIV lima kali lebih besar pada penderita IMS dengan ulkus genital dan 3,5 kali pada penderita IMS non ulkus. Infeksi menular seksual (IMS) merupakan salah satu dari 10 penyebab pertama penyakit yang tidak menyenangkan pada dewasa muda laki-laki dan penyebab kedua terbesar pada dewasa muda perempuan di Negara berkembang.²

AIDS pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987, dimana seorang wisatawan Belanda yang meninggal dunia di RSUP Denpasar akibat terinfeksi AIDS. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan RI yang diterima dari Ditjen PP & PL tentang situasi kasus HIV dan AIDS dari bulan Januari 2016 sampai dengan Maret 2016 sebanyak 40.575 orang, cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dengan jumlah kumulatif jumlah penderita HIV/AIDS dari tanggal 1 April 1987 sampai dengan 31 Maret 2016 sebanyak 269.013 orang, dengan jumlah kumulatif kasus AIDS menurut jenis kelamin, laki-laki sebanyak 42.838 orang lebih tinggi dari pada perempuan sebanyak 24.282 orang dan penularan tertinggi melalui hubungan seksual Berisiko pada heteroseksual (51.692).³

Berdasarkan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP), perilaku berhubungan seks dengan WPS oleh pria berisiko tinggi meningkat 40% pada tahun 2007 menjadi sebesar 60% pada tahun 2011. Selain itu juga terjadi penurunan perilaku abstinen dan setia, dari 11% pada survei tahun 2007 menjadi 8% pada survei tahun 2011. Kondisi tersebut semakin diperkuat dengan rendahnya pemakaian kondom oleh kelompok laki-laki Berisiko tinggi. Pemakaian kondom pada hubungan seks dengan WPS mengalami penurunan pada tahun 2011 dibanding dengan survei tahun 2007 yaitu 29% menjadi 15%.⁴

Laporan Kementerian Kesehatan RI sampai dengan Maret tahun 2016, yang diterima

dari Ditjen PP&PL, Provinsi Jambi menduduki urutan kedua puluh satu jumlah kumulatif kasus HIV dan AIDS, dengan jumlah HIV 986 kasus dan AIDS 558 kasus.³

Kabupaten Tanjung Jabung Barat sendiri satu dari 11 Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi yang memiliki jumlah perusahaan industri pengolahan besar dan sedang sebanyak 14 perusahaan.⁵

Salah satunya adalah Perusahaan X dalam pengelolaan bubur kayu dan tissue dengan banyaknya para pekerja laki-laki di Perusahaan X pengelolaan bubur kayu dan tissue di sebut sebagai komunitas *high risks men* atau laki-laki dengan resiko tinggi terkena IMS atau bahkan HIV/AIDS, karena mereka adalah laki-laki dengan mobilitas pekerjaan yang tinggi, tempat bekerja yang rawan yang menimbulkan stres tinggi, bagi mereka yang sudah menikah yang jauh terpisah dengan keluarga/istri ini menjadi problem tersendiri karena kebutuhan biologis yang sudah selayaknya dapat di salurkan sewaktu-waktu tidak dapat dilakukan dengan istri/pasangan sah, dan di satu sisi mereka mempunyai penghasilan yang cukup besar dibandingkan dengan profesi lain, faktor ini lazim diistilahkan sebagai 3 M (*Men, Mobile with Money*).⁶

Secara kumulatif jumlah pengidap HIV dan AIDS yang tercatat/dilaporkan sebanyak 125 kasus, dan meninggal sebanyak 35 orang. Tersebar di 13 Kecamatan di Kabupaten Tanjung Jabung Barat. Sedangkan jumlah kasus HIV dan AIDS Menurut kelompok umur kumulatif dari tahun 2002 sampai dengan tahun 2016 terdapat peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS yang berada di kelompok umur produktif ≥ 15 tahun, dengan jumlah HIV/AIDS 121 kasus. Untuk kasus IMS data yang tercatat /dilaporkan pada tahun 2015 ada 32 orang, dan pada tahun 2016 ada 7 orang. Sedangkan untuk data pemakaian kondom pada tahun 2015 adalah 1,3% dan di tahun 2016 adalah 2,3%. Menurut faktor resiko maka urutan terbanyak kasus HIV/AIDS di Kabupaten Tanjung Jabung Barat dari tahun 2002 sampai dengan tahun 2016 adalah pelanggan/pelaku seks tidak aman sebanyak 39 kasus (Wiraswasta/swasta), kemudian diikuti oleh wanita pekerja seks (WPS) sebanyak 25 kasus, dan ibu rumah tangga 23 kasus.⁷

Perusahaan X di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi dalam penelitian ini adalah Perusahaan X yang bergerak dalam bidang pengelolaan bubur kayu dan tissue, di sekitar Perusahaan X terlihat banyak warung-warung yang berdiri, ± ada 25 warung. Pada awalnya warung yang berada di sekitar

Perusahaan X tersebut adalah tempat peristirahatan para pekerja, tetapi warung-warung tersebut dimanfaatkan lain oleh para pedagang agar menarik perhatian dan karena persaingan dagang maka ada sebagian warung yang dilengkapi dengan karaoke dan bilyard bahkan ada yang menyediakan wanita penghiburnya, keberadaan warung remang-remang (tenda biru) ini secara langsung maupun tidak langsung berperan dalam penyebaran IMS dan HIV/AIDS di kalangan pekerja Perusahaan X.

Sehingga permasalahan yang timbul adalah bagaimana perilaku pekerja di perusahaan berkaitan dengan resiko tertular HIV/AIDS dan IMS. Sementara saat ini diperkirakan ada sekitar 3 juta pelanggan penjaja seks, dan terdapat satu setengah juta lebih pasangan tetap orang yang berisiko tertular HIV, tetapi dilihat dari pola penularan HIV berdasarkan jenis kelamin memiliki pola yang hampir sama dalam 7 tahun terakhir yaitu lebih banyak terjadi pada kelompok laki-laki dibandingkan kelompok perempuan.⁸

Oleh karena itu, dari uraian diatas peneliti tertarik untuk menganalisis determinan apa saja yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di perusahaan di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pekerja perusahaan yang berusia 18-59 tahun di perusahaan yang berjumlah 2.298 orang dengan jumlah sampel sebanyak 102 orang. Pengambilan sampel dengan menggunakan metode *Insidental Sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung kepada responden menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji regresi logistik dengan metode *backward*.⁹

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa da sebagian besar responden adalah berusia 17-40 Tahun (77,5%), masa kerja lama >2 tahun (75,5%), status pernikahan menikah (67,6%), pendapatan tinggi >> Rp.1.906.650 (64,7%).

Tabel 1. Distribusi frekuensi Karakteristik Demografi responden; umur, masa kerja, status pernikahan dan pendapatan (n=102)

Karakteristik Demografi Responden	f	%
Umur		
17-40 Tahun (Dewasa Muda)	79	77,5
41- 60 Tahun (Dewasa Tua)	23	22,5
Masa kerja		
Masa Kerja Lama > 2 Tahun	77	75,5
Masa Kerja Baru ≤ 2 Tahun	25	24,5
Status Pernikahan		
Belum/(termasuk cerai/duda)	33	32,4
Menikah	69	67,6
Pendapatan		
Pendapatan Rendah (< Rp.1.906.650)	36	35,3
Pendapatan Tinggi (> Rp.1.906.650)	66	64,7

Tabel 2 Distribusi frekuensi riwayat IMS, pengetahuan, sikap, persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, persepsi kemampuan diri dan akses sumber media informasi (n=102)

Variabel	f	%
Riwayat IMS		
Memiliki riwayat IMS	13	12,7
Tidak memiliki riwayat IMS	89	87,3
Pengetahuan		
Pengetahuan Rendah	47	46,1
Pengetahuan Tinggi	55	53,9
Sikap Tentang HIV/AIDS dan IMS		
Permisif	49	48,0
Tidak Permisif	53	52,0
Persepsi Kerentanan tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja		
Persepsi Kerentanan Rendah	54	52,9
Persepsi Kerentanan Tinggi	48	47,1
Persepsi Keseriusan HIV/AIDS dan IMS		
Persepsi Keseriusan Rendah	50	49,0
Persepsi Keseriusan Tinggi	52	51,0
Persepsi Manfaat Melakukan Hubungan Seksual yang Aman		
Kurang	47	46,1
Baik	55	53,9
Persepsi Hambatan Melakukan Hubungan Seksual yang Aman		
Rendah	44	43,1
Tinggi	58	56,9
Persepsi Kemampuan Diri Responden		
Rendah	45	44,1
Tinggi	57	55,9
Akses Sumber Media Informasi		
Sedikit (≤ 3 sumber media informasi)	71	69,6
Banyak (> 3 sumber media informasi)	31	30,4

Tabel 2 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi responden memiliki riwayat IMS (12,7%), Pengetahuan rendah 46,1%, sikap permisif (48,0%), persepsi kerentanan rendah (52,9%), persepsi keseriusan rendah (49,0%), persepsi manfaat melakukan hubungan seksual yang aman kurang (46,1%), persepsi hambatan melakukan hubungan seksual yang aman tinggi (56,9%), persepsi kemampuan diri rendah (44,1%) dan akses sumber media informasi sedikit (69,6%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan (p value = 0,014), pengetahuan (p value = 0,004), Persepsi kerentanan (p value = 0,032), persepsi keseriusan (p value = 0,011), persepsi hambatan (p value = 0,024), efikasi diri (p value = 0,037) dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X di peroleh ($p < 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan status belum menikah/termasuk duda yaitu sebesar 36,4% dibandingkan dengan responden yang berstatus menikah yaitu sebesar 13,0%

Menurut Shani, pernikahan dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang. Seseorang telah menikah lebih mementingkan keintiman emosional dengan pasangan seksnya dalam seksualitas. Dalam studinya pada pekerja migran Mexico diperoleh hasil bahwa laki-laki yang memiliki skor yang tinggi dalam keintiman emosional dengan pasangannya menunjukkan bahwa laki-laki yang berstatus menikah memiliki resiko yang lebih kecil untuk terlibat perilaku seksual berisiko.¹⁰

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Roy terhadap pekerja migran di bangladesh juga mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan perilaku seksual Berisiko. $p < 0,001$.¹¹

Status pernikahan merupakan salah satu bagian dari karakteristik individu yang menurut teori *health bilef model* (HBM) termasuk dalam faktor modifikasi yang dapat memengaruhi persepsi atau keyakinan individu terhadap suatu masalah tertentu.¹²

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan pengetahuan rendah yaitu sebesar 34,0% dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan tinggi yaitu sebesar 9,1%.

Tabel 3. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Pekerja Perusahaan di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi

Variabel	Perilaku Sosial				Total		p-value
	Berisiko		Tidak Berisiko		f	%	
	f	%	f	%	f	%	
Status							
Pernikahan							
Belum Menikah/ termasuk duda	12	36,4	21	63,6	33	100	p=0,014* (p > α)
Menikah	9	13,0	60	87,0	69	100	
Pengetahuan							
Rendah	16	34,0	31	66,0	47	100	p = 0,004* (p < α)
Tinggi	5	9,1	50	90,9	55	100	
Persepsi							
Kerentanan							
Rendah	16	29,6	38	70,4	54	100	p = 0,032* (p < α)
Tinggi	5	10,4	43	89,6	48	100	
Persepsi Keseriusan							
Rendah	16	32,0	34	68,0	50	100	p = 0,011* (p < α)
Tinggi	5	9,6	47	90,4	52	100	
Persepsi Hambatan							
Tinggi	17	29,3	41	70,7	58	100	p = 0,024* (p < α)
Rendah	4	9,1	40	90,9	44	100	
Kemampuan Diri							
Rendah	14	31,1	31	68,9	45	100	p = 0,037* (p < α)
Tinggi	7	12,3	50	87,7	57	100	

• Ho Ditolak

Hasil uji statistik secara *chi-square* di peroleh nilai $p = 0,004$ ($p < 0,05$), hal ini berarti ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan.

Hasil penelitian ini juga didukung penelitian yang dilakukan oleh Vicca, Akmal dan Susila pada tahun 2013 ditemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan perilaku pencegahan penularan HIV AIDS dengan p -value 0,040.¹³

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM) aspek pengetahuan merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi persepsi dan sikap seseorang yang selanjutnya akan mendorong seseorang untuk berperilaku.¹²

Hubungan Persepsi Kerentanan dengan Perilaku Seksual Berisiko HIV/AIDS dan IMS. Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan persepsi kerentanan rendah yaitu sebesar 29,6% dibandingkan dengan reponden yang memiliki persepsi kerentanan tinggi yaitu sebesar 10,4%.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nurcholis (2008) yang mendapatkan hasil adanya hubungan yang bermakna antara persepsi kerentanan dengan

perilaku pencegahan IMS dan HIV AIDS dengan p value = 0,001.¹⁴

Persepsi kerentanan adalah pendapat akan mudahnya seseorang terkena suatu penyakit, yang dalam hal ini adalah penyakit HIV/AIDS dan IMS persepsi kerentanan dalam teori *Health Belief Model* merupakan satu titik kritis dimana seseorang menganggap apakah dirinya mudah terkena suatu penyakit.¹²

Hubungan Persepsi Keseriusan dengan Perilaku Seksual Berisiko HIV/AIDS dan IMS. Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan persepsi keseriusan rendah yaitu sebesar 32,0% dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi keseriusan tinggi yaitu sebesar 9,6%. Secara statistik di peroleh nilai $p = 0,011$ ($p < 0,05$), hal ini berarti ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan dengan perilaku seksual berisiko HIV/AIDS dan IMS pada pekerja.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lin pada pekerja migran di Taiwan juga memperoleh hasil perilaku seksual berisiko lebih banyak dilakukan oleh responden yang memiliki persepsi keseriusan rendah (38,5%) daripada responden yang memiliki persepsi keseriusan tinggi (31,6%).¹⁵

Dalam teori *Health Belief Model* persepsi keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), adalah penilaian atau anggapan responden tentang keseriusan terhadap HIV AIDS. Tindakan seseorang untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit didorong oleh ancaman penyakit tersebut.¹²

Hubungan Persepsi Hambatan dengan Perilaku Seksual Berisiko HIV/AIDS dan IMS Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan persepsi hambatan tinggi yaitu sebesar 29,3% dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi hambatan rendah yaitu sebesar 9,1%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lokollo (2009) di Kota Semarang menunjukkan subyek penelitian menyatakan bahwa faktor penghalang merupakan salah satu faktor penting dalam mencegah penularan IMS dan HIV AIDS. Pandangan subyek yang setuju terhadap kegunaan kondom, ternyata tidak cukup menjamin subyek akan menggunakan kondom. Hal tersebut diakui oleh adanya beberapa pasangan seks yang tidak memakai kondom dengan alasan tidak dapat ejakulasi dan tidak nyaman dipakai.¹⁶

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model (HBM)* yang menyatakan bahwa dalam melakukan perilaku sangat dipengaruhi oleh *perceived barriers/cost* yaitu persepsi terhadap biaya, atau aspek negatif yang menghalangi individu untuk melakukan perilaku seksual yang aman. Tidak hanya biaya yang menjadi faktor hambatan, akan tetapi aspek-aspek negatif lainnya juga dapat menghalangi seseorang berperilaku seksual yang aman, antara lain ketidakpastian, efek samping, ketidakcocokan, pengalaman yang kurang menyenangkan, rasa sakit, efisiensi waktu serta asilitas pelayanan yang sulit dijangkau.¹²

Hubungan Persepsi Kemampuan diri dengan Perilaku Seksual Berisiko HIV/AIDS dan IMS. Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan persepsi efikasi diri rendah yaitu sebesar 31,1% dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi efikasi diri tinggi yaitu sebesar 12,3%.

Analisis statistik penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ika Hapsari (2015), dimana hasilnya menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri dengan perilaku seksual pencegahan penularan HIV AIDS di Kudus dengan $p = 0,001$.¹⁷

Berdasarkan teori *Health Belief Model* persepsi efikasi diri berhubungan dengan keyakinan bahwa diri sendiri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan. Efikasi diri memiliki dua komponen yaitu efikasi ekspektasi dan efikasi hasil. Efikasi ekspektasi berhubungan dengan keyakinan bahwa diri sendiri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan, sedangkan efikasi hasil merupakan perkiraan estimasi diri bahwa tingkah laku yang akan dilakukan akan mencapai hasil tertentu.¹²

Tabel 4 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur, masa kerja, pendapatan, riwayat IMS, sikap, persepsi manfaat, akses sumber media informasi (dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X di peroleh ($p > 0,05$).

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden yang berumur dewasa muda (17-40 tahun) yaitu sebesar 21,5% dibandingkan dengan responden yang berumur dewasa tua

(41-60 tahun) yaitu sebesar 17,4%. Hasil analisis statistik menggunakan *chi-square* di peroleh nilai $p\text{-value} = 0,776$ ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku seksual berisiko HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X.

Tabel 4. Faktor-Faktor Yang tidak Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Pekerja Perusahaan di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi

Variabel	Perilaku Sosial				Total		p-value
	Berisiko		Tidak Berisiko		f	%	
	f	%	f	%			
Umur							
Dewasa muda (17-40 tahun)	17	21,5	62	78,5	79	100	$p=0,776^{\S}$ ($p > \alpha$)
Dewasa tua (41-60 tahun)	4	17,4	19	82,6	23	100	
Masa Kerja							
Lama (>2 tahun)	17	22,1	60	77,9	77	100	$p=0,713^{\S}$ ($p > \alpha$)
Baru (≤ 2 Tahun)	4	16,0	21	84,0	25	100	
Pendapatan							
Rendah (\leq Rp.1.906.650)	5	13,9	31	86,1	36	100	$p=0,327^{\S}$ ($p > \alpha$)
Tinggi ($>$ Rp.1.906.650)	16	24,2	50	75,8	66	100	
Riwayat IMS							
Memiliki Riwayat IMS	4	30,8	9	69,2	13	100	$p=0,461^{\S}$ ($p > \alpha$)
Tidak Memiliki Riwayat IMS	17	19,1	72	80,9	89	100	
Sikap							
Permisif	11	22,4	38	77,6	49	100	$p = 0,840^{\S}$ ($p > \alpha$)
Tidak Permisif	10	18,9	43	81,1	53	100	
Persepsi Manfaat							
Kurang	13	27,7	34	72,3	47	100	$p = 0,165^{\S}$ ($p > \alpha$)
Baik	8	14,5	47	85,5	55	100	
Akses Sumber media Informasi							
Sedikit (≤ 3 sumber media informasi)	16	22,5	55	77,5	71	100	$p = 0,639^{\S}$ ($p > \alpha$)
Banyak (> 3 sumber media informasi)	5	16,1	26	83,9	31	100	

\S Ho Diterima

Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian yang dilakukan oleh WU Jun-Qing juga menyatakan bahwa persentase perilaku seksual paling tinggi terdapat pada kelompok umur 40 tahun sebanyak 32,3% diandingkan kelompok umur yang lain.¹⁸

Hal ini sesuai dengan teori HBM Keanekaragaman karakteristik

sosiodemografi dan ekonomi berkemungkinan mempengaruhi persepsi, dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku. Meskipun HBM mengidentifikasi konstruk yang menuju pada *outcome* perilaku, namun hubungan antar konstruk tidak dijelaskan dengan pasti. Ambiguitas ini menyebabkan adanya berbagai macam variasi dalam aplikasi HBM.¹²

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan masa kerja lama (> 2 tahun) yaitu sebesar 22,1% dibandingkan dengan responden masa kerja baru (≤ 2 tahun) yaitu sebesar 16,0%. Hasil uji statistik menggunakan *chi-square* di peroleh nilai $p\text{-value} = 0,713$ ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan perilaku seksual berisiko HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kristawansari (2012) pada sopir truk di area pangkalan truk di alas roban Batang menyatakan semakin lama menjadi sopir truk, maka semakin banyak pasangan untuk melakukan hubungan seksual secara bergantian.¹⁹

Hal ini sesuai dengan teori HBM Keanekaragaman karakteristik sosiodemografi dan ekonomi berkemungkinan mempengaruhi persepsi, dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku.¹² Selain itu faktor determinan yang ikut menentukan besarnya frekuensi dan distribusi suatu penyakit didalam suatu masyarakat, salah satu diantaranya adalah faktor tuan rumah (*host*), yaitu pekerjaan karena pekerjaan seseorang sering mempunyai ikatan erat dengan kemungkinan terjangkitnya IMS. Pada orang-orang yang bekerja dengan kondisi tertentu dengan lingkungan yang memberikan peluang terjadinya kontak seksual, akan timbul akibat meningkatnya penderita IMS.²⁰

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan pendapatan tinggi yaitu sebesar 24,2% dibandingkan dengan

responden yang memiliki pendapatan rendah yaitu sebesar 13,9%. Hasil uji statistik *chi-square* di peroleh nilai *p-value* = 0,327 ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X.

Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Seedat yang menyatakan bahwa responden yang memiliki perilaku seksual Berisiko lebih banyak terdapat pada responden yang memiliki pendapatan tinggi (35,1%) dari pada responden yang memiliki pendapatan rendah (28,8%).²¹

Wilson mengungkapkan, peningkatan tingkat perekonomian secara umum, dan peningkatan pendapatan pada individu seiring dengan perubahan sosial ekonomi dan budaya di suatu daerah akan mempengaruhi perubahan persediaan dan permintaan jasa seks (prostitusi). Peningkatan pendapatan pada pria akan meningkatkan kemampuan seseorang dalam membeli seks. Sehingga peningkatan pendapatan akan berpengaruh pada pola perilaku seksual dan angka HIV/AIDS. Sehingga seseorang dengan pendapatan yang tergolong tinggi memiliki kesempatan dan kemungkinan lebih besar untuk terlibat perilaku seksual berisiko.²²

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden yang memiliki riwayat IMS yaitu sebesar 30,8% dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat IMS yaitu sebesar 19,1%. Hasil uji statistik menggunakan *chi-square* di peroleh nilai *p-value* = 0,461 ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat IMS dengan perilaku seksual berisiko HIV/AIDS dan IMS pada pekerja.

Hal ini juga dapat dikarenakan terdapat responden yang memiliki riwayat IMS namun tidak termasuk dalam kategori responden yang memiliki perilaku seksual berisiko mungkin dikarenakan gejala tersebut pernah dialami lebih dari jangka waktu 6 bulan terakhir dan dalam waktu 6

bulan terakhir responden tidak melakukan perilaku seksual yang Berisiko.

Variabel riwayat IMS dalam penelitian ini hanya digali melalui metode wawancara kuantitatif dan riwayat IMS responden diketahui berdasarkan pengakuan responden tidak diketahui secara pasti bahwa gejala yang dialami responden merupakan gejala IMS dan terdapat kemungkinan responden yang termasuk dalam kategori memiliki perilaku Berisiko tidak mengakui pernah mengalami gejala IMS. Sehingga variabel riwayat IMS ini belum dapat menggali hubungannya dengan perilaku seksual berisiko responden.

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan sikap permisif yaitu sebesar 22,4% dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap tidak permisif yaitu sebesar 18,9%. Hasil uji statistik *chi-square* di peroleh nilai *p-value* = 0,840 ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian penelitian yang dilakukan oleh Juliastika (2011) di Manado. Dimana hasil penelitian tersebut memperoleh hasil tidak adanya hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku penggunaan kondom terhadap pencegahan penularan HIV AIDS dengan nilai *p value* = 0,092.²³

Sikap individu memang memegang peranan penting dalam menentukan perilaku seseorang di lingkungannya. Pada gilirannya, lingkungan secara timbal balik akan mempengaruhi sikap dan perilaku. Interaksi antara lingkungan sosial dengan sikap, dengan berbagai faktor di dalam maupun di luar individu akan membentuk suatu proses kompleks yang akhirnya menentukan bentuk perilaku seseorang.²⁴

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan persepsi manfaat kurang yaitu sebesar 27,7% dibandingkan dengan

reponden yang memiliki persepsi manfaat baik yaitu sebesar 14,5%. Hasil uji statistik *chi-square* di peroleh nilai *p value* = 0,165 ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X. Hal tersebut juga dapat berarti bahwa seseorang yang memiliki persepsi manfaat kurang lebih cenderung untuk memiliki perilaku seksual yang Berisiko.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurcholis (2008) di Klaten yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi manfaat dengan perilaku dalam upaya pencegahan penularan HIV AIDS dimana hasil *uji square* ($=0,05$) diperoleh nilai *p value* 0,313).¹⁴

Sedangkan menurut teori Health Belief Model (HBM) persepsi manfaat adalah opini seseorang tentang nilai atau kegunaan terhadap perilaku baru dalam mengurangi resiko berkembangnya penyakit. Orang-orang yang hidup dengan berperilaku hidup sehat percaya bahwa jika mereka berperilaku hidup sehat maka mereka tidak akan terserang penyakit. Manfaat yang dirasakan memainkan peranan penting dalam mengadopsi perilaku sehat. Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi resiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit.¹²

Persentase responden yang memiliki perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS lebih banyak terdapat pada responden dengan akses sumber media informasi sedikit (≤ 3 sumber media informasi) yaitu sebesar 22,5% dibandingkan dengan reponden yang mempunyai akses sumber media informasi banyak (> 3 sumber media informasi) yaitu sebesar 16,1%. Hasil uji statistik *chi-square* di peroleh nilai *p value* = 0,639 ($p > 0,05$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara akses sumber media informasi dengan perilaku seksual berisiko

tertular HIV/AIDS dan IMS pada pekerja di Perusahaan X.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Nurcholis (2008) juga menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sumber atau akses informasi dengan perilaku pencegahan IMS dan HIV AIDS dengan uji *chi square* (0,05) didapatkan nilai $p=0,177$ ¹⁴

Selain empat persepsi atau keyakinan dan variabel modifikasi, *Health Belief Model (HBM)* menunjukkan bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak adalah peristiwa-peristiwa, orang, atau hal-hal yang menggerakkan orang untuk melakukan perubahan atas perilaku mereka. Isyarat untuk bertindak ini dapat bersifat internal yaitu isyarat untuk bertindak yang berasal dari dalam diri individu, misalnya gejala yang dirasakan dan eksternal yaitu isyarat untuk bertindak yang berasal dari interaksi interpersonal, misalnya media massa, pesan, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan.¹²

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Logistik Pada Perilaku Seksual Pekerja di Perusahaan X Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi

Variabel	B	p value	Exp (B)	95% CI Exp (β)	
				Lower	Upper
Masa Kerja	-0,349	0,030	0,706	0,515	0,967
Pengetahuan	0,659	0,001	1,934	1,321	2,831
Persepsi Kerentanan	0,576	0,045	1,785	1,014	3,144
Persepsi Keseriusan	0,668	0,014	1,950	1,145	3,322
Persepsi Hambatan	0,882	0,014	2,416	1,195	4,882
Persepsi Kemampuan Diri	0,750	0,017	2,118	1,144	3,920
Konstanta	0,070	1,000	1,072		

Tabel 5 menunjukkan bahwa faktor persepsi hambatan merupakan variabel yang paling berpengaruh pada penelitian ini dengan *Odd Ratio (OR)* atau *Exp.B*= 2,416 (95% CI 1,195–4,882). Artinya responden responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi memungkinkan untuk melakukan perilaku seksual yang berisiko sebesar 2,416 kali dibandingkan dengan responden yang persepsi

hambatan rendah.

Karena perubahan perilaku bukanlah sesuatu yang dapat terjadi dengan mudah bagi kebanyakan orang, Unsur lain dari teori *Health Belief Model* adalah masalah hambatan yang dirasakan untuk melakukan perubahan. Hal ini berhubungan dengan evaluasi individu atas hambatan yang dirasakan untuk mengadopsi perilaku baru. Persepsi tentang hambatan yang dirasakan merupakan unsur yang signifikan dalam menentukan apakah seseorang akan melakukan perilaku baru atau tidak. Agar perilaku yang baru akan diadopsi, seseorang perlu percaya bahwa manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama.

KESIMPULAN DAN SARAN

Perilaku seksual pekerja yang berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS sebanyak 20,6% dan 79,4% responden tidak memiliki perilaku seksual berisiko tetapi hampir sebagian responden memiliki sikap permisif sebanyak 48,0%, lebih dari sebagian responden memiliki hambatan tinggi sebanyak 56,1% dan hampir sebagian responden memiliki persepsi kemampuan diri rendah sebanyak 44,1%. Perilaku seksual berisiko meliputi : pernah berhubungan seksual dengan pasangan tidak tetap (WPS dan Pacar/Teman)/selain istri tanpa menggunakan kondom (4,9%), berhubungan seksual hanya dengan WPS tanpa menggunakan kondom (5,9%), dan berhubungan seksual hanya dengan pacar/teman wanita tanpa menggunakan kondom (9,8%).

Variabel yang berhubungan dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS adalah status pernikahan ($p=0,014$), Pengetahuan ($p=0,004$), Persepsi Kerentanan ($p=0,032$), Persepsi Keseriusan ($p=0,011$), Persepsi Hambatan ($p=0,024$) dan Persepsi Kemampuan Diri ($p=0,037$).

Variabel yang tidak berhubungan dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS dan IMS adalah umur ($p=0,890$), masa kerja ($p=0,0713$), pendapatan ($p=0,327$), riwayat IMS ($p=0,461$), sikap ($p=0,0840$), persepsi manfaat ($p=0,165$) dan akses sumber media informasi ($p=0,639$).

Variabel yang paling berpengaruh pada penelitian ini adalah persepsi hambatan melakukan hubungan seksual yang aman dengan *Odd Ratio (OR)* atau *Exp.B* = 2,416 (95% CI 1,195–4,882). Artinya responden responden yang memiliki persepsi hambatan tinggi

memungkinkan untuk melakukan perilaku seksual yang berisiko sebesar 2,416 kali dibandingkan dengan responden yang persepsi hambatan rendah

DAFTAR PUSTAKA

1. Grapes, B J. Sexually Transmitted Disease. San Diego: Greenhaves Press; 2007.
2. Dirjen PPM & PLP Depkes RI. Statistik Kasus HIV AIDS di Indonesia. In Jakarta; 2010.
3. Kemenkes. Ditjen PP Dan PL Kemenkes RI Laporan Perkembangan HIV-AIDS Di Indonesia sampai dengan Maret Tahun 2016. 2016;(September):1–3.
4. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia. Sueveilans Terpadu Biologis Perilaku (STBP) 2011. In Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia Jakarta; 2011.
5. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Profil Perusahaan di Kabupaten Tanjung Jabung Barat 2015. Tanjungbar. 2015;
6. Menteri Kesehatan. Indikator Tujuan Pembangunan Millenium (MDG) ke-6 mengenai HIV/AIDS. 2012.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Barat. Profil Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Barat. 2016.
8. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi dan Analisis HIV AIDS. In Jakarta. 2014.
9. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif dan kualitatif. Bandung: Alfabeta. 2011.
10. Shani BB. Labour Migration to India and Mumbai Disease in Far-West Nepal: An Analysis of Sxsexual Behaviors.
11. Anderson C et a RT. Sexual Risk Behaviour of Rural to Urban Migrant Taxi Driver in Dhaka, Bangladesh: A cross-sectional Behavioural Survey. 2010;124:648–58.
12. Glanz, Karen L et al. Health Behavior And Health Education (Theory, Research, and Praticce). 4th Editio. John Wiley & Sons. INC. San Francisco; 2008.
13. Vicca Rahmayani Akmal M.Hanif SS. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pencegahan Penularan HIV AIDS pada Waria di Kota Padang. *Andalas J Heal*. 2014;(2):1–6.
14. Nurcholis Arif BudimanTinuk Istiarti SB. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Jalanan Dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV AIDS Di Sekitar Alun – Alun Dan Candi Prambanan Kabupaten Klaten. *J Promosi Kesehat Indones*. 2007; 3(2):1–7.
15. Lin P, Simoni JM and Z V. The Health Belief Model, sexual Behaviors, and HIV Risk among Taiwanese Immigrants. *AIDS Educ Prev*. 2005;17 (5): 469-483.).
16. Fitriana.Y L. Studi Kasus Perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung Dalam Pencegahan IMS, HIV Dan AIDS Di Pub & Karaoke, Café, Dan

- Diskotek Di Kota Semarang (Masters Thesis, Universitas Diponegoro). 2009.
17. Enggarwati IH. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Denga Perilaku Pencegahan Penularan HIV AIDS Pada Waria Pekerja Seks Di Kabupaten Kudus Tahun 2015 (Thesis, Universitas Negeri Semarang). 2015
 18. Wu JQ, Wang KW, Li YY et al. Male Rural-to-Urban Migrants and Risky Sexsual Behavior : A Cross-sectional Study in Shanghai, China. *Int J Enviromental Res Public Heal*. 2014;11:2846-2864).
 19. Kristiawansari. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Sopir Truk tentang HIV AIDS dengan Perilaku Pencegahan HIV AIDS. *Unnes J Public Heal* 2013;(3);1-8. 2013;
 20. Daili S. Infeksi Menular Seksual. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2009.
 21. Seedat F. Determinants of HIV Risk among Male Migrant Workes in Mumbai. *Migration Studies Unit London School of Economics and Political Science*. 2011;(3:1-21).
 22. Wilson N. Economic Booms and Risky Sexual Behavior: Evidence from Zambian Copper Mining Cities. *Willliams College Departemen of Economics*. 2011.
 23. Juliastika Grace Korompis BTR. Hubungan Tentang HIV AIDS dengan Sikap dan Tindakan Penggunaan Kondom Pria Pada Wanita Pekerja Seks di Kota Manado. *E-Journal Univ Sam Ratulangi*. 2012;1(1):1–6.
 24. sarwono S. Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Serta Aplikasinya. In: Gajah Mada. Jakarta. 1993.

EVALUASI PENGGUNAAN BUKU KESEHATAN IBU ANAK, KARTU IBU, REGISTER ANC DI PUSKESMAS

Herinawati*¹, Sri Yun Utama¹, Atika Fadhilah Danaz Nst¹, Nuraidah¹, Iksaruddin²

¹ Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenekes Jambi

²Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenekes Jambi

Email korespondensi: herinawati@poltekkesjambi.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk imunisasi, catatan penyakit dan masalah perkembangan anak harus tercatat dengan lengkap dan benar. Buku KIA berguna untuk memantau kesehatan ibu dan anak. Pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak masih terkendala oleh masih kurang sinkronnya antara buku KIA yang akan dibawa ibu pulang, dengan kartu ibu yang di arsip kan di puskesmas sehingga ada beberapa poin informasi di buku KIA tidak ada di kartu ibu sehingga akan menyulitkan dalam mencari data dan membuat laporan.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode studi literatur review PICOS dengan 7 artikel dengan pendekatan PRISMA. Kata kunci "Buku KIA", "Kartu ibu", "register ANC" dan "evaluasi" dari studi kuantitatif atau kualitatif. Artikel lengkap yang diterbitkan pada 2010-2020, bahasa Indonesia atau Inggris, jenis penelitian review, komparasi, ataupun cross-sectional. Artikel dievaluasi menggunakan analisis kritikal.

Hasil: Pencatatan kartu ibu yang diisi namun tidak lengkap paling banyak pada kolom pemeriksaan ibu yaitu sebanyak 64% dan pemeriksaan bayi sebanyak 63%. Kurangnya manfaat kartu ibu sebagai alat pendokumentasian adalah 82,1% responden. Kolom pada kartu ibu yang paling banyak kosong adalah pada integrasi program (PMTCT, Malaria, TB) sebanyak 75 %. Hasil fungsi pencatatan buku KIA kurang baik ditemukan sekitar 44 %

Kesimpulan: Sistem kesehatan perlu disesuaikan untuk memperkenalkan penggunaan dari buku pegangan. Pembuat kebijakan harus memiliki visi dan tujuan yang jelas dari buku pegangan KIA untuk memperkuat sistem perawatan kesehatan.

Kata Kunci: evaulasi; ANC; buku KIA; buku Ibu

EVALUATION OF USING KIA BOOK, MOTHER CARD, AND REGISTER ANC IN HEALTH CENTERS

ABSTRACT

Background: Maternal and child health services including immunization, disease records and child development problems must be recorded completely and correctly. The MCH Handbook is useful for monitoring maternal and child health. The use of maternal and child health services is still constrained by the lack of synchronization between the MCH books that the mother will bring home, and the mother's card that is archived at the puskesmas so that there are several points of information in the MCH book that are not on the mother's card so that it will be difficult to find data and make a report.

Methods: This study used a PICOS review literature study method with 7 articles using the PRISMA approach. The objective of this study was to determine the evaluation of the use of the MCH booklet, mother card, and ANC register at the health center. Using the keywords "MCH Handbook", "Mother's card", "ANC register" and "evaluation" from quantitative or qualitative studies. Complete articles published in 2010-2020, in Indonesian or English, review, comparative, or cross-sectional research types. The articles are then evaluated using critical analysis.

Results: The recording of mother cards that was filled in but was incomplete was mostly in the maternal examination column, namely 64% and examination of babies by 63%. The lack of use of the mother card as a documentation tool was 82.1% of respondents. The column on the mother card with the most blanks is in program integration (PMTCT, Malaria, TB) as much as 75%. The results of the MCH book recording function were less than 44%.

Conclusion: The health system needs to be adjusted to introduce the use of the handbook. Policymakers should have a clear vision and goals from the MCH handbook for strengthening health care systems.

Key Words: evaluation; ANC; mother health care hand book; mother's book

PENDAHULUAN

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan bagian dari *Ante Natal Care* (ANC), yaitu pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu dan anak yang dilakukan sesuai standar pelayanan Ante Natal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan. Untuk mendukung peningkatan kesehatan ibu dan anak, maka Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan berbagai instrument Kesehatan Ibu dan anak seperti Kohort Ibu, Kohort anak, Kohort Balita, Kartu Ibu, Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) dan program Ante Natal care (ANC) terpadu.¹

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat bukti pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh dan berkesinambungan yang dipegang oleh ibu atau keluarga.¹ Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk imunisasi, serta catatan penyakit dan masalah perkembangan anak harus tercatat dengan lengkap dan benar. Buku KIA berguna untuk memantau kesehatan ibu dan anak.²

Buku KIA memiliki beberapa kegunaan yaitu sebagai panduan ibu dan anak yang di dalamnya mencatat informasi dan catatan kesehatan ibu dan anak, sebagaimana tercantum dalam keputusan Menteri Kesehatan no 284/Menkes/SK/III/2004 mengenai buku KIA. Buku KIA berfungsi sebagai satu-satunya alat pencatatan kesehatan ibu dan anak, selain itu isi dari buku KIA juga berfungsi sebagai alat penyuluh Kesehatan atau pembelajaran, dan alat komunikasi kesehatan.¹

Kartu Ibu merupakan metode pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil sehingga dapat mengurangi dan mencegah terjadinya risiko masalah kesehatan maupun kematian ibu. Sementara buku register ANC diperlukan sebagai dokumentasi pelayanan sebelum kelahiran bagi ibu.³

Kehamilan merupakan proses alami yang dialami wanita dalam proses reproduksi, namun memiliki beberapa risiko yang dapat membahayakan kesehatan dan nyawa baik ibu maupun janin yang dikandung. Sehingga, pemantauan berkala dan deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat terhadap adanya faktor risiko maupun komplikasi serta penanggulangan adekuat sedini mungkin menjadi kunci keberhasilan penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkan.³

Pendokumentasian yang baik dapat memberikan gambaran pelayanan yang diberikan serta proses yang terjadi pada

pelayanan asuhan kebidanan pada ibu hamil, misalnya konseling apa yang telah diberikan oleh pelaksana (bidan) pada kunjungan sebelumnya, sehingga ibu hamil mendapatkan informasi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya pada setiap kunjungan.⁴

Ibu dan Anak yang merupakan kelompok rentan dalam berbagai masalah kesehatan menjadi perhatian utama program pemerintah di bidang peningkatan kesehatan. Sehingga dengan memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak diharapkan kemandirian keluarga dalam memelihara kesehatan, mencegah serta menanggulangi masalah kesehatan pada Ibu maupun anak dapat dicapai.⁵

Buku KIA merupakan buku yang dapat didapatkan oleh ibu dari puskesmas, rumah sakit, polindes, dokter maupun bidan praktik secara gratis sebagai bagian dari program pemerintah.²

Buku yang mulai diujicobakan pada tahun 1994 ini merupakan bentuk peran serta aktif keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan ibu dan anak. Namun keberhasilan penerapannya tentunya tidak terlepas dari peran berbagai pihak. Buku KIA yang diberikan pada kunjungan pertama kehamilan juga memberikan informasi tanda bahaya kehamilan namun, sebagian besar ibu hamil belum memanfaatkan buku KIA.⁶

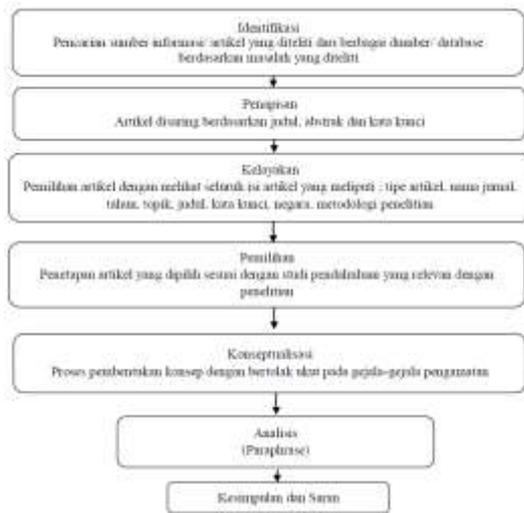
Berdasarkan hasil studi pendahuluan di 5 Puskesmas Kota Jambi di dapatkan bahwa bidan yang berada di 3 Puskesmas mengatakan mengalami kesulitan saat pencatatan registrasi karena terlalu banyak form yang diisi. dari 20 puskesmas 5 puskesmas yang melakukan pencatatan registrasi yang dimodifikasi sendiri sesuai dengan kebutuhan untuk pencatatan pelaporan.

Penelitian ini bertujuan Menelaah dan mengevaluasi penggunaan buku KIA, menelaah dan mengevaluasi penggunaan kartu Ibu, menelaah dan mengevaluasi penggunaan register ANC.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan metode studi literatur review yang bertujuan untuk mengetahui evaluasi penggunaan buku KIA, kartu ibu, dan register ANC di Puskesmas. Artikel di kumpulkan melalui melalui *Google Scholar*, *Pubmed*, *Science Direct*, menggunakan kata kunci "Buku KIA", "Kartu ibu", "register ANC" dan "evaluasi" dari studi kuantitatif atau kualitatif.

Artikel yang dipilih adalah artikel yang memenuhi kriteria, artikel lengkap yang diterbitkan pada 2010-2020, bahasa Indonesia atau Inggris, jenis penelitian review, komparasi, ataupun cross-sectional. Artikel dievaluasi menggunakan analisis kritisal.



Gambar 1. Desain Penelitian

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan metode pencarian diperoleh 8 artikel yang sesuai dengan kriteria yang ditampilkan pada tabel 1.

Berdasarkan tabel 1 terlihat bahwa salah satu faktor yang berperan dalam kelengkapan pencatatan dari kartu ibu diantaranya adalah lama masa kerja dari bidan. Masa kerja yang lama akan mempengaruhi kualitas kinerja seorang pegawai. Masa kerja secara signifikan meningkatkan kinerja pegawai. Kartu ibu merupakan instrumen kesehatan ibu dan anak dengan tujuan untuk mengetahui identitas, status kesehatan, riwayat kehamilan sampai dengan kelahiran. Informasi data dari Kartu ibu sangat penting digunakan sebagai alat untuk mendeteksi dini adanya faktor risiko pada ibu hamil maupun pemantauan kesehatan ibu hamil secara berkesinambungan.⁷

Pada penelitian lainnya ditemukan hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara pelaksanaan pencatatan dengan hasil pencatatan kohort ibu. Bidan dalam melakukan pencatatan kohort memiliki motivasi yang sangat tinggi, akan tetapi dalam pelaksanaannya kohort tidak langsung diisi pada format yang tersedia, namun menggunakan buku bantu dikarenakan ada beberapa bidan yang malas

membawa buku kohort yang besar, sedangkan sudah banyak membawa barang-barang seperti vaksin, timbangan dan lain-lain.⁸

Bidan Desa menggunakan buku bantu, yang jenisnya juga bermacam-macam, dispesifikkan sesuai dengan kebutuhan pemantauan, contohnya seperti buku bumil risti, buku persalinan, buku kunjungan rumah, buku KB, buku pemeriksaan, dan lain sebagainya. Berdasarkan hasil wawancara penelitian tersebut, Bidan Desa menyatakan penggunaan buku bantu ini diperlukan dalam mempermudah pemantauan ibu di lapangan. Hal ini sehubungan dengan bentuk Register Kohort yang besar dengan kolom isian yang kecil, dan Kartu Ibu yang menumpuk, sehingga tidak praktis dan mudah untuk melakukan pemantauan. Oleh karena itu penggunaan buku bantu dapat memudahkan pekerjaan. Hasil studi dokumentasi mengenai format penulisan buku bantu menunjukkan bahwa format penulisannya sama dengan yang ada di Register Kohort Ibu, namun pada buku bantu telah dilakukan pengelompokan berdasarkan masing-masing jenis pemantauan.⁸

Pada penelitian lainnya terlihat ada hubungan antara fungsi pencatatan buku KIA dengan pengetahuan KIA, namun tidak ada hubungan antara fungsi edukasi dan komunikasi buku KIA dengan pengetahuan KIA.⁹

Catatan buku KIA lengkap lebih banyak didapatkan pada ibu dengan tingkat ekonomi rendah, serta cenderung secara rutin memanfaatkan layanan posyandu dibandingkan dengan ibu dengan tingkat ekonomi tinggi yang cenderung jarang memanfaatkan layanan posyandu. Ibu yang mempunyai tingkat ekonomi tinggi cenderung merupakan ibu bekerja yang juga tergolong mempunyai tingkat pendidikan menengah.⁹

Namun, informasi pada buku KIA tidak mengendap menjadi ingatan dan pengetahuan. Kemungkinan responden mempunyai kesan yang kurang mendalam terhadap informasi buku KIA sehingga tidak merasa termotivasi untuk menjadikan bagian kebutuhan. Selain itu, kegiatan belajar kelompok untuk memahami informasi buku KIA masih jarang dilakukan oleh kader atau petugas kesehatan.⁹

Komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan melalui pemanfaatan buku KIA dapat dilakukan sebagai komunikasi tenaga kesehatan kepada ibu, walaupun ibu mampu membaca sendiri pesan/informasi KIA yang dalam buku KIA, tidak setiap ibu mempunyai waktu/kesempatan untuk membaca pesan/informasi tersebut.

Tabel 1. Evaluasi Penggunaan Buku Kesehatan Ibu Anak, Kartu Ibu, Register Anc Di Puskesmas

Judul, Penulis dan Tahun	Metode Penelitian	Hasil Studi
Fitriyani F, Zuhana N, Prafitri LD. Hubungan masa kerja bidan dengan kelengkapan pendokumentasian kartu ibu di kabupaten Pekalongan. 2018 Dec 28;3(3):35-42.	Desain penelitian menggunakan kuantitative non experiment. Populasi seluruh bidan di 27 puskesmas se Kabupaten Pekalongan pada tahun 2017. Jumlah sampel 67bidan yang diambil dari 5 puskesmas dengan teknik <i>cluster random sampling</i> . Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data dianalisis dengan menggunakan uji <i>spearman rank</i>	Sebagian responden (61,2%) yang mengisi kartu ibu dengan lengkap dan masih terdapat 38,8% responden yang kurang lengkap. Seluruh responden menyatakan bahwa kartu ibu sangat efektif digunakan untuk deteksi dini ibu hamil resiko tinggi. Terdapat hubungan masa kerja bidan dengan kelengkapan pencatatan kartu Ibu yaitu didapatkan P value 0,03.
Nurlaela E, Ersila W, Kusuma NI. Hubungan Pelaksanaan Pencatatan Dengan Hasil Pencatatan Kohort Ibu. Jurnal Ilmiah Kesehatan. 2017 Sep 4;10(2).	Jenis penelitian ini deskriptif analitik dengan pendekatan <i>Cross sectional</i> . Populasi pada penelitian ini adalah bidan di puskesmas kabupaten pekalongan, jumlah sampel 62 bidan dengan teknik pengambilan menggunakan <i>cluster random sampling</i> . Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner untuk mengetahui pelaksanaan dan <i>Cheklis</i> untuk mengetahui hasil pencatatan kohort. Analisa data menggunakan chi square untuk mengetahui hubungan 2 variabel penelitian.	Tidak terdapat hubungan antara pelaksanaan pencatatan dengan hasil pencatatan kohort ibu di puskesmas kabupaten Pekalongan dengan nilai p 0,792 (p>0,05)
Sistiarani C, Gamelia E, Sari DU. Fungsi pemanfaatan buku KIA terhadap pengetahuan kesehatan ibu dan anak pada ibu. Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal). 2014 May 1;8(8):353-8.	Penelitian ini menggunakan desain studi potong lintang, yang dilakukan pada periode bulan Juni - Oktober 2012, pada ibu di wilayah kerja Puskesmas Ajibarang I. Populasi adalah ibu yang mempunyai anak berusia kurang dari 5 tahun. Sampel diambil sebanyak 91 orang dilakukan dengan teknik <i>proportional random sampling</i> . Analisis data meliputi univariat dengan melakukan uji distribusi frekuensi, dan analisis bivariat dengan uji kai kuadrat (x2).	Hasil fungsi pencatatan buku KIA kurang baik ditemukan sekitar 44 %, fungsi edukasi buku KIA baik sekitar 57,1%, fungsi komunikasi buku KIA baik sekitar 61,5%, dan pengetahuan ibu tentang KIA baik adalah sekitar 56%. Ada hubungan antara fungsi pencatatan buku KIA dengan pengetahuan KIA, tidak ada hubungan antara fungsi edukasi dan komunikasi buku KIA dengan pengetahuan KIA.
Farida N. Determinan Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) Oleh Ibu Hamil Di Puskesmas Wanakerta Kabupaten Karawang Tahun 2015. SEAJOM: The Southeast Asia Journal of Midwifery. 2016 Oct 21;2(1):33-41.	Rancangan penelitian ini adalah <i>Cross Sectional</i> . Populasi pada penelitian ini adalah ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya ke Puskesmas Wanakerta dan sampelnya adalah sebagian ibu hamil yang sudah mempunyai buku KIA, dan datang memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Wanakerta pada bulan Juni 201	Variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan buku KIA dalam penelitian ini adalah pendidikan, sikap, dukungan tenaga kesehatan, dukungan kader kesehatan, dan dukungan keluarga. Sementara itu, umur, paritas, dan sosial ekonomi tidak berhubungan dengan pemanfaatan buku KIA oleh ibu hamil.
Rani IA, Hargono A. Deskripsi Pencatatan Dan Pelaporan Pemantauan Kesehatan Ibu Pada PWS-KIA Berdasarkan Atribut Surveilans. Jurnal Berkala Epidemiologi. 2013 Sep;1(2):302-15.	Desain penelitian deskriptif kualitatif. Subjek penelitian adalah kegiatan pemantauan kesehatan ibu pada sistem PWS KIA di Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember, tahun 2012. Informan penelitian berasal dari Bidan Koordinator (Bikor) dan Bidan Desa yang memegang register kohort ibu dalam melakukan pelayanan kesehatan ibu di Puskesmas Kaliwates. Jumlah informan penelitian sebanyak 7 orang, yaitu 1 Bikor dan 6 Bidan Desa. Variabel penelitian dalam penelitian ini merupakan atribut surveilans yaitu kesederhanaan, fleksibilitas, kualitas data, akseptabilitas, sensitivitas, nilai prediktif positif (NPP), kerepresentatifan, ketepatan waktu, dan stabilitas. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah	Sistem yang ada saat ini tergolong rumit, fleksibilitas kurang, kualitas data rendah, akseptabilitas tinggi, sensitivitas rendah, NPP rendah, kerepresentatifan rendah, ketepatan waktu yang tidak dapat dipastikan, stabilitas data rendah.

	wawancara, observasi, dan studi dokumen. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah lembar kuesioner dan lembar observasi	
Pratiastuti W, Syafiq A. Evaluation Of Mother And Child Health (MCH) Handbook: A Systematic Review. InProceedings of the International Conference on Applied Science and Health 2018. International Conference on Applied Science and Health (ICASH).	Metode sistematis review menggunakan PICOS. 3 artikel diperoleh dengan pendekatan PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) melalui pusat busus data database: Proquest, Jstor, Pubmed, EBSCO, Science Direct dan Scopus	Penggunaan buku MCH pada 3 negara, MCH banyak digunakan untuk mencatat kesehatan dan konsultasi kesehatan selama kehamilan, kelahiran, setelah kelahiran, perawatan bayi, imunisasi dan monitoring tumbuh kembang anak (berat badan adalah cara efektif untuk memonitor risiko stunting di bawah 5 tahun), serta pengawasan risiko kematian ibu dan bayi.
Rahmawati R, Syafruddin S, Wena N. Effectiveness Of Using Mch Books And Monsca Applications In The Implementation of 14 T Antenatal Service Standards. Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung. 2020 May 30;12(1):68-73.	Metode yang digunakan dalam penelitian adalah <i>quasi eksperimental (pre test post test non equivalent control design)</i> . Dalam penelitian ini menggunakan sampel bidan sebanyak 36 orang yang dibagi menjadi dua kelompok (18 kelompok intervensi dan 18 kelompok kontrol). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan purposive sampling. Data dianalisis dengan menggunakan uji Mann Whitney	Terdapat perbedaan efektivitas penggunaan buku KIA dengan aplikasi MONSCA dimana nilai pvalue $<0.001 < \alpha(0.05)$. Aplikasi MONSCA lebih mudah digunakan, cepat, aman dan akurat daripada buku KIA. Dapat disimpulkan bahwa aplikasi MONSCA lebih efektif dibandingkan buku KIA.
Kristiyanti R, Setyaningsih P, Fajriyah NN. Evaluasi Pencatatan Kohort Bayi Di Wilayah Kabupaten Pekalongan. Jurnal Kebidanan Indonesia. 2019 Aug 8;10(2):76-82.	Penelitian deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Populasi penelitian ini adalah seluruh bidan di wilayah kabupaten Pekalongan sejumlah 339 orang. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan <i>purposive sampling</i> didapatkan 6 puskesmas dengan subyek penelitian sejumlah 57 orang. Pada penelitian ini menggunakan checklist yang diisi sesuai dengan hasil kohort bayi masing-masing subyek penelitian. Analisa data menggunakan analisis univariat.	Item dalam kohort bayi diisi dengan lengkap sebesar 16,7% (No.urut, nama bayi, jenis kelamin, jenis kelamin, alamat, dan kondisi saat lahir), sedangkan item yang lain diisi tidak lengkap. Hasil tidak lengkap paling sering ditemui pada item NIK (93%), kematian (98,2%), masuk balita (75,4%), dan keterangan (82,5%)

Catatan tentang masalah penyakit, tumbuh kembang anak belum sepenuhnya dipahami dan dapat diinterpretasikan dengan baik oleh ibu sehingga perlu upaya komunikasi dari tenaga kesehatan untuk dapat menjelaskannya dengan baik.⁹

Pemanfaatan buku KIA oleh tenaga kesehatan perlu dimodifikasi, khususnya dalam menggabungkan informasi/pesan supaya lebih menarik, mudah dipahami sebagai cara untuk menyampaikan pesan tersebut. Tenaga kesehatan juga perlu mempertimbangkan tingkat pendidikan kelompok sasaran. Hal tersebut merupakan upaya peningkatan efektivitas kegiatan berbasis masyarakat dalam mempromosikan pengetahuan dan perilaku ibu dalam kesehatan ibu dan anak. Pemanfaatan buku KIA dalam sesi pendidikan kesehatan akan mendorong komunikasi yang efektif antara ibu dengan tenaga kesehatan. Dukungan tenaga kesehatan dapat diberikan ketika ibu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dapat menjelaskan poin

penting karena ibu belum memahami informasi kesehatan ibu dan anak.¹⁰

Pendidikan, sikap, dukungan tenaga kesehatan, dukungan kader kesehatan, dan dukungan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan KIA. Sementara itu, umur, paritas, dan sosial ekonomi tidak berhubungan dengan pemanfaatan buku KIA oleh ibu hamil.¹¹

Dukungan petugas akan mendorong ibu untuk memanfaatkan buku KIA sebesar 2,522 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mendapat dorongan dari petugas kesehatan.¹¹

Pencatatan dan Pelaporan Pemantauan Kesehatan Ibu Pada PWS-KIA menunjukkan banyaknya kendala yang dihadapi.¹²

Alternatif solusi yang ditawarkan adalah membudayakan menganalisis dan membuat rencana tindak lanjut dari hasil pemantauan, meningkatkan kualitas pemeriksaan rutin kelengkapan dan ketepatan pengisian data, menstandarisasi seluruh formulir yang ada di sistem PWS KIA untuk menghindari banyak duplikasi dan meningkatkan kesederhanaan formulir, melengkapi buku pedoman PWS KIA di Puskesmas,

membuat juknis pengisian formulir, melakukan pencatatan pada Register Kohort Ibu dengan membagi lembarannya menjadi 12 bagian berdasarkan bulan untuk mengelompokkan bumil berdasarkan usia kehamilan untuk mempermudah melakukan pemantauan bumil dan persalinannya, mengembangkan sistem surveilans lain untuk kasus secara lebih spesifik, membentuk tim surveilans KIA, menyempurnakan format absensi, dan menggunakan komputerisasi.¹²

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa Bidan mengalami kesulitan dalam mengisi formulir yang banyak dan juga terdapat banyak variabel. Hal ini perlu diperhatikan dalam menjaga formulir agar tetap relatif singkat dan tidak terlalu banyak variabel, sehingga meminimalisir beban kerja bagi individu yang melakukan pencatatan.⁴

Bidan Desa juga mengeluhkan dari banyak formulir yang digunakan di pelayanan KIA juga terdapat banyak variabel yang sama dan harus diisikan berulang kali saat pelayanan.⁴

Kesulitan lain yang dalam penulisan laporan buku KIA, kartu ibu dan dan registrasi ANC yaitu tidak semua puskesmas melakukan pencatatan dan pelaporan menggunakan registrasi ANC, setiap puskesmas memiliki buku pencatatan yang dimodifikasi untuk mempermudah petugas saat melakukan pencatatan. Tidak semua kunjungan pada hari tersebut adalah kunjungan pertama atau pasien baru, tetapi akan ada pasien atau ibu yang melakukan kunjungan berulang.⁵

Studi dokumen dilakukan pada beberapa formulir pegangan Bidan Desa untuk melihat adanya duplikasi, yaitu pada Registrasi Kohort Ibu dan Kartu ibu. Hasil studi dokumentasi pada kedua formulir tersebut menunjukkan banyak variabel yang sama meliputi a) nomer registrasi ibu, meliputi No. Indeks dan tanggal pemeriksaan pertama, (b) identitas ibu, meliputi nama, umur ibu, umur kehamilan, dan alamat ibu, (c) riwayat kehamilan terdahulu, seperti jumlah kehamilan (hamil ke-) dan jarak kehamilan, akan tetapi dalam Kartu ibu isian riwayat kehamilan lebih detail, (d) hasil pemeriksaan saat kunjungan pertama, (e) status imunisasi, dan (f) pemeriksaan ANC/kunjungan ulang. Sehingga terbukti memang banyak terjadi duplikasi.¹²

Pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak masih terkendala oleh kurang sinkronnya buku KIA yang akan dibawa ibu pulang, dengan kartu ibu yang di arsip kan di puskesmas sehingga ada beberapa poin informasi di buku KIA tidak ada di kartu ibu seperti identitas keluarga. Pada buku KIA data ibu tertulis lengkap dan terpisah sedangkan di

kartu ibu hanya data ibu saja yg lengkap sedangkan data suami hanya ada namanya saja dan banyak lagi pada poin-poin yang lain yang tidak sinkron sehingga akan menyulitkan kita dalam mencari data dan membuat laporan, catatan pemeriksaan hamil.²

Studi sistematik review penggunaan buku *Mother Child Health* (MCH) pada 3 negara menunjukkan bahwa Buku MCH merupakan metode efektif dalam memberikan edukasi pada wanita yang kurang berpendidikan, wanita dengan primipara serta memberikan informasi mengenai kelahiran dan tumbuh kembang anak. Buku ini juga media komunikasi efektif antara wanita dan petugas kesehatan dengan para suami.¹³

Perkembangan teknologi kini juga dapat mempermudah pencatatan pemantauan kesehatan ibu dan anak. Hasil studi yang membandingkan penggunaan aplikasi MONSCA menunjukkan hasil yang lebih efektif dibandingkan dengan buku KIA. Fungsi dicatat buku KIA kurang baik dan tidak aman karena mudah hilang jika tidak disimpan dengan baik, sebagian besar pengisian buku KIA tidak lengkap sehingga sebagian besar bidan desatidak memanfaatkan data yang ada dalam buku KIA. Penggunaan teknologi informasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas perawatan medis terutama mengurangi kekeliruan dalam pengambilan keputusan medis.¹⁴

Penyebab lainnya ketidak lengkapan dari pengisian dokumen kesehatan adalah jenis formulir yang harus diisikan terlalu banyak, sedangkan beban kerja pelayanan yang tinggi, sehingga tidak dapat melakukan baik pelayanan maupun pencatatan dengan maksimal pada semua formulir. Beban kerja Bidan Desa selama ini berdasarkan hasil observasi memang cukup tinggi, yaitu pelayanan di Puskesmas/ Puskesmas Pembantu, Posyandu, piket di Ruang Bersalin, kegiatan imunisasi, kegiatan kesehatan lingkungan, kegiatan pelaksana program P2, kunjungan rumah, dan pelayanan KB.¹⁵

Bidan melakukan pencatatan/pendokumentasian data PWS KIA masih belum akurat dikarenakan masih menggunakan laporan manual, kurang teliti dan belum paham kriteria yang digunakan dalam indikator pelayanan kegiatan KIA. Hasil di lapangan didapatkan bahwa instrumen kohort bayi tumpang tindih dengan instrumen kohort balita, sehingga seringkali bidan hanya memasukkan data pada salah satu kohort saja. Hal ini juga dikarenakan persepsi yang berbeda antar bidan terkait dengan cara pengisian kohort bayi.¹⁵

Berdasarkan uraian diatas, dokumentasi dalam pelayanan kebidanan dalam aspek Antenatalcare menggunakan buku KIA, Kartu ibu, dan Registrasi ANC. Dalam proses pengisian rekam medis tersebut bidan mendapatkan kesulitan dalam pencatatan dan pelaporannya karena banyak rekam medis yang harus diisi dengan format yang berbeda.

KESIMPULAN

Buku Kesehatan Ibu dan Anak adalah alat yang berguna dalam fungsi informasi, pendidikan dan rekaman untuk kesehatan ibu dan anak. Sistem kesehatan mungkin perlu disesuaikan untuk memperkenalkan penggunaan dari buku pegangan. Pembuat kebijakan harus memiliki visi dan tujuan yang jelas dari buku pegangan KIA memperkuat sistem perawatan kesehatan. Namun, untuk meningkatkan evaluasi buku pegangan, penyedia kesehatan harus didorong ke arah penggunaannya yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes, RI. Petunjuk Teknis Penggunaan Buku KIA. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2015.
2. Pancarani, Lantip Meliana, Dodik Pramono, and Arwinda Nugraheni. "Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Pada Informasi Mp-Asi Di Buku Kia Dengan Pemberian MP-ASI Balita Usia 6-24 Bulan Di Kelurahan Bandarharjo Semarang Utara." PhD diss., Faculty of Medicine, 2017.
3. Elvira DE. Studi Kualitatif Analisis Implementasi Standar Pelayanan Antenatal Care 10 Terpadu Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Bungus Kota Padang Tahun 2019. *J-KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2019 Nov 30;5(2):151-72.
4. Anggraini, Dina Dewi, Marlynda Happy Nurmalita Sari, Fitriana Ritonga, Meda Yuliani, Wahyuni Wahyuni, Riza Amalia, Diki Retno Yuliani et al. *Konsep Kebidanan*. Yayasan Kita Menulis. 2020
5. Ayu MS. Efektivitas Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak Sebagai Media Komunikasi, Edukasi dan Informasi. *Jurnal Kedokteran Ibnu Nafis*. 2019 Dec 23;8(2):9-17.
6. Wahyutri E. Efektifitas Penggunaan Buku KIA Terhadap Peningkatan Peningkatan Pengetahuan dan Cakupan ANC di Samarinda Tahun 2010. *Husada Mahakam: Jurnal Kesehatan*. 2017 Jul 13;3(1):30-6.
7. Fitriyani F, Zuhana N, Prafitri LD. Hubungan masa kerja bidan dengan kelengkapan pendokumentasian kartu ibu di kabupaten Pekalongan. *Jurnal Ilmiah Bidan*. 2018;3(3):35-42.
8. Nurlaela E, Ersila W, Kusuma NI. Hubungan Pelaksanaan Pencatatan Dengan Hasil Pencatatan Kohort Ibu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 2017;10(2).
9. Sistiarani C, Gamelia E, Sari DU. Fungsi pemanfaatan buku KIA terhadap pengetahuan kesehatan ibu dan anak pada ibu. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*. 2014;8(8):353-8.
10. Kusumayati A, Nakamura Y. Increased utilization of maternal health services by mothers using maternal and child health book in Indonesia. *J It Health*. 2007; 22 (3):143-51.
11. Farida N. Determinan Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) Oleh Ibu Hamil Di Puskesmas Wanakarta Kabupaten Karawang Tahun 2015. *SEAJOM: The Southeast Asia Journal of Midwifery*. 2016;2(1):33-41.
12. Rani IA, Hargono A. Deskripsi Pencatatan Dan Pelaporan Pemantauan Kesehatan Ibu Pada PWS-KIA Berdasarkan Atribut Surveilans. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 2013;1(2):302-15.
13. Pratiastuti W, Syafiq A. Evaluation Of Mother And Child Health (MCH) Handbook: A Systematic Review. In *Proceedings of the International Conference on Applied Science and Health 2018*. International Conference on Applied Science and Health (ICASH). 2018.
14. Rahmawati R, Syafruddin S, Wena N. Effectiveness Of Using Mch Books And Monsca Applications In The Implementation of 14 T Antenatal Service Standards. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*. 2020;12(1):68-73.
15. Kristiyanti R, Setyaningsih P, Fajriyah NN. Evaluasi Pencatatan Kohort Bayi Di Wilayah Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Kebidanan Indonesia*. 2019;10(2):76-82.

UJI AKTIVITAS KLOORIFIL BEBERAPA JENIS SAYURAN SEBAGAI ANTIBAKTERI TERHADAP *Escherichia coli* DAN *Staphylococcus aureus*

Munira Munira^{1*}, Novi Yanti¹, Muhammad Nasir²

¹ Jurusan Farmasi Poltekkes Kementerian Kesehatan Aceh, Banda Aceh

² Jurusan Biologi Fakultas MIPA Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh

*Korespondensi Penulis: munira.ac@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Klorofil adalah pigmen pemberi warna hijau pada tumbuhan, alga dan bakteri fotosintetik. Klorofil yang dikandung daun memiliki fungsi sebagai antioksidan, antiinflamasi, dan antibakteri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan klorofil dari beberapa jenis sayuran dalam menghambat bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus* dan mengetahui perbedaan diameter zona hambat diantaranya.

Metode: Penelitian ini bersifat eksperimental laboratorium dengan menggunakan Rancangan Acak Lengkap (RAL) yang dibagi dalam 4 perlakuan yaitu aquadest (P0), klorofil daun singkong (P1), klorofil daun kangkung (P2), dan klorofil daun bayam (P3) dengan masing-masing 6 kali pengulangan. Uji mikrobiologi dilakukan dengan menggunakan metode difusi sumuran.

Hasil: Uji Anova menunjukkan bahwa ekstrak klorofil daun singkong, kangkung dan bayam sangat berpengaruh ($P=0,000$) dalam menghambat pertumbuhan *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Uji lanjut Duncan menunjukkan bahwa rata-rata diameter zona hambat terbesar terhadap *Escherichia coli* dibentuk oleh klorofil daun singkong (17,66 mm) dan berbeda nyata dengan klorofil daun kangkung (7 mm) dan daun bayam (6,16 mm). Sama halnya terhadap *Staphylococcus aureus* rata-rata diameter zona hambat terbesar juga dibentuk oleh klorofil daun singkong yaitu 18,16 mm dan berbeda nyata dengan klorofil daun kangkung (6,75 mm) dan daun bayam (6,08 mm).

Kesimpulan: Ekstrak klorofil daun singkong, kangkung dan bayam dapat menghambat pertumbuhan *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus* dengan diameter zona hambat terbesar dibentuk oleh ekstrak klorofil daun singkong.

Kata Kunci : klorofil; antibakteri; singkong; kangkung; bayam

CHLOROPHYLL ACTIVITY TEST OF SOME TYPES OF VEGETABLES AS AN ANTIBACTERY FOR *Escherichia coli* AND *Staphylococcus aureus*

ABSTRACT

Background: Chlorophyll is a green color pigment in plants, algae and photosynthetic bacteria. The chlorophyll contained in the leaves has a function as an antioxidant, anti-inflammatory, and antibacterial. This study aims to determine the ability of chlorophyll from several types of vegetables to inhibit *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus* and determine the differences in the diameter of the inhibition zone between them.

Methods: This study was a laboratory experimental study using a completely randomized design (CRD) divided into 4 treatments, namely aquadest (P0), cassava leaf chlorophyll (P1), kale leaf chlorophyll (P2), and spinach leaf chlorophyll (P3). 6 repetitions each. Microbiological tests were carried out using the well diffusion method.

Results: Anova test showed that the chlorophyll extracts of cassava, kale and spinach were very influential ($P = 0.000$) in inhibiting the growth of *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus*. Duncan's further test showed that the largest average inhibition zone diameter for *Escherichia coli* was formed by cassava leaf chlorophyll (17.66 mm) and was significantly different from kale leaf chlorophyll (7 mm) and spinach leaves (6.16 mm). Similar to *Staphylococcus aureus*, the largest average inhibition zone diameter was also formed by cassava leaf chlorophyll, which was 18.16 mm and significantly different from kale leaf chlorophyll (6.75 mm) and spinach leaves (6.08 mm).

Conclusion: The chlorophyll extract of cassava leaves, kale and spinach can inhibit the growth of *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus* with the largest inhibition zone diameter formed by the chlorophyll extract of cassava leaves.

Keywords: chlorophyll; antibacterial; cassava; water spinach; spinach

PENDAHULUAN

Klorofil merupakan pigmen yang berperan penting dalam proses fotosintesis.¹ Klorofil terdapat pada kloroplas dan memberikan pigmen yang berwarna hijau pada tumbuhan. Pada tumbuhan tingkat tinggi, kloroplas terutama terdapat pada jaringan parenkim palisade, dan parenkim spons daun.² Klorofil yang terkandung dalam daun memiliki kemampuan sebagai antioksidan, antiinflamasi dan zat yang bersifat menyembuhkan luka.³ Selain itu klorofil juga dapat berfungsi sebagai pembantu terjadinya detoksifikasi, antioksidan, antipenuaan dan antikanker.^{4,5}

Klorofil dan turunannya memiliki fungsi sebagai antimutagenik, antikarsinogenik, menurunkan serum kolesterol, menurunkan trigliserida, menurunkan sembelit dan juga dapat digunakan sebagai desinfektan, food suplemen dan anti bakteri.⁶⁻¹⁰ Umur tanaman merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kandungan klorofil. Semakin tua umur suatu tanaman maka kandungan klorofil yang dihasilkan akan semakin tinggi.¹¹ Beberapa tanaman yang dapat digunakan sebagai sumber klorofil berasal dari kelompok sayur-sayuran seperti daun singkong (*Manihot esculenta* Crantz), kangkung (*Ipomoea aquatic* Forssk) dan bayam (*Amaranthus tricolor* L.).¹²⁻¹⁴

Daun singkong digunakan sebagai sayuran dan juga bermanfaat sebagai obat dikalangan masyarakat. Daun ini mengandung klorofil yang tinggi yaitu sebesar 27,4467 mg/g. Kangkung merupakan tanaman yang termasuk ke dalam jenis sayur-sayuran yang sangat populer dan juga telah dimanfaatkan sebagai obat-obatan dikalangan masyarakat dan kangkung mengandung klorofil sebesar 16.7667 mg/g. Adapun bayam juga merupakan sayuran yang memiliki khasiat sebagai obat alami antara lain untuk mencegah osteoporosis, meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah dan mengobati luka bakar. Bayam memiliki kandungan klorofil yaitu sebesar 23.0222 mg/g.¹⁵

Beberapa penelitian telah mengemukakan bahwa klorofil dapat berfungsi sebagai antibakteri diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Dimara dan Tien (2011) yang menyatakan bahwa pigmen klorofil dari *Caulerpa racemosa* dapat menghambat pertumbuhan bakteri *Staphylococcus aureus*.¹⁶ *Staphylococcus aureus* merupakan flora normal pada kulit. Hal ini dikarenakan kulit terus menerus berhubungan dan kontak langsung

dengan lingkungan sekitarnya. Selain itu *Staphylococcus aureus* merupakan penyebab infeksi yang sering pada manusia. *Staphylococcus aureus* dapat menyebabkan infeksi pada luka bedah, lesi-lesi kulit pada bayi, abses payudara pada ibu-ibu dan mata lengket.¹⁷ Sementara itu *Escherichia coli* juga merupakan flora normal yang biasanya terdapat pada saluran pencernaan hewan dan manusia, dan dapat menyebabkan penyakit di saluran pencernaan dan saluran kemih. Penyakit yang disebabkan oleh *Escherichia coli* antara lain diare, sepsis dan meningitis.¹⁸

Mengingat daun singkong, kangkung dan bayam mempunyai kandungan klorofil yang tinggi dapat berfungsi sebagai antibakteri maka perlu dilakukan penelitian uji aktivitas klorofil beberapa jenis sayuran sebagai antibakteri terhadap *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan klorofil dari beberapa jenis sayuran dalam menghambat bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi peneliti lain mengenai pengaruh aktivitas klorofil beberapa sayuran sebagai antibakteri terhadap *Escherichia coli* dan *staphylococcus aureus*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan Rancangan Acak Lengkap (RAL) yang dibagi menjadi 4 perlakuan dengan masing-masing 6 pengulangan. Uji mikrobiologi dilakukan dengan menggunakan metode sumuran. Parameter yang diamati adalah diameter zona hambat. Data yang telah diperoleh yaitu berupa rata-rata diameter zona hambat akan dianalisis dengan menggunakan uji Anova dan dilanjutkan dengan uji Duncan.

Alat dan Bahan

Alat-alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah pisau, mortal, timbangan analitik, gelas ukur, hot plate, erlenmeyer, beakerglass, pipet ukur, tabung reaksi, rak tabung, pipet tetes, corong kaca, batang pengaduk, autoklaf, cawan petri, bunse, ose bulat, cotton buds, spidol, penggaris, spektrofotometer, vacum rotary evaporator, inkubator.

Bahan-bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah daun singkong, daun kangkung dan daun bayam yang di peroleh dari pasar Lambaro Aceh Besar. Aseton 85%, aquades, NaCl 0,9%, asam sulfat 1% (v/v),

barium klorida 1% (b/v) bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus* yang diperoleh dari FKH Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, media Nutrien Agar (NA), kertas saring, kertas label, kapas, kertas buram.

Preparasi Sampel¹⁹

Daun singkong, daun kangkung dan daun bayam yang dibeli di pasar Lambaro Aceh Besar dipisahkan dari kotoran atau benda asing lainnya, diambil helaian daun urutan 2, 3 atau 4 dari pucuk, dicuci bersih dengan air kemudian ditiriskan. Daun diiris dengan ukuran 0,5 -1 cm dan ditimbang masing-masing daun sebanyak 80 gram kemudian dihaluskan dengan menggunakan mortar.

Pembuatan Ekstrak Klorofil¹⁹

Masing-masing sampel daun singkong, daun kangkung dan daun bayam yang sudah dihaluskan diekstrak dengan larutan aseton 85% sebanyak 200 mL. Ekstrak yang diperoleh disaring melalui corong kaca yang dilapisi kertas saring.

Penetapan Kadar Klorofil

Larutan klorofil dimasukkan kedalam kuvet kemudian dimasukkan ke dalam spektrofotometer UV Vis, dinyalakan sumber cahaya dan diukur absorbansinya pada panjang gelombang 645 nm dan 663 nm. Kandungan klorofil dihitung dengan menggunakan rumus menurut Harbone sebagai berikut:⁵

$$\begin{aligned} \text{Klorofil a} &= 13,7 \times \text{OD } 665 - 5,76 \text{ OD } 649 \text{ mg/L} \\ \text{Klorofil b} &= 25,8 \times \text{OD } 649 - 7,7 \text{ OD } 665 \text{ mg/L} \\ \text{Total klorofil} &= 20,0 \times \text{OD } 649 - 6,1 \text{ OD } 665 \text{ mg/L.} \end{aligned}$$

Kemudian masing-masing ekstrak diuapkan dengan vacuum rotary evaporator pada suhu 40-50°C hingga diperoleh ekstrak kental.

Uji Mikrobiologi

Disiapkan 12 cawan petri (6 cawan untuk uji bakteri *Staphylococcus aureus* dan 6 cawan untuk uji bakteri *Escherichia coli*). Masing-masing dituangkan media NA sebanyak 15-20 mL dan didiamkan hingga mengeras. Dibuat sumuran pada media agar yang telah padat dengan menggunakan *cork borer* atau percabangan pada masing-masing daerah dan ditandai kemudian dimasukkan klorofil daun singkong, klorofil daun kangkung dan klorofil daun bayam serta aquadest sebagai kontrol kedalam lubang sumur yang sesuai. Cawan agar diinkubasi selama 2 x 24 jam pada suhu 37°C.

Diameter zona hambat yang terbentuk diukur dengan menggunakan penggaris.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil uji kadar klorofil menunjukkan kadar klorofil dari sampel tanaman yang diuji, di mana daun singkong memiliki total klorofil yang tertinggi yaitu 48.831mg/g, daun bayam sebanyak 45.982 mg/g dan total klorofil terendah adalah daun kangkung 6.886 mg/g. Hasil uji kadar klorofil dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Kadar klorofil daun singkong, daun bayam dan daun kangkung (mg/g)

Jenis tanaman	Total klorofil	Klorofil a	Klorofil b
Singkong	48.831	27.502	66.818
Bayam	45.982	26.420	59.878
Kangkung	6.886	11.788	9.078

Berdasarkan hasil uji mikrobiologi dapat dibuktikan bahwa ekstrak klorofil daun singkong, daun bayam dan daun kangkung dapat menghambat pertumbuhan bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*.

Pada Bakteri *Escherichia coli*, rata-rata diameter zona hambat dari ekstrak klorofil daun singkong (P1) adalah sebesar 17,66 mm, ekstrak klorofil daun kangkung (P2) sebesar 7,00 mm dan ekstrak klorofil daun bayam (P3) sebesar 6,16 mm sedangkan pada perlakuan kontrol (P0) yang diberi aquadest tidak terlihat adanya zona hambat. Setelah dilakukan uji statistik menggunakan Anova maka diperoleh hasil bahwa ekstrak klorofil daun singkong, daun kangkung dan daun bayam sangat berpengaruh (P=0,000) terhadap pertumbuhan bakteri *Escherichia coli* (Tabel 2).

Tabel 2. Hasil uji anova rata-rata diameter zona hambat (mm) ekstrak klorofil beberapa sayuran terhadap pertumbuhan bakteri *Escherichia coli*

Perlakuan	P	Rata-rata	SD	Nilai p
Aquadest	6	0,00	0,000	0,000
Klorofil daun singkong	6	17,66	2,5820	
Klorofil daun kangkung	6	7,00	1,8974	
Klorofil daun bayam	6	6,16	1,9408	

Analisis selanjutnya dilakukan dengan uji lanjut Duncan. Berdasarkan hasil uji lanjut Duncan menunjukkan bahwa rata-rata diameter zona hambat terbesar terhadap bakteri *E. coli*

dibentuk oleh perlakuan yang diberi klorofil daun singkong yaitu sebesar 17,66 mm dan berbeda nyata dengan perlakuan yang diberi klorofil daun kangkung (7 mm) dan daun bayam (6,16 mm). Hasil uji lanjut Duncan dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil uji lanjut Duncan rata-rata diameter zona hambat (mm) ekstrak klorofil beberapa sayuran terhadap pertumbuhan bakteri *Escherichia coli*

Perlakuan	Diameter zona hambat Rata-rata (mm) ± SD	Kategori Daya Hambat
Aquadest	0,00 ^a ± 0,000	Tidak ada daya hambat
Klorofil daun singkong	17,66 ^c ± 2,5820	Kuat
Klorofil daun kangkung	7,00 ^b ± 1,8974	Sedang
Klorofil daun bayam	6,16 ^b ± 1,9408	Sedang

Pada uji terhadap bakteri *Staphylococcus aureus* rata-rata diameter zona hambat yang dibentuk oleh ekstrak klorofil daun singkong (P1) adalah sebesar 18,16 mm, ekstrak klorofil daun kangkung (P2) sebesar 6,75 mm dan ekstrak klorofil daun bayam (P3) sebesar 6,08 mm sedangkan pada perlakuan kontrol (P0) yang diberi aquadest tidak terlihat adanya zona hambat. Selanjutnya dilakukan uji statistik menggunakan Anova (Tabel 4).

Tabel 4. Hasil uji anova rata-rata diameter zona hambat (mm) ekstrak klorofil beberapa sayuran terhadap pertumbuhan bakteri *Staphylococcus aureus*

Perlakuan	N	Rata-rata	SD	Nilai p
Aquadest	6	0,00	0,000	
Klorofil daun singkong	6	18,16	3,1411	0,000
Klorofil daun kangkung	6	6,75	1,4053	
Klorofil daun bayam	6	6,08	1,1143	

Hasil uji Anova menunjukkan bahwa ekstrak klorofil daun singkong, daun kangkung dan daun bayam sangat berpengaruh dalam menghambat pertumbuhan bakteri *Staphylococcus aureus* (P=0,000). Kemudian dilakukan uji lanjut Duncan dan hasilnya dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Hasil uji lanjut Duncan rata-rata diameter zona hambat (mm) ekstrak klorofil beberapa sayuran terhadap pertumbuhan bakteri *Staphylococcus aureus*

Perlakuan	Diameter zona hambat Rata-rata (mm) ± SD	Kategori Daya Hambat
Aquadest	0,00 ^a ± 0,000	Tidak ada daya hambat
Klorofil daun singkong	18,16 ^c ± 3,14	Kuat
Klorofil daun kangkung	6,75 ^b ± 1,40	Sedang
Klorofil daun bayam	6,08 ^b ± 1,11	Sedang

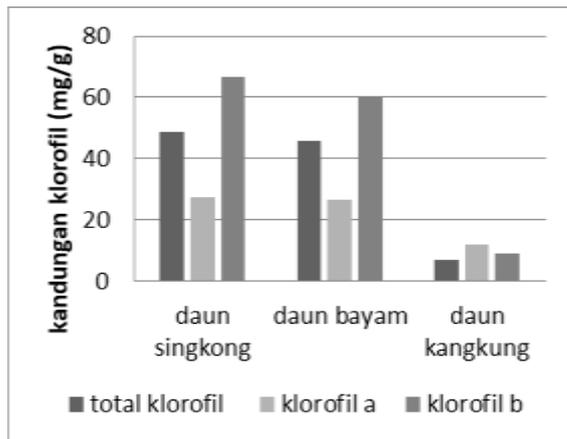
Dari uji lanjut Duncan didapatkan bahwa rata-rata diameter zona hambat terbesar juga terdapat pada perlakuan yang diberi klorofil daun singkong yaitu sebesar 18,16 mm dan berbeda nyata dengan perlakuan yang diberi klorofil daun kangkung (6,75 mm) dan daun bayam (6,08 mm). Rata-rata diameter zona hambat klorofil daun kangkung tidak berbeda nyata dengan klorofil daun bayam.

Dari hasil uji mikrobiologi terhadap kedua bakteri di atas dapat disimpulkan bahwa ekstrak klorofil daun singkong membentuk rata-rata diameter zona hambat terbesar terhadap pertumbuhan bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*, yang kemudian diikuti oleh ekstrak klorofil daun kangkung dan daun bayam. Perbedaan dalam menghambat pertumbuhan bakteri ini dapat disebabkan oleh perbedaan kandungan total klorofil yang terdapat pada masing-masing daun sayuran tersebut.

Berdasarkan hasil ekstraksi klorofil yang telah dilakukan pada ketiga sayuran, maka dapat dibuktikan bahwa daun singkong mengandung total klorofil yang paling tinggi yaitu 48.83 mg/g dan selanjutnya daun bayam sebanyak 45.98 mg/g. Sementara daun kangkung mengandung klorofil yang paling rendah yaitu 6.89 mg/g (Gambar. 1). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Setiari dan Nurchayati (2009) yang melakukan eksplorasi kandungan klorofil pada beberapa sayuran yang sama dan diperoleh total klorofil daun singkong juga lebih tinggi (27.4467 mg/g) bila dibandingkan dengan daun bayam (23.0222 mg/g) dan daun kangkung (16.7667 mg).¹⁵

Daun singkong dan bayam memiliki klorofil yang lebih tinggi karena singkong dan bayam merupakan tanaman yang berumur lebih tua dibandingkan kangkung. Sementara daun kangkung memiliki kandungan klorofil yang relatif rendah, hal ini disebabkan klorofil pada tanaman kangkung tersebar tidak hanya pada organ daun saja namun juga dijumpai pada bagian batang dan kangkung termasuk tanaman yang memiliki umur yang lebih muda dibandingkan dengan singkong dan bayam.

Total klorofil dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain umur tanaman, umur daun, morfologi daun serta faktor genetik.¹⁵ Biber mengatakan bahwa umur daun dan tahapan fisiologis suatu tanaman merupakan faktor yang menentukan kandungan klorofil.²⁰ Namun pada penelitian ini tidak dilakukan pengujian umur sayuran saat pengambilan sampel.



Gambar 1. Grafik kadar total klorofil, klorofil a dan klorofil b pada beberapa jenis sayuran

Berdasarkan Gambar 1 dapat dilihat bahwa kandungan klorofil a dan klorofil b pada daun singkong dan daun bayam lebih tinggi daripada daun kangkung. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan daun singkong dan daun bayam dalam menangkap energi radiasi cahaya lebih efisien dibandingkan daun kangkung. Sehingga laju fotosintesis kedua tanaman tersebut lebih efisien daripada daun kangkung. Klorofil a dan b berperan dalam proses fotosintesis tanaman. Klorofil b berfungsi sebagai antena fotosintetik yang mengumpulkan cahaya kemudian ditransfer ke pusat reaksi. Pusat reaksi tersusun dari klorofil a. energi cahaya akan di ubah menjadi energi kimia dipusat reaksi yang kemudian dapat digunakan untuk proses reduksi dalam fotosintesis

Jika ditinjau dari jenis bakteri yang dihambat maka rata-rata diameter zona hambat lebih besar terdapat pada bakteri *Staphylococcus aureus* dibandingkan *Escherichia coli*. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan struktur dinding sel antara kedua bakteri. Struktur dinding sel bakteri gram positif (*Staphylococcus aureus*) berlapis tunggal dan tersusun atas peptidoglikan serta lipid dengan kadar sedang sehingga lebih mudah untuk terbentuknya hambatan. Sedangkan dinding sel bakteri gram negatif (*Escherichia coli*) lebih sulit ditembus, karena struktur dinding sel bakteri ini berlapis tiga yang tersusun atas peptidoglikan dan lipid dengan

kadar yang tinggi, sehingga sulit untuk dihambat.²¹

Menurut Morales (2003) aktivitas antibakteri dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu lemah (< 5 mm), sedang (5-10 mm), kuat (<10-20 mm) dan sangat kuat (>20-30mm). jika ditinjau dari kategori zona hambat, maka ekstrak klorofil daun singkong termasuk dalam kategori kuat dan ekstrak klorofil daun kangkung dan ekstrak klorofil daun bayam termasuk dalam kategori sedang.²²

KESIMPULAN

Ekstrak klorofil daun singkong, daun kangkung dan daun bayam sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Rata-rata diameter zona hambat terbesar terhadap bakteri *E coli* terdapat pada perlakuan yang diberi klorofil daun singkong yaitu sebesar 17,66 mm dan berbeda nyata dengan perlakuan yang diberi klorofil daun kangkung (7 mm) dan daun bayam (6,16 mm).

Rata-rata diameter zona hambat terbesar terhadap *S. aureus* juga terdapat pada perlakuan yang diberi klorofil daun singkong yaitu sebesar 18,16 mm dan berbeda nyata dengan perlakuan yang diberi klorofil daun kangkung (6,75 mm) dan daun bayam (6,08 mm). Untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengukur umur sayuran pada saat pengambilan sampel.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kami ucapkan kepada Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, serta kepada Ketua Jurusan Farmasi Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh dan Ketua Jurusan Biologi FMIPA Unsyiah yang telah memberikan izin kontribusi terhadap pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam melakukan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Krause, G. H. & Weis, E. Chlorophyll fluorescence and photosynthesis: the basics. *Annu. Rev. Plant Biol.* 1991;42, 313–349
2. Sumenda, L. Analisis kandungan klorofil daun mangga (*Mangifera indica L.*) pada tingkat perkembangan daun yang berbeda. *J. Bios*

3. Logos 1.(2011).
3. Endo, Y., Usuki, R. & Kaneda, T. Antioxidant effects of chlorophyll and pheophytin on the autoxidation of oils in the dark. II. The mechanism of antioxidative action of chlorophyll. *J. Am. Oil Chem. Soc.* 1985;62, 1387–1390.
4. El-Sayed, W. M., Hussin, W. A., Mahmoud, A. A. & AlFredan, M. A. The Conyza triloba extracts with high chlorophyll content and free radical scavenging activity had anticancer activity in cell lines. *Biomed Res. Int.* 2013.
5. Iriyani, D. & Nugrahani, P. Kandungan klorofil, karotenoid, dan vitamin c beberapa jenis sayuran daun pada pertanian periurban di Kota Surabaya. *J. Mat. Sains dan Teknol.* 2014;15:84–90.
6. Angkasa, D. & Sulaeman, A. Pengembangan minuman fungsional sumber serat dan antioksidan dari daun hantap (*Sterculia oblongata* R. Brown.). *Dep. Gizi Masy. Inst. Pertan. Bogor.* 2012.
7. Liber JA, Bryson AE, Bonito G, Du ZY. Harvesting microalgae for food and energy products. *Small Methods.* 2020;4(10):2000349.
8. Ferruzzi, M. G., Böhm, V., Courtney, P. D. & Schwartz, S. J. Antioxidant and antimutagenic activity of dietary chlorophyll derivatives determined by radical scavenging and bacterial reverse mutagenesis assays. *J. Food Sci.* 2002;67, 2589–2595
9. Mowbray, S. The antibacterial activity of chlorophyll. *Br. Med. J.* 1957;1: 268.
10. Olatunde, O. O., Della Tan, S. L., Shiekh, K. A., Benjakul, S. & Nirmal, N. P. Ethanolic guava leaf extracts with different chlorophyll removal processes: Anti-melanosis, antibacterial properties and the impact on qualities of Pacific white shrimp during refrigerated storage. *Food Chem.* 2020;341:128251
11. Setiawati, T., Saragih, I. A., Nurzaman, M. & Mutaqin, A. Z. Analisis Kadar Klorofil dan Luas Daun Lampeni (*Ardisia humilis* Thunberg) pada Tingkat Perkembangan yang Berbeda di Cagar Alam Pangandaran. in *Prosiding Seminar Nasional MIPA.* 2016: 27–28.
12. Solikhah, R., Purwantoyo, E. & Rudyatmi, E. Aktivitas Antioksidan Dan Kadar Klorofil Kultivar Singkong Di Daerah Wonosobo. *Life Sci.* 2019;8:86–95.
13. Kurniawan, M., Izzati, M. & Nurchayati, Y. Kandungan klorofil, karotenoid, dan vitamin C pada beberapa spesies tumbuhan akuatik. *Anat. Fisiol.* 2010;18:28–40.
14. Fatimah, S. Studi Kadar klorofil dan Zat besi (Fe) pada beberapa jenis bayam terhadap jumlah eritrosit tikus putih (*Rattus norvegicus*) anemia. 2009.
15. Setiari, N. & Nurchayati, Y. Eksplorasi kandungan klorofil pada beberapa sayuran hijau sebagai alternatif bahan dasar food supplement. *Bioma.* 2009;11:6–10.
16. Dimara, L. & Yenusi, T. Y. B. Uji aktivitas antibakteri dan antioksidan ekstrak pigmen klorofil rumput laut *Caulerpa racemosa* (Forsskal) J. Agardh. *J. Biol. Papua.* 2011;3:53–58.
17. Jawetz, E. et al. *Mikrobiologi kedokteran.* Jakarta EGC. 2005.
18. Brooks, G. F., Butel, J. S. & Morse, S. A. *Jawetz, Melnick, & Adelberg's Mikrobiologi Kedokteran, Edisi 1 Buku 2.* Jakarta Salemba Med. 2008.
19. Putri, W. D. R., Zubaidah, E. & Sholahudin, N. Ekstraksi pewarna alami daun suji, kajian pengaruh blanching dan jenis bahan pengekstrak. *J. Teknol. Pertan.* 2012;4.
20. Biber, P. D. Evaluating a chlorophyll content meter on three coastal wetland plant species. *J. Agric. Food Environ. Sci.* 2007;1:1–11.
21. Roni, A., Maesaroh, M. & Marliani, L. Aktivitas antibakteri biji, kulit dan daun pepaya (*Carica papaya* L.) terhadap bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. *Kartika J. Ilm. Farm.* 2019; 6:29–33.
22. Morales, G. et al. Secondary metabolites from four medicinal plants from northern Chile: antimicrobial activity and biotoxicity against *Artemia salina*. *J. Chil. Chem. Soc.* 2003;48:13–18.

EFEKTIVITAS AIR SEDUHAN TEH HITAM (*Camellia sinensis*) DALAM MENURUNKAN AKUMULASI PLAK

Idham Halid, Asio, Karin Tika Fitria*

Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi

* Korespondensi penulis: karin.tikafitria@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Teh hitam (*Camellia sinensis*) dipercaya memiliki manfaat dan khasiat yang cukup besar bagi kehidupan dan kesehatan tubuh. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas dari berkumur seduhan daun teh hitam dalam menurunkan indeks plak.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian quasy experimental dengan rancangan penelitian pretest and posttest design. Sebanyak 10 orang responden mengikuti penelitian ini. Setiap malam responden diminta menyikat gigi tanpa pasta gigi dan dilanjutkan dengan berkumur dengan Aquadest, seduhan teh hitam dan Chlorhexidine selama masing masing 5 hari, serta diukur indeks plak pada pre dan post perlakuan. Analisa statistik t-test digunakan untuk menguji beda mean antara sebelum dan sesudah perlakuan dan ANOVA untuk membandingkan perbedaan perubahan indeks plak antara ketiga kelompok

Hasil: Perbedaan bermakna nilai indeks plak sebelum dan sesudah perlakuan ditemukan pada kelompok yang berkumur dengan teh ($p= 0,019$) serta pada kelompok yang berkumur dengan chlorhexidine ($p = 0,005$). Namun tidak terdapat perbedaan bermakna pada perlakuan berkumur dengan seduhan teh hitam dan yang berkumur dengan Chlorhexidine ($p = 0,222$). Terdapat perbedaan bermakna ($p=0,010$) perubahan indeks plak diantara ketiga kelompok.

Kesimpulan: Berkumur dengan seduhan teh hitam terbukti efektif mengurangi pembentukan plak.

Kata Kunci: teh hitam; plak gigi; chlorhexidine

THE EFFECTIVENESS OF BLACK TEA (*Camellia sinensis*) BREWING ON DECREASING DENTAL PLAQUE ACCUMULATION

ABSTRACT

Background: Black tea (*Camellia sinensis*) is believed to have considerable benefits and efficacy for life and health. This study aims to determine the effectiveness of gargling steeped black tea leaves in reducing plaque index.

Methods: This research is a quasi-experimental study with a pretest and posttest design. A total of 10 respondents participated in this study. Every night the respondents were asked to brush their teeth without toothpaste and followed by gargling with Aquadest, brewing black tea and Chlorhexidine for 5 days each, and measuring the plaque index at pre and post treatment. Statistical analysis t-test was used to test the mean difference between before and after treatment and ANOVA to compare differences in plaque index changes between the three groups.

Results: Significant differences in plaque index values before and after treatment were found in the group that rinsed with tea ($p = 0.019$) and in the group that rinsed with chlorhexidine ($p = 0.005$). However, there was no significant difference between gargling with black tea and gargling with Chlorhexidine ($p = 0.222$). There was a significant difference ($p=0.010$) in plaque index changes between the three groups.

Conclusion: Gargling with black tea has been shown to be effective in reducing plaque formation

Keyword: black tea; dental plaque; chlorhexidine

PENDAHULUAN

Kesehatan gigi dan mulut masyarakat Indonesia masih merupakan hal yang perlu mendapatkan perhatian serius dari tenaga kesehatan, baik dokter maupun perawat. Penyakit gigi dan mulut yang banyak ditemukan di masyarakat Indonesia adalah karies gigi dan penyakit periodontal, sumber dari kedua penyakit tersebut akibat terabaikannya kebersihan gigi dan mulut sehingga terjadi penumpukan plak. Menurut data Departemen Kesehatan RI dari hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2018 prevalensi penduduk Indonesia yang mengalami karies kelompok umur 10 – 14 tahun sebanyak 73,4 %.¹ Gigi yang sehat adalah gigi yang rapi, bersih, bercahaya dan didukung oleh gusi yang berwarna merah muda. Dalam kondisi normal, dari gigi dan mulut yang sehat tidak tercium bau yang tidak sedap. Kondisi ini dapat tercapai dengan perawatan gigi yang tepat. Keadaan oral hygiene yang buruk seperti adanya plak, kalkulus dan stain, banyak karies gigi, keadaan tidak bergigi atau ompong dapat menimbulkan masalah dalam kehidupan sehari-hari.²

Kebersihan gigi dan mulut sebagai bagian dari kesehatan gigi ikut berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang. Makanan yang baik bagi kesehatan gigi dan tubuh secara keseluruhan adalah yang banyak mengandung serat seperti buah-buahan dan sayuran. Selain baik untuk pencernaan, makanan yang berserat secara tidak langsung dapat membersihkan sisa makanan yang menempel pada gigi sehingga tidak terjadi penimbunan plak. Plak juga dianggap sebagai salah satu faktor penyebab lokal dalam berbagai penyakit gigi dan jaringan pendukungnya.³

Bagi masyarakat Indonesia, teh merupakan minuman yang sangat familiar dan hampir dikonsumsi oleh sebagian besar masyarakat terutama jenis teh hitam dari daun teh (*Camellia sinensis*).⁴ Teh hitam diperoleh melalui proses fermentasi, dalam hal ini fermentasi tidak menggunakan mikrobia sebagai sumber enzim, melainkan dilakukan oleh enzim fenolase yang terdapat di dalam daun teh itu sendiri. Teh hitam dipercaya memiliki manfaat dan khasiat yang cukup besar bagi kehidupan dan kesehatan tubuh.⁵

Teh adalah minuman yang memiliki berbagai macam khasiat, salah satu diantaranya yaitu sebagai zat anti oksidan, yakni zat yang sering disebut sebagai salah satu penangkal penyakit kanker. Minuman dari pucuk daun teh (*Camellia sinensis*) ini dapat memperkuat gigi, melawan bakteri dalam mulut, dan mencegah terbentuknya plak gigi. Teh memiliki kandungan kaya sumber polifenol (*Catechins*) yang merupakan bagian dari flavonoid yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri.⁶

Teh hijau dan teh hitam sama-sama diproses dari daun teh, yang membedakannya adalah teh hitam melalui proses penjemuran dan fermentasi, sehingga teh menjadi kehitaman setelah dikering. Proses fermentasi pada teh hitam justru menghasilkan sejenis polifenol bernama *theaflavins* dan *thearubiger*. Zat ini baik untuk melindungi sistem pencernaan. Menurut penelitian, proses fermentasi menyumbang 3-6% dari total kandungan polifenol pada teh hitam. Jadi, kandungan *theaflavins* pada teh hitam lebih tinggi dibanding teh hijau. Bahkan, serangkaian proses fermentasi inilah yang menghasilkan warna merah kehitaman pada teh hitam. Polifenol pada teh hitam ini bekerja untuk menunjang produksi antioksidan alami dalam tubuh, melindungi kerusakan akibat radikal bebas, mengurangi kadar kolesterol, menurunkan zat glukosa dalam darah, serta melindungi pembuluh darah,⁷ dan fungsi jantung tetap normal.^{8,9}

Proses fermentasi pada teh hitam membuatnya mengandung kafein lebih tinggi. Kandungan kafein pada teh hitam berkisar antara 42 hingga 72 mg per cangkirknya. Menurut studi teh hitam memiliki kandungan antioksidan zat kimia polifenol dan *Catechins* yang memiliki manfaat bagi kesehatan gigi dan mulut.¹⁰

Teh hitam mengandung kadar *fluoride* lebih tinggi dibanding teh hijau, hal ini baik untuk menjaga kesehatan gigi. Kandungan zat ini diperkirakan meningkat selama proses fermentasi.¹¹

Beberapa penelitian terdahulu telah meneliti efek teh hitam terhadap aktivitas antibakteri pada rongga mulut⁶, pH dan laju saliva⁸ serta terbukti secara in vitro efektif dalam menghambat pertumbuhan bakteri *Streptococcus mutans*, bakteri yang berperan besar pada proses karies gigi.¹²

Namun belum ada penelitian yang menunjukkan bagaimana efek teh hitam pada pertumbuhan plak gigi.

Berdasarkan keterangan di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui efektivitas berkumur dengan air seduhan teh hitam dalam menurunkan akumulasi plak, sehingga dapat menurunkan angka kejadian karies dan penyakit periodontal.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *quasy experimental* dengan rancangan penelitian *pretest and posttest design* bertujuan untuk mengetahui suatu gejala/pengaruh akibat dari adanya perlakuan tertentu.

Sebanyak 10 orang subyek penelitian dipilih dengan teknik pengambilan sampel dilakukan secara random sederhana dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memiliki kriteria eksklusi. Kriteria inklusi yaitu sampel bebas karies, memiliki molar 1 sehat, tidak ada karang gigi, jaringan periodontal sehat, tidak alergi terhadap teh, secara sukarela bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi yaitu ada gigi yang karies atau karang gigi, memakai orthodontic appliance, memakai gigi palsu, tidak bersedia sebagai responden serta tidak bersedia menjadi responden. Sampel diberikan 3 perlakuan yakni: kelompok perlakuan berkumur teh hitam dan pada kelompok kontrol negatif berkumur larutan aquadest sementara kontrol positif berkumur dengan chlorhexidine. Perlakuan penelitian yang berbeda ini bertujuan untuk mengetahui seberapa efektif berkumur larutan teh hitam di bandingkan berkumur larutan aquadest.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah berkumur larutan teh hitam, aquadest dan chlorhexidine 0,12%. Sementara variabel terikat dalam penelitian ini adalah indeks plak dan indeks gingiva.

Pengukuran indeks plak dilakukan pada gigi indeks yaitu bagian bukal gigi molar 1 atas kanan dan kiri, pada bagian labial insisivus 1 atas kanan, bagian lingual molar 1 bawah kanan dan kiri serta labial gigi insisivus 1 bawah kiri.

Plak divisualisasi menggunakan sumba yang merupakan pengganti disclosing solution karena sumba terbukti dapat diserap warnanya oleh lapisan plak gigi dengan baik sehingga dapat menunjukkan lapisan plak yang tidak dapat terlihat mata.

Pada 12 jam sebelum eksperimen dilakukan semua responden diminta untuk mengoleskan sumba pada gigi dan menyikat gigi tanpa pasta gigi hingga semua plak hilang(ditunjukkan dengan hilangnya lapisan yang diwarnai sumba). Lalu berpuasa tidak makan dan tidak menggosok gigi selama 12 jam. Setelah itu dilakukan pengukuran indeks plak pre test.

Pada malam harinya (jam 8) perlakuan dimulai yaitu responden menyikat gigi tanpa pasta dan berpuasa tidak makan dan menyikat gigi selama 12 jam dan dilanjutkan berkumur dengan aquadest. Tindakan ini diulang selama 5 hari. Pada hari ke 5 dilakukan pengukuran indeks plak post test Aquadest.

Perlakuan menggunakan air kumur teh hitam dimulai pada malam berikutnya. Responden menyikat gigi tanpa pasta gigi dan dilanjutkan kumur air teh hitam dan berpuasa tidak makan dan menyikat gigi selama 12 jam. Perlakuan diulang selama 5 hari lalu dilakukan pengukuran post test teh hitam. Perlakuan menggunakan chlorhexidine dimulai pada malam berikutnya. Responden menyikat gigi tanpa pasta gigi dan dilanjutkan kumur chlorhexidine dan berpuasa tidak makan dan menyikat gigi selama 12 jam. Tindakan diulang selama 5 hari lalu dilakukan pengukuran post test chlorhexidine.

Data yang diperoleh sebelumnya diuji normalitas menggunakan uji Shapiro wilk. Untuk mengetahui perbedaan Indeks Plak sebelum dan sesudah perlakuan dilakukan uji komparatif berpasangan (T test/ Wilcoxon). Sementara untuk mengetahui perbedaan antar kelompok dilakukan uji komparatif tidak berpasangan (One Way ANOVA/ Kruskal-Wallis).¹³

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ditampilkan pada tabel 1. Dari data yang diperoleh kemudian dilakukan uji normalitas menggunakan uji Shapiro Wilk (jumlah responden yang digunakan <30). Data uji normalitas menunjukkan bahwa seluruh data memiliki sebaran yang normal sehingga untuk selanjutnya analisis statistik menggunakan uji parametrik T test.

Tabel 1. Data Karakteristik Spesies dan Responden

Variabel	N	Min	Max	Rata-rata	SD
Pretest Aquadest	10	0,60	2,30	1,59	0,61
Post Test Aquadest	10	0,30	2,80	1,81	0,73
Pre test Air teh hitam	10	0,80	2,20	1,63	0,51
Post test Air teh hitam	10	0,30	2,00	0,89	0,63
Pre test Chlorhexidine	10	0,90	2,10	1,58	0,47
Post Test Chlorhexidine	10	0,00	1,30	0,66	0,54

Uji beda mean dilakukan untuk melihat kemaknaan perbedaan indeks plak post test baik menggunakan aquadest, seduhan air teh hitam maupun chlorhexidine bila dibandingkan dengan pretest. Hasil statistik uji beda ditampilkan pada tabel 2.

Tabel 2 Uji Beda mean Indeks Plak Sebelum dan Sesudah perlakuan berkumur dengan Aquadest, air seduhan teh hitam dan chlorhexidine

Variabel	Rata-rata selisih	SD	p value
Pre test – Post Test Aquadest	0,22	0,93	0,477
Pre test – Post test Seduhan Teh hitam	0,70	0,77	0,019*
Pre Test – Post test Chlorhexidine	0,93	0,79	0,005*

* p value < 0,05

Pada tabel 4.2 dapat dilihat bahwa pada kelompok berkumur menggunakan Aquadest (kontrol) menunjukkan perbedaan yang tidak bermakna ($p = 0,477$) antara indeks plak sebelum perlakuan dan setelah 5 hari mendapat perlakuan berkumur aquadest setelah menyikat gigi malam. Sementara pada perbedaan bermakna nilai indeks plak sebelum dan sesudah perlakuan ditemukan pada kelompok yang berkumur dengan teh hitam setiap setelah menyikat gigi malam selama 5 hari ($p = 0,019$) serta pada kelompok yang berkumur dengan chlorhexidine setelah menyikat gigi malam selama 5 hari ($p = 0,005$).

Plak gigi yang mengandung berbagai bakteri merupakan etiologi dari penyakit di rongga mulut seperti karies dan penyakit periodontal.^{3,14} Pembentukan plak gigi dapat terjadi dalam beberapa menit setelah penyikatan gigi dimulai dengan kolonisasi berbagai jenis bakteri pada lapisan glikoprotein di permukaan gigi.¹⁵ Pengendalian terhadap pembentukan plak merupakan salah satu strategi dalam pencegahan terjadinya kedua penyakit tersebut.¹⁶ Pada penelitian ini, perlakuan menggunakan seduhan air teh hitam terbukti efektif dalam mencegah pembentukan plak. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa teh hitam memiliki sifat anti-oksidan, anti-inflamasi, antimikroba, antikarsinogenik dan antialergi karena memiliki kandungan theaflavin (TF-1), theaflavin-3-gallate (TF-2), dan theaflavin-3, 3-digallate (TF-3).¹⁷

Teh hitam sering dikonsumsi masyarakat di Indonesia karena harganya yang relatif mudah dijangkau dibandingkan teh hijau.¹⁸ Berkumur dengan teh hitam dan teh hijau menunjukkan efek yang sama-sama signifikan dalam menurunkan bakteri *Streptococcus mutans*, salah satu bakteri yang berperan dalam pathogenesis karies.¹⁹ Dibandingkan dengan teh hijau, teh hitam melewati proses fermentasi sehingga kandungan fluoride lebih tinggi.¹¹

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa pada anak usia 7-8 tahun, berkumur dengan teh hitam juga terbukti efektif dalam menurunkan pembentukan plak.²⁰

Flavonoid dan tanin dalam daun teh berperan penting dalam keunggulan sifat teh hitam bagi kesehatan dimana flavonoid berfungsi sebagai penangkal radikal bebas yang mengacaukan keseimbangan tubuh⁵. Catechin merupakan jenis flavonoid dalam teh yang berperan dalam efek bakteri dengan jenis jenis epicatechin gallate (ECG), epicatechin, galocatechin (GC), epigallocatechin (EGC) dan epigallocatechin gallate (EGCG). GC, EGC dan EGCG memiliki sifat anti bakteri kuat dengan cara merusak membran sitoplasma bakteri.²¹

Dari hasil penelitian yang sudah dilakukan pada uji laboratorium kandungan catechin yang terdapat pada teh hitam (*Camellia sinensis*) dapat berperan langsung dalam merusak dinding plasma bakteri. Hal ini dilihat dari berkurangnya ukuran panjang bakteri S.mutans setelah diberi perlakuan ekstrak daun teh (*Camellia sinensis*) dikarenakan zat bioaktif dalam teh, terutama golongan flavonol yang memiliki zat aktif polifenol yang dipercaya dapat menekan pertumbuhan bakteri.¹⁰

Catechin dan theaflavin pada teh hitam terbukti dapat mencegah pembentukan enzim amylase oleh bakteri streptococcus mutans, dimana ini merupakan proses penting dalam metabolisme gula oleh bakteri yang menghasilkan asam pada proses demineralisasi karies gigi.⁵

Jenis polifenol lainnya dalam teh hitam yaitu tannin juga terbukti dalam menghambat aktivitas enzim amylase secara invivo sehingga tidak terjadi penguraian gula pada rongga mulut yang dapat menimbulkan karies gigi.⁶

Penggunaan chlorhexidine yang merupakan *cationic bisbiguanide* sebagai obat kumur merupakan gold standard perawatan periodontal karena memiliki sifat antiseptik, menghambat pembentukan plak serta telah digunakan secara luas di bidang kedokteran dan ilmu bedah karena keamanan dan stabilitas sifat antibakterinya dalam waktu tertentu.²²

Sejalan dengan hasil penelitian ini yang juga menunjukkan bahwa berkumur dengan chlorhexidine setelah menyikat gigi dapat menurunkan pembentukan plak secara efektif. Namun penggunaan chlorhexidine dalam jangka panjang memiliki efek samping yaitu pewarnaan gigi, mempengaruhi daya kecap dan pembentukan kalkulus.²³

Selanjutnya dilakukan uji statistik untuk membedakan antara post test kelompok Aquadest, Seduhan teh hitam dan kelompok chlorhexidine menggunakan uji ANOVA dan diperoleh hasil p value 0,010. Hasil statistik menunjukkan p value<0,05 sehingga perbedaan antara hasil post test ketiga kelompok signifikan. Selanjutnya dilakukan uji posthoc Tukey yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3 Uji Post Hoc Tukey Indeks Plak Sesudah perlakuan berkumur dengan Aquadest, air seduhan teh hitam dan chlorhexidine

Variabel	Rata-rata selisih	SE	p value
Post Test Aquadest – Post test Seduhan Teh hitam	0,95	0,37	0,043*
Post Test Aquadest – Post test Chlorhexidine	1,15	0,37	0,012*
Post Test Seduhan Teh hitam – Post test Seduhan Teh hitam	0,20	0,37	0,854

*p value < 0,05

Pada tabel 3 terlihat bahwa indeks plak pada kelompok berkumur menggunakan seduhan teh hitam berbeda bermakna dengan kelompok yang berkumur menggunakan aquadest ($p = 0,043$). Begitu pula pada kelompok yang berkumur menggunakan Chlorhexidine yang menunjukkan perbedaan bermakna bila dibandingkan rata rata indeks plak pada kelompok yang berkumur dengan Aquadest ($p = 0,012$). Namun tidak terdapat perbedaan bermakna pada perlakuan berkumur dengan seduhan teh hitam dan yang berkumur dengan Chlorhexidine ($p = 0,854$).

Hal ini menunjukkan bahwa baik berkumur dengan teh hitam maupun chlorhexidine yang merupakan terapi standar pencegahan pembentukan plak memperlihatkan hasil yang sama efektifnya.

Chlorhexidine biasanya hanya dapat diperoleh di apotek atau farmasi dan berdasarkan pengamatan peneliti, di kota Jambi sendiri ketersediaan barangnya cukup sulit untuk diperoleh, sementara untuk teh hitam dapat diperoleh masyarakat secara luas dengan harga yang terjangkau.

Penelitian terdahulu justru membuktikan bahwa berkumur teh hitam dapat lebih efektif dalam pencegahan akumulasi plak setelah makan dibandingkan dengan berkumur chlorhexidine gluconate 0,2%. Hal ini dapat terjadi karena kandungan polifenol pada teh hitam tanpa gula dapat menghambat glukosiltransferase (enzim yang dihasilkan oleh bakteri *Streptococcus*) serta mencegah pembentukan matriks yang dibutuhkan bakteri agar dapat melekat pada plak.⁴

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa berkumur dengan teh hitam dan chlorhexidine memiliki perbedaan bermakna hasil indeks plak dibandingkan dengan kontrol. Sementara tidak terdapat perbedaan bermakna indeks plak bila dibandingkan antara berkumur teh hitam dengan berkumur chlorhexidine yang merupakan *gold standard* dalam pencegahan pembentukan plak. Sehingga dapat disimpulkan berkumur dengan seduhan teh hitam juga terbukti efektif mengurangi pembentukan plak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riskesdas 2018. Riskesdas 2018. 2018.
2. Valm AM. The Structure of Dental Plaque Microbial Communities in the Transition from Health to Dental Caries and Periodontal Disease. *J Mol Biol.* 2019;431(16):2957–69.
3. Reynolds-Campbell G, Nicholson A, Thoms-Rodriguez CA. Oral Bacterial Infections: Diagnosis and Management. *Dent Clin North Am.* 2017;61(2):305–18.
4. Anggayanti NA, Adiatmika I, Adiputra N. Berkumur Dengan Teh Hitam Lebih Efektif Daripada Chlorhexidine Gluconate 0,2% Untuk Menurunkan Akumulasi Plak Gigi. *J PDGI.* 2013;62(2):35–40.
5. Naveed M, BiBi J, Kamboh AA, Suheryani I, Kakar I, Fazlani SA, et al. Pharmacological values and therapeutic properties of black tea (*Camellia sinensis*): A comprehensive overview. *Biomed Pharmacother.* 2018;100(November 2017):521–31.
6. Arya V, Taneja L. Inhibition of salivary amylase by black tea in high-caries and low-caries index children: A comparative in vivo study. *AYU (An Int Q J Res Ayurveda).* 2015;
7. Esfehiani M, Ghasemzadeh S, Mirzadeh M. Comparison of Fluoride Ion Concentration in Black , Green and White Tea. *Int J Ayurvedic Med.* 2018;9(4):263–5.
8. Masoumi S, Setoudehmaram S, Golkari A, Tavana Z. Comparison of Ph and Flow Rate of Saliva After Using Black Tea, Green Tea and Coffee in Periodontal Patients and Normal Group. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2016;34(4):235–43.
9. Arya V. Anticariogenic Activity of Black Tea - An In vivo Study. *J Clin Diagnostic Res.* 2016;10(1):10–3.
10. George DE, Shetty R, Shetty PJ, Gomes LA. An in vitro study to compare the effect of different types of tea with chlorhexidine on streptococcus mutans. *J Clin Diagnostic Res.* 2017;11(9):ZC05–7.
11. Clarke L, Stevens C. Preventing dental caries in children: why improving children’s oral health is everybody’s business. *Paediatr Child Heal (United Kingdom).* 2019;1–7.
12. Barroso H, Ramalhete R, Domingues A, Maci S. Inhibitory activity of a green and black tea blend on *Streptococcus mutans*. *J Oral Microbiol.* 2018;10(1). A297.2018.1481322
13. Dahlan MS. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan. Deskriptif, Bivariat dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS. 12th ed. Jakarta: Epidemiologi Indonesia; 2015.
14. Ion IR, Chetruş V. Dental Plaque-Classification, Formation, and Identification. *Int J Med Dent.* 2013;3(2):139–44.
15. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(August 2017):S17–27.
16. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Laverty D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. *J Clin Periodontol.* 2017;44:S94–105.
17. Pathak T, Thomas S, Jadhav K, Agarwal S, Ved V. Evaluation of the Efficacy of 0 . 5 % Black Tea Mouthwash , as an Adjunct to Scaling , in the Management of Chronic Gingivitis : A Pilot Study. *Int J Dent Med Sci Res.* 2018;2(6):50–9.
18. Nugraha A, Sumarwan U, Simanjuntak M. Faktor Determinan Preferensi dan Perilaku Konsumsi Teh Hitam dan Hijau. *J Manaj dan Agribisnis.* 2017 Nov 25 [cited 2020 Nov 19];14(3):198–198.
19. Armidin R, of GY-OAMJ, 2019 undefined. Effectiveness of Rinsing Black Tea Compared to Green Tea in Decreasing *Streptococcus mutans*. *ncbi.nlm.nih.gov* [Internet]. [cited 2020 Nov 18]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048338/>
20. Rahminingrum, Pujirahayu. PENGARUH BERKUMUR LARUTAN TEH HITAM (BLESS TEA) DALAM MENURUNKAN AKUMULASI PLAK PADA GIGI ANAK USIA SEKOLAH DASAR. *J Hum care.* 2020;5(4):901–7.
21. Goenka P, Sarawgi A, Karun V, Nigam A, Dutta S, Marwah N. *Camellia sinensis* (Tea):

- Implications and role in preventing dental decay. *Pharmacogn Rev.* 2013;7(14):152–6.
22. Sreenivasan PK, Prasad KVV. Effects of a chlorhexidine mouthwash on clinical parameters of gingivitis, dental plaque and oral polymorphonuclear leukocytes [PMN]. *Contemp Clin Trials Commun.* 2019;100473.
 23. Magaz VR, Llovera BF, Martí M, Garre A. Clinical impact and cosmetic acceptability of chlorhexidineenriched toothpaste and mouthwash application on periodontal disease: A randomized clinical study. *J Contemp Dent Pract.* 2018 Nov 1;19(11):1295–300.