



# PROSIDING

SEMINAR NASIONAL PROMOSI KESEHATAN  
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

---

**“Membumikan Promosi Kesehatan dan  
Pemberdayaan di Era 4.0 untuk Mencapai Tujuan  
Pembangunan Berkelanjutan dan  
Keadilan Kesehatan”**

# **PROSIDING**

## **SEMINAR NASIONAL PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

**“Membumikan Promosi Kesehatan dan  
Pemberdayaan di Era 4.0 untuk Mencapai Tujuan  
Pembangunan Berkelanjutan dan Keadilan  
Kesehatan”**

Surakarta, 23 November 2019  
Aula Pasca Sarjana Lantai 6

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014

Perubahan atas Undang-undang Nomor 7 Tahun 1987

Perubahan atas Undang-undang Nomor 6 Tahun 1982

Perubahan atas Undang-undang Nomor 19 Tahun 2002

Tentang Hak Cipta

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

# **PROSIDING**

## **SEMINAR NASIONAL PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

**“Membumikan Promosi Kesehatan dan  
Pemberdayaan di Era 4.0 untuk Mencapai Tujuan  
Pembangunan Berkelanjutan dan Keadilan  
Kesehatan”**

Surakarta, 23 November 2019  
Aula Pasca Sarjana Lantai 6

**UNS PRESS**

**PROSIDING  
SEMINAR NASIONAL PROMOSI KESEHATAN DAN  
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

“Membumikan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan di Era 4.0 untuk  
Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dan Keadilan Kesehatan”

Hak Cipta©Pasca Sarjana, UNS. 2020

**Pengarah**

Prof. Drs. Sutarno, M.Sc., Ph.D

Dr. Sapja Anantayu, SP., M.Si

Dr. Eny Lestari, M.Si

**Ketua Panitia**

Prof. Dr. Endang Sutisna Suleman, dr, M.Kes

**Sekretaris**

Addi Mardi Harnanto, M.Nurs

Freshy Astika Yunita, S.St., M.Kes

**Bendahara**

Agus Eka Nurma Yuneta, S.St., M.Kes

**Internal Reviewer**

Dr. Noor Alis Setiadi, S.KM., M.KM

dr. Adriesti Herdaetha, SpKJ., MH

**Editor**

Dr. Noor Alis Setiadi, S.KM., M.KM

**Ilustrasi Sampul**

UNS PRESS

**Penerbit & Percetakan**

Penerbitan dan Pencetakan UNS (UNS Press)

Jl. Ir. Sutami 36 A Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia 57126

Telp. (0271) 646994 Psw. 341 Fax. 0271 7890628

Website : [www.unspress.uns.ac.id](http://www.unspress.uns.ac.id)

Email : [unspress@uns.ac.id](mailto:unspress@uns.ac.id)

Cetakan pertama, Edisi I Maret 2019

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang

*All Rights Reserved*

**EISBN 978-602-397-354-5**

## KATA PENGANTAR

Assalamu ‘alaykum warahmatullahi wa barakaatuh

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmatNya, prosiding Seminar Nasional Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dengan tema “*Membumikan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan di Era 4.0 Untuk Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dan Keadilan Kesehatan*”, yang diselenggarakan oleh Program Doktor Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat bekerja sama dengan Grup Riset Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Fakultas Kedokteran UNS, dapat terwujud dan terselenggara dengan baik.

Prosiding ini menyebarluaskan gagasan konseptual, hasil penelitian, dan aplikasi teori di bidang ilmu promosi kesehatan. Prosiding ini diharapkan mampu memberikan kontribusi dalam bidang promosi kesehatan pada khususnya, dan pemberdayaan masyarakat pada umumnya.

Seminar Nasional Promosi Kesehatan tahun 2019 ini, mengangkat tema “Membumikan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan di Era 4.0 Untuk Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dan Keadilan Kesehatan”. Ternyata mendapat respons positif dari penulis makalah. Dengan rendah hati, panitia mohon maaf apabila terdapat kekurangan dalam penerbitan prosiding ini.

Tak lupa kami juga mengucapkan terima kasih kepada Prof. Drs. Sutarno, M.Sc, P.hd, selaku Direktur Pascasarjana UNS, Dr, Sapja Anantayu, SP, M.Si, selaku Kepala Program Doktor Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat, semua editor, dan seluruh panitia yang telah bekerja keras dan cerdas mendukung terbitnya prosiding ini.

Wasalamu ‘alaykum wa rahmatullahi wa barakaatuh

Ketua Panitia

Prof. Dr. Endang Sutisna Suleman, M. Kes

## DAFTAR ISI

|                      |    |
|----------------------|----|
| Kata Pengantar ..... | v  |
| Daftar Isi .....     | vi |

### **MATERI PEMBICARA**

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PERAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI ERA 4.0 (Prof. Dr. Ir. Ravik Karsidi, M.S.) .....                                                                                 | 1  |
| PELUANG DAN TANTANGAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN DI ERA 4.0: BAGAIMANA DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN (Prof. Dr. Anies, dr, M.Kes, PKK) .....                                      | 15 |
| PROMOSI KESEHATAN DI ERA INDUSTRI 4.0: KAJIAN DAN LITERATUR (Prof. Dra. RA. Yayi Suryo Prabandari, MS., Ph.D) .....                                                                      | 39 |
| ISU PENELITIAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN DI ERA 4.0 DALAM MENCAPAI TUJUAN PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN DAN KEADILAN KESEHATAN (Prof. Dr. Endang Sutisna Sulaeman, dr, M.Kes) ..... | 56 |
| PERAN PENDIDIKAN DOKTOR PROMOSI KESEHATAN DALAM PENINGKATAN KUALITAS PERILAKU KESEHATAN YANG BERKELANJUTAN DAN BERKEADILAN (Dr. Sapja Anantayu, SP., M.Si) ....                          | 78 |

### **CALL PAPER**

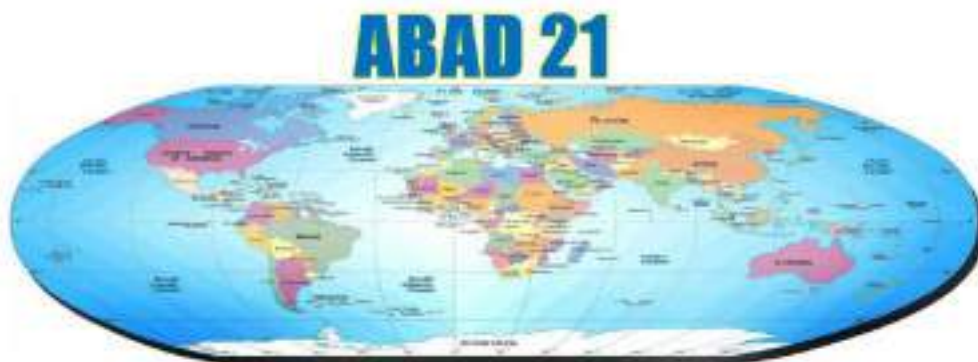
|                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>SOCIAL DETERMINANTS IN THE IMPLEMENTATION OF INDEPENDENTS MATERNAL HEALTH PROMOTION (PROKESIMA)</i> (Shirmarti Rukmini Devi, Arief Wibowo, Siti Rahayu Nadhiroh) .....                      | 88  |
| IMPLEMENTASI RUMAH BEBAS ASAP ROKOK DAN POLA MEROKOK MASYARAKAT PADA DAERAH PEDESAAN DI BANTUL, YOGYAKARTA (Heni Trisnowati, Abdillah Ahsan, Enge Surabina Ketaren, Dwi Endah Kurniasih) ..... | 101 |
| <i>ACCEPTANCE OF THE PROGRAM OF IMMUNIZATION MONTHS FOR SCHOOL AGE CHILDREN (BIAS); THE APPLICATION OF THE PRECEDE-PROCEED THEORY</i> (Sodikin) .....                                          | 112 |
| HUBUNGAN ASUPAN SERAT DAN AKTIVITAS FISIK DENGAN TEKANAN DARAH PADA LANJUT USIA (Ivan Panji Teguh, Diffah Hanim, Suminah) .....                                                                | 125 |

|                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| UPAYA MENINGKATKAN KESEHATAN SANTRI MELALUI EDUKASI KESEHATAN REPRODUKSI DI PONPES K.H. GALANG SEWU TEMBALANG SEMARANG (Priyadi Nugraha Prabamurti, Aditya Kusumawati) .....                                                | 132 |
| STATUS EKONOMI RENDAH DAN KEHAMILAN TAK DIRENCANAKAN MENINGKATKAN KEJADIAN DEPRESI POST PARTUM (Anindhita Yudha Cahyaningtyas, Estiningtyas, Noor Uta Sari) .....                                                           | 139 |
| HUBUNGAN ASUPAN KARBOHIDRAT, TINGKAT KECEMASAN DAN INDEKS MASSA TUBUH PADA PASIEN SKIZOFRENIA DEWASA (Dwi Setyarini, Santosa, Brian Wasita) .....                                                                           | 148 |
| HUBUNGAN ANTARA SIKAP DENGAN PERILAKU TERHADAP KEJADIAN MYOPIA PADA MAHASISWA DI SEMARANG (Sri Suparti, Sri Martunjung Purusatama) .....                                                                                    | 156 |
| SOSIALISASI DAN PENDATAAN GOLONGAN DARAH WARGA DUSUN BATUR SEBAGAI UPAYA INISIASI DESA SIAGA DONOR DARAH (Serafica Btari Christiyani Kusumaningrum, Ikrimah Nafilata, Diani Mentari) .....                                  | 165 |
| PENINGKATAN KESADARAN MASYARAKAT PENTINGNYA PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH SEJAK DINI SEBAGAI UPAYA PERSIAPAN DESA SIAGA DONOR DARAH (Ikrimah Nafilata, Serafica Btari Christiyani Kusumaningrum, Diani Mentari) .....        | 173 |
| PERSEPSI PENGASUH DALAM PENDAMPINGAN <i>TOILET TRAINING</i> PADA ANAK RETARDASI MENTAL (M. Nuf Dewi Kartikasari, Sri Anggarini Parwatiningsih, Fresthy Astrika Yunita) .....                                                | 178 |
| AKTIVITAS TERAPI KELOMPOK TERHADAP TINGKAT INTERAKSI SOSIAL PASIEN PASCA STROKE (Wawan M. Ridwan, Khomarun) .....                                                                                                           | 186 |
| PEMBERDAYAAN MASYARAKAT SEBAGAI <i>FIRST RESPONDER</i> KASUS KEGAWATDARURATAN SEHARI-HARI (Sunarto, Addi Mardi Hartanto) .....                                                                                              | 193 |
| PELAKSANAAN SURVAILANS EPIDEMIOLOGI PENYAKIT DBD DI DESA TEGALSARI RT 4 RW 6 BEJEN PUSKESMAS KARANGANYAR (Nisrina Hanifah, Nur Sabila Rizky, Nasya Thahira, Natika Amilasani, Naqiya Syahaidah, Widana Primaningtyas) ..... | 197 |



# **PERAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI ERA 4.0**

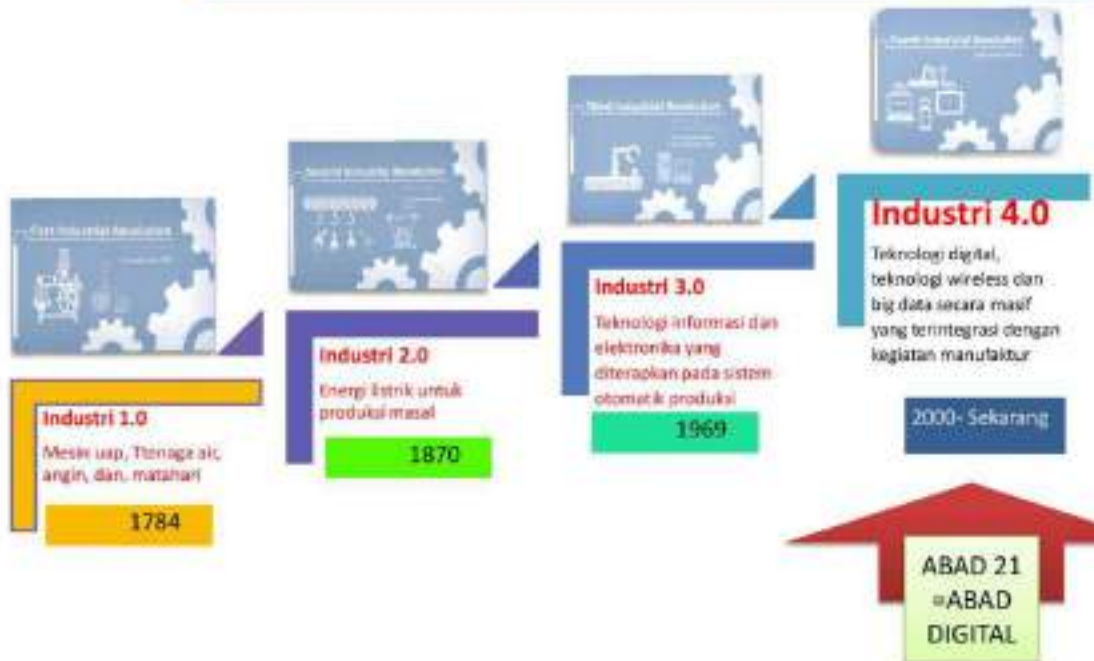
**Prof. Dr. Ir. Ravik Karsidi, M.S.**



**Merupakan era digital, yang mendobrak cara pandang konvensional menjadi super-digital**

**Perilaku budaya kita menjadi limbung menghadapi perubahan yang begitu sangat cepat ini**

## 4 TAHAP REVOLUSI INDUSTRI



### Dunia Digital dan Revolusi Industri 4.0

## Gejala-Gejala Transformasi di Indonesia

- Toko konvensional yang ada sudah mulai tergantikan dengan model bisnis *marketplace*.
- Taksi atau Ojek Tradisional posisinya sudah mulai tergeserkan dengan moda-moda berbasis online



Saat ini beberapa jenis model bisnis dan pekerjaan di Indonesia sudah terkena dampak (**terdisrupsi**) dari arus era digitalisasi



1. Teknologi digital telah merebut posisi manusia sebagai produsen budaya

2. Manusia merasa hidup dalam kekosongan makna

3. Tidak semua orang mampu menyelami hidup yang begitu cepat berubah

4. Fakta vs Fenomena Hyper Realitas



## PERKEMBANGAN PESAT DUNIA MEDIA

- Di satu sisi media menjadi ujung tombak kemajuan
- Di sisi lain media menjadikan manusia sekadar sebagai komoditas
  - ➡ dapat diperjual-belikan, ditawarkan, ditukar, dan dipoles selayaknya barang baru (padahal stok lama).
- Kebudayaan berdiri di tengah zaman *post-truth era*
- Masa yang semakin susah mengais kebenaran sejati, kecuali berondongan informasi yang jauh dari jejak fakta objektif

## ELEMEN PASAR GLOBAL

Ditandai adanya kebebasan pergerakan di seluruh dunia terhadap:

- (1) arus barang;
- (2) **arus jasa-jasa**;
- (3) arus modal; dan
- (4) **arus tenaga kerja**.



## ORIENTASI GLOBAL vs LOKAL

JIM IFE (2013) pakar community development mengingatkan kita dengan apa yang disebutnya sebagai pendekatan “global and local practice” dan “universal and contextual issues”.

Hal ini terkait dengan berkembangnya digitalisasi yang terus menerus masif, maka dalam PROMKES-PM perlu mengembangkan paradigma dalam mengglobalkan kearifan lokal (= **glokalisasi**).

**INDONESIA** yang kaya dengan budaya dan potensi lokal serta nilai-nilai luhur, kini saatnya kita bertindak untuk mengglobalkannya.



**KEMBANGKAN POTENSI DAN TINDAKAN LOKAL** yang dampaknya global.  
Diperlukan kesiapan SDM LOKAL (CLIEN/KELOMPOK SASARAN)

## PERAN PROMKES DAN PEMBERDAYAAN:



### Melokalkan Globalisasi dan Mengglobalkan Lokalitas

- **Melokalkan globalisasi merupakan tindakan yang selama ini telah lama kita lakukan** (Hampir semua gaya hidup, budaya, dan kebijakan kita kini adalah hasil melokalkan globalisasi).
- **Sudahkah ada upaya kita mengglobalkan lokalitas yang kita miliki?**

### Jangan Menjadi Bangsa Peniru

- Selama ini strategi pembangunan bangsa Indonesia senantiasa mengekor bangsa lain. **Tepatkah?**
- Apakah bangsa kita ini cukup puas disebut sebagai bangsa peniru?



## Dominasi Kebijakan Eksogen



- Kebijakan pembangunan lebih bersifat exogenous dari pada endogenous **atau** lebih mementingkan masukan pihak luar dari pada kebutuhan dari dalam.
- Bangsa kita silau dengan menerapkan hal-hal yang baru di luar, yang mungkin tidak dibutuhkan oleh bangsa ini.

## Mengglobalkan Lokalitas

- Sudah tiba saatnya bangsa Indonesia mengubah paradigma menjadi mengglobalkan kearifan lokal.
- Sebagai bangsa yang kaya dengan budaya dan nilai-nilai luhur, sudah saatnya kita bertindak untuk mengglobalkannya.





## Bertindak Lokal & Berdampak Global

- Dalam era informasi/digital, kini untuk melakukan tindakan dengan memberikan dampak global, akan sangat mungkin kita lakukan.
- Teknologi global akan membantu bangsa ini lebih memudahkan mengenalkan kearifan lokal secara mondial.

## NILAI2 LOKAL BISA DIGUNAKAN UNTUK PENGUATAN JATIDIRI DAN KEMANDIRIAN BANGSA

- PENGEMBANGAN *NILAI2 LUHUR & POTENSI LOKAL* HARUS MAMPU MEMPERKOKOH JATI DIRI BANGSA DAN KEMANDIRIAN BANGSA





## Mendorong Kebijakan Endogen

- Kebijakan pembangunan harus bersifat endogen atau berakar dari kebutuhan masyarakat, dan bukan merupakan desain dari pihak luar.
- Perlu diimbangi pengembangan sistim inovasi nasional, produktivitas & daya saing bangsa
- **Kebijakan yang bersifat endogen akan mendorong percaya diri dan mengurangi tradisi meniru yg saat ini masih dominan.**



## **PENGUATAN & PERANSERTA MASYRKT SBG BASIS PROMKES/PEMBERDAYAAN**

### **1. PERANSERTA MASYARAKAT =**

**= BAGIAN DARI PROSES DEMOKRATISASI**

**= HAK,**

**= BUKAN KEWAJIBAN**

### **2. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BISA BERJALAN, JIKA:**

- RAKYAT DAN INSTITUSI RAKYAT SEBAGAI KEKUATAN DASAR**
- HIDUPKAN PRANATA LOKAL**
- MEMANFAATKAN JARINGAN ANTAR KEKUATAN/POTENSI**
- ADA MOTIVASI DAN DORONGAN DARI LUAR**
- PENYADARAN POTENSI DIRI**
- UPAYA PERBAIKAN KUALITAS HIDUP**

## **PERAN PARADIGMATIK**

- Peran Promkes/Pemberdayaan mengalami gelombang pasang sesuai dengan kebutuhan danuntutannya (dipengaruhi oleh paradigma pembangunan yang dianut oleh negara dan komunitas di dlmnya).**
- 1970an: Menguatnya tuntutan peranserta masyarakat sipil dan pilihan pembangunan yg memihak rakyat,**
- Promkes/Pemberdayaan: juga menyesuaikan paradigma keilmuan yang berorientasi pada kebutuhan kelompok sasaran.**

## PRINSIP2 PENDEKATAN & STRATEGI PROMKES/PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

1. MEMULAI DNG. TINDAKAN MIKRO
2. SESUAIKAN DNG KONDISI LOKAL
3. GANTI PENDEKATAN WILAYAH ADMINISTRATIF DENGAN PEDEKATAN KAWASAN (**kontekstual**)
4. BANGUN KELEMBAGAAN BERBASIS MASYARAKAT
5. KUASAI KEMAMPUAN TEKNIS
6. PENGEMBANGAN KESADARAN MASYARAKAT/KLPK SASARAN
7. BANGUN JARINGAN KOMUNITAS
8. LAKUKAN KONTROL KEBIJAKAN
9. PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN

## LITERASI BARU DI ERA DIGITAL

**ORIENTASI BARU TIDAK HANYA CUKUP LITERASI LAMA  
( membaca, menulis dan matematika):**

1. **LITERASI DATA:** kemampuan untuk membaca, analisis dan menggunakan informasi ( **Big Data**) di dunia digital.
2. **LITERASI TEKNOLOGI:** memahami cara kerja mesin dan aplikasi teknologi ( coding, artificial intelligence dan engenering principles).
3. **LITERASI HUMAN:** ketrampilan kepemimpinan, karakter, bisa bekerja dlm tim & berkolaborasi, mampu membangun relasi, berempati, kelincahan dan kematangan berbudaya, inovasi, kreativitas dan entrepreneurship.

## PENTINGNYA LITERASI HUMANISTIK

- Di Era Revolusi Industri 4.0, literasi human (manusia) menjadi penting untuk bertahan di era ini, tujuannya adalah agar manusia bisa berfungsi dengan baik di lingkungan manusia dan dapat memahami interaksi dengan sesama manusia
- Menguatnya literasi data dan teknologi (termasuk kecerdasan buatan) tdk akan mampu menggantikan aspek kemanusiaan (ide & kreativitas)
- Untuk bisa bertahan di era revolusi industri 4.0 peran ilmu pemberdayaan masyarakat (termasuk penyuluhan/promosi kesehatan) sangat penting.

### PERAN PROMKES & PM:

## Bagaimana Merespon *Masa Depan*



1. Komitmen **semua pihak** thdp peningkatan kompetensi dan investasi di pengembangan *digital skills*
2. **Selalu mencoba dan menerapkan *prototype* teknologi terbaru, *Learn by doing!***
3. Dilakukannya **kolaborasi** antara dunia industri, akademisi, dan masyarakat untuk mengidentifikasi permintaan dan ketersediaan skill bagi era digital di masa depan
4. **Dunia pendidikan PROMKES/PM perlu menyusun kurikulum berbasis literasi data, literasi teknologi dan literasi kemanusiaan.**

## PELUANG BAGI PROMKES DAN PEMBERDAYAAN

1. AKIBAT PERKEMBANGAN DIGITAL/ TEKNOLOGI INFORMASI & KOMUNIKASI AKAN MENGUBAH POLA HUBUNGAN PENYULUH/PEMBERDAYA MASYARAKAT/PETUGAS PROMKES DGN CLIENNYA
2. PERLU PROFESIONALISME PETUGAS DALAM BIDANG PENINGKATAN KOMPETENSI (SEIRING PERKEMBANGAN INOVASI TEKNOLOGI TERKINI).
3. BERUBAHNYA PERAN PETUGAS DARI VOLUNTEER KE PROFESIONAL
4. LAYANAN KEPADA SASARAN/CLIEN: DARI KELOMPOK KE INDIVIDUAL
5. MENEGUHKAN PERAN FASILITATOR bukan INSTRUKTOR
6. ORIENTASI PADA KEBUTUHAN INDIVIDU CLIEN LEBIH DOMINAN DARIPADA KEBUTUHAN KELOMPOK.

## Reorientasi PROMKES & Pemberdayaan di Era Digital

- PROMKES & Pemberdayaan masyarakat perlu diarahkan pada upaya peningkatan **partisipasi individu dalam masyarakat**
- Partisipasi individu bukan hanya sekedar salah satu tujuan dari pembangunan sosial tetapi merupakan bagian yang integral dalam proses pembangunan masyarakat
- Tuntutan akan partisipasi masyarakat di era Revolusi Industri 4.0 semakin menggejala dengan difasilitasi oleh **teknologi media sosial**
- Berubahnya konsep kelompok sosial/sasaran dalam bentuk organisasi jaringan teknologi berbasis media sosial ( seperti WA Group, media sosial dll)

## **BEBERAPA HAMBATAN KITA**

1. Percepatan perkembangan teknologi digital (internet of things; smartphones; tablets dll) yang terus meningkat tak diimbangi dengan kecepatan kompetensi dan skill teknologi digital manusia di lingkungan PROMKES-PM (human skills and behavior).
2. Proses perubahan metodologi PROMKES-PM lambat
3. Isi (content) PROMKES-PM sering tertinggal dengan perkembangan teknologi yang cepat.

## **PERAN PROMKES-PM DI PT**

- Era globalisasi (Revolusi Industri 4.0) justru sangat membutuhkan peran pendidikan tinggi Promkes-PM sebagai ilmu sosial bahkan lebih tinggi dibanding sebelumnya.
- **Literasi kemanusiaan (selain literasi data dan literasi teknologi) menuntut operasionalisasi metodologinya dalam Promkes-PM agar dapat mengikuti tuntutan zaman 4.0.**

## MULAI DARI MANA BERUBAH?

1. Secara bertahap mengubah kelompok sasaran menjadi **early adopter** dalam bidang digitalisasi (mis: mulai muncul **petani melineal**; teknologi digital untuk pemasaran produk2 UMKM, dll)
2. Metode2 pendampingan dan layanan sasaran by-digital, kini sdh muncul **e-dokter, e-health, e-layanan kesehatan, e-puskesmas,... dsb**
3. **Pembelajaran di PKP-PM yang harus adaptif terhadap perubahan yang terjadi di industri 4.0**

**KITA PERLU MELAKUKAN GERAKAN NASIONAL PERAN PROMKES DAN PEMBERDAYAAN DALAM REVOLUSI INDUSTRI 4.0 terutama memperkuat literasi humanistik (sebagai core bussiness) yang mampu menggali dan menguatkan karakter, nilai budaya, jati diri, ide, inovasi, kreativitas, identitas dan kebanggaan untuk meraih vitalitas yang maksimal sebagai BANGSA YANG LEBIH BERMARTABAT.**



**TERIMA KASIH**

# **PELUANG DAN TANTANGAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN DI ERA 4.0: BAGAIMANA DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN**

**Prof. Dr. Anies, dr, M.Kes, PKK**

## **Peluang dan Tantangan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan di Era 4.0**

### ***Bagaimana Disrupsi Pelayanan Kesehatan ?***

**Prof. Dr. dr. Anies, M.Kes, PKK**

## **Promosi Kesehatan**

Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pemberdayaan dan, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat mandiri menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

## **Tujuan Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan memiliki tujuan memberikan berbagai informasi bagi masyarakat terkait segala hal yang bertujuan pada peningkatan kualitas kesehatan, baik kesehatan individu maupun masyarakat.

## **Fungsi Promosi Kesehatan**

Kegiatan promosi yang berlangsung di tingkat masyarakat dapat menjadi sebuah media efektif untuk mengumpulkan data dan informasi yang kemudian dapat diolah, dianalisis dan digunakan sebagai informasi penunjang untuk merancang perencanaan dan pelaksanaan berbagai

## Sasaran Promosi Kesehatan

- **Sasaran primer** : Pasien, individu sehat dan keluarga atau rumah tangga yang diharapkan dapat mengubah perilaku, misalnya menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
- **Sasaran sekunder** : Pemuka masyarakat formal maupun informal, media massa, organisasi kemasyarakatan, yang diharapkan dapat meningkatkan PHBS
- **Sasaran tersier** : Pembuat kebijakan

## Komunikasi Kesehatan

- James AF Stoner : Komunikasi merupakan bentuk penyampaian informasi, baik secara verbal maupun nonverbal, termasuk melalui teknologi digital.
- Komunikasi kesehatan berfokus pada individu atau masyarakat menghadapi isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan, serta berupaya untuk menjaga kesehatannya.

## **Perkembangan Komunikasi Kesehatan**

- Perkembangan komunikasi kesehatan berkembang pesat, bukan hanya secara konvensional
- Komunikasi antara dokter dan pasien, juga ketika penyuluhan di lapangan, bergeser menjadi konsultasi melalui beberapa situs kesehatan menggunakan internet

## **Tantangan Dunia Kesehatan (1)**

- Tantangan bagi dunia kesehatan dalam menggunakan komunikasi kesehatan di era digital
- Peluang serta harapan yang lebih baik bagi komunikasi kesehatan

## Tantangan Dunia Kesehatan (2)

- Banyak *hoax* atau berita bohong yang mudah tersebar secara cepat dan luas di era digital
- Akibatnya, sering dijadikan peluang oleh orang-orang tak bertanggung-jawab untuk merekayasa informasi tentang kesehatan

## Tantangan Dunia Kesehatan (3)

- Tantangan inilah yang perlu diatasi oleh para ahli kesehatan.
- Dengan menempatkan tim khusus penjaring informasi tidak benar tentang kesehatan, menyediakan layanan komunikasi kesehatan, atau upaya lain yang kredibel ?

## **Informasi Praktis yang Menyesatkan**

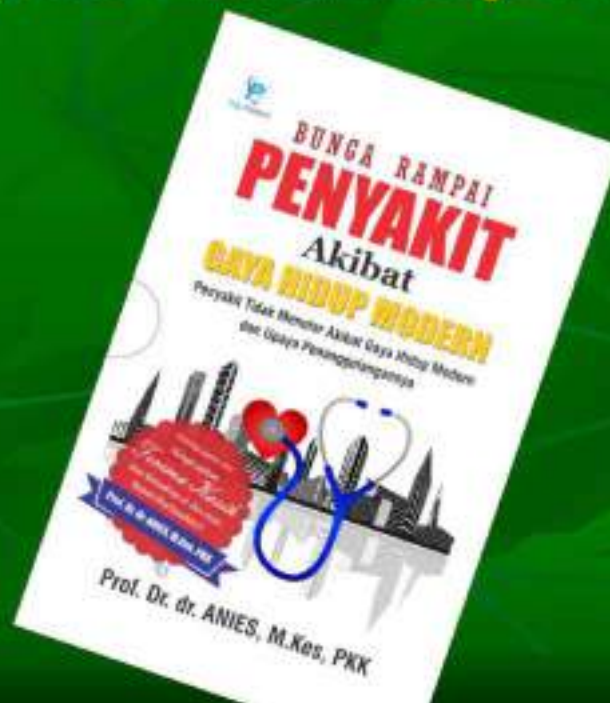
- Banyak informasi praktis di internet maupun media massa, tetapi tidak bertanggung jawab.
- Promosi beberapa produk makanan dan minuman yang diklaim memiliki efek penyembuhan penyakit maupun kosmetik, ternyata bohong.

## **Apa Solusinya ?**

- Fasilitas seperti Instagram, YouTube, Twitter, Facebook, dsb yang dapat diakses secara daring, merupakan salah satu solusi
- Perlu kreativitas – kreativitas untuk mengolah informasi kesehatan menjadi infografis yang menarik, unik, mudah dipahami

# Bagaimana Jika Informasi Disajikan dalam Bentuk Buku ?

## Penyakit Akibat Gaya Hidup



# Ensiklopedia Penyakit



# Kedokteran Okupasi / Kedokteran Kerja



## Manajemen Bencana



## Radiasi Elektromagnetik



# Buku

## "Negara Sejuta Bencana"



The image displays two covers of the book "Negara Sejuta Bencana" (A Country of a Million Disasters) by Prof. Dr. dr. Anles, M.Kes, PHK. The front cover is yellow and features a grid of nine disaster illustrations: fire, flood, earthquake, tsunami, volcano, drought, landslide, and others. The back cover is white and contains the title, author's name, a small portrait of the author, and a barcode.

**NEGARA SEJUTA BENCANA**

Identifikasi, Analisis, & Solusi Mengurangi Risiko Bencana dengan Manajemen Kebencanaan

Disusun dan ditulis berdasarkan data yang terdapat dalam buku laporan bencana-bencana yang terjadi di Indonesia, serta data yang diperoleh dari berbagai sumber lainnya. Buku ini bertujuan untuk memberikan informasi yang akurat dan terkini mengenai bencana-bencana yang terjadi di Indonesia, serta memberikan solusi yang tepat untuk mengurangi risiko bencana.

Buku ini juga dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian-penelitian lain yang berkaitan dengan manajemen bencana.

Prof. Dr. dr. Anles, M.Kes, PHK

**NEGARA SEJUTA BENCANA**

Identifikasi, Analisis, & Solusi Mengurangi Risiko Bencana dengan Manajemen Kebencanaan

Prof. Dr. dr. Anles, M.Kes, PHK

ISBN 978-602-71111-1-1

9 78602711 111111

Prof. Dr. dr. Anles, M.Kes, PHK

ISBN 978-602-71111-1-1

# Pendidikan Kesehatan dengan Nuansa Humor

## Menangkal Penyakit dengan Olahraga



## Seluk Beluk Kanker



## Buku tentang 33 Sindrom



## Ingin Sehat Tanpa Minum Obat



## Revolusi Industri

- **Revolusi industri 1.0** terjadi pada abad ke-18. Salah satu penemuan di era ini yaitu ditemukannya mesin bertenaga uap
- **Revolusi industri 2.0** terjadi pada abad ke-19. Pada era ini terjadi peralihan, dari dunia industri ke tenaga listrik

## Revolusi Industri

- **Adapun revolusi industri 3.0** terjadi pada abad ke-20. Pada era ini, salah satu efeknya yaitu perangkat elektronik mampu menghadirkan proses produksi.
- Seiring berjalannya waktu, revolusi industri semakin berkembang, yaitu dengan hadirnya **revolusi industri 4.0.**

## Revolusi Industri di Bidang Kesehatan

- Perusahaan besar seperti IBM sejak 2015 telah meluncurkan *Watson Health* , dengan tujuan yang jelas yaitu mencari jalan terbaik untuk membawa kecerdasan buatan dan teknologi membantu pekerja di sektor kesehatan, untuk mengatasi masalah di bidang kesehatan.

## Revolusi Industri di Bidang Kesehatan

- Beberapa area yang diyakini IBM telah memberikan manfaat adalah pengaturan kadar gula darah yang lebih baik pada penderita diabetes melitus, pengambilan keputusan pengobatan yang sesuai pada pasien kanker, penemuan pengobatan yang baru pada penyakit kronis seperti ALS (*amyotrophic lateral sclerosis*)

## Revolusi Industri di Bidang Kesehatan

- Ada anggapan bahwa profesi dokter akan mengalami persaingan. Jika dahulu dokter yang menentukan semua diagnosis dan pengobatan, sekarang pasien dapat mencari semua informasi secara bebas tanpa bergantung kepada dokter.

## Revolusi Industri di Bidang Kesehatan

- Dengan adanya program kecerdasan *Watson*, pasien tidak perlu bertemu dokter dan pergi ke rumah sakit.
- Hanya dengan memasukkan data-data ke dalam program *Watson*, pasien dapat memperoleh informasi mengenai diagnosis dan pengobatan

## **Revolusi Industri di Bidang Kesehatan**

- Perkembangan teknologi telah mengubah industri kesehatan secara radikal.
- Hal ini menimbulkan kecemasan pada para praktisi kesehatan, khususnya kedokteran konvensional, yang menekankan adanya tatap muka antara dokter dan pasien, akan segera hilang.

## **Revolusi Industri & Era Disrupsi**

- Presiden Jokowi menilai pemerintah perlu menerapkan kebijakan dalam pengembangan Sumber Daya Manusia yang mumpuni guna menghadapi tantangan revolusi industri 4.0.
- Karena itu, diperlukan integrasi bisnis antara sistem daring dan konvensional agar pelaku usaha bisa memperoleh akses pasar.

## Era Disrupsi

- Saat ini tengah terjadi era disrupsi (*disruption*) dalam kehidupan kita. Sehingga zaman sekarang disebut era disrupsi.
- Revolusi Industri 4.0 mendorong terjadinya disrupsi dalam berbagai bidang.
- Apa itu disrupsi ?

## Era Disrupsi

- Istilah “disrupsi” telah dikenal puluhan tahun lalu, tetapi baru populer setelah guru besar Harvard Business School, Clayton M. Christensen, menulis buku berjudul “*The Innovator Dilemma*” (1997).

## Era Disrupsi

- Disrupsi menurut Clayton M Christensen, adalah perubahan mendasar yang sifatnya destruktif, menggantikan seluruh cara kerja yang lama, dengan pembaruan yang mendasar.

## Era Disrupsi

- Christensen ingin menjawab berbagai pertanyaan penting, *“Mengapa perusahaan-perusahaan besar bisa dikalahkan oleh perusahaan yang lebih kecil, dengan dana dan sumber daya manusia”*.
- Jawabannya terletak pada perubahan besar yang dikenal dengan disrupsi.

## Era Disrupsi

- Sebenarnya disrupsi tidak hanya terjadi dalam bidang ekonomi.
- Hukum, pendidikan, pemerintahan, bahkan pelayanan kesehatan, adalah beberapa contoh bidang yang juga terdisrupsi.

## Era Disrupsi

- Berbicara mengenai disrupsi bukan hanya tentang berbagai lini yang menjadi berbasis digital.
- Lebih dari itu, ketika kita berbicara disrupsi maka kita akan dihadapkan pada berbagai manfaat seperti efisiensi, kecepatan, kenyamanan, dan kualitas.

## Era Disrupsi

- Ciri khas disrupsi adalah pembaruan berbasis teknologi yang membuat sesuatu lebih mudah, lebih murah dan lebih memenuhi kebutuhan pelanggan yang juga berkembang secara dinamik.

## Era Disrupsi

- Pencanangan Making Indonesia 4.0 oleh Presiden Joko Widodo adalah tanggapan pemerintah Indonesia terhadap disrupsi dalam dunia industri global yang saat ini sudah memasuki industri 4.0.

## Era Disrupsi

- Era disrupsi berciri khusus dengan kelahiran revolusi media teknologi informasi.
- Komunikasi di era disrupsi dapat membangun dan menginisiasi tatanan baru, yang serta merta mampu mengubah, menggeser atau bahkan mengusangkan tatanan lama.

## Era Disrupsi

- Dengan kreativitasnya, masyarakat kian dimudahkan dan dimanjakan dengan perangkat digital atau elektronik yang berdampak terhadap hampir semua bidang.
- Era disrupsi memunculkan model digitalisasi komunikasi baru dengan strategi lebih kreatif dan inovatif.

## Bagaimana dengan Disrupsi Promosi Kesehatan ?

- Disrupsi promosi kesehatan menjadi tantangan tersendiri bagi pengembangan *health promoting university*, yaitu program yang mendorong penerapan pola hidup sehat oleh mahasiswa, dosen dan staf di lingkungan kampus, sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kualitas sivitas akademika.

## Bagaimana dengan Disrupsi Promosi Kesehatan ?

- Melalui pengembangan *health promoting university* yang inovatif, sivitas akademika dapat menjadi *agent of change* di lingkungannya
- Diharapkan dengan disrupsi promosi kesehatan maka pola hidup sehat dapat sebarluaskan kepada masyarakat

## Bagaimana Memulai Disrupsi Promosi Kesehatan ?

- Manajemen rumah sakit perlu mempelajari betul tentang *digital disruption in healthcare*
- Dapat dimulai dari hal-hal sederhana yang dapat mengubah cara kerja kita melakukan pelayanan kesehatan.

## Bagaimana dengan Disrupsi Promosi Kesehatan ?

- Melalui pengembangan *health promoting university* yang inovatif, sivitas akademika dapat menjadi *agent of change* di lingkungannya
- Diharapkan pola hidup sehat dapat sebarluaskan kepada masyarakat

## Peluang dan Tantangan

- Era digital dalam dunia kesehatan menjadi tantangan sekaligus peluang untuk menjadi lebih baik dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- Namun masih banyak pemahaman yang salah mengenai disrupti yang hanya dikaitkan dengan Teknologi Informasi dan Komunikasi (ICT).

## Penutup

- Patut direnungkan pernyataan Jacques Ellul dalam karyanya yang berjudul *The Technological Society*
- *“Bagi siapa saja yang menguasai teknologi, maka dirinya menguasai sumber daya”.*

# PROMOSI KESEHATAN DI ERA INDUSTRI 4.0: KAJIAN DAN LITERATUR

Prof. Dra. RA. Yayi Suryo Prabandari, MS., Ph.D



UNIVERSITAS GADJAH MADA

*Promosi Kesehatan di Era Industri 4.0*  
*Kajian dari Literatur*



Prof. Dra. Yayi Suryo Prabandari, M.Si., Ph.D  
Departemen Ilmu Perilaku, Kesehatan Lingkungan dan Kedokteran Sosial  
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada  
Indonesia

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

Lahir: Yogyakarta, 15 Nov 1964 (Menikah, 3 anak)

Pendidikan:

S1 Fakultas Psikologi UGM (Julus 1989)

S2 Program Pasca Sarjana UGM Psikologi Klinis (Julus 1994)

S3 Kedokteran Komunitas, Fac. of Medicine & Health Sciences,  
the University of Newcastle, Australia (Julus 2005)

Pekerjaan:

- Staf Pengajar (S1, S2 & S3) Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FKMK-Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, UGM 1997-2016
- Profesor pada Departemen Ilmu Perilaku Kesehatan, Lingkungan dan Kedokteran Sosial, FKMK UGM (2017-sampai saat ini)
- Psikolog di RS Happy Land
- Peneliti di Pusat Perilaku dan Promosi Kesehatan, Pusat Kajian Bioetika dan Humaniora Kedokteran Fak. Kedokteran UGM & Pusat Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan FK UGM

Jabatan:

Ketua Minat S2 Perilaku dan Promosi Kesehatan Prodi IKM FKMK UGM  
Sekretaris Departemen Ilmu Perilaku, Kesehatan Lingkungan & Kedokteran Sosial FKMK UGM  
Koordinator QUIT TOBACCO INDONESIA FK MK UGM  
Ketua Komite Profesional Behavior FKMK UGM  
Anggota Komisi Etik FKMK UGM  
Sekretaris Komite Standard Akademik Prodi S3 FKMK UGM  
Divisi Penyuluhan dan Edukasi Yayasan Kanker Indonesia Cabang Yogyakarta  
Ketua Jogja Sehat Tanpa Tembakau (JSTT)  
Ketua PPPKM Cabang Prop. DIY

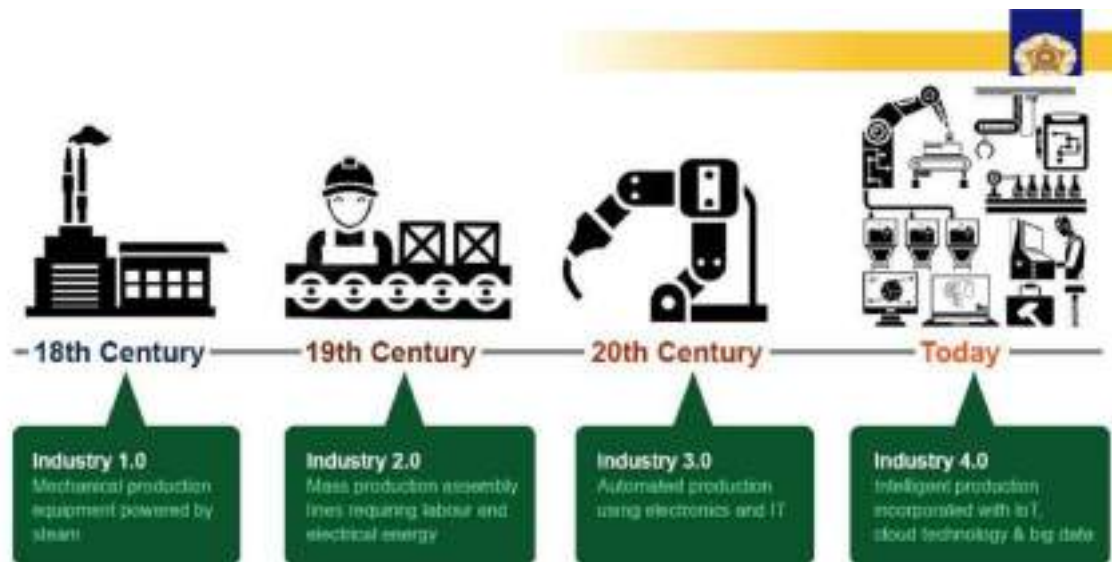
Hobby: olah raga (aerobic, renang, jogging), baca, travelling

Peminat sekaligus Pelaku Pencegahan dan Bantuan Berhenti Merokok sejak tahun 1992



Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)



Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)



Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

## Industry 4.0 framework and contributing digital technologies

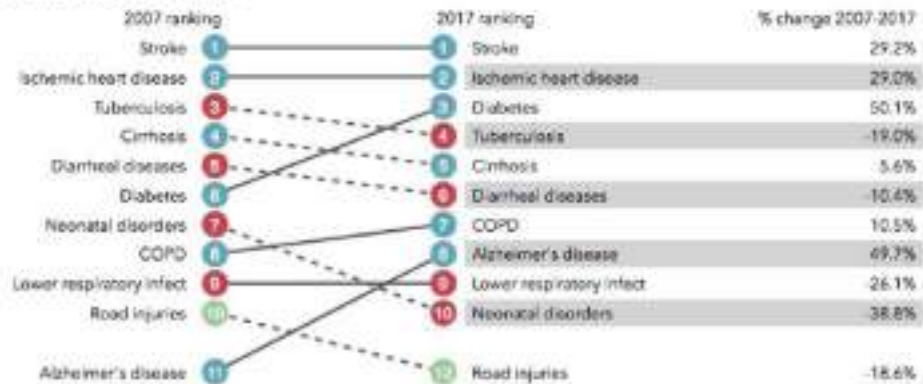


Source: Industry 4.0: Building the digital enterprise, 2016 (Global Industry 4.0 Survey, PwC, Engineering & Construction, 2016)

## Cause of Death in Indonesia

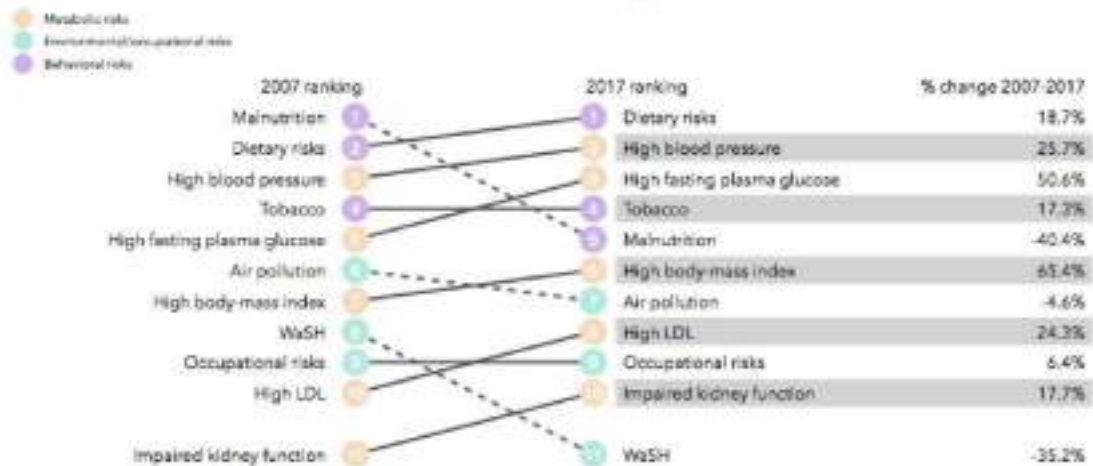


### What causes the most deaths?



Top 10 causes of death in 2017 and percent change, 2007-2017, all ages, number

## What risk factors drive the most death and disability combined?



Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Risk Factors of NCD (WHO, 2018)



### Modifiable behavioural risk factors

Modifiable behaviours, such as tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet and the harmful use of alcohol, all increase the risk of NCDs.

- Tobacco accounts for over 7.2 million deaths every year (including from the effects of exposure to second-hand smoke), and is projected to increase markedly over the coming years. (1)
- 4.1 million annual deaths have been attributed to excess salt/sodium intake. (1)
- More than half of the 3.3 million annual deaths attributable to alcohol use are from NCDs, including cancer. (2)
- 1.6 million deaths annually can be attributed to insufficient physical activity. (1)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

# Risk Factors of NCD (WHO, 2018)



## Metabolic risk factors

Metabolic risk factors contribute to four key metabolic changes that increase the risk of NCDs:

- raised blood pressure
- overweight/obesity
- hyperglycemia (high blood glucose levels) and
- hyperlipidemia (high levels of fat in the blood)

In terms of attributable deaths, the leading metabolic risk factor globally is elevated blood pressure (to which 19% of global deaths are attributed), (1) followed by overweight and obesity and raised blood glucose.

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

## Promosi Kesehatan



10

*"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health"*

(The Ottawa Charter, 1986)

WHO menyebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan proses untuk mendorong orang meningkatkan kontrol dan mengembangkan kesehatannya.

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

## Perjalanan Promosi kesehatan



### Ottawa Charter for HP (WHO, 1986)

- Develop healthy public policy
- Develop personal skills
- Strengthen community action
- Create supportive environments
- Reorient health service

### Jakarta Declaration on leading HP (WHO, 1987)

- Promote social responsibility of health
- Increase investment for health developments in all sectors
- Consolidate and expand partnerships for health
- Increase community capacity and empower individuals
- Secure an infrastructure for health promotion

### Bangkok Declaration 2005

- Promote social responsibility for health
- Increase investment for health development
- Consolidate and expand partnerships for health
- Increase community capacity and empower the individual health promotion carried out by and with people
- Secure an infrastructure for health to secure an infrastructure for health promotion, new mechanisms of funding it locally, nationally and globally must be found

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

## Nairobi Declaration 2009

- Strengthen leadership and workforces
- Mainstream health promotion
- Empower communities and individuals
- Enhance participatory processes
- Build and apply knowledge

## Helsinki Statement - 2013

**We, the participants of this conference**

- Prioritize health and equity as a core responsibility of governments to its peoples.
- Affirm the compelling and urgent need for effective policy coherence for health and well-being.
- Recognize that this will require political will, courage and strategic foresight.

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)



## Health Promotion Target *Multi Level*



- Individual: knowledge, attitude, practice
- Organization: policy, program, facility, and resource
- Community: policy, practice, program, facility and resource
- Government: policy, program, facility, resource, coordination/legislation, rules and law enforcement

Healthy eating

Healthy eating program in school, office, company

Agreement on Implementing Healthy and Green Village

Policy on fruit and vegetable subsidize



## STRATEGI KOMUNIKASI

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

### Strategi Promosi Kesehatan



Strategi pesan negatif maupun positif dapat memberikan dampak untuk intensi dan perilaku

\*Intervensi pada pencegahan paparan UV menunjukkan bahwa pesan negatif dengan menunjukkan gambar akibat paparan UV dan pesan positif dengan gambar hasil penggunaan proteksi matahari efektif dalam menimbulkan intensi dan perilaku untuk mencegah

\*Williams AL, . Grogan, S, Clark-Carter, D and Buckley, E. Appearance-based interventions to reduce ultraviolet exposure and/or increase sun protection intentions and behaviours: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Health Psychology* (2013), 18, 182–217

Locally Rooted, Globally Respected

[www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id)

RESEARCH

The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review

Nelson Kumpkum<sup>1</sup>, Maria Perle<sup>2</sup>, Helena Santos<sup>3</sup>, Soledad Galarraga<sup>4</sup> and Ann Goss<sup>5</sup>

Hasil kajian menunjukkan bahwa promosi kesehatan e-health atau m-health dapat ditujukan untuk lansia, meskipun untuk sukses dan kelancaran program perlu dorongan dan motivasi orang tua

ANNUAL RESEARCH REVIEW

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2017; 58(1): 1-10



Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review

Chris Hollis<sup>1,2</sup>, Caroline J. Falloon<sup>1,2</sup>, Jennifer L. Martin<sup>1,2</sup>, Craig Whittington<sup>3</sup>, Sarah Stockton<sup>4</sup>, Chris Glasbrook<sup>1,2</sup> and E. Bethan Davies<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Division of Psychiatry and Applied Psychology, School of Medicine, University of Birmingham, Birmingham; <sup>2</sup>NIHR Health Research Technology Conversion Centre, College of Medical Health, University of Southampton, Southampton; <sup>3</sup>University College London, London; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, Westminster Hospital, London, UK

Intervensi digital untuk kesehatan mental anak dan remaja menunjukkan hasil yang campur, dikarenakan penelitian yang dikaji rancangannya penelitiannya tidak kuat untuk bukti karena jumlah sampel yang sedikit, taksonomi intervensi digital, perbandingan yang tidak setara, tindak lanjut pendek dan kurangnya dukungan manusia yang khusus.

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

REVIEW

The effectiveness of e- & mHealth interventions to promote physical activity and healthy diets in developing countries: A systematic review

Andi Pratomo Ruz<sup>1</sup>, Soledad May<sup>2</sup>, Soledad Schoppa<sup>3</sup> and Camilo Cardenas<sup>4</sup>

Palmer M, Sutherland J, Barnard S, Wynne A, Rezel E, Doel A, et al. (2018) The effectiveness of smoking cessation, physical activity/diet and alcohol reduction interventions delivered by mobile phones for the prevention of non-communicable diseases: A systematic review of randomised controlled trials. PLoS ONE 13(1): e0189801. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189801>

Sebagian penelitian menunjukkan bahwa intervensi e-m health efektif dalam mempromosikan aktivitas fisik dan diet sehat di negara-negara berkembang. Masih diperlukan study yang lebih kuat dalam rancangan penelitiannya dan meneliti tentang efektivitas biaya serta focus pada aplikasi tilpon pintar dan wearable activity trackers

- ✓ Dukungan untuk berhenti merokok via SMS meningkatkan tingkat berhenti merokok.
- ✓ Uji untuk aktivitas fisik dalam 3 bulan tidak menunjukkan manfaat, namun ada manfaat cukup pada SMS untuk intervensi berhenti merokok, diet dan aktivitas fisik secara langsung
- ✓ Untuk efek intervensi pada populasi berisiko disarankan menggunakan RCT yang lebih kuat

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Beberapa definisi M – E – Comp & Digital Health



| Term                                               | Definition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Digital health intervention (DHI)                  | Interventions that provide information, support and therapy (emotional, decisional, behavioural and neurocognitive) for physical and/or mental health problems via a technological or digital platform (e.g. website, computer, mobile phone application (app), SMS, email, videoconferencing, wearable device)                                                                                |
| eHealth                                            | Electronic Health: Internet-based healthcare delivery, or anything health-related that uses information and communications technology (ICT), incorporating computers or Internet in its delivery                                                                                                                                                                                               |
| Internet, online or web-based interventions        | Usually refers to a computerised program or service delivered through the Internet (e.g. a website), designed to create a positive change in behaviour or health status with varying levels of support (e.g. completely unguided, human-supported) given to user                                                                                                                               |
| Computer-based or computer-delivered interventions | Similar to Internet-based interventions, but usually refers to a program delivered via a computer: the intervention may be via the Internet or an offline computerised program (e.g. CD-ROM, or installed software), includes psychoeducation and psychotherapy packages, 'serious' games and neurocognitive 'brain training' interventions                                                    |
| Computer, Internet-based or mobile-based CBT       | The delivery of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) via computer (cCBT), Internet (iCBT) or mobile devices or applications (mCBT). Collectively may be referred to as electronically delivered CBT (eCBT)                                                                                                                                                                                      |
| mHealth                                            | Mobile-delivered Health: A branch of eHealth focusing on delivering healthcare-related information, interventions and monitoring through portable electronic/mobile devices and technologies, such as smartphones, tablets and wearable devices. Examples of mHealth for mental health include smartphone applications (apps), text/SMS-delivered interventions and patient monitoring devices |
| Telehealth, telepsychiatry and telemedicine        | Delivery of health services and treatment via telecommunications technology (e.g. videoconferencing, 800s email). Includes online counselling and online therapy that may be synchronous (e.g. real-time videoconferencing) or asynchronous (e.g. email or SMS)                                                                                                                                |

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Intervensi Media Massa untuk Berhenti Merokok



Dalam review sistematis intervensi media massa pada berhenti merokok di usia dewasa disimpulkan bahwa\*

- program pengendalian tembakau yang komprehensif dan disertai dengan kampanye melalui media massa efektif dalam mengubah perilaku merokok pada usia dewasa

\*Bala, M.M., Strzeszynski, L., and Topor-Madry, R., 2012. "Mass Media Interventions for Smoking Cessation in Adults". Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11, Art. No.:CD004704. DOI: 10.1002/14651858.CD004704.pub4

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



## EDUKASI DAN INTERVENSI PERILAKU

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

### Intervensi gaya hidup



#### OPEN ACCESS

Chattopadhyay B, Roman AJ, Bolwer-Vignault K, Avelar M, Ballinger JR, Dione U, et al. (2015) Effects of Lifestyle Interventions That Include a Physical Activity Component in Class II and III Obese Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(4): e0119017. doi:10.1371/journal.pone.0119017

- Melalui revidi sistematik dan meta analisis, dilaporkan bahwa intervensi gaya hidup yang di dalamnya terdapat kegiatan aktivitas fisik, dapat meningkatkan risiko BB dan kardiometabolik pada individu obes kelas II dan III.
- Meskipun masih diperlukan study eksperimen yang berkualitas, terutama untuk penurunan berat badan

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Promosi Kesehatan di Tempat Kerja



Kolar, C., & Treuer, Kv. Alcohol Misuse Interventions in the Workplace: A Systematic Review of Workplace and Sports Management Alcohol Interventions. *Int J Ment Health Addiction* (2015) 13:563–583 DOI 10.1007/s11469-015-9558-x

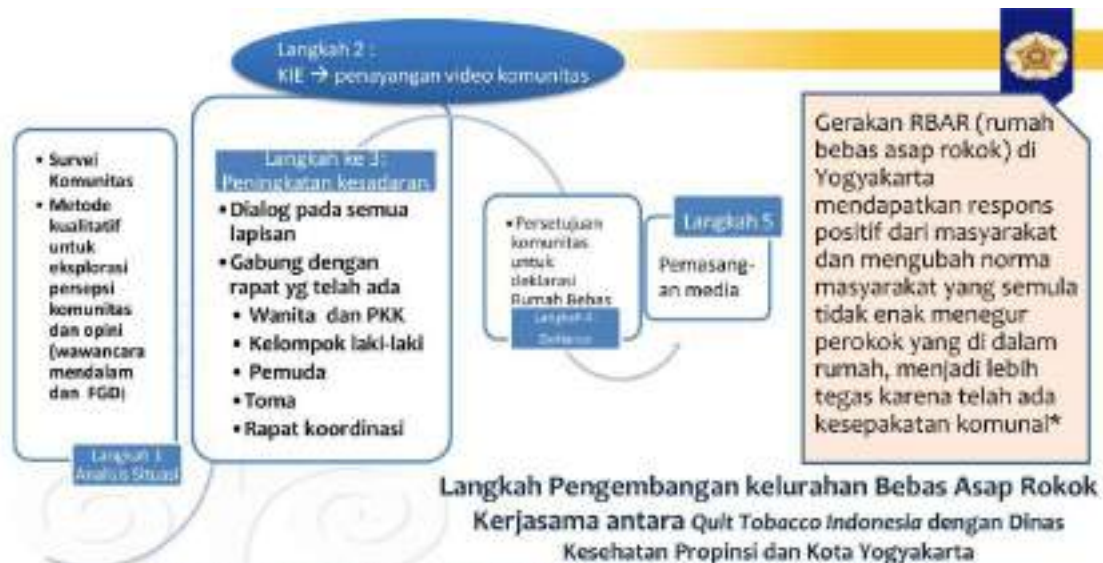
- Studi revidi sistematis melaporkan ada 4 kategori intervensi pengendalian alkohol di tempat kerja yang meliputi intervensi singkat (paling banyak namun tidak efektif & tidak ditemukan di organisasi elit), berbasis web, psikososial dan uji acak alkohol dan obat-obatan terlarang
- Intervensi dukungan komunitas mengadopsi pendekatan ekologi dan multi level menunjukkan peningkatan signifikan dalam pengendalian alkohol, mengendarai mobil sambil minum dan keuntungan club



## PENGEMBANGAN KOMUNITAS

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



\*Wichor, M., Richter, M., Potemwatt, R.E., & Ng, H. Developing a smoke free household initiative: an Indonesian case study. *Acta Otolaryngologica et Rhinologica*. 2010; 88: 578-582

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



Implementasi kebijakan  
dalam promosi kesehatan:

## CONTOH HASIL KAJIAN TOBACCO CONTROL

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Remaja



Dalam penelitian perilaku merokok remaja di 29 negara Eropa,  
dilaporkan:

- Semua kebijakan berhubungan dengan penurunan proporsi perilaku merokok pada remaja laki-laki\*
- Kebijakan yang dianalisis adalah:
  - intervensi harga,
  - implementasi KTR,
  - pelarangan iklan dan *sponsorship*,
  - KIE, dan
  - penyediaan layanan berhenti merokok.

\* Hublet, A., Schmal, H., Clays, E., Godeau, E., Gebhinn, S.K., Joossens, L., Maes, L., and the HBSC Research Work., 2009. "Association between Tobacco Control Policies and Smoking Behaviour among Adolescents in 29 European Countries". *Addiction*, 104:1918–1926. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02686.x

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Implementasi KTR-Kawasan Tanpa Rokok



Pemberlakuan kebijakan KTR juga memberikan hasil:

- Laporan dari Spanyol yang telah memberlakukan KTR menunjukkan bahwa KTR mengurangi pajanan asap ke dua (*second hand smoke*) pada perokok pasif (bukan perokok yang menghisap asap rokok dari perokok).
- Pajanan asap rokok ke dua menurun 20% dan kadar konsentrasi kotinin melalui pemeriksaan saliva yang menandakan terhisapnya asap rokok kedua juga menunjukkan penurunan hampir 90% (Sureda et al., 2014)

Sureda, X., Martínez-Sánchez, J.M., Fu, M., Pérez-Ontorio, R., Martínez, C., Carabona, E., López, M.J., Salto, E., Pascual, J.A., and Fernandez, E., 2014. "Impact of the Spanish Smoke-Free Legislation on Adult Non-smoker Exposure to Secondhand Smoke: Cross-Sectional Surveys Before (2004) and After (2012) Legislation". *PLoS ONE*, 9(2): e89430. DOI: 10.1371/journal.pone.0089430.

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Implementasi KTR-Kawasan Tanpa Rokok



- Implementasi KTR di tempat kerja, tempat umum dan rumah terbukti meningkatkan jumlah perokok yang berhenti merokok di Cina (Yang, 2011).
- Pemberlakuan KTR di Prancis juga menunjukkan penurunan jumlah perokok (Fong et al., 2013).
- Azkha (2013) yang melakukan evaluasi KTR di tiga kota di Sumatra Barat melaporkan bahwa penurunan perokok di kota Payakumbuh terjadi karena adanya tim pemantauan dan komitmen dari pemerintah setempat

✓ Azkha, N., 2013. "Studi Efektivitas Penerapan Kebijakan Pada Kota tentang Kawasan Tanpa Rokok dalam Upaya Menurunkan Perokok Aktif di Sumatra Barat Tahun 2013". *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 4(2):171-179.

✓ Fong, G.T., O'Leary, L.V., Gagliardi, R., Nagdhorst, G.E., Tate, W.K., et al., 2013. Evaluating the Effectiveness of France's Indoor Smoke-Free Law 1 Year and 5 Years after Implementation: Findings from the ETC France Survey. *PLoS ONE*, 8(6): e66660. doi:10.1371/journal.pone.0066660.

✓ Yang, T., Xu, X., Rockett, J.R.H., Cao, W., and Zhou, H., 2011. Effect of Household, Workplace, and Public Space Smoking Restriction on Smoking Cessation. *Health and Medicine*: 554-560.

## Reviu terhadap Reviu Sistematis Kebijakan



Hoffman dan Tan (2014) melakukan review terhadap 612 review sistematis dan 59 review yang meliputi 1.150 penelitian.

- Hasilnya menunjukkan bahwa KTR adalah intervensi yang paling didukung oleh pemerintah.
- Peningkatan pajak konsisten menurunkan jumlah perokok.
- Intervensi bungkus rokok dan kampanye antitembakau di media massa juga menurunkan perokok, terutama jika diikuti dengan intervensi yang lebih luas.
- Intervensi finansial untuk berhenti merokok merupakan hal yang efektif untuk sasaran perokok dalam mengurangi produk untuk berhenti merokok.

Hoffman, S.J. and Tan, C., 2015. "Overview of Systematic Reviews on the Health-related Effects of Government Tobacco Control Policies". *BMC Public Health*, 15:244 DOI: 10.1186/s12889-015-2041-6.

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

## Simpulan



- Berbagai intervensi promosi kesehatan tingkat individu, kelompok maupun komunitas yang dilakukan melalui strategi non digital (*E health, web based*) masih mempunyai dampak positif pada perubahan perilaku
- Sesuai dengan era industry 4.0, intervensi berbasis IT (*digital, e-m health, web based dsb*) memberikan hasil yang menjanjikan, bahkan pada populasi non millennial
- Strategi kebijakan dan peraturan masih merupakan intervensi yang perlu dilakukan untuk perubahan perilaku dalam skala besar, maupun tingkat lokal

Terima kasih atas  
perhatiannya

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

# ISU PENELITIAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN DI ERA 4.0 DALAM MENCAPAI TUJUAN PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN DAN Keadilan KESEHATAN

Prof. Dr. Endang Sutisna Sulaeman, dr, M.Kes



**Isu Penelitian Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan di Era  
4.0 Dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan  
dan Keadilan Kesehatan**

SEMINAR NASIONAL PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN 2019  
Surakarta 23 November 2019

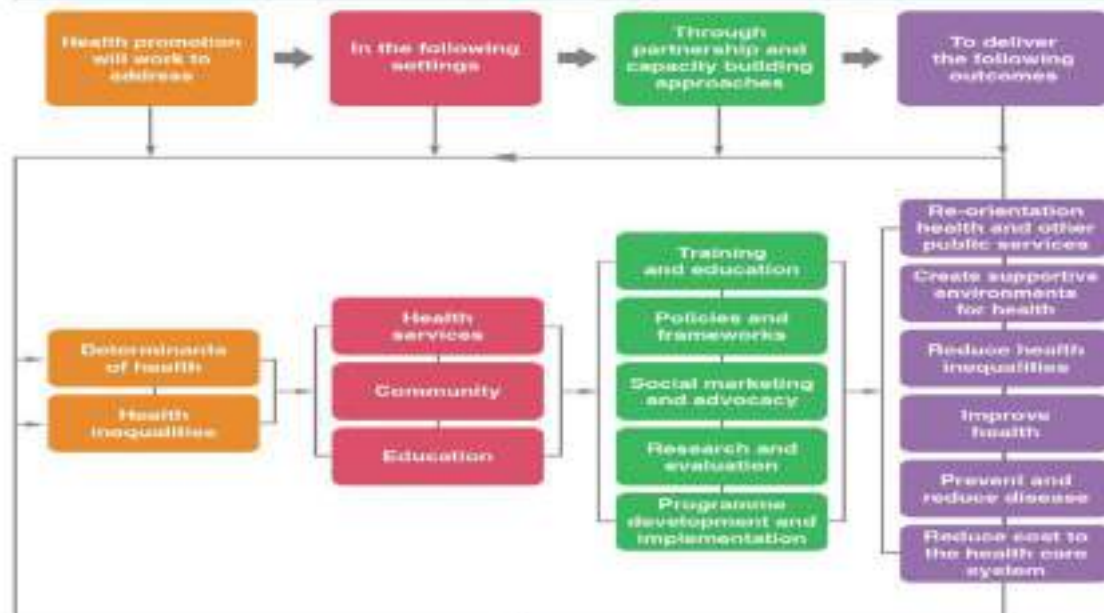
**Prof. Dr. Endang Sutisna Sulaeman, dr. M. Kes  
Pascasarjana Universitas Sebelas Maret**

## SDG Connections

Rational approach



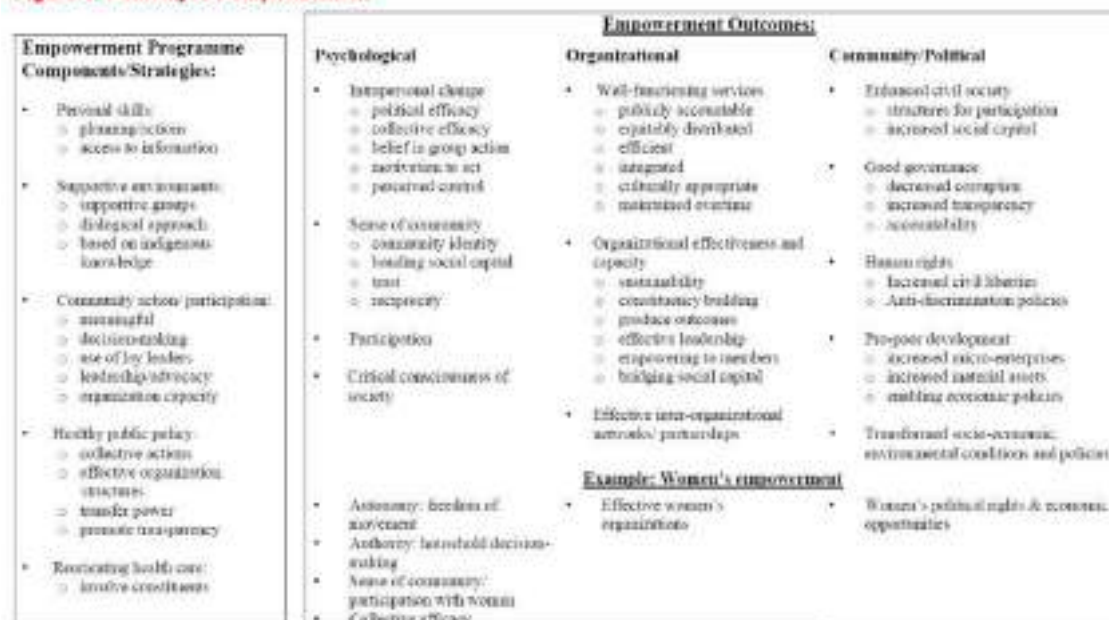
## The Health Promotion Strategic Framework Model



**Model promosi kesehatan untuk mengatasi ketidakadilan dan determinan kesehatan, serta outcome melalui tiga tatanan prioritas: layanan kesehatan, masyarakat dan pendidikan**

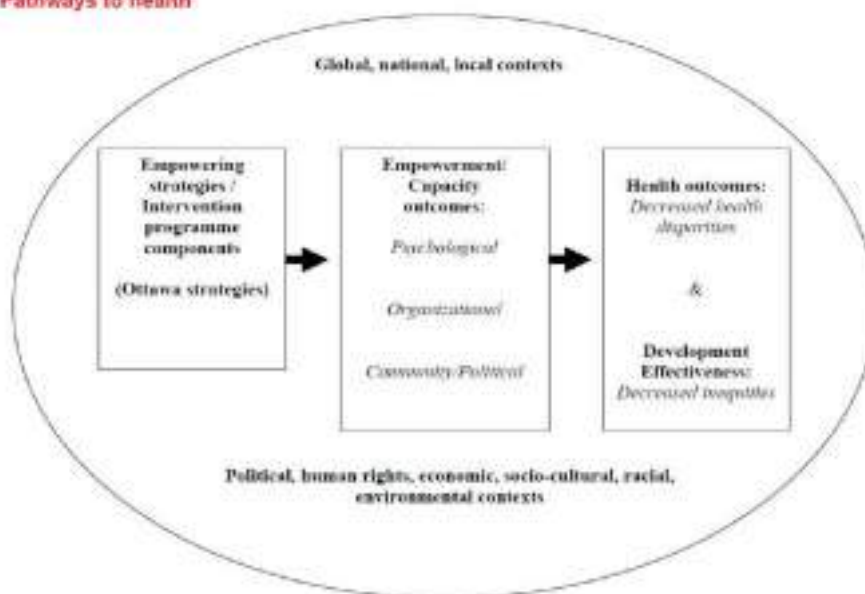
**What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN, 2006)**

Figure 1: Pathways to empowerment



**What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN, 2006)**

Figure 2: Pathways to health



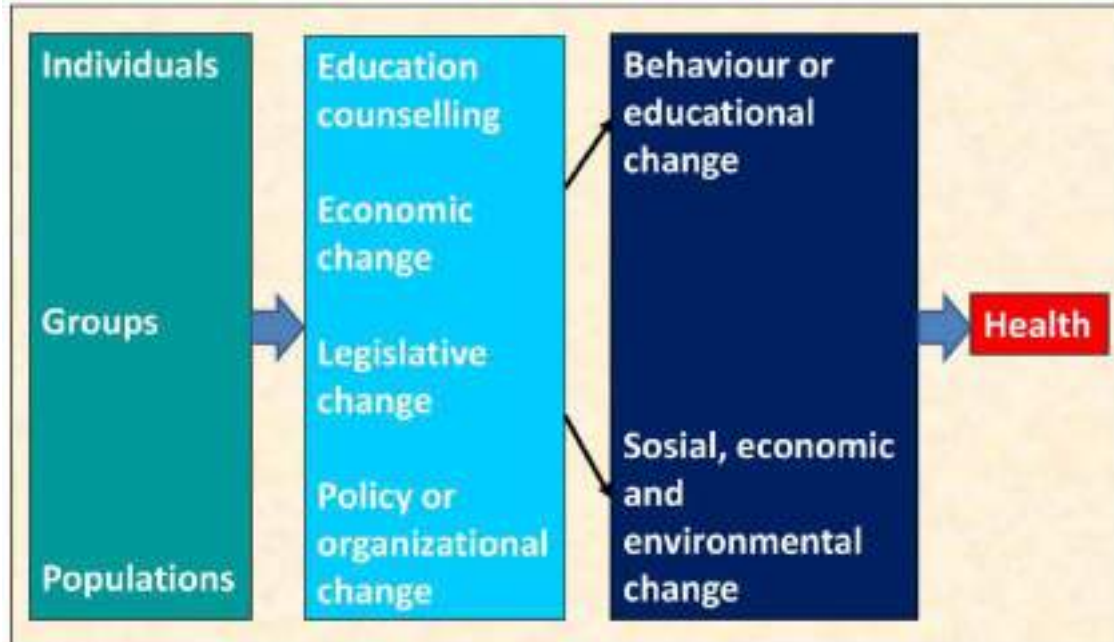
**Visi Pembangunan Kesehatan: Indonesia Sehat**



**Visi Promosi Kesehatan: Terkendalinya determinan kesehatan dan terwujudnya PHBS dan pemberdayaan**

# Proses Promosi Kesehatan

(Naidoo J & Wills J, 1994)



SDGs menetapkan visi ambisius dan transformasional untuk dunia bebas dari kemiskinan, kelaparan (dua determinan sosial utama penyakit), dan penyakit



## Enam aksi WHO untuk mempromosikan kesehatan dalam agenda SDGs

(Six lines of action to promote health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: World Health Organization, 2017)

- Aksi lintas sektoral oleh banyak pemangku kepentingan
- Penguatan sistem kesehatan untuk cakupan kesehatan universal
- Menghormati keadilan dan hak asasi manusia
- Pembiayaan berkelanjutan
- Penelitian dan inovasi ilmiah
- Pemantauan dan evaluasi

Isu: Goal 3: Kesehatan - menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia

### GOAL 3



■ MAINTAIN progress to achieve target ■ ACCELERATE progress to achieve target ■ REVERSE trend ■ Insufficient data

**Target SDGs tujuan ketiga (kesehatan - menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia) pada tahun 2030:**

1. Mengurangi angka kematian ibu sampai < 70/100.000 KH;
2. Mengurangi angka kematian neonatal menjadi <12/1.000 KH dan angka kematian dibawah lima tahun <25/1.000 KH;
3. Mengakhiri epidemi HIV, TB, Malaria, memerangi penyakit yang ditularkan air, penyakit tidak menular (*Non-Transmission Deases*) dan penyakit menular (*Communicable Diseases*);
4. Mengurangi 1/3 kematian dini karena penyakit yang tidak menular (*Non-Communicable Diseases*);
5. Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat/obat;
6. Menurunkan jumlah kematian akibat kecelakaan lalu lintas jalan;
7. Akses universal terhadap pelayanan kesehatan;
8. Mencapai cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage*);
9. Mengurangi jumlah kematian dan penyakit karena polusi.



**GOAL 3**

|                                             |     |                                                                        |     |
|---------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------|-----|
| Maternal mortality                          | SDG | 3.1.1 Maternal mortality, Deaths per 100,000 live births               | 70  |
| Births attended by skilled health personnel | SDG | 3.1.2 Births attended by skilled health personnel, % of live births    | 100 |
| Under-five mortality                        | SDG | 3.2.1 Under-five mortality rate, Deaths per 1,000 live births (by sex) | 25  |
| Neonatal mortality                          | SDG | 3.2.2 Neonatal mortality rate, Deaths per 1,000 live births            | 12  |
| HIV infections                              | SDG | 3.3.1 New HIV infections, Per 100,000 population (by age, by sex)      | 0   |

| Indicator Short Name                                                    | Source | Indicator                                                                                                                              | Target Value          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Tuberculosis                                                            | SDG    | 3.3.2 Tuberculosis incidence rate, Per 100,000 population                                                                              | 0                     |
| Malaria                                                                 | SDG    | 3.3.3 Malaria incidence rate, Per 1,000 population at risk                                                                             | 0                     |
| Cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease | SDG    | 3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases, Probability (%) [by sex] | 16<br>[male:<br>18.5] |
| Suicides                                                                | SDG    | 3.4.2 Suicide, Per 100,000 population [by sex]                                                                                         | 4.3                   |
| Harmful use of alcohol                                                  | SDG    | 3.5.2 Alcohol per capita consumption, Litres per annum                                                                                 | 2.1                   |
| Road traffic deaths                                                     | SDG    | 3.6.1 Road traffic deaths, Per 100,000 population                                                                                      | 7.8                   |
| Family planning satisfied with modern methods                           | SDG    | 3.7.1 Demand for family planning satisfied with modern methods, % of women on reproductive age                                         | 100                   |
| Adolescent births                                                       | SDG    | 3.7.2 Adolescent fertility rate, Live births per 1 000 women (aged 15-19)                                                              | 13                    |
| Household expenditures on health **                                     | SDG    | 3.8.2 Population with large household expenditure on health, % of population<br>- More than 10%<br>- More than 25%                     | 5.4<br>0.7            |
| Unintentional poisoning                                                 | SDG    | 3.9.3 Mortality rate attributed to unintentional poisoning, Per 100, 000 population [by sex]                                           | 0.3                   |

|                                                          |     |                                                                                                                                                                                                       |      |
|----------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Population covered by all vaccines in national programme | SDG | 3.b.1 Target population with access to vaccines, % of population, 3 doses vaccination against diphtheria-tetanus-pertussis (DPT3); Pneumococcal conjugate 3rd dose vaccination (PCV3); Measles (MCV2) | 100  |
| Health worker density                                    | SDG | 3.c.1 Health worker density, per 1,000 population                                                                                                                                                     |      |
|                                                          |     | - Dentistry personnel                                                                                                                                                                                 | 1    |
|                                                          |     | - Nursing and midwifery personnel                                                                                                                                                                     | 10.5 |
|                                                          |     | - Pharmaceutical personnel                                                                                                                                                                            | 1    |
|                                                          |     | - Physicians                                                                                                                                                                                          | 4.1  |
| Health capacity and emergency preparedness               | SDG | 3.d.1 International Health Regulations (IHR) core capacity index, Index                                                                                                                               | 100  |

## Prioritising research to attain SDG Goal 3: Health

- 1. Maternal mortality:** *“By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births”*
- 2. Neonatal mortality:** *By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births*

## Prioritising research to attain SDG Goal 3: Health

3. **Communicable diseases:** *By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases*
4. **Non-communicable diseases:** *By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being*

## Prioritising research to attain SDG Goal 3: Health

5. **Substance abuse:** *Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol*
6. **Traffic accidents:** *By 2020, halve the number of global deaths and injuries from road traffic accidents*
7. **Reproductive health:** *By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes*

8. **Universal health coverage:** *Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all*
9. **Environmental pollution:** *By 2030, substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water and soil pollution and contamination*

### **Isu: Rencana Aksi Promosi Kesehatan Pada SDGs (2018-2030)**

- **Visi :** “Orang sehat membuat keputusan yang lebih sehat (healthier people making healthier decisions)”.
- **Misi :** Memastikan bahwa semua orang, pemerintah, dan berbagai sektor berpartisipasi dalam aksi untuk mencapai SDGs dan mendapat informasi lebih baik tentang keputusan yang berdampak pada kesehatan semua orang
- **Tujuan:** Menciptakan sektor, kebijakan, dan tatanan yang mempromosikan kesehatan

## WHO : empat pendekatan strategis utama (MAPS)

- **Pengarusutamaan (Mainstreaming):** Mengintegrasikan promosi kesehatan dan tatanan sehat ke dalam pembangunan untuk pencapaian SDGs, dan alokasi anggaran yang sesuai.
- **Mempercepat tindakan (Accelerating action):** Perluas lingkup dan jangkauan promosi kesehatan, dengan fokus pada tindakan yang mempercepat di mana kebutuhan adalah yang terbesar, untuk mencapai keadilan.
- **Dukungan kebijakan (Policy support):** Pastikan keselarasan kebijakan lintas sektor dan level untuk mengatasi determinan kesehatan dan keadilan kesehatan.
- **Memperkuat kapasitas (Strengthening capacity):** Meningkatkan sumber daya manusia promosi kesehatan, pembiayaan berkelanjutan, akuntabilitas dan sistem informasi.

## Konferensi Global ke-9 Promosi Kesehatan (GCHP ke-9) pada November 2016 di Shanghai, Cina



Tiga pilar promosi kesehatan :

- Tata pemerintahan yang baik,
- Kota sehat
- Melek kesehatan - (WHO, 2016)

## **Konferensi Global ke-9 tentang Promosi Kesehatan (GCHP ke-9) pada November 2016 di Shanghai, Cina**

**“Kesehatan dan kesejahteraan adalah persyaratan untuk pembangunan berkelanjutan; kesehatan harus dipromosikan melalui tindakan pada semua SDGs; dan keputusan politik yang berani perlu dibuat untuk mengatasi ketidakadilan dan meningkatkan kesehatan”**

### **Promosi kesehatan menawarkan cara mencapai SDGs dengan:**

- **Mempromosikan kebijakan publik yang sehat dan lingkungan;**
- **Mendukung model tata kelola yang inklusif dengan melibatkan orang dan berbagai sektor dalam pengambilan keputusan;**
- **Memberdayakan masyarakat lintas sektor dan tatanan dan mengembangkan melek kesehatan;**
- **Membangun infrastruktur promosi kesehatan yang kuat yang mendukung pendekatan lintas disiplin berbasis bukti.**

## Literasi kesehatan

- Intervensi untuk mendorong upaya menuju pemberdayaan dan pengembangan keterampilan pribadi, dan penciptaan lingkungan yang sehat, kebijakan yang sehat dan lingkungan yang memungkinkan.
- Pusat pemberdayaan dan landasan untuk membangun kapasitas individu dan kolektif orang untuk diberi informasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan dan pembangunan.
- Promosi kesehatan yang mencapai keadilan hasil kesehatan.
- Kebijakan dan pengaturan harus meningkatkan kesehatan semua orang, khususnya mereka yang paling membutuhkan.
- Promosi kesehatan harus bersifat inklusif kebutuhan pembangunan sepanjang perjalanan hidup dan melintasi spektrum sosial ekonomi, pengaturan kota dan pedesaan.

## **1. Merebut peluang promosi kesehatan di dunia yang berubah dan terus berubah**

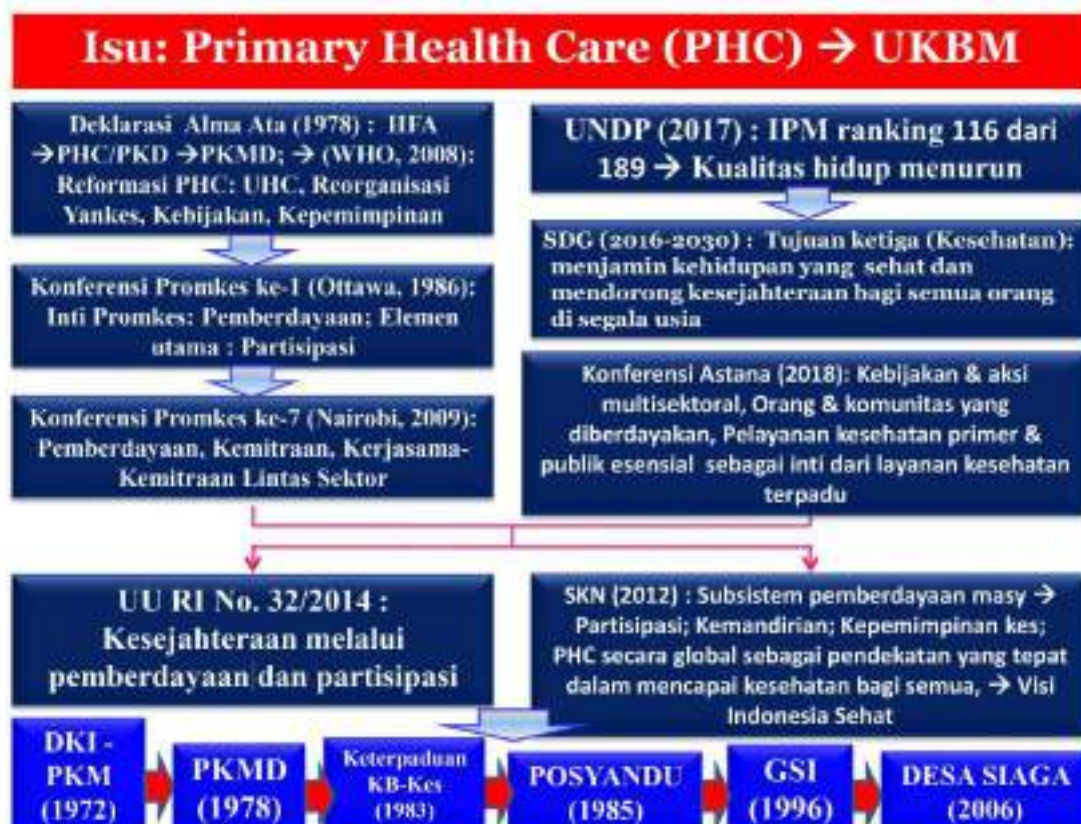
- **Kota dan urbanisasi** (Cities and urbanization): Lima prinsip tata kelola Kota Sehat (The Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016):
  - Kesehatan sebagai pertimbangan utama dalam semua kebijakan;
  - Mengatasi semua determinan kesehatan;
  - Mempromosikan keterlibatan masyarakat yang kuat;
  - Reorientasi layanan kesehatan dan sosial menuju kesetaraan;
  - Menilai dan memantau kesejahteraan, beban penyakit dan determinan kesehatan.
- **Teknologi Informasi dan Komunikasi** (Information and communications technology)
- **Perubahan iklim dan lingkungan** (Climate change and the environment)
- **Mengubah demografi** (Changing demographics)
- **Globalisasi dan berkurangnya hambatan** (Globalization and diminishing barriers)

## **2. Promosi kesehatan: membangun masa lalu dan merangkul masa depan**

- **Promosi kesehatan menawarkan metode dan alat yang efektif yang memberdayakan individu, keluarga, masyarakat, pemerintah, lembaga sosial, masyarakat sipil dan bisnis untuk diambil langkah-langkah untuk mencegah kesehatan yang buruk dan mengurangi risiko dari determinan kesehatan.**
- **Promosi kesehatan menawarkan strategi kesehatan berorientasi masa depan untuk membangun populasi yang kuat kemampuan sambil melestarikan sumber daya yang cukup untuk memenuhi kebutuhan generasi mendatang.**
- **Tatanan sehat (Healthy settings):**
  - Kota dan komunitas yang sehat,
  - Sekolah yang mempromosikan kesehatan,
  - Rumah sakit dan tempat kerja yang mempromosikan kesehatan sebagai titik masuk yang sangat baik untuk promosi kesehatan.
- **Reorientasi sistem kesehatan (Reorienting health systems)**
- **Kebijakan publik yang sehat (Healthy public policy)**
- **Pembiayaan dan infrastruktur berkelanjutan untuk mempromosikan kesehatan (Sustainable financing and infrastructure for promoting health)**

### 3. SDGs dan sektor-sektor yang meningkatkan kesehatan

- Semua sektor dapat menjadi “sektor pemacu kesehatan” dalam konteks SDGs.
- Melalui SDG, sektor-sektor lain, seperti pertanian, perdagangan, pendidikan, dapat lebih aktif terlibat dalam mempromosikan kesehatan.
- Kementerian kesehatan dapat memimpin dengan memberi contoh



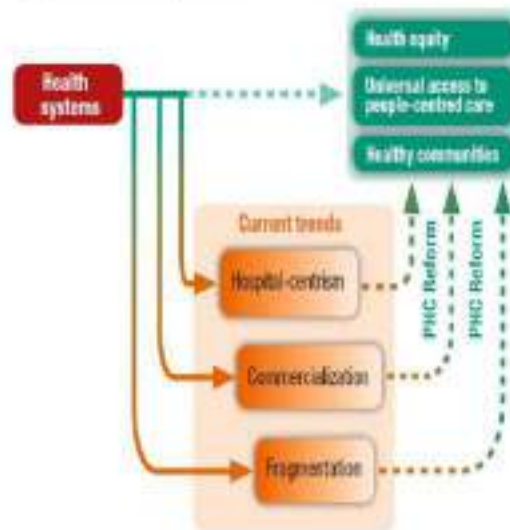
# REFORMASI PHC → UKBM

**Figure 1** The PHC reforms necessary to refocus health systems towards health for all

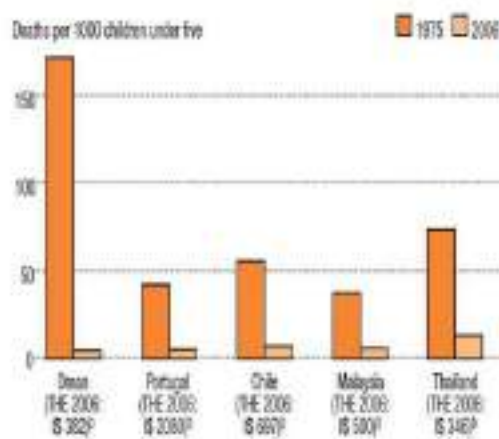


3/9/2015

**Figure 1.10** How health systems are diverted from PHC core values



**Figure 1.1** Selected best performing countries in reducing under-five mortality by at least 80%, by regions, 1975–2006\*

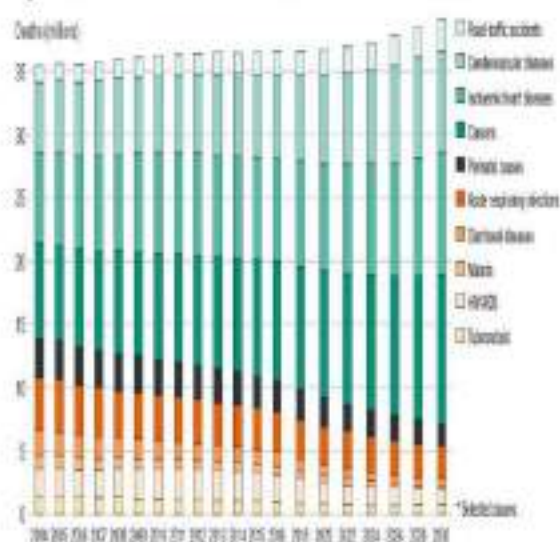


\* No country in the African region achieved an 80% reduction.

<sup>a</sup> Total health expenditure per capita 2006, international \$.

<sup>b</sup> International dollars are derived by dividing local currency units by an estimate of their purchasing power parity compared to the US dollar.

**Figure 1.4** The shift towards noncommunicable diseases and accidents as causes of death\*



## The three components of primary health care (Astana conference, 2018)



**Konferensi Astana (2018):**

- Kebijakan & aksi multisektoral,
- Orang & komunitas yang diberdayakan,
- Pelayanan kesehatan primer & publik esensial sebagai inti dari layanan kesehatan terpadu

## ISU: KESEJAHTERAAN - IPM



## IPM Indoensia (2017): Ranking 116 dari 189 Negara (Medium)

TAB

### Human Development Index and its components

|                                 | Human Development Index (HDI) | SDG Life expectancy at birth | SDG Expected years of schooling | SDG Mean years of schooling | SDG Gross national income (GNI) per capita | GNI per capita rank across HDI rank | HDI rank |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
|                                 | Value                         | (years)                      | (years)                         | (years)                     | (2017 PPP \$)                              | 2017                                | 2016     |
| HDI rank                        | 2017                          | 2017                         | 2017 <sup>a</sup>               | 2017 <sup>a</sup>           | 2017                                       | 2017                                | 2016     |
| <b>MEDIUM HUMAN DEVELOPMENT</b> |                               |                              |                                 |                             |                                            |                                     |          |
| 113 Philippines                 | 0.698                         | 69.2                         | 12.6                            | 9.3 <sup>b</sup>            | 3,154                                      | -7                                  | 111      |
| 113 South Africa                | 0.698                         | 63.4                         | 13.3                            | 10.1                        | 11,923                                     | -23                                 | 111      |
| 115 Egypt                       | 0.696                         | 71.7                         | 13.1                            | 7.2 <sup>c</sup>            | 10,355                                     | -15                                 | 113      |
| 116 Indonesia                   | 0.694                         | 69.4                         | 12.8                            | 8.3                         | 10,846                                     | -19                                 | 115      |
| 116 Viet Nam                    | 0.694                         | 76.5                         | 12.7 <sup>d</sup>               | 8.2 <sup>a</sup>            | 5,858                                      | 14                                  | 116      |

TAB 8

### Health outcomes

| HDI rank                 | Infants exclusively breastfed | SDG 3.6                      |                             | SDG 3.6 CHM malnutrition | SDG 3.6                    |                      |                |         | SDG 3.6    |            | SDG 3.6          | SDG 3.6 |                       |                                  |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|----------------|---------|------------|------------|------------------|---------|-----------------------|----------------------------------|
|                          |                               | Infants lacking immunization | Stunting moderate or severe |                          | Mortality new              |                      |                |         | Incidence  |            |                  |         |                       |                                  |
|                          |                               |                              |                             |                          | Infant                     | Under-five           | Female         | Male    | Male       | Under-five |                  |         |                       |                                  |
|                          |                               |                              |                             |                          |                            |                      |                |         |            |            |                  |         | HIV prevalence, 15-49 | Healthy life expectancy at birth |
|                          |                               |                              |                             |                          |                            |                      |                |         |            |            |                  |         |                       |                                  |
| (% ages 0-5 months)      | (% of newborn infants)        | (% under age 5)              | (per 1,000 live births)     | (per 1,000 people)       | (per 1,000 people at risk) | (per 100,000 people) | (% ages 15-49) | (years) | (% of GDP) |            |                  |         |                       |                                  |
| 2017-2018 <sup>a</sup>   | 2017                          | 2017                         | 2016-2018 <sup>a</sup>      | 2016                     | 2016                       | 2016                 | 2016           | 2016    | 2016       | 2016       | 2016             |         |                       |                                  |
| MEDIUM HUMAN DEVELOPMENT |                               |                              |                             |                          |                            |                      |                |         |            |            |                  |         |                       |                                  |
| 113 Philippines          | 34.3 <sup>b</sup>             | 11                           | 11                          | 32.4                     | 21.5                       | 27.1                 | 136            | 261     | 0.5        | 554.0      | 0.1 <sup>c</sup> | 61.7    | 4.4                   |                                  |
| 113 South Africa         | 31.5                          | 26                           | 40                          | 27.4                     | 34.2                       | 43.3                 | 274            | 386     | 1.1        | 181.0      | 18.3             | 55.7    | 8.2                   |                                  |
| 115 Egypt                | 39.7                          | 5                            | 6                           | 22.3                     | 19.4                       | 22.8                 | 109            | 186     | ..         | 14.0       | 0.1 <sup>c</sup> | 61.1    | 4.2                   |                                  |
| 116 Indonesia            | 41.5                          | 4                            | 25                          | 36.4                     | 22.2                       | 35.4                 | 143            | 284     | 9.3        | 391.0      | 0.4              | 61.7    | 3.3                   |                                  |
| 116 Viet Nam             | 24.3                          | 2                            | 3                           | 24.5                     | 17.3                       | 21.8                 | 66             | 181     | 0.1        | 120.0      | 0.4              | 67.5    | 5.7                   |                                  |

# ISU KEADILAN KESEHATAN: AKTUAL



## Keadilan kesehatan:

- kebutuhan orang memandu distribusi peluang untuk kesejahteraan (WHO, 1996).
- tidak adanya perbedaan yang tidak adil dan dapat dihindari atau dapat diperbaiki dalam kesehatan di antara kelompok sosial (Solar dan Irwin, 2006).



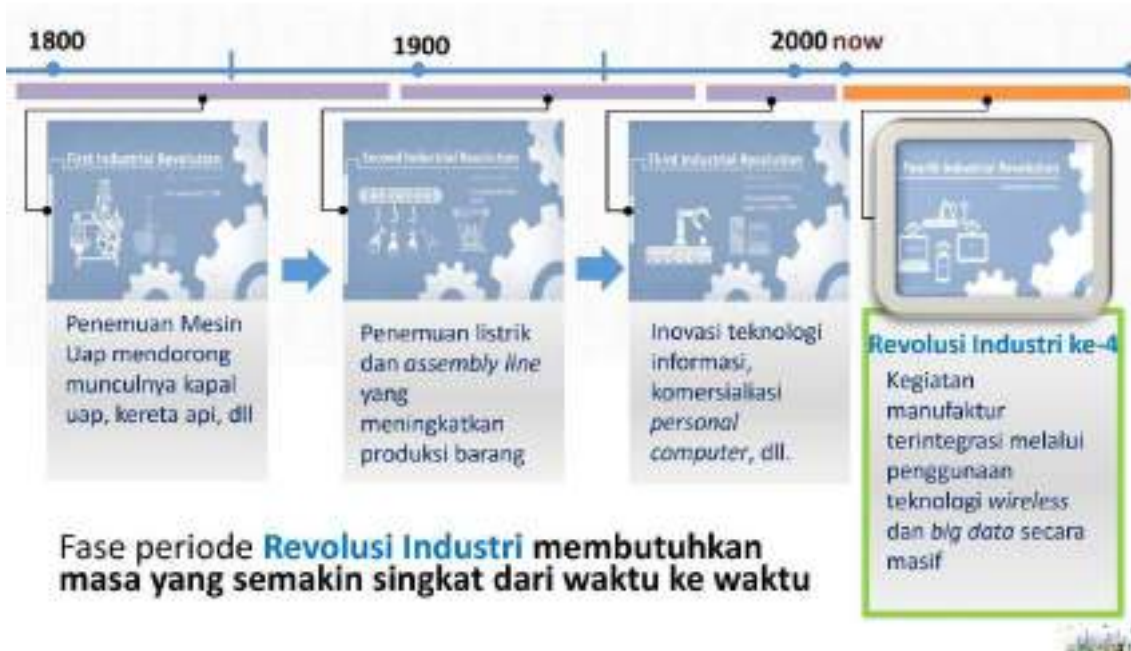
**FIGURE 1—Health indicators framework**

Note. The framework clusters 19 indicators into 4 categories, according to which data may be collected. This framework thus serves as a benchmark against which Canadian data collection practices can be measured. The degree of equity in a society is a characteristic of all indicators.

## 2. Keadilan dan Kesejahteraan: Kerangka Kerja Konseptual Determinan Sosial (WHO, 2010)



## Tahap-Tahap Revolusi Industri



# KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DIGITAL : HEALTH PROVIDER

- 1 Pengembangan media promosi kesehatan:**
  - Digital
  - Konvensional
- 2 Media share dipermudah melalui social media**
  - Facebook, IG, Twitter, Youtube
  - Aplikasi
- 3 Penelitian promosi kesehatan digital**
  - Big data sebagai kajian promosi kesehatan
- 4 Penyelenggaraan promosi kesehatan digital**

# PERAN PENDIDIKAN DOKTOR PROMOSI KESEHATAN DALAM PENINGKATAN KUALITAS PERILAKU KESEHATAN YANG BERKELANJUTAN DAN BERKEADILAN

Dr. Sapja Anantayu, SP., M.Si

## PERAN PENDIDIKAN DOKTOR PROMOSI KESEHATAN DALAM PENINGKATAN KUALITAS PERILAKU KESEHATAN YANG BERKELANJUTAN DAN BERKEADILAN

Oleh:

Sapja Anantayu

Kaprodi. S3 Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat  
Pascasarjana UNS

Disampaikan pada Seminar Nasional "Promosi Kesehatan dan Pemdayaan di Era 4.0  
untuk Mencapai Pembangunan Berkelanjutan dan Keadilan Kesehatan";  
Prodi. S3 Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Pascasarjana UNS;  
Surakarta, 30 November 2018

### ARTI PENTING

- Pengobatan suatu penyakit memerlukan biaya yang mahal (BPJS diproyeksikan defisit 28 T di tahun 2019)
- Perilaku sehat belum menjadi kebiasaan (habit) pada masyarakat
- Kondisi lingkungan yang cenderung destruktif terhadap perilaku kesehatan
- Kebijakan dan dukungan pemerintah terhadap upaya promotif-preventif belum memadai (National Health Account (NHA) anggaran pelayanan kuratif (UKP) 73,3%, kesehatan masyarakat (UKM) 9,6%, dan untuk pengelolaan/penguatan sistem kesehatan termasuk investasi fisik sebesar 17,1%.



➡ Promosi Kesehatan sebagai sebuah Investasi

## DEFINITION OF HEALTH

World Health Organization (WHO) in 1948:

“The state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

The definition recognizes that multiple factors influence health. Health is more than a physical condition and more than just the absence of disease.

The WHO definition defines health more as a holistic state; that is, health is multidimensional and is affected by multiple factors.



In the 1986 Ottawa Charter for Health Promotion, WHO expanded the definition of health: “a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities.”

This expanded definition means that health is not just a state of physical, mental, and social well-being but also the ability to develop personal and social resources that are necessary to adapt to changes in one’s environment.

Health helps us function daily, reach our goals, and be active in family, community, school, and work activities (Corbin, Pangrazi, & Franks, 2005).

## HEALTH PROMOTION

The Ottawa Charter and WHO define health promotion as

‘The process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health’.

By this definition, health promotion does not focus only on the individual but also on the influences that affect a person’s health.



Human rights are fundamental to health promotion and a concern for equity, empowerment and engagement.

It has the following characteristics:

- Health promotion is a process – a means to an end
- Health promotion is enabling – done by, with and for people, not imposed upon them
- Health promotion is directed towards improving control over the determinants of health



This salutogenic view implies strengthening people's health potential and that good health is a means to a productive and enjoyable life.

Health promotion is the process of empowering those in need to improve their physical, mental, and social well-being.

Health promotion specialists are communicators and problem solvers who identify solutions to advance the health and wellness of those in need.



- There are two parts to health promotion: (a) health education and (b) environmental strategies that support healthy lifestyles (WHO, 1998). Health education is the basis for health promotion; that is, you cannot engage in health promotion without health education (Gold & Miner, 2002).
- Health education is a specialized field that uses planned strategies based on educational theories. It provides opportunities for individuals, groups, and communities to learn information and develop skills that are necessary for healthy decisions and lifestyles.



# HEALTH EDUCATION OBJECTIVES

- To encourage people to adopt & sustain health promoting lifestyles and practices
- To promote the proper use of health services provided to them
- To arouse interest, provide new knowledge, improve skills & change attitudes in making rational decisions to solve their own problem
- To stimulate individual & community self reliance & participation to achieve health development

To increase knowledge of the factors that affect health.

To encourage behavior which promotes and maintains health.

To enlist support for public health measures, and when necessary, to press for appropriate governmental action.

To encourage appropriate use of health services especially preventive services.

To inform the public about medical advances, their uses and their limitations.

The Ottawa Charter identified a set of five mechanisms:

- Building healthy public policy
- Creating a supportive environment
- Strengthening community action
- Developing personal skills
- Reorientating health services

## The priorities of Health Promotion

These were updated in the Jakarta Declaration (WHO, 1997), which focused on creating partnerships between sectors, including private–public partnerships. The priorities for the twenty-first century were to:

- Promote social responsibility for health
- Increase investment in health development
- Consolidate and expand partnerships for health
- Increase community capacity and empower the individual
- Secure an infrastructure for health promotion



## HEALTH PROMOTION STRATEGIES

Health promotion strategies are put to use at three levels: primary, secondary, and tertiary

- **Primary prevention strategies** prevent or stop a person from getting a specific disease. These strategies target healthy people. It includes efforts to reduce causes or risk factors associated with a disease. Examples include vaccinations, smoke-free workplaces, and prenatal care.
- **Secondary prevention strategies** try to prevent a disease from getting worse. These strategies try to stop a disease from progressing once a person is exposed to it or at risk of becoming ill. Examples include screenings that detect disease at an early stage. Screenings find people who are likely to have a disease, or they look for factors that put a person at risk for disease.
- **Tertiary prevention strategies** often the negative effects of having a disease. Strategies include services that minimize illness and improve outcomes once someone has a disease. Examples are rehabilitation services like physical therapy, occupational therapy, or Alcoholics Anonymous (AA) support groups.

## The social-ecological model

These levels of health promotion are based on an understanding that **there are multiple factors** that influence the likelihood of an individual getting a disease. Health promotion targets these factors at multiple levels and at the same time.

- **Individual**; The first level aims at the biological and personal history factors that increase risk. Some of these factors are age, education, income, race, and family history. Strategies at this level target attitudes, beliefs, and behaviors that promote healthy decisions and lifestyles.
- **Relationship**; The second level aims at the personal relationships that increase the risk of getting a disease. Strategies at this level target those who influence the health of others, such as peers, loved ones, and family members.
- **Community**; The third level aims at the settings—schools, workplaces, and neighborhoods—where people engage in social relationships. Strategies at this level impact the social and physical environment.
- **Societal**; The fourth level aims at the societal factors that affect healthy decisions and lifestyles. These factors include the health, economic, educational, and public policies that maintain inequalities between groups in society.

# Theories on the Causes of Disease

Along with the evolution of Western medical practices have come changes in the theories explaining what causes disease. This chapter limits the discussion of what causes disease to five major theories (Turshen, 1989):

1. **Germ theory.** Germs such as bacteria or viruses cause diseases.
2. **Genetic abnormality theory.** Personal genetic makeup or genes cause diseases.
3. **Lifestyle theory.** Personal lifestyle choices and behaviors cause diseases.
4. **Multi-causes theory.** Diseases have multiple causes, many of which are rooted in physical, psychological, and social environments.
5. **Social production theory.** Diseases are socially produced.



## HEALTH DETERMINANT



Determinants of health are defined as: The range of behavioural, biological, socio-economic and environmental factors that influence the health status of individuals or populations.

## THEORIES SUPPORT

Using theory in research and practice; many of the theories commonly used in health promotion Reference to different theories can guide and inform practitioners at each of these stages.

- **Problem definition:** Different theories what should be the focus for an intervention, individual characteristics, beliefs and values, behaviour change
- **Solution generation:** Different theories can understand the methods you could use as the focus of interventions; improving understanding of the processes by which changes occur in the target variables
- **Capacity building:** Models theories which indicate how to influence organizational policy and procedures are particularly useful here, as too is theory which guides the development of media activities.
- **Health promotion actions:** theory helps to understand success or failure in different programmes, particularly by highlighting the possible impact
- **Outcome measurement:** Theory can provide guidance on the appropriate measures that can be used to assess such activities, can predict that health promotion outcomes will lead to such intermediate health outcomes

The use of theory in each of these stages is considered in turn.

Table 1. Areas of change and the theories or models underpinning them

| Areas of change                                                                                             | Theories or models                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Theories that explain health behaviour and health behaviour change by focusing on the individual            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health belief model</li> <li>• Theory of reasoned action</li> <li>• Transtheoretical (stages of change) model</li> <li>• Social learning theory</li> </ul> |
| Theories that explain change in communities and community action for health                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Community mobilization</li> <li>– Social planning</li> <li>– Social action</li> <li>– Community development</li> <li>• Diffusion of innovation</li> </ul>  |
| Theories that guide the use of communication strategies for change to promote health                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication for behaviour change</li> <li>• Social marketing</li> </ul>                                                                                  |
| Models that explain changes in organizations and the creation of health-supportive organizational practices | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Theories of organizational change</li> <li>• Models of intersectoral action</li> </ul>                                                                     |
| Models that explain the development and implementation of healthy public policy                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecological framework for policy development</li> <li>• Determinants of policy making</li> <li>• Indicators of health promotion policy</li> </ul>           |
| Source: Nutbeam and Harris (2004)                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |

## THE RANGE AND FOCUS THEORIES

The range and focus of theories has also expanded over the past two decades from a focus on the modification of individual behaviour, to recognition of the need to influence and change a broad range of social, economic and environmental factors that influence health along side individual behavioural choices.

Health promotion operates at several different levels:

- individual
- community
- organization
- nation



### DEPARTMENT/STUDY PROGRAM

DOCTORAL PROGRAM (S3) Development Extension/Community Empowerment  
PASCASARJANA, UNIVERSITAS SEBELAS MARET

[www.pasca.uns.ac.id/s3lppm](http://www.pasca.uns.ac.id/s3lppm)

- ❖ Training/Non formal education/out of school education
- ❖ Small micro/Small business empowerment
- ❖ **Health promotion**
- ❖ Community Empowerment by Company (CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY)



## Academic Activity



## BIDANG KAJIAN

| No | BIDANG KAJIAN                         | MHS (ORG) | %    |
|----|---------------------------------------|-----------|------|
| 1. | Kesehatan umum                        | 5         | 8,3  |
| 2. | Kesehatan lingkungan                  | 2         | 3,3  |
| 3. | Kesehatan jiwa                        | 2         | 3,3  |
| 4. | Kesehatan jasmani                     | 7         | 11,7 |
| 5. | Kualitas hidup                        | 5         | 8,3  |
| 6. | Kesehatan reproduksi (Ibu Hamil, PSK) | 13        | 21,7 |
| 7. | Tumbuh kembang (Pola asuh, gizi)      | 6         | 10,0 |

| No  | BIDANG KAJIAN           | MHS (ORG) | %    |
|-----|-------------------------|-----------|------|
| 8.  | Keluarga berencana      | 3         | 5,0  |
| 9.  | Kesehatan Remaja        | 4         | 6,7  |
| 10. | Kesehatan Lansia        | 6         | 10,0 |
| 11. | HIV, Narkoba            | 3         | 5,0  |
| 12. | Manajemen/ke-pemimpinan | 2         | 3,3  |
| 13. | Penanganan penyakit     | 2         | 3,3  |
|     | Jumlah                  | 60        | 100  |

## KONSEP UTAMA

| No | KONSEP                  | MHS (ORG) | %    |
|----|-------------------------|-----------|------|
| 1. | Keberdayaan             | 12        | 20,0 |
| 2. | Tumbuh kembang          | 5         | 8,3  |
| 3. | Kinerja                 | 6         | 10,0 |
| 4. | Partisipasi             | 5         | 8,3  |
| 5. | Kualitas hidup          | 4         | 6,7  |
| 6. | Kepatuhan               | 2         | 3,3  |
| 7. | Motivasi (Efikasi diri) | 2         | 3,3  |
| 8. | Kedewasaan              | 2         | 3,3  |

| No  | KONSEP             | MHS (ORG) | %    |
|-----|--------------------|-----------|------|
| 9.  | Kemampuan          | 3         | 5,0  |
| 10. | Kesiapan           | 3         | 5,0  |
| 11. | Kesadaran          | 6         | 10,0 |
| 12. | Kecemasan          | 3         | 5,0  |
| 13. | Peran sosial       | 1         | 1,7  |
| 14. | Kualitas kesehatan | 2         | 3,3  |
| 15. | Kepemimpinan       | 2         | 3,3  |
| 16. | Perilaku           | 2         | 3,3  |
|     | Jumlah             | 60        | 100  |

### Tingkat kemampuan kerja dalam deskripsi KKNi

| LEVEL KUALIFIKASI | KATA KUNCI TINGKAT KEMAMPUAN KERJA                                                                                  | PROGRAM   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 9                 | Melakukan pendalaman dan perluasan IPTEKS, riset multi-transdisiplin                                                | Doktor    |
| 8                 | Mengembangkan IPTEKS melalui riset inter/multi disiplin, inovasi, teruji.                                           | Magister  |
| 7                 | Mengelola sumber daya, menerapkan, minimal setara standar profesi, mengevaluasi, pengembangan strategis organisasi. | Profesi   |
| 6                 | Mengaplikasikan, mengkaji, membuat desain, memanfaatkan                                                             | Sarjana   |
| 5                 | Menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas, memilih berbagai metode                                                    | Diploma 3 |
| 4                 | Menyelesaikan tugas berlingkup luas dan kasus spesifik, memilih metode baku                                         | Diploma 2 |
| 3                 | Melaksanakan serangkaian tugas spesifik,                                                                            | Diploma 1 |

## PERTANYAAN INTROSPEKTIF

- Masih adakah bidang yang belum terjangkau?
- Apakah kajian yang dilakukan secara proporsional sesuai dengan permasalahan di lapangan?
- Apakah konsep-konsep yang dikaji sudah menjawab tantangan yang ada?
- Sudahkah menggunakan landasan teori secara memadai?
- Sudahkah kajian yang dilakukan dapat memberikan sumbangan terhadap pemecahan atas masalah yang ada?
- Sudahkah lulusan yang dihasilkan memenuhi kualifikasi KKNi?

# **SOCIAL DETERMINANTS IN THE IMPLEMENTATION OF INDEPENDENTS MATERNAL HEALTH PROMOTION (PROKESIMA)**

**Shrimarti Rukmini Devy**

Afiliasi, Surabaya, Indonesia

Email: [shrimarti-r-d@fkm.unair.ac.id](mailto:shrimarti-r-d@fkm.unair.ac.id)

**Arief Wibowo**

Afiliasi, Surabaya, Indonesia

Email: [arief-w@fkm.unair.ac.id](mailto:arief-w@fkm.unair.ac.id)

**Siti Rahayu Nadhiroh**

Afiliasi, Surabaya, Indonesia

Email: [sitinadhiroh@fkm.unair.ac.id](mailto:sitinadhiroh@fkm.unair.ac.id)

## **ABSTRACT**

*Maternal health problems, especially pregnant women remains a priority in Indonesia. PROKESIMA health promotion activity that combine health education for pregnant women to productive economic activities. In addition to health promotion, social determinants become one of the social determinants in the community that can affect the health status of the community. The concept of social health determinants is determined by 4 levels, namely the micro level, meso level, eco level and macro level. This study aimed to see PROKESIMA in terms of the level of social determinants. This research was conducted action research to resolve problems that occur in the community. The research subject in these activities were pregnant women who were chosen purposively. The results of this study were participants class pregnant women also decreased because some mothers have given birth. The results needed to be grouped into various levels of social determinants. Micro level namely pregnant women who continue to work outside the home so that it can cause pregnancy problems, meso level namely PROKESIMA as a form of social support for pregnant women in order to take care of their pregnancy and the majority of pre and post-test survey results were increased in value, eco level namely PROKESIMA as an effort for health workers to be trusted by pregnant women to help childbirth and the macro level namely the existence of the belief of the Madurese community towards myths that have become a culture. PROKESIMA which approaches community empowerment with productive economic activities.*

*Keywords: PROKESIMA, determinants social, maternal health, health promotion*

## **ABSTRAK**

Masalah kesehatan ibu, terutama ibu hamil tetap menjadi prioritas di Indonesia. PROKESIMA merupakan kegiatan promosi kesehatan yang menggabungkan pendidikan kesehatan untuk ibu hamil dengan kegiatan ekonomi produktif. Selain promosi kesehatan, determinan sosial menjadi salah satu faktor penentu secara sosial di

dalam masyarakat yang dapat mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Konsep determinan sosial kesehatan ditentukan oleh 4 level yaitu level mikro, level meso, level ekso dan level makro. Penelitian ini bertujuan untuk melihat PROKESIMA dari sisi level determinan sosial. Penelitian ini dilakukan dengan model action research untuk menyelesaikan masalah yang terjadi di masyarakat. Subjek penelitian dalam kegiatan ini adalah ibu hamil yang dipilih secara *purposive*. Hasil dari penelitian ini adalah jumlah partisipan kelas ibu hamil mengalami penurunan karena beberapa ibu telah melahirkan. Hasil penelitian perlu dikelompokkan dalam berbagai level determinan sosial. Level mikro yaitu ibu hamil yang tetap bekerja diluar rumah sehingga dapat menyebabkan masalah kehamilan, level meso yaitu PROKESIMA sebagai bentuk dukungan sosial pada ibu hamil agar dapat merawat kehamilannya serta hasil survei pre dan post-test mayoritas terjadi kenaikan nilai, level ekso yaitu PROKESIMA sebagai salah satu upaya agar tenaga kesehatan dapat dipercaya oleh ibu hamil untuk menolong persalinannya dan level makro yaitu adanya kepercayaan masyarakat Madura terhadap mitos yang telah menjadi budaya. PROKESIMA yang melakukan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan kegiatan ekonomi produktif.

Kata Kunci: PROKESIMA, determinan sosial, kesehatan ibu, promosi kesehatan

## Pendahuluan

Pembangunan kesehatan memiliki peran penting dalam pembangunan sumber daya manusia suatu bangsa seperti yang telah dirumuskan dalam SDG's. Pembangunan kesehatan harus diarahkan pada pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi dan sosial. Berkaitan dengan pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas, peran promosi kesehatan sangat penting. Promosi kesehatan merupakan salah satu upaya preventif pada bidang kesehatan di Indonesia yang bertujuan mengubah perilaku masyarakat menjadi sehat (Pusat Promosi Kesehatan, 2004). Selain promosi kesehatan, determinan sosial menjadi salah satu faktor-faktor penentu secara sosial di dalam masyarakat yang dapat mempengaruhi status kesehatan masyarakat.

Pada prinsipnya determinan sosial adalah sejumlah variabel yang tergolong dalam faktor sosial, seperti; budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi dan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan individu atau masyarakat. Determinan sosial berkontribusi terhadap kesenjangan kesehatan di dalam kelompok masyarakat yang disebut determinan sosial kesehatan dan mempengaruhi kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga dapat menjadi tolak ukur status kesehatan masyarakat.

Determinan sosial kesehatan dan perilaku mempengaruhi mortalitas dan morbiditas dalam suatu komunitas. Hubungan determinan sosial kesehatan dan perilaku terhadap mortalitas atau kematian sangat menarik untuk dibicarakan karena mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografis selain fertilitas dan migrasi, yang mempengaruhi jumlah, struktur dan komposisi penduduk. Determinan sosial dan perilaku yang berkembang di masyarakat dipengaruhi oleh pemerintah sebagai penyedia layanan, masyarakat, dan fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri (Bappenas, 2010).

Kerangka konsep determinan kesehatan yang diterima luas dewasa ini adalah bahwa tingkat kesehatan individu dan distribusi kesehatan yang adil dalam populasi

ditentukan oleh banyak faktor yang terletak di berbagai level. Dahlgren dan Whitehead (1991) dalam WHO (2008) menggambarkan determinan sosial kesehatan terletak di berbagai level dalam model eko-sosial kesehatan.



Gambar 1. The Policy Rainbow milik Dahlgren dan Whitehead (1991)

Lapisan pertama (level mikro, hilir/ *downstream*) dalam determinan kesehatan meliputi perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan kesehatan, misalnya pilihan untuk merokok atau tidak merokok. Pada level ini, faktor konstitusional genetik berinteraksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan dan norma di dalam komunitas

Lapisan kedua (level meso) adalah pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota komunitas pada keadaan yang menguntungkan bagi kesehatan. Sebaliknya faktor yang ada pada level komunitas dapat juga memberikan dampak negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas

Lapisan ketiga (level ekso) meliputi faktor struktural: lingkungan pemukiman/perumahan/papan yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi di tempat bekerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, lapangan kerja yang layak.

Lapisan terluar (level makro, hulu/*upstream*) meliputi kondisi dan kebijakan makro sosial-ekonomi, budaya, dan politik umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional/ kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, eko-sistem, bencana alam (maupun bencana buatan manusia/ *man-made disaster* seperti kebakaran hutan).

Berdasarkan model determinan eko-sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat disimpulkan bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang

optimal membutuhkan realisasi potensi penuh dari individu, baik secara fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi, pemenuhan ekspektasi peran seorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja, dan realisasi kebijakan makro yang dapat memperbaiki kondisi lingkungan makro.

Pembangunan sumberdaya manusia berawal sejak dalam kandungan ibu, maka kesehatan ibu berperan penting dalam penyiapan sumber daya manusia yang berkualitas. Kesehatan Ibu merupakan salah satu permasalahan utama di dunia, fakta tersebut terakomodasi pada target kelima MDG's (2000-2015) dilanjutkan target ketiga dari *Sustainable Development Goals* (SDG's) yaitu: kesehatan dan kesejahteraan (WHO, 2005). Di Indonesia, permasalahan kesehatan ibu hamil juga menjadi prioritas. Angka Kematian Ibu di Indonesia tertinggi di Asean, yaitu sejumlah 305/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017).

Penyebab kematian ibu di Indonesia sangat beragam, baik medis maupun non medis. Data Kementerian Kesehatan RI menyatakan bahwa 90% kematian ibu yang terjadi saat persalinan. Tim Kajian AKI-AKA dari Kementerian Kesehatan RI menyatakan bahwa menurut penyebab, kematian ibu paling banyak terjadi karena perdarahan. Sedangkan menurut waktunya, banyak terjadi saat persalinan. Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunya risiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu hidup (Kemenkes RI, 2017).

Permasalahan yang menyertai kesehatan ibu hamil di lokasi penelitian dapat ditanggulangi dengan berbagai cara. Salah satunya mengintervensi model promosi kesehatan yang sudah dirancang dalam sebuah kelompok yang sudah ada, yaitu kelas ibu hamil. Salah satu model promosi kesehatan yang bisa diterapkan bagi ibu hamil adalah PROKESIMA (Promosi Kesehatan Ibu Mandiri). PROKESIMA mempunyai tujuan untuk peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku ibu hamil mengenai perawatan kehamilan dan pemilihan penolong persalinan (Devy, 2013).

PROKESIMA merupakan kegiatan kolaborasi antara pendidikan kesehatan dengan kegiatan ekonomi produktif bagi ibu hamil. Berkaitan dengan masalah pengetahuan ibu tentang kesehatan dan budaya perawatan kehamilan tradisional dapat ditanggulangi dengan meningkatkan pengetahuan ibu tentang kesehatan. Hal tersebut dilaksanakan melalui program pendidikan kesehatan. Sedangkan kemiskinan yang ada di masyarakat dapat ditanggulangi dengan pemberdayaan masyarakat pada kegiatan produktif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat PROKESIMA dari sisi level determinan sosial.

## **Metode**

Penelitian ini merupakan action research dengan subjek penelitian adalah ibu hamil. Yang ditentukan secara *purposive* dengan kriteria inklusi: ibu hamil yang menjadi penduduk tetap di desa Rapa Daya dan bersedia menjadi subyek penelitian. Jumlah total 7 orang ibu hamil sebagai subyek penelitian. Lokasi penelitian adalah desa

Rapa Daya yang terletak wilayah kerja Puskesmas Omben, Kecamatan Omben, Kabupaten Sampang, Pulau Madura, Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Penelitian dilaksanakan selama 6 bulan pada tahun 2016 (April-September). Kelas ibu hamil dilakukan setiap minggu, kegiatan pendidikan kesehatan dan kegiatan ekonomi produktif yang dipilih oleh ibu hamil adalah merajut. Sebelum dan sesudah kegiatan pendidikan kesehatan, peserta PROKESIMA mengisi kuesioner pre-test dan post-test untuk mengetahui perubahan tingkat pengetahuan. Selanjutnya dilakukan analisis data secara deskriptif. Materi pendidikan kesehatan mengacu pada buku Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2012 dan buku KIA.

## **Hasil dan Pembahasan**

Hasil dan pembahasan pada penelitian ini akan dibahas sesuai dengan *The Policy Rainbow* milik Dahlgreen dan Whitehead (1991) dengan mengelompokkan determinan sosial kesehatan yang terletak di berbagai level dalam model eko-sosial kesehatan.

### **Lapisan pertama (level mikro, hilir/ *downstream* & *individual lifestyle factor*)**

Berperilaku sehat merupakan rute untuk menuju kesuksesan, namun perilaku kesehatan dipengaruhi oleh pilhan gaya hidup dari individu. Jika pemilihan gaya hidup individu tersebut salah atau merugikan, maka akan berdampak buruk bagi kesehatan individu tersebut (Rowe and Kahn, 1998 dalam Marmot and Richard, 2006). Masyarakat Madura adalah masyarakat pekerja keras dan pantang menyerah, sesuai dengan kondisi alam mereka yang cenderung tandus. Penduduk pulau Madura mayoritas bekerja di sektor informal, seperti pertanian, perikanan dan perindustrian. Namun, para wanita mempunyai tugas pekerjaan rumah tangga dan membantu mencari tambahan penghasilan bagi keluarganya. Kadangkala dengan kondisi hamil, para wanita tetap bekerja di luar rumah. Sehingga seringkali mengakibatkan permasalahan bagi kehamilannya, seperti perdarahan bahkan hingga keguguran.

Pelayanan kesehatan bagi ibu hamil sudah tersedia, hanya pemanfaatan oleh masyarakat yang belum maksimal. Masyarakat sudah terbiasa menggunakan perawatan kehamilan secara tradisional, yang kadangkala bertentangan dengan medis modern. Sebagai contoh, ibu pantang makanan protein hewani (ikan laut, udang, daging sapi) karena khawatir saat melahirkan darah ibu berbau tidak sedap. Hal ini mengakibatkan para ibu hamil mengalami anemia. Maka, PROKESIMA sebagai kegiatan promosi kesehatan bagi ibu hamil. Terdiri dari kegiatan pendidikan kesehatan (Gambar 1) dan kegiatan ekonomi produktif (Gambar 2).



**Gambar 1.** Posyandu sebelum PROKESIMA



**Gambar 2.** Kegiatan

Kegiatan pendidikan kesehatan dapat dilakukan menggunakan alat bantu yaitu media. Pemilihan dan penggunaan media merupakan salah satu komponen yang dapat mempengaruhi hasil dari promosi kesehatan yang dilakukan. Promosi kesehatan merupakan suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan dan menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Media yang digunakan dalam penelitian ini menawarkan promosi kesehatan yang lebih menarik dan tidak monoton. Pada saat pelaksanaan penelitian sebagian besar responden memiliki keingintahuan yang besar terhadap isi media promkes dengan antusias (Notoatmodjo, 2012).

Pada penelitian ini ditunjukkan bahwa PROKESIMA sebagai media edukasi kesehatan yang efektif bagi masyarakat dalam peningkatan KIA. Hal tersebut tampak dari peningkatan pengetahuan ibu tentang materi KIA setelah dilakukan intervensi. Hal tersebut terjadi karena keterlibatan aktif dan peningkatan pengetahuan dan sikap ibu. Hal ini juga menunjukkan bahwa adanya intervensi dapat meningkatkan pengetahuan bagi ibu tentang kehamilannya, sehingga pada akhirnya dapat memberikan keuntungan bagi ibu yang bersangkutan. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Sulistomo, *et al.* (2000) menyatakan bahwa kegiatan *safe motherhood* dan pemberdayaan masyarakat berpengaruh terhadap meningkatnya cakupan persalinan oleh bidan (Sulistomo, dkk, 2000).

#### **Lapisan kedua (level meso, *social and community networks*)**

PROKESIMA merupakan pengembangan dari kelas ibu hamil yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, merupakan salah satu kegiatan Usaha Kegiatan Masyarakat (UKM) dengan bentuk pendekatan pemberdayaan masyarakat. Sesuai dengan kebijakan Kementerian Kesehatan, maka PROKESIMA juga menyelenggarakan kegiatan pendidikan kesehatan. Sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan diberikan, para ibu hamil mengerjakan kuesioner pre-test dan post-test untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu hamil. Kegiatan PROKESIMA terdiri dari 3 kegiatan utama yaitu: 1) materi perawatan kehamilan dan persalinan 2) senam hamil dan 3) kegiatan ekonomi produktif. Kegiatan tersebut dihadiri oleh ibu hamil, bidan desa, kader dan para ibu yang tinggal di desa Rapa Daya.

Pada kegiatan PROKESIMA, memiliki beberapa kelebihan antara lain: para ibu hamil lebih tertata dan nyaman duduknya, materi pendidikan kesehatan lebih fokus pada perawatan kehamilan dan persalinan. Berdasarkan data penelitian, total jumlah peserta PROKESIMA sejumlah 7 orang ibu hamil. Terdiri dari 5 orang ibu hamil pada rentang usia 20-30 tahun, 1 orang ibu hamil pada rentang usia 31-40 tahun dan 1 orang ibu hamil berusia < 20 tahun. Pada pertemuan 1, materi pendidikan kesehatan yang disampaikan tentang Pemeriksaan Kehamilan Agar Ibu Dan Janin Sehat. Hasil pre-test dan post-test materi 1 dapat dilihat di [Tabel 1]. Materi pendidikan kesehatan mengacu pada modul Kelas Ibu Hamil dan Buku KIA. Fasilitator yang menyampaikan materi adalah Bidan Desa dibantu para kader. Pertemuan 1 yang diadakan pada tanggal 22 April 2016 dihadiri oleh 7 orang ibu hamil. Dapat dilihat dari tabel 1 yang menunjukkan hasil pre-test dan post-test tiap ibu yang mengikuti kelas ibu hamil.

**Table 1.** Hasil Pre-test Post-test Materi 1 2016

| MATERIAL 1 (22 APRIL 2016) |         |           |
|----------------------------|---------|-----------|
|                            | PRETEST | POST-TEST |
| FDS                        | 9       | 10        |
| FRD                        | 5       | 5         |
| WSL                        | 9       | 9         |
| IS                         | 8       | 8         |
| HLM                        | 4       | 5         |
| DRB                        | 8       | 8         |
| SKD                        | 8       | 9         |

Berdasarkan jumlah jawaban benar dari kuesioner pre-test dan post-test tiap pertemuan dapat disimpulkan bahwa pada pertemuan 1, terdapat 4 orang ibu hamil yang memiliki nilai pre-test dan post-test seimbang.

Pada pertemuan 2, materi pendidikan kesehatan yang disampaikan tentang Persalinan Aman, Nifas Nyaman, Ibu Selamat, Bayi Sehat. Hasil pre-test dan post-test materi ke 2 dapat dilihat di [Tabel 2].

**Table 2.** Hasil Pre-test Post-test Materi 2 2016

| MATERIAL 2 (29 APRIL 2016) |         |            |
|----------------------------|---------|------------|
|                            | PRETEST | POS T-TEST |
| FDS                        | 9       | 9          |
| FRD                        | 6       | 6          |
| WSL                        | 7       | 7          |
| IS                         | 5       | 8          |
| HLM                        | 3       | 4          |
| DRB                        | 7       | 7          |
| SKD                        | 8       | 8          |

Berdasarkan data, jumlah jawaban benar dari kuesioner pre-test dan post-test pada pertemuan 2, 2 orang ibu hamil mengalami peningkatan pengetahuan dan 5 orang ibu hamil memiliki nilai seimbang.

Pada pertemuan 3, materi pendidikan kesehatan yang disampaikan mengenai Pencegahan Penyakit dan Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas Agar Ibu dan Bayi Sehat. Hasil pre-test dan post-test materi ketiga dapat dilihat di [Tabel 3].

**Table 3.** Hasil Pre-test Post-test Materi 3 2016

| MATERIAL 3 (13 MEI 2016) |         |           |
|--------------------------|---------|-----------|
|                          | PRETEST | POST-TEST |
| FDS                      | 7       | 7         |
| FRD                      | 4       | 3         |
| WSL                      | 8       | 9         |
| IS                       | 8       | 7         |
| HLM                      | 8       | 8         |
| DRB                      | 7       | 7         |

Berdasarkan data, jumlah jawaban benar dari kuesioner pre-test dan post-test pertemuan 3, dapat disimpulkan 2 orang ibu hamil mengalami penurunan nilai pengetahuan.

Pada pertemuan 4, materi pendidikan kesehatan yang disampaikan mengenai Perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal. Pre-test dan post-test materi 4 dilaksanakan pada tanggal 20 Mei 2016. Hasil dari pre-test dan post-test materi 4 dapat dilihat di [Tabel 4].

**Table 4.** Hasil Pre-test Post-test Materi 4 2016

| MATERIAL 4 (20 MEI 2016) |         |           |
|--------------------------|---------|-----------|
|                          | PRETEST | POST-TEST |
| FDS                      | 8       | 7         |
| FRD                      | 3       | 2         |
| WSL                      | 8       | 8         |
| IS                       | 2       | 3         |
| SKD                      | 7       | 8         |

Berdasarkan data, dapat diketahui 2 orang ibu hamil memiliki penurunan nilai pengetahuan, 2 orang ibu hamil memiliki kenaikan nilai dan 1 orang ibu hamil memiliki nilai seimbang.

Setelah dilakukan penghitungan, kuesioner pre-test dan post-test menunjukkan hasil yang fluktuatif yaitu peningkatan bahkan penurunan pengetahuan ibu hamil tentang perawatan kehamilan dan persalinan. Namun secara keseluruhan, mayoritas para ibu hamil memiliki jawaban benar diatas 50%. Hanya 2 orang yang memiliki jawaban benar dibawah 50%. Hal ini bisa disebabkan beberapa faktor, antara lain: ibu hamil masih pada kondisi adaptasi dengan kegiatan kelompok (karena baru bergabung),

ada kelelahan yang dirasakan para ibu hamil karena masa kehamilan sudah di trimester 3. Secara keseluruhan, para ibu hamil mayoritas memiliki pengetahuan yang memadai karena memiliki jawaban benar diatas 50%. Seluruh ibu hamil selaku peserta penelitian sudah memilih melakukan perawatan kehamilan dan persalinan di bidan desa atau Puskesmas.

Pada kegiatan PROKESIMA juga diajarkan senam hamil bagi para ibu hamil (Gambar 3), agar mereka terbiasa olah tubuh guna mengurangi kram pada kaki dan punggung. Berikut adalah dokumentasi senam ibu hamil.



**Gambar 3.** Kegiatan senam hamil di PROKESIMA

Efektivitas program pendidikan guna peningkatan pengetahuan juga dipengaruhi oleh media promosi kesehatan yang dipakai. Media promosi kesehatan memiliki tiga tipe media, yaitu media audio, media visual dan media audio-visual. Latupeirissa mengadakan penelitian tentang komparasi alat bantu yang sejenis yaitu booklet dan lembar balik terhadap peningkatan pengetahuan kader, dan hasil penelitiannya menunjukkan bahwa booklet dan lembar balik memiliki efektivitas yang sama. Pemilihan strategi promosi kesehatan seharusnya ditentukan oleh kebutuhan dari target promosi kesehatan. Selama ini strategi yang diberikan kepada masyarakat dalam diseminasi materi kesehatan adalah ceramah atau penyuluhan. Berdasarkan penelitian tentang media promkes untuk KIA (Latupeirissa, 2007).

Tiga misi promosi kesehatan yang ditetapkan oleh Depkes RI, yaitu advokasi, pemberdayaan dan *social support* akan dijadikan acuan untuk membandingkan model yang saat pra intervensi dengan model dari hasil intervensi penelitian, yaitu PROKESIMA. Tujuan advokasi dalam promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh dukungan politis dalam kebijakan dan implementasi program.

#### **Lapisan ketiga (level ekso, *living and working conditions*)**

Tujuan pemberdayaan di bidang kesehatan adalah mengajak masyarakat secara individu, keluarga, dan kelompok atau komunitas mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan secara pribadi. *Social support* dalam pelaksanaan promosi kesehatan bertujuan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat. Upaya untuk menciptakan lingkungan yang kondusif harus

mengajak pihak yang berpengaruh di masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, organisasi kemasyarakatan dan organisasi non-pemerintah. Pendapat ibu hamil, petugas kesehatan dan masyarakat di sekitarnya juga merupakan masukan yang penting untuk diakomodasi dalam kegiatan merancang model promosi kesehatan pada penelitian ini (Pusat Promosi Kesehatan, 2004).

Pelaksanaan PROKESIMA selama 6 bulan, memfasilitasi kedekatan yang antara tenaga kesehatan khususnya bidan desa dan ibu hamil, sehingga dapat memunculkan rasa kepercayaan ibu hamil terhadap tenaga kesehatan tersebut. Hal tersebut yang menjadi alasan pemilihan penolong persalinan oleh ibu hamil kepada tenaga kesehatan.

**Lapisan keempat (level makro, hulu/ *upstream & general socio-economi, cultural and environmental condotions*)**

Masyarakat Madura pada umumnya masih percaya pada mitos yang berkaitan dengan ibu hamil dan perawatan pada masa kehamilan. Bagi masyarakat Madura, mitos sudah diyakini kebenarannya karena beberapa bukti yang terjadi. Mitos yang ada di masyarakat berupa hal apa yang harus dilakukan dan tidak boleh dilakukan oleh ibu hamil. Mitos atau pantangan yang harus dilakukan oleh ibu hamil di Desa Rapa Daya yaitu pantangan terhadap makanan seperti lele dan cumi-cumi. Ibu hamil dan keluarganya khawatir kalau makan lele atau cumi-cumi akan menyebabkan anak yang dilahirkan mirip lele atau cumi-cumi (lahir cacat). Selain itu ada mitos yang berkembang di masyarakat bahwa ibu hamil tidak boleh terlalu banyak makan dan tidak boleh minum es karena dikhawatirkan bayi dalam kandungan akan besar sehingga menyulitkan persalinan. Namun, adanya mitos yang berkembang di masyarakat ini tidak mempengaruhi frekuensi ANC warga desa Rapa Daya.

PROKESIMA merupakan pengembangan dari kelas ibu hamil yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, merupakan salah satu kegiatan Usaha Kegiatan Masyarakat (UKM) dengan bentuk pendekatan pemberdayaan masyarakat. PROKESIMA memiliki kegiatan ekonomi produktif bagi pesertanya. Pemilihan jenis kegiatan ditentukan bersama oleh para peserta dan pengelola. Pertimbangan pemilihan adalah ketrampilan yang diinginkan peserta, mudah diajarkan pada peserta, sesuai sumber daya yang dimiliki peserta. PROKESIMA di desa Rapa Daya disepakati kegiatan ekonomi produktif merajut. Alasan memilih kegiatan merajut adalah tidak terikat tempat dan waktu. Ibu hamil bisa mengerjakan dimanapun dan kapanpun saat memiliki waktu senggang. Ibu hamil, kader dan masyarakat diajarkan berbagai teknik merajut dengan tujuan agar bisa menghasilkan produk yang bernilai ekonomis seperti taplak, tas atau jilbab untuk menambah penghasilan tiap bulan. Berikut dokumentasi kegiatan merajut (Gambar 4).



**Gambar 4.** Kegiatan ekonomi produktif di PROKESIMA : merajut



**Gambar 5.** Kegiatan ekonomi produktif di PROKESIMA : hasil rajutan warga

Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2016, pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) merupakan salah satu kegiatan pokok dalam upaya pemberdayaan individu maupun masyarakat dengan sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi lokal dalam upaya-upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) (Kemenkes RI, 2016). Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi KIE ini meliputi pengembangan media dan sarana promosi kesehatan, pengembangan metode dan teknologi promosi kesehatan, dan mengembangkan model kesehatan spesifik untuk Daerah Terpencil, perbatasan, kepulauan, dan lain-lain (Latupeirissa, 2007).

Menurut Krathwohl pada teori yang baru menguraikan komponen dengan baik sehingga dapat digunakan dan dianggap lebih baik. Selain itu, proses kognitif yang terkait dengan berbagai tugas instruksional dapat dengan mudah didokumentasikan dan dilacak (Krathwohl, 2002). Menurut Krathwohl pembagian ranah kognitif Bloom yaitu sebagai berikut (Krathwohl, 2002):

- a. Mengingat (*remembering*) yaitu memanggil kembali pengetahuan yang sesuai memori jangka panjang (*longterm memory*), termasuk *recognizing* yaitu menempatkan pengetahuan di dalam memori jangka panjang (*longterm memory*), dan *recalling* yaitu menelusuri pengetahuan yang sesuai dari memori jangka panjang (*longterm memory*).

- b. Mengerti (*understanding*) yaitu membangun makna dari pesan pembelajaran, lisan, tulisan, dan komunikasi grafik.
- c. Menerapkan (*applying*) yaitu menggunakan prosedur pada situasi yang diberikan (tertentu) termasuk *executing* yaitu menerapkan prosedur untuk tugas yang tidak biasa (*unfamiliar*) dan *implementing* yaitu melaksanakan tugas yang tidak biasa (*unfamiliar*).
- d. Menganalisis (*analyzing*) yaitu menguraikan materi ke dalam berbagai bagian dan menentukan bagaimana setiap bagian berhubungan satu dengan yang lain, yang meliputi *differentiating* yaitu membedakan bagian yang relevan dari yang tidak sesuai atau bagian yang penting dari yang tidak penting, *organizing* yaitu menetapkan berbagai bagian atau fungsi dalam suatu struktur dan *attributing* yaitu menetapkan suatu pandangan, nilai atau maksud.
- e. Mengevaluasi (*evaluating*) yaitu membuat pertimbangan berdasarkan kriteria dan standard.
- f. Mencipta (*creating*) yaitu menggabungkan berbagai unsur secara bersama untuk membentuk suatu hubungan yang fungsional, mengorganisasi kembali beberapa bagian ke dalam pola atau struktur yang baru.

## Penutup

Berdasarkan penelitian dapat disimpulkan bahwa, partisipan kelas ibu hamil juga mengalami penurunan jumlah karena beberapa ibu telah melahirkan dan mengelompokkan hasil dalam berbagai level determinan sosial. Level mikro yaitu aktivitas ibu hamil yang tetap bekerja diluar rumah sehingga dapat menyebabkan masalah kehamilan, level meso yaitu PROKESIMA sebagai bentuk dukungan sosial pada ibu hamil agar dapat merawat kehamilannya, level ekso yaitu PROKESIMA sebagai salah satu upaya agar tenaga kesehatan dapat dipercaya oleh ibu hamil untuk menolong persalinannya dan level makro yaitu adanya kepercayaan masyarakat Madura terhadap mitos yang telah menjadi budaya serta PROKESIMA yang melakukan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan kegiatan ekonomi produktif.

## Daftar Pustaka

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro. (1994). *Laporan survei demografi dan kesehatan Indonesia 1994*. Calverton, Maryland, USA : ORC Macro
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro. (2008). *Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA : ORC Macro
- Bappenas. (2010). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).

- Devy, S.R. (2013). *Modifikasi Model Health Promotion Guna Peningkatan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan Pada Tenaga Kesehatan*. Surabaya. Universitas Airlangga.
- Kemenkes RI. (2011). *Riset Kesehatan Dasar 2010 dalam Rakornas PKH*. Jakarta: Dirjen Bina Gizi dan KIA.
- Kemenkes RI. (2016). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2018
- Krathwohl DR. (2002). A revision of bloom's taxonomy: an overview., theory into practice, Volume 41, Number 4. College of Education, The Ohio State University.
- Latupeirissa FW. (2007). *Komparasi Efektivitas Penggunaan Booklet Dan Lembar Balik Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader*. Kupang. Universitas Nusa Cendana
- Marmot, Michael and Richard G. Wilkinson. (2006). *Social Determinants of Health: Second Edition*. Oxford University Press: New York.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pusat Promosi Kesehatan. (2004). *Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- SDKI. (2012). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Sulistomo, A., Ambar, R., Soemarko, D., & Herquanto. (2000). *Assesement of CIDA Funded Safe Motherhood Program in Central Java, East Java, & South Sulawesi*. Universitas Indonesia: Jakarta.
- WHO. (2005). *MDG: Millenium Development Goals*. WHO: Geneva
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO: Commission on Social Determinants of Health

# **IMPLEMENTASI RUMAH BEBAS ASAP ROKOK DAN POLA MEROKOK MASYARAKAT PADA DAERAH PEDESAAN DI BANTUL, YOGYAKARTA**

**Heni Trisnowati<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan,  
Universitas Respati Yogyakarta

<sup>2</sup>Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan  
Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta  
Email: [heni\\_trisnowati@respati.co.id](mailto:heni_trisnowati@respati.co.id)

**Abdillah Ahsan<sup>3</sup>**

<sup>3</sup>Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia  
Email: [ahsanov@yahoo.com](mailto:ahsanov@yahoo.com)

**Enge Surabina Ketaren<sup>4</sup>**

<sup>4</sup>Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Uuniversitas Sebelas Maret, Surakarta  
Indonesia  
Email: [ketarenenge3@gmail.com](mailto:ketarenenge3@gmail.com)

**Dwi Endah Kurniasih**

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan,  
Universitas Respati Yogyakarta

## **ABSTRAK**

Rumah bebas asap rokok (RBAR) merupakan program inovasi kawasan tanpa rokok berbasis masyarakat yang bertujuan untuk memberikan kesadaran kepada masyarakat mengenai bahaya rokok dan melindungi masyarakat yang tidak merokok dari paparan asap rokok. Penerapan RBAR di Dusun Karet, Kabupaten Bantul, Yogyakarta dimulai sejak deklarasi RBAR pada Bulan Juni 2017. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi program RBAR dan dampaknya terhadap perubahan pola merokok masyarakat. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan melalui survei kuesioner dan observasi dengan ceklis. Jumlah sampel 196 rumah dan analisis data menggunakan SPSS dengan uji univariat dan bivariat. Sebagian besar responden sudah memasang “cecekan” (tempat mematikan rokok) dan “cecekan” digunakan untuk mematikan rokok sebanyak 52.6%. Aktivitas merokok sebagian besar dilakukan diluar rumah (70,9%). Pola merokok masyarakat setelah satu tahun penerapan RBAR yaitu : berhasil berhenti merokok 48,5%, mengurangi aktivitas merokok 57,3%, merokok di luar rumah 60% dan lebih dari 90% responden tidak merokok dekat ibu hamil dan anak-anak. Program RBAR berdampak terhadap perubahan pola merokok merokok masyarakat. Kesadaran masyarakat untuk merokok di luar rumah cukup tinggi. Keberhasilan program RBAR didukung oleh peran pemimpin desa dan sikap positifnya terhadap program RBAR.

Kata kunci: implementasi, rumah bebas asap rokok, pola merokok, pedesaan

## ABSTRACT

*A smoke-free home (SFH) is a community-based smoking free area innovation program that aims to provide awareness to the public about the dangers of smoking and protect non-smoking communities from exposure to cigarette smoke. The implementation of SFH in Karet Hamlet, Bantul Regency, Yogyakarta began since the SFH declaration in June 2017. This study aimed to evaluate the implementation of the SFH program and its impact on changes in community smoking patterns. This research was used quantitative methods with a cross-sectional design. Data collection was carried out through questionnaire surveys and checklist observations. The total sample of 196 houses and data analysis was undertaken by using SPSS with univariate and bivariate tests. Most respondents have installed "cecekan" (a place to swift off cigarettes) and "cecekan" are used to swift off cigarettes by 52.6%. Most smoking activities are carried out outside the home (70.9%). The smoking patterns of the community after one year of implementation SFH are successful smoking cessation 48.5%, reducing smoking activity 57.3%, smoking outside the home 60% and more than 90% of respondents did not smoke near pregnant women and children. The SFH program had an impact on changes in community smoking patterns. Public awareness to smoke outside the home was quite high. The success of the SFH program was supported by the role of the village leader and his positive attitude towards the SFH program.*

*Keywords: implementation, smoke-free home (SFH), smoking pattern, rural area*

## Introduction (Pendahuluan)

Secara global kematian akibat rokok mencapai 5 juta orang di tahun 2010. Angka ini akan bertambah mencapai 10 juta orang pada beberapa tahun selanjutnya (WHO, 2008). Prevalensi merokok penduduk di Yogyakarta pada saat ini sekitar 66,3% dengan rerata 1-10 batang perhari. Proporsi penduduk DI Yogyakarta mulai merokok pada umur 10-14 tahun dan sebagian besar (66,9%) merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga (KESEHATAN and RI, 2013). Merokok merupakan salah satu faktor risiko penyakit kardiovaskuler ("Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2016) Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia," n.d.). Indonesia merupakan satu satunya negara yang berada di Asia Tenggara yang belum menandatangani *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* (WHO, 2015).

Rumah bebas asap rokok merupakan bagian dari program Kawasan Tanpa Rokok berbasis Masyarakat yang bertujuan untuk memberikan kesadaran kepada masyarakat mengenai bahaya rokok dan menciptakan kawasan bebas rokok. Sasaran program tersebut adalah warga masyarakat secara umum, tokoh masyarakat, aparatur wilayah (RT/RW), Lurah, dan anggota keluarga yang merokok (CSF, 2017). Intervensi program RBAR yang telah dilakukan antara lain : edukasi dengan pemutaran film bahaya rokok kepada para perokok, stimulasi pemeriksaan tekanan darah dan gula darah pada perokok, pemasangan iklan anti rokok, *focus group disscusion* dengan *stakeholder* setempat, serta pemasangan asbak "cecekan" di luar rumah. Pemasangan "cecekan" di luar rumah bertujuan agar tamu atau keluarga yang merokok, tidak merokok di dalam

rumah selanjutnya masyarakat yang masih merokok diharapkan dapat merubah kebiasaan merokoknya, sehingga pada akhirnya timbul kesadaran berhenti merokok.

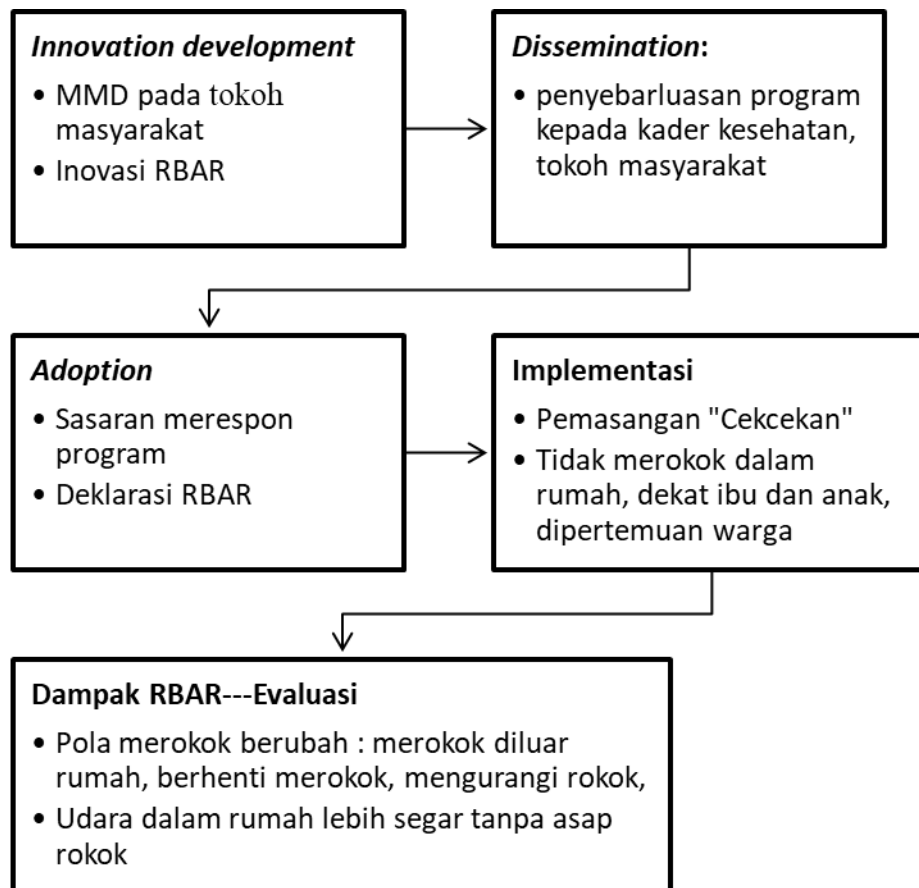
Dusun Karet berhasil mendeklarasikan program rumah bebas asap rokok pada tanggal 14 Juni 2017 dengan pemdampingan dari akademisi. RBAR bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat akibat merokok, membudayakan pola hidup sehat, menekan perokok pemula serta melindungi kesehatan perokok pasif terutama ibu dan anak. Isi deklarasi yang telah disepakati bersama warga di wilayah Dusun Karet yaitu (1) tidak merokok di dalam rumah (2) tidak merokok di tempat pertemuan rapat, arisan, pengajian/sembayang (3) tidak merokok di dekat ibu hamil, dan anak-anak.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran implementasi program rumah bebas asap sebagai upaya melindungi perokok pasif dari paparan asap rokok dan mengetahui gambaran pola merokok masyarakat setelah satu tahun penerapan program RBAR.

### **Theory and Methods (Teori dan Metodologi)**

Tahapan pengembangan RBAR mengacu pada teori difusi inovasi (Glanz et al., 2008a). Tahapan proses difusi inovasi adalah *innovation development, dissemination, adoption, implemetation, maintenance, sustainability dan institutionalization*. Pada proses *innovation development*, sosial marketing digunakan untuk menentukan target, menentukan intervensi promosi kesehatan (Glanz et al., 2008a; Trisnowati, 2018). Pada tahap ini, tokoh masyarakat Dusun Karet bersama akademisi melakukan musyawarah masyarakat desa (MMD) untuk melakukan inovasi program. Tahap *dissemination* menentukan kelompok target yang akan mengadopsi program. Target program RBAR adalah tokoh masyarakat, dan kepala keluarga yang merokok serta masyarakat umum yang ada di wilayah Dusun Karet. Selanjutnya, tahap *adoption*, yaitu kelompok target berusaha untuk merespon program kemudian mengadopsi program dengan cara melaksanakan kesepakatan yang telah dibuat bersama yaitu tidak merokok di dalam rumah, tidak merokok dekat keluarga dan anak kecil serta memasang “cecekan” (tempat mematikan rokok) di luar rumah.

Kemudian, pada proses implementasi program, masalah yang perlu dipikirkan adalah sumber daya dan dukungan terhadap pelaksanaan program. Pada fase ini dapat dilihat dampak penerapan RBAR terhadap pola merokok masyarakat. Gambar 1 dibawah ini menjelaskan tentang proses pengembangan RBAR di Dusun Karet, Bantul, Yogyakarta :



Gambar 1. Tahapan pengembangan Program RBAR

Kemudian pada fase *maintenance* dan *sustainability* berusaha untuk menjaga keberlangsungan program. Dan fase yang terakhir adalah institusionalisasi pada masyarakat. Pada tahap ini RBAR rokok akan dijadikan program dusun dalam hal ini mewakili institusi kemudian juga di coba untuk di duplikasi pada wilayah yang berbeda (Glanz et al., 2008b).

Studi ini menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan penelitian survei potong lintang (Susanto, 2010). Populasi merupakan kumpulan dari individu atau objek atau fenomena yang secara potensial dapat diukur sebagai bagian dari penelitian (Swarjana, 2015). Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah semua rumah di Dusun Karet, Pleret, Kab. Bantul, Yogyakarta sebanyak 378 rumah yang tersebar pada 8 RT. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik proporsional random sampel dan menggunakan rumus Solvin dan diperoleh 196 rumah sebagai sampel penelitian (Sugiyono, 2010). Evaluasi program RBAR melalui observasi dengan ceklis sementara pola merokok masyarakat diukur melalui kuesioner.

**Tabel 1. Perhitungan Sampel Penelitian**

| RT    | Jumlah Rumah | Jumlah % | Jumlah Sampel |
|-------|--------------|----------|---------------|
| 01    | 42           | 11 %     | 22            |
| 02    | 40           | 10 %     | 21            |
| 03    | 54           | 15 %     | 28            |
| 04    | 40           | 10 %     | 21            |
| 05    | 55           | 14 %     | 28            |
| 06    | 27           | 7 %      | 14            |
| 07    | 62           | 18 %     | 32            |
| 08    | 58           | 15 %     | 30            |
| Total | 378          | 100      | 196           |

### ***Finding and Discussion (Hasil dan Pembahasan)***

#### **1. Karakteristik Responden**

Reponden penelitian ini adalah kepala anggota keluarga dan diutamakan suami. Total responden dalam penelitian ini adalah 196 rumah. Mayoritas responden berada pada kelompok usia dewasa dan usia lanjut awal, dimana usia ini merupakan usia produktif. Lebih dari 50% responden bermata pencaharian sebagai buruh (buruh tani, buruh bangunan). Sebagian besar responden merokok dan jenis rokok yang digunakan sebagian besar adalah kretek sementara hanya sebagian kecil yang masih menggunakan rokok lintingan. Upah Minimum Provinsi DIY tahun 2018 adalah Rp 1.454.154,15 sementara Upah Minimum Kabupaten (UMK) Bantul sebesar Rp 1.572.150, ini artinya pendapatan rata-rata responden berada diatas sedikit UMK Bantul namun dari total pendapatan 22,06% untuk belanja rokok. Sebagian besar 136 responden (72%) mempunyai penghasilan di bawah UMK (Upah Minimum Kabupaten) daerah setempat (Bantul). Ada kebiasaan unik pada masyarakat di Dusun Karet yaitu memberi rokok bagi para pekerja buruh sehingga turut mempermudah para perokok untuk terus merokok dan bagi yang belum merokok bisa tergoda untuk mencoba rokok. Selain itu rokok masih dapat dibeli secara eceran dan harganya relatif terjangkau oleh masyarakat.

**Tabel. 2 Karakteristik Responden Penelitian (N=196)**

| Karakteristik Responden | Kategori                          | Jumlah            |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Umur                    | Remaja Akhir (17-25 tahun)        | 11 (5,6%)         |
|                         | Dewasa Awal(26-36 tahun)          | 41 (20,9%)        |
|                         | <b>Dewasa Akhir(36- 45 tahun)</b> | <b>53 (27,0%)</b> |
|                         | <b>Lansia Awal(46- 55 tahun)</b>  | <b>56 (28,6%)</b> |
|                         | Lansia Akhir (56 - 65 tahun)      | 24 (12,2%)        |

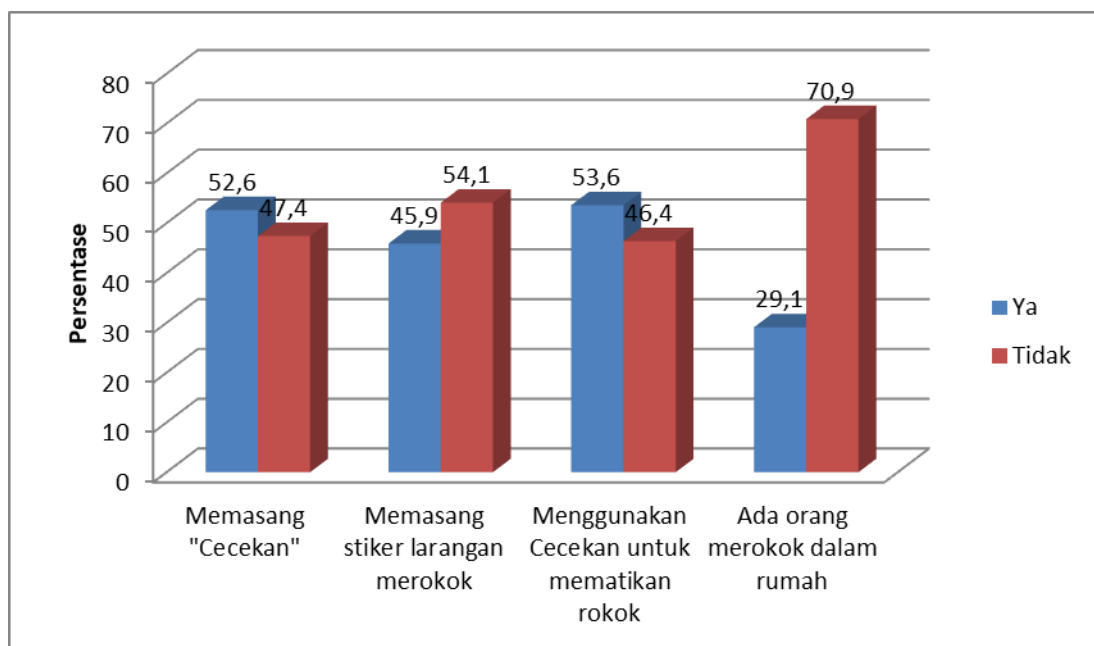
|                               |                                   |                    |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
|                               | Manula (>65 tahun)                | 11(5.6%)           |
|                               | PNS/Polri                         | 7 (3.6%)           |
|                               | Karyawan swasta                   | 22 (11.2%)         |
|                               | Wiraswasta                        | 37 (18.9%)         |
| Pekerjaan                     | Pensiunan                         | 1(0,5%)            |
|                               | <b>Buruh (tani, bangunan)</b>     | <b>99 (50,5%)</b>  |
|                               | Lainnya                           | 24 (12,2%)         |
|                               | Tidak bekerja                     | 6 (3,1%)           |
| Status Merokok                | <b>Ya</b>                         | <b>108 (55.1%)</b> |
|                               | Tidak                             | <b>88 (44.9%)</b>  |
| Jenis Rokok                   | Filter/rokok putih                | 8 (7,4%)           |
|                               | <b>Kretek</b>                     | <b>89 (82,4%)</b>  |
|                               | Lintingan                         | 11(10,2%)          |
| Harga rokok perbungkus        | Rata-rata                         | Rp 14.476,85       |
|                               | Tertinggi                         | Rp 23.000          |
|                               | Terendah                          | Rp 4.000           |
| Penghasilan/bulan             | Rata-rata                         | Rp 1.578.835,98    |
|                               | <b>≤ 1.572.150 (UMK Bantul)</b>   | <b>136 (72%)</b>   |
|                               | >1.572.150 (UMK Bantul)           | 27 (28%)           |
| Jumlah Konsumsi rokok/hari    | Rata-rata                         | 10 batang/hari     |
| Pengeluaran untuk rokok/hari  | Rata-rata                         | Rp 11.611,56       |
| Pengeluaran untuk rokok/bulan | Rata-rata                         | Rp 348.346,8       |
| Pengeluaran untuk rokok/tahun | Rata-rata                         | Rp 4.180.161,93    |
| Kepemilikan anak              | Ya                                | 165 (84,2%)        |
|                               | Tidak                             | 31 (15,8%)         |
| Jumlah anak                   | Rata-rata                         | 2                  |
|                               | Balita (1-5 tahun)                | 52 (26,5%)         |
|                               | Anak (6-11 thn)                   | 49 (25%)           |
|                               | Remaja awal (12-16 tahun)         | 50 (25,5%)         |
|                               | <b>Remaja akhir (17-25 tahun)</b> | <b>71 (36,2%)</b>  |
|                               | Dewasa (26-45 tahun)              | 45 (23%)           |

## 2. Hasil Observasi Indikator Rumah Bebas Asap Rokok

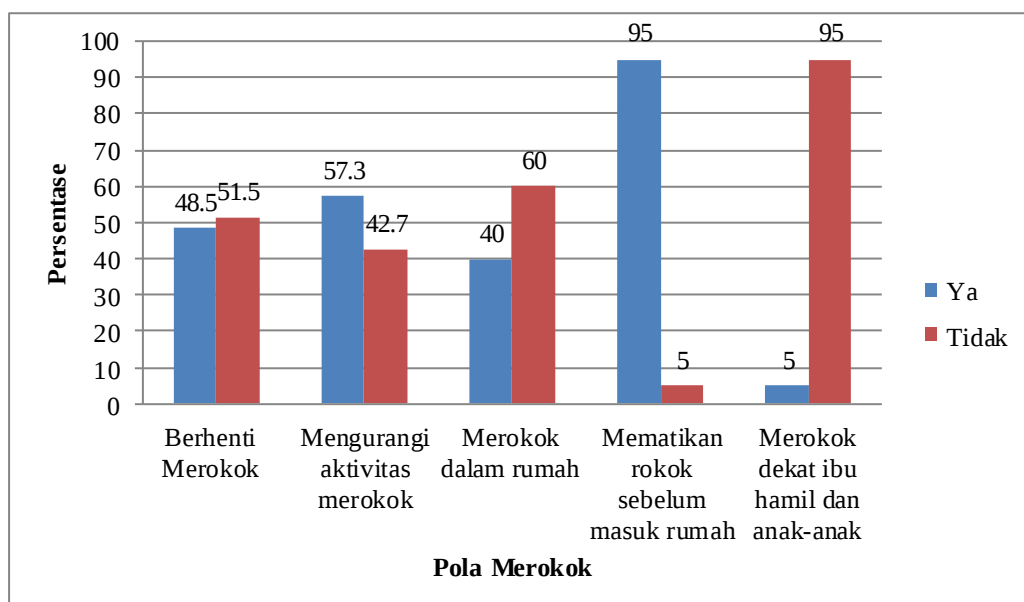
Berdasarkan hasil observasi di lapangan sebagian besar responden sudah memasang “cecekan”, dan “cecekan” tersebut digunakan untuk mematikan rokok sebanyak 52,6%. Aktivitas merokok sebagian besar dilakukan diluar rumah (70,9%). Hal ini dapat dilihat pada Gambar 2.

### 3. Pola Merokok Masyarakat

Gambaran pola merokok responden setelah penerapan rumah bebas asap rokok selama 1 tahun terakhir sebagai berikut : responden yang berhasil berhenti merokok 48,5%, sebagian besar responden yang dapat mengurangi aktivitas merokok 57,3%, sebagian besar responden (60%) merokok di luar rumah, dan lebih dari 90% responden tidak merokok dekat ibu hamil dan anak-anak mematikan rokok sebelum masuk rumah (Gambar 3).



Gambar 2. Hasil observasi RBAR di Dusun Karet, Pleret, Kab. Bantul, Yogyakarta Tahun 2018



Gambar 3. Pola Merokok Masyarakat setelah penerapan RBAR di Dusun Karet, Pleret, Kab. Bantul, Yogyakarta Tahun 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Dusun Karet, Kecamatan Pleret, Kabupaten Bantul, Yogyakarta diperoleh informasi bahwa sebagian besar responden mempunyai status merokok yaitu sebesar 108 orang (55,1%) namun sebagian besar responden mempunyai penghasilan dibawah upah minimum wilayah setempat ditambah lagi lebih dari 22% penghasilan dibelanjakan untuk rokok. Hal ini dapat dipahami karena merokok merupakan budaya Masyarakat Yogyakarta, dimana laki-laki yang merokok itu dianggap sudah biasa. Dan dari studi awal yang dilakukan peneliti hampir semua responden merokok di dalam rumah misalnya ketika setelah makan atau sedang bercengkrama dengan keluarga. Asap rokok yang dihembuskan ketika merokok ikut terhirup anggota keluarga lain yang tidak merokok seperti anak-anak dan ibu. Hal ini membahayakan kesehatan ibu dan anak sebagai perokok pasif. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (84,2%) responden mempunyai anak dan kategori anak yang dimiliki yaitu : balita (1-5 tahun) sebesar 26,5%; anak (6-11 tahun) sebesar 25%; dan sebagian besar berada pada kelompok remaja awal (12-16 tahun) sebesar 25,5% dan remaja akhir (17-25 tahun) sebesar 36,2%. Data ini menunjukkan potensi yang besar paparan asap rokok terhadap anak dan remaja ketika pola merokok masih dilakukan di dalam rumah.

Sementara itu pelaksanaan program RBAR berdampak pada kecenderungan pola merokok masyarakat yang berubah kearah yang lebih baik. Artinya semakin banyak masyarakat yang sadar untuk berhenti merokok, mengurangi aktivitas merokok, dan tidak merokok didalam rumah. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan di Amerika yang menyatakan bahwa perokok yang mengadopsi program rumah bebas asap rokok selama setahun hampir lima kali lebih mungkin untuk berhenti merokok setelah 90 hari di follow up. Selanjutnya penerapan rumah bebas asap rokok secara signifikan meningkatkan upaya berhenti merokok pada masyarakat (Messer et al., 2008). Dan analisis *crosssectional* menunjukkan bahwa kehadiran rumah bebas asap rokok merupakan salah satu faktor prediksi kesuksesan berhenti merokok, mengurangi rokok, merokok diluar rumah dan rendahnya angka relaps (Kennedy et al., 2015; Messer et al., 2008).

Rumah bebas asap rokok melindungi anak-anak dari paparan asap rokok di rumah. Hal ini sangat penting karena paparan asap rokok pada anak-anak dapat meningkatkan masalah kesehatan, menjadikan mereka perokok dan pencapaian pendidikan yang lebih rendah serta meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.(Alwan, Siddiqi, Thomson, Lane, & Cameron, 2011; Kennedy et al., 2015; Messer et al., 2008). Hal ini dialami pada masyarakat yang secara sosial ekonomi kurang baik dan mengalami kesenjangan kesehatan. Anak-anak yang berasal dari ekonomi rendah dan tinggal dengan orang tua tunggal kemungkinan besar menjadi perokok dirumah. Hampir 49% anak-anak dari keluarga ekonomi rendah hidup dengan perokok (Alwan et al., 2011). Bukti ini memperkuat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden perokok berada pada ekonomi rendah dimana penghasilan perbulannya kurang dari upah minimum kabupaten dan mereka mempunyai anak-anak dan remaja yang kemungkinan besar akan terpapar asap rokok dan menjadikan perokok sebagai role model untuk mencoba rokok.

Program untuk mengurangi paparan asap rokok terhadap perokok pasif di rumah secara esensial berawal dari kebijakan tingkat populasi untuk mengurangi kematian,

kesakitan dan meluasnya kesenjangan kesehatan (Alwan et al., 2011). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kesehatan anak-anak merupakan tema utama pada keluarga yang mengadopsi kebijakan rumah bebas asap rokok. (Bleakley et al., 2014). Faktor yang mempengaruhi upaya orang berhenti merokok adalah atribut merokok disekitar anak-anak atau cucu sehingga aspek ini dapat digunakan untuk mendukung kampanye kebijakan dan kepatuhan (Kaufman et al., 2018). Sebagai contoh, banyak orang tua yang bersedia melakukan aksi pesan yang fokus pada kebutuhan melindungi anak-anak dari paparan asap rokok termasuk memelihara lingkungan yang bebas asap rokok (Robinson et al., 2011). Alasan ini juga mendasari mengapa program RBAR di Dusun Karet juga didukung bukan hanya pada responden yang tidak merokok namun juga didukung oleh responden yang merokok karena alasan melindungi anak-anak dari paparan asap rokok. Disisi lain, program RBAR untuk mengurangi paparan asap rokok pada anak-anak mempunyai keterbatasan secara etik karena menyangkut perilaku yang bersifat pribadi di dalam rumah. Rumah dianggap sebagai wilayah pribadi yang tidak ada sanksi dan kontrol dari pihak luar (Alwan et al., 2011).

Adanya hasil yang menunjukkan dampak positif dari penerapan Rumah Bebas Asap Rokok ini sebagai bagian dari pelaksanaan kebijakan pengendalian tembakau. Hal ini mendukung Peraturan Bupati Bantul no. 18 tahun 2016 Adanya regulasi ini bertujuan untuk mewujudkan Kabupaten Bantul sebagai kabupaten sehat, melindungi masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan akibat asap rokok, menurunkan angka kesakitan dan atau kematian akibat asap rokok dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat (“Perbup Bantul No. 18 Tahun 2016 ttg Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.pdf,” n.d.). Berdasarkan peraturan tersebut terdapat sembilan kawasan sehat yang diharapkan bebas asap rokok meliputi rumah, fasilitas pelayanan kesehatan, sekolah, arena kegiatan anak-anak, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat pertemuan dimana dalam pelaksanaannya diperlukan dukungan dari pemerintah serta partisipasi aktif masyarakat. Adanya kegiatan Rumah Bebas Asap Rokok yang berada di Dusun Karet Pleret Bantul ini menjadi salah satu bentuk konsep implementasi adanya kebijakan Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok yang ada di Kabupaten Bantul.

Penelitian ini mempunyai keterbatasan karena survei pola merokok dilakukan secara *self reporting* walaupun sejumlah studi telah mendukung validitas survei yang dilakukan secara self report pada populasi. Penelitian sebelumnya menyarankan bahwa faktor-faktor yang paling mempengaruhi kemungkinan RBAR fokus pada kesehatan non perokok dan diikuti anggota keluarga lain yang berhenti merokok, bukan pada keinginan perokok untuk sukses berhenti merokok (Messer et al., 2008).

### **Conclusion (Simpulan)**

Program RBAR merupakan bagian dari kebijakan yang diimplementasikan pada lingkungan pribadi yaitu rumah, namun program ini memberikan dukungan positif terhadap perubahan pola merokok masyarakat seperti mengurangi rokok, berhenti merokok, merokok di luar rumah, dan merokok tidak dekat ibu dan anak. Kesadaran masyarakat untuk merokok di luar rumah cukup tinggi, dan sebagian besar perokok tidak merokok ketika dekat dengan ibu hamil dan anak-anak. Keberhasilan program RBAS didukung oleh peran pemimpin desa yang selalu memotivasi warga untuk

berhenti merokok dan sikap positifnya terhadap program RBAR. Akhirnya diperlukan penelitian lanjutan untuk melihat dampak RBAR terhadap pola merokok pada populasi secara longitudinal.

### **References (Referensi)**

- Alwan, N., Siddiqi, K., Thomson, H., Lane, J., Cameron, I., 2011. Can a community-based “smoke-free homes” intervention persuade families to apply smoking restrictions at homes? *J. Public Health* 33, 48–54. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq073>
- Bleakley, A., Hennessy, M., Mallya, G., Romer, D., 2014. Home smoking policies in urban households with children and smokers. *Prev. Med.* 62, 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.015>
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (Eds.), 2008a. Health behavior and health education: theory, research, and practice, 4th ed. ed. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (Eds.), 2008b. Health behavior and health education: theory, research, and practice, 4th ed. ed. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Kaufman, P., Kang, J., Kennedy, R.D., Beck, P., Ferrence, R., 2018. Impact of smoke-free housing policy lease exemptions on compliance, enforcement and smoking behavior: A qualitative study. *Prev. Med. Rep.* 10, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.01.011>
- Kennedy, R.D., Ellens-Clark, S., Nagge, L., Douglas, O., Madill, C., Kaufman, P., 2015. A Smoke-Free Community Housing Policy: Changes in Reported Smoking Behaviour—Findings from Waterloo Region, Canada. *J. Community Health* 40, 1207–1215. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0050-0>
- KESEHATAN, B.P.D.P., RI, K.K., 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).
- Messer, K., Mills, A.L., White, M.M., Pierce, J.P., 2008. The Effect of Smoke-Free Homes on Smoking Behavior in the U.S. *Am. J. Prev. Med.* 35, 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.05.023>
- Perbup Bantul No. 18 Tahun 2016 ttg Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok.pdf, n.d.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2016) Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia, n.d.
- Robinson, J., Ritchie, D., Amos, A., Greaves, L., Cunningham-Burley, S., 2011. Volunteered, negotiated, enforced: family politics and the regulation of home smoking. *Sociol. Health Illn.* 33, 66–80. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01273.x>
- Sugiyono, 2010. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D. Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Susanto, N., 2010. Besar Sampel Dalam Penelitian. Digibooks, Yogyakarta.

- Swarjana, I.K., 2015. Metodologi Penelitian Kesehatan. Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Trisnowati, H., 2018. Perencanaan Program Promosi Kesehatan. Penerbit Andi.
- WHO, 2015. WHO report on the global tobacco epidemic. 2015, 2015,. World Health Organization, Geneva.
- WHO, W., 2008. MPOWER\_who report global tobacco epidemi 2008.pdf.

## **PENERIMAAN PROGRAM BULAN IMUNISASI ANAK SEKOLAH (BIAS): PENERAPAN TEORI *PRECEDE-PROCEED***

**Sodikin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Doktor Penyuluhan Pembangunan & Pemberdayaan Masyarakat UNS  
e-mail: sodikin\_kespro@yahoo.com; sodikinpwt21@gmail.com

### **ABSTRAK**

Imunisasi yang diperoleh waktu bayi belum cukup melindungi terhadap penyakit, maka perlu dilanjutkan pemberiannya sampai usia sekolah. Kementerian Kesehatan RI melalui keputusan menteri kesehatan (Kepmenkes) tahun 2017 pasal 7 memutuskan bahwa imunisasi lanjutan diberikan pada anak usia sekolah diberikan dengan tujuan untuk mempertahankan tingkat kekebalan serta memperpanjang masa perlindungan. Pemberian imunisasi pada anak sekolah melalui program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Adanya sikap pro dan kontra dikalangan orangtua wali terhadap program BIAS diperlu dikaji lebih lanjut. Faktor predisposisi yang menjadi penyebab masalah ini masih sangat sedikit diketahui. Pendekatan teori *precede-proceed* diharapkan mampu menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan penerimaan orangtua wali terhadap program BIAS. Tujuan penelitian ini adalah mengaplikasikan model *precede-proceed* terhadap penerimaan program BIAS. Metode penelitian dengan metode kuantitatif melalui pendekatan *cross sectional*. Populasi dan sampel dalam penelitian ini berjumlah 115 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *nonprobability (total sampling)* sejumlah 115. Analisis data menggunakan *uji chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan *behavioral factors* yang berhubungan dengan penerimaan program BIAS terdiri dari *predisposing factor* meliputi pengetahuan ditunjukkan dengan nilai *p-value* 0,001 dan kepercayaan ditunjukkan dengan nilai *p-value* 0,001, sedangkan *reinforcing factor* yaitu dukungan keluarga ditunjukkan dengan nilai *p-value* 0,001. Sedangkan *enabling factor* pendidikan tidak berhubungan dengan penerimaan program BIAS ditunjukkan dengan nilai *p-value* 0,0917.

Kata Kunci: *predisposing, reinforcing, enabling*.

# **ACCEPTANCE OF THE PROGRAM OF IMMUNIZATION MONTHS FOR SCHOOL AGE CHILDREN (BIAS); THE APPLICATION OF THE PRECEDE-PROCEED THEORY**

**Sodikin<sup>1</sup>**

E-mail: sodikin\_kespro@yahoo.com; sodikinpwt21@gmail.com

<sup>1</sup>School of Nursing, Health Sciences Faculty, Muhammadiyah University of Purwokerto

<sup>1</sup>Doctoral Program Counseling of Development & Community Empowerment, Sebelas Maret University, Surakarta, Indonesia

## **ABSTRACT**

*Immunization obtained during baby is not enough to protect against disease, it is necessary advanced given to school age. Indonesian Ministry of Health through the decision of the Ministry of Health (Kepmenkes) 2017 article 7 decided that immunization advanced given to school age children are given in order to maintain the level of immunity and extend protection. Giving immunization on school age children through program of immunization months for school age children (BIAS). Pros and cons among parents of the BIAS program were need for further studied. Predisposing factor that to be the cause of this problem is still very little-known. Precede-proceed theory approach expected to explain the factors associated with the acceptance of the BIAS program. Purpose of the study was to apply the recede-proceed model to the acceptance of the BIAS program. Methods used was a qualitative study with a cross sectional design. Population and sample in this study were 115 respondents and employed sampling nonprobability sampling technique (total sampling, n= 115). Data analysis used the Chi-square test. The results showed that behavioral factors related to the acceptance of the BIAS program consisted of predisposing factors including knowledge, indicated by a p-value of 0.001 and trust indicated by a p-value of 0.001, while the reinforcing factor, namely family support, was indicated by a p-value of 0.001. While the enabling factor for education not related to the acceptance of the BIAS program is shown by the p-value of 0.0917.*

**Keywords:** *predisposing, reinforcing, enabling.*

## Pendahuluan

Menurut Undang - Undang Kesehatan Nomor 36 pasal 130 tahun 2009 dinyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi dan pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Penyelenggaraan imunisasi tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 pasal 1 tahun 2013 (Permenkes RI, 2017).

Imunisasi yang telah diperoleh pada waktu bayi belum cukup untuk melindungi terhadap penyakit PD3I (Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi) sampai usia anak sekolah. Penyelenggaraan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) ini berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI tahun 2017 pasal 7 memutuskan bahwa imunisasi lanjutan yang diberikan pada anak usia sekolah dasar sebagaimana ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar diberikan pada bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) yang diintegrasikan dengan usaha kesehatan sekolah (Permenkes RI, 2017). Kementerian Kesehatan memiliki target bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) sebesar 98%. Pada tahun 2017 Jawa Tengah lampau target Kemenkes yakni 99,61%. Meski demikian di tahun 2017 masih ada masyarakat di beberapa wilayah yang tidak ingin melakukan imunisasi pada anak-anak. Pada tahun 2017 masih ada sekitar 4.600-an anak kelas satu dan dua Sekolah Dasar yang belum terimunisasi saat bulan imunisasi anak sekolah dari sekitar 1,2 juta anak kelas satu dan dua yang telah terdata (Dinkes, 2018). Dinas Kesehatan Kabupaten Pabalingga memiliki target bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) sebesar 98%. Cakupan BIAS terendah ditemukan di Kecamatan Kutasari pada tahun 2017 dengan jumlah capaian imunisasi DT 93,2 % dan TD 94,5 %. Kecamatan Kutasari memiliki 27 Sekolah Dasar dan 12 Madrasah Ibtidaiyah. Pada tahun 2017 terdapat 87 orang tua khususnya di SDIT Nurul Huda Purbalingga menolak diimunisasi bulan imunisasi anak sekolah (BIAS). Bentuk penolakan di tuliskan dalam lembar kesediaan (*informed consent*) yang diberikan oleh petugas kesehatan puskesmas pada lembar bukti persetujuan orang tua.

Sikap pro dan kontra tentang imunisasi terus bergulir dari tahun ke tahun. Pada tahun 2016, MUI mengeluarkan fatwa MUI no.4 tahun 2016 tentang imunisasi. Termasuk dalam pemberian imunisasi pada program BIAS. Fatwa tersebut dijelaskan bahwa imunisasi pada dasarnya dibolehkan (*mubah*) sebagai bentuk ikhtiar untuk mewujudkan kekebalan tubuh (imunitas) dan mencegah terjadinya suatu penyakit tertentu. Imunisasi dengan vaksin yang haram dan/atau najis tidak dibolehkan kecuali, digunakan pada kondisi *al-dlarurat* atau *al-hajat*; belum ditemukan bahan vaksin yang halal dan suci serta adanya keterangan tenaga medis yang kompeten dan dipercaya bahwa tidak ada vaksin yang halal, walaupun MUI sudah menyatakan bahwa hukum imunisasi adalah diperbolehkan (*mubah*), akan tetapi masih ada masyarakat yang enggan untuk melakukan imunisasi (Sulistiyan, Shalihyah dan Cahyo. 2017).

Penelitian yang dilakukan oleh Ismail (2013) menunjukkan dari 73 responden, 63 responden pengetahuan baik, 30 responden memiliki sikap baik, dan ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) tidak ada hubungan sikap dengan pelaksanaan program imunisasi anak sekolah (BIAS). Hasil penelitian Garscia *et.al* (2018) menunjukan bahwa orang awam maupun aktor

kesehatan yang melaporkan bahwa penerimaan dan beberapa sumber dari keraguan adalah obat tradisional, penggunaan alkohol dan keyakinan agama muncul sebagai pendorong keraguan vaksin, cenderung diperkuat oleh ketidakpercayaan terhadap pengobatan barat. Wulandari dan Dwidiyanti (2017) memperoleh ibu-ibu memahami imunisasi dasar balita sebagai memasukkan kuman penyakit kedalam anak tubuh yang sehat. Mereka mengetahui macam-macam dari imunisasi.

Menurut mereka penyakit-penyakit tidak harus dicegah dengan imunisasi, melainkan dengan mengonsumsi bahan-bahan alami dan menghindari bahan-bahan kimia buatan mereka menolak imunisasi karena meragukan kehalalannya. Sulistiyani *et al.*, (2017) memperoleh hasil penelitian bahwa sebanyak 8 orang subjek penelitian menyatakan bahwa imunisasi boleh dilakukan. Lebih lanjut 10 orang yang lain percaya bahwa imunisasi haram karena masih meragukan kehalalan dari bahan pembuat imunisasi, sehingga mereka meninggalkan imunisasi. Pada keikutsertaan dalam kegiatan keagamaan tidak ada pengaruh yang besar antara keikutsertaan dalam kelompok keagamaan terhadap sikap imunisasi. Pada Keyakinan subjek penelitian 6 orang subjek penelitian menyatakan pengalaman dirinya setelah imunisasi yaitu anak menjadi panas dan rewel, biduran. Sebanyak 5 orang menyatakan anak menjadi lebih sering sakit dibandingkan anak lain yang tidak diimunisasi. Subjek penelitian lainnya tidak memiliki pengalaman sendiri. Pada keyakinan lingkungan sekitar subjek penelitian terdapat 6 dari 18 orang) subjek penelitian yang mengaku mendapatkan dukungan dari orang tua. Pada larangan dari lingkungan masyarakat untuk memberikan imunisasi dasar kepada anak terdapat 16 orang subjek penelitian menyatakan bahwa tidak ada larangan untuk memberikan imunisasi pada anak. Hanya ada 2 orang subjek yang mendapat larangan dari suami.

Melalui penerapan teori model *precede-proceed* pada penelitian ini dapat diketahui semua faktor yang mungkin berpengaruh terhadap status kesehatan yang diharapkan, termasuk dalam hal ini adalah penerimaan terhadap program BIAS. *Precede-proceed* memberikan langkah-langkah tambahan untuk mengembangkan kebijakan dan pelaksanaan serta proses evaluasi. Green (2005) membedakan dua hal pokok masalah kesehatan yaitu faktor perilaku (*behavioral factors*) dan faktor bukan perilaku (*non-behavioral factors*). Faktor perilaku (*behavioral factors*) ditentukan oleh faktor kecenderungan atau predisposisi (*predisposing factor*). *Predisposing factor* adalah faktor-faktor yang mempermudah atau kecenderungan terjadinya perilaku seseorang. Termasuk dalam *predisposing* faktor adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Selanjutnya faktor yang memungkinkan atau pendukung (*enabling factors*), yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. *Enabling factors* dari lingkungan fisik, prasarana dan sarana atau fasilitas kesehatan, misalnya sarana prasarana kesehatan seperti puskesmas, alat kesehatan dan obat-obatan, serta sumberdaya kesehatan, umur, status sosial, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya. Terakhir adalah faktor pendorong (*reinforcing factors*), yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengaplikasikan model *precede-proceed* pada penerimaan program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS).

## Teori dan Metode

Model atau teori tentang perilaku manusia dapat diterapkan untuk menganalisis kepercayaan dan sikap tentang perilaku kesehatan hingga perilaku sosial politik, termasuk dalam hal ini adalah pilihan penolong persalinan bagi istri. Salah satunya adalah model *precede-proceed* yang dinyatakan sebagai model yang kuat (Emilia, 2008). Model ini dapat digunakan untuk berbagai identifikasi perilaku, termasuk mengembangkan program promosi kesehatan (Emilia, 2008). Model perencanaan *precede-proceed* dapat diaplikasikan pada perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan (Sulaeman, Murti dan Waryana, 2015).

Model *precede-proceed* mempertimbangkan semua faktor yang mungkin berpengaruh terhadap status kesehatan yang diharapkan. *Precede-proceed* memberikan langkah-langkah tambahan untuk mengembangkan kebijakan dan pelaksanaan serta proses evaluasi.

Green (2005) membedakan 2 (dua) hal pokok masalah kesehatan yaitu faktor perilaku (*behavioral factors*) dan faktor bukan perilaku (*non behavioral factors*). Sulaeman (2016) menjelaskan faktor perilaku ditentukan oleh faktor kecenderungan atau predisposisi (*predisposing factor*). *Predisposing factor* adalah faktor-faktor yang mempermudah atau kecenderungan terjadinya perilaku seseorang. Termasuk dalam *predisposing factors* adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Selanjutnya faktor memungkinkan atau pendukung (*enabling factors*), yaitu faktor-faktor yang menungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. *Enabling factor* terdiri dari lingkungan fisik, prasarana dan sarana atau fasilitas kesehatan, misalnya sarana prasarana kesehatan seperti puskesmas, alat kesehatan dan obat-obatan, serta sumberdaya kesehatan, umur, status sosial ekonomi, pendidikan, dan sebagainya. Terakhir adalah faktor pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Termasuk dalam *reinforcing factor* adalah contoh dari tokoh masyarakat yang menjadi panutan, perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi atau rujukan dari perilaku masyarakat.

Jenis penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan desain *cross sectional* (potong lintang). *Cross sectional* adalah suatu pendekatan yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek dengan cara pendekatan, observasi maupun pengumpulan data dalam satu waktu. Observasi hanya dilakukan sekali saja dan pengukuran terhadap variabel penelitian dilakukan saat pemeriksaan. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket. Berupa daftar pertanyaan untuk mengeksplorasi determinan yang mempengaruhi penerimaan terhadap program bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), tingkat pengetahuan, kepercayaan, dan dukungan keluarga terhadap program BIAS. Populasi penelitian ini adalah orang tua anak SDIT Nurul Huda Purbalingga kelas 1 dan 2 yang berjumlah 145 anak. Teknik pengumpulan sampel yang digunakan adalah *nonprobability (total sampling)* sejumlah 115 responden. Analisa data menggunakan uji *chi-square*.

## Hasil dan Pembahasan

### 1. Analisis Univariabel

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 115 responden diketahui bahwa umur responden berada pada rentang usia 25-45 tahun sejumlah 106 (92,2%), jenis kelamin perempuan 80 (69,6%), sebagian besar berstatus bekerja 58 (50,4%), penghasilan responden dibawah UMR 86 (74,8%), jumlah anak yang menjadi tanggungan  $\leq 2$  anak 79 (68,7%), sebagian besar sudah mendapatkan informasi 74 (64,37%), dan tanggapan responden menolak 64 (55,7%) program imunisasi BIAS. Sebagian besar anak berusia  $\geq 7$  tahun 60 (52,2%), sedangkan anak  $\leq 7$  tahun hanya terdapat 55 (47,8) responden. Mayoritas anak berada pada kelas 2 sebanyak 61 (53,0%) , sedangkan anak kelas 1 sebanyak 54 (47,0%). Berdasarkan riwayat sakit, anak yang tidak mempunyai riwayat sakit 62 (53,9%), sedangkan anak yang mempunyai riwayat sakit karena imunisasi 52 (46,1%). Menurut hasil penelitian diperoleh bahwa orang tua yang memberikan imunisasi dasar pada anak tidak lengkap 68 (59,1%) dan yang memberikan imunisasi dasar lengkap 47 (40,9%). Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa sebagian besar orang tua tidak memberikan imunisasi BIAS secara lengkap 68 (59,1%), sedangkan yang memberikan imunisasi BIAS lengkap 47 (40,9%). Untuk jenis imunisasi yang di tolak oleh responden adalah sebagai berikut MR (*Measles Rubella*) 26 (22,6%), DT (*Diphtheria Tetanus*) sebanyak 2 (1,7%), TD (*Tetanus Diphtheria*) 1 (0,9%), Campak 13 (11,3%), TD (*Tetanus Diphtheria*) dan campak 5 (4,3%), DT (*Diphtheria Tetanus*), TD (*Tetanus Diphtheria*) dan campak 9 (7,8%), DT (*Diphtheria Tetanus*), TD (*Tetanus Diphtheria*), campak dan MR (*Measles Rubella*) 10 (8,7%) , sedangkan yang menerima semua jenis program BIAS 49 (42,6%).

### 2. Analisis Bivarabel

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan analisis data dengan uji *Chi square*. Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui hubungan faktor pengetahuan, pendidikan, kepercayaan dan dukungan keluarga dengan penerimaan terhadap program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) di SDIT Nurul Huda Purbalingga.

Tabel 1. Hubungan faktor pengetahuan, pendidikan, kepercayaan dan dukungan keluarga dengan penerimaan terhadap program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS)

|                   |                 | Penerimaan imunisasi BIAS |      |         |      |       |     | OR    | P value |
|-------------------|-----------------|---------------------------|------|---------|------|-------|-----|-------|---------|
|                   |                 | Menerima                  |      | Menolak |      | Total |     |       |         |
|                   |                 | n                         | %    | n       | %    | n     | %   |       |         |
| Pengetahuan       | Rendah          | 1                         | 5.6  | 17      | 94,4 | 18    | 100 | 0.055 | 0,000*  |
|                   | Tinggi          | 50                        | 51,5 | 47      | 48,5 | 97    | 100 |       |         |
| Pendidikan        | Rendah          | 26                        | 44.8 | 32      | 55,2 | 58    | 100 | 1.040 | 0,0917  |
|                   | Tinggi          | 25                        | 43.9 | 32      | 56,1 | 57    | 100 |       |         |
| Kepercayaan       | Tidak Percaya   | 13                        | 81.2 | 3       | 18,8 | 16    | 100 | 6,956 | 0,001*  |
|                   | Percaya         | 38                        | 38.4 | 61      | 61,6 | 99    | 100 |       |         |
| Dukungan Keluarga | Tidak Mendukung | 10                        | 21.3 | 37      | 78,7 | 47    | 100 | 0,178 | 0,000*  |
|                   | Mendukung       | 41                        | 60.3 | 27      | 39,7 | 68    | 100 |       |         |

\*Ket. Signifikan pada *p-value* = 0,05 n = 115.

Berdasarkan table 1 dari analisis dengan uji *Chi Square* diperoleh bahwa faktor pengetahuan berhubungan dengan penerimaan program BIAS. Faktor pendidikan nilai *p-value* lebih dari sebesar 0,05 hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan penerimaan program BIAS. Faktor kepercayaan berhubungan dengan penerimaan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS). Sedangkan faktor lain adalah dukungan keluarga juga memiliki hubungan dengan penerimaan program program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS).

## **1. Karakteristik responden**

### **a. Karakteristik orang tua**

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada SDIT Nurul Huda Purbalingga dengan 115 responden yang telah memenuhi syarat menjadi responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada usia 25-45 tahun yang menurut WHO adalah dari usia dewasa awal hingga dewasa akhir yaitu sebanyak 106 (92,2%) responden dan responden dengan usia >45 sebanyak 9 (7,8%) responden. Penelitian yang dilakukan oleh Aniek tahun (2009) menyebutkan bahwa umur 31 – 40 tahun, yaitu 16 (53,33 %), umur 20 – 30 tahun 11 (36,67 %), umur 41 – 50 tahun sejumlah 2 orang (6,67 %), dan sisanya seorang (3,33 %) usia  $\geq$  50 tahun. Berdasarkan penelitian didapatkan sebagian besar jenis berjenis kelamin perempuan 80 (69,6%) dan jenis kelamin laki-laki 35 (30,4%). Sebagian besar responden status pekerja 58 (50,4%). Sebagian besar responden berpenghasilan dibawah Upah Minimal Regional (UMR) Purbalingga yaitu Rp. 1.788.500 sebanyak 86 (74,8%) responden sedangkan responden memiliki berpenghasilan dibawah UMR 29 (25,2%). Penghasilan tidak memiliki hubungan penghasilan keluarga dengan imunisasi dasar lengkap pada balita (Fitriyanti, 2013). Sebagian besar tanggungan anak responden yaitu kurang dari 2 anak 79 (86,7%) dan responden yang lainnya memiliki tanggungan anak lebih dari 2 sebanyak 36 (31,3%).

Penelitian yang didapatkan bahwa dengan adanya program pemerintah yaitu berupa program Bulan Imunisasi Anak sekolah (BIAS) melalui Puskesmas Kutasari Kabupaten Purbalingga yang dilaksanakan di SDIT Nurul Huda Purbalingga pada bulan tertentu sesuai program pemerintah sebagian besar responden memberikan tanggapan menolak dengan adanya program pemerintah tersebut sebanyak 61 (55,7%), sedangkan responden yang lain menerima 51 (4,3%) responden. Jumlah anak dan usia ibu tidak memengaruhi kelengkapan imunisasi dasar anak (Tanjung *et al.*, 2017).

### **b. Karakteristik anak**

Bersadarkan hasil dari penelitian dengan jumlah responden 115 yang dilakukan di SDIT Nurul Huda Purbalingga didapatkan bahwa anak berusia lebih dari 7 tahun 60 (52,2%) dan anak berusia 7 tahun 55 (47,8). Mayoritas anak duduk di kelas 2 sebanyak 61 (53,0%) dan kelas 1 yaitu 54 (47,0%) responden. Hasil yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa sebagian besar anak yang tidak mempunyai riwayat sakit sebanyak 62 (53,9%) responden, sedangkan anak yang mempunyai riwayat sakit karena sistem imunnya yang tidak kuat untuk menahan masuknya bakteri atau virus kedalam tubuh sebanyak 52 (46,1%) responden. Hasil penelitian ditemukan bahwa sebagian besar orang tua yang memberikan imunisasi dasar pada anak tidak lengkap lebih banyak yaitu sebanyak 68 (59,1%) dibandingkan dengan orang tua yang memberikan imunisasi dasar lengkap hanya sebanyak 47 (40,9%). Hasil penelitian juga diperoleh bahwa mayoritas

orang tua yang memberikan imunisasi BIAS tidak lengkap lebih yaitu sebanyak 68 (59,1%) sedangkan yang lengkap 47 (40,9%).

## **2. Jenis imunisasi yang ditolak dimasyarakat**

Berdasarkan penelitian diperoleh mayoritas responden menolak jenis imunisasi MR (*Measles Rubella*) sebanyak 26 (22,6%) responden, sedangkan yang lainnya DT (*Diphtheria Tetanus*) sebanyak 2 (1,7%) responden. TD (*Tetanus Diphtheria*) sebanyak 1 (0,9%) responden. Campak Sebanyak 13 (11,3%) responden. TD (*Tetanus Diphtheria*) dan campak sebanyak 5 (4,3%) responden. DT (*Diphtheria Tetanus*), TD (*Tetanus Diphtheria*) dan campak sebanyak 9 (7,8%) responden. DT (*Diphtheria Tetanus*), TD (*Tetanus Diphtheria*), campak dan MR (*Measles Rubella*) sebanyak 10 (8,7%) responden dan yang menerima semua jenis program bulan imunisasi anak sekolah sebanyak 49 (42,6%) responden.

Menurut Prabandi, Musthafa dan Kusumawati (2018) orang tua yang menolak pemberian imunisasi MR (*Measles Rubella*) dikarenakan kesadaran orang tua terhadap pentingnya imunisasi bagi anak masih rendah, isu yang beredar bahwa imunisasi MR (*Measles Rubella*) mengandung vaksin yang berbahaya, dan status kehalalan vaksin. Pada fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) Nomor 33 tahun 2018 yang menyatakan bahwa para ulama bersepakat untuk membolehkan (mubah) penggunaan vaksin Measles Rubella (MR) yang merupakan produk dari *Serum Institute of India* (SII) untuk program imunisasi saat ini. Keputusan tersebut didasarkan pada tiga hal yaitu kondisi darurat syar'iyah, keterangan dari ahli yang kompeten dan dipercaya menyatakan bahwa terdapat bahaya yang bisa timbul bila tidak diimunisasi, dan belum ditemukan adanya vaksin MR yang halal dan suci hingga saat ini.

## **3. Hubungan faktor pengetahuan dengan penerimaan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS)**

Berdasarkan hasil penelitian responden berpengetahuan rendah 17 (94,4%), dan pengetahuan tinggi 50 (51,5%). Nilai *Odds Ratio* (OR) 0,055 hal ini dapat artikan bahwa orang tua dengan pengetahuan rendah berpeluang 0,055 kali lebih besar untuk menolak dengan adanya program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) dibandingkan dengan orang tua berpengetahuan tinggi. Menurut Ismail (2013) dan Saddam (2013) menyebutkan ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan bulan imunisasi anak sekolah (BIAS), sedangkan sikap tidak memiliki hubungan dengan pelaksanaan bulan imunisasi anak sekolah menyebutkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan orang tua dengan pelaksanaan bulan imunisasi anak sekolah. Penelitian Senewe *et al.*, (2017) mendukung hasil penelitian ini bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan tingkat kepatuhan imunisasi dasar yang baik. Hasil berbeda didapatkan dari penelitian Kantohe *et al.*, (2019) tidak didapatkan pengaruh antara tingkat pendidikan, umur, dan pengetahuan orang tua akan imunisasi MR, serta urutan kelahiran anak terhadap minat imunisasi MR. Melina (2012) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan tentang imunisasi dengan perilaku pemberian imunisasi dasar. Tidak adanya hubungan tersebut karena pengetahuan bukan satu-satunya faktor yang akan mempengaruhi perilaku ibu, sebab perilaku akan dipengaruhi oleh banyak banyak faktor pendidikan, kepercayaan, sarana dan prasarana, sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan petugas kesehatan.

Pengetahuan merupakan faktor yang dapat membuat perubahan yang diinginkan dalam lingkungan atau perilaku yang mungkin (Sulaeman, 2014). Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi atau *predisposing factors* (Sarwono, 2004). Pengetahuan tentang risiko kesehatan dan manfaat kesehatan adalah faktor internal individu yang akan mempengaruhi seseorang dalam perubahan perilaku. Individu yang kurang pengetahuan tentang perilaku kesehatan akan dapat dipengaruhi oleh gaya hidup maka mereka tidak memiliki cukup motivasi dan alasan untuk melakukan perubahan perilaku kesehatan (Bandura, 2004).

#### **4. Hubungan faktor pendidikan dengan penerimaan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS)**

Berdasarkan hasil penelitian pendidikan yang tinggi dari SMA - Perguruan tinggi sebanyak 32 (56,1%) dan responden dengan pendidikan yang rendah dari SD-SMP sebanyak 32 (55,2%). Hasil analisis diketahui *p-value* 0,917 dan nilai Odds Ratio (OR) sebesar 1,040 artinya orang tua yang mempunyai pendidikan yang tinggi beresiko 1,040 kali lebih besar untuk menolak dengan adanya program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) dibandingkan dengan orang tua yang mempunyai pendidikan rendah. Berdasarkan analisis diketahui nilai *p-value* 0,917 dapat diartikan pendidikan tidak berhubungan dengan penerimaan program BIAS. Pendidikan yang tinggi tidak dapat menjamin keputusan yang akan diputuskan oleh orang tua untuk mengimunitasikan anaknya. Penelitian Tanjung *et al.*, (2017), menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan ketepatan jadwal mengikuti imunisasi. Fitriyanti (2013) menemukan hal bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan imunisasi dasar lengkap pada balita. Hal ini terjadi karena pengetahuan responden tentang pentingnya imunisasi dasar tidak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang imunisasi dasar diperoleh dari penyuluhan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan setempat. Siregar (2007) berpendapat bahwa pengetahuan seseorang bukan hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, karena pengetahuan tidak hanya didapat dari bangku sekolah, namun pengetahuan lebih banyak diperoleh dari pengalaman hidup dan informasi yang diperoleh. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat dipengaruhi seberapa banyak informasi yang diperolehnya baik secara langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh kecepatan seseorang dalam menerima informasi yang diperoleh, sehingga semakin banyak seseorang memperoleh informasi maka semakin baiklah pengetahuannya, sebaliknya semakin kurang informasi yang diperoleh, maka semakin kurang pengetahuannya. Informasi tersebut dapat diperoleh melalui media massa dan elektronik serta tenaga kesehatan dan penyuluhan-penyuluhan kesehatan.

#### **5. Hubungan faktor kepercayaan dengan penerimaan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS)**

Berdasarkan hasil penelitian dari 115 responden kepercayaan terhadap imunisasi terbagi menjadi tidak percaya 13 (81,2%) dan percaya 61 (61,6%).

Hasil analisis diketahui *p-value* 0,001, hal ini dapat disimpulkan bahwa secara statistik kepercayaan memiliki hubungan dengan penerimaan program BIAS. Berdasarkan hasil analisis didapatkan nilai *Odds Ratio* (OR) 6,956 artinya orang tua yang mempunyai kepercayaan yang tidak percaya beresiko 6,956 kali lebih besar untuk

menerima dengan adanya program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) dibandingkan dengan orang tua yang percaya. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang percaya mempunyai tanggapan bahwa imunisasi hukumnya haram dan tidak mempercayai dengan adanya fatwah yang sudah dikeluarkan oleh MUI No.4 tahun 2016 tentang imunisasi yang mengatakan bahwa imunisasi yang diberikan untuk anak sekolah hukumnya mubah (diperbolehkan) selagi belum ada pengganti imunisasi tersebut maka semakin berpeluang responden untuk menolak adanya program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) dari pemerintah. Garscia *et.al* (2018) menyebutkan bahwa orang awam maupun aktor kesehatan yang melaporkan bahwa penerimaan dan beberapa sumber dari keraguan adalah obat tradisional, penggunaan alkohol dan keyakinan agama muncul sebagai pendorong keraguan vaksin, cenderung diperkuat oleh ketidakpercayaan terhadap pengobatan barat. Penelitian Ahmed, *et al* (2014) menunjukkan bahwa setelah beberapa agama Islam dari beberapa kelompok saling berdiskusi untuk membahas hukum Islam dalam imunisasi polio dan pandangan dari para intelektual agama memutuskan bahwa mendukung imunisasi dengan cara membuat “legalitas keputusan” di Islam. Tapi masih ada yang tidak mendukung karena masih ragu-ragu bercampur takut mengenai dampak imunisasi terhadap kesehatan anak-anaknya. Sarwono (2004) memasukkan kepercayaan sebagai salah satu faktor predisposisi (*predisposing factors*). Kepercayaan merupakan faktor perilaku yang akan berpengaruh terhadap kesehatan baik individu ataupun masyarakat.

#### **6. Hubungan faktor dukungan keluarga dengan penerimaan program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS)**

Berdasarkan hasil analisis variabel dukungan keluarga didapatkan bahwa tidak mendapat dukungan keluarga 37 (78,7%) dan mendapat dukungan 41 (60,3%). Adapun nilai *Odds Ratio* (OR) 0,178 artinya orang tua yang tidak mendapat dukungan keluarga beresiko 0,178 kali lebih besar untuk menolak program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) dibandingkan dengan orang tua yang mendapat dukungan keluarga. Sri dan Heni (2018) menyebutkan bahwa ibu yang mendapatkan dukungan keluarga lebih patuh melakukan imunisasi dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan dukungan keluarga. Dengan kata lain ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu dalam melakukan imunisasi dasar (Hidayah *et al.*, 2018). Hal ini juga didapatkan dari penelitian Fitriyanti (2013) menunjukkan hasil penelitian bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan imunisasi dasar lengkap pada balita.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Keseluruhan elemen tersebut terwujud dalam bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan (Friedman, 2010). Pengaruh keluarga terhadap pembentukan sikap sangat besar karena keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan anggota keluarga yang lain. Apabila sikap keluarga terhadap imunisasi kurang begitu merespon dan bersikap tidak menghiraukan pelaksanaan kegiatan imunisasi tidak akan dilakukan oleh ibu bayi karena tidak ada dukungan oleh keluarga. Dukungan keluarga masuk dalam komponen *reinforcing factor* yaitu dukungan keluarga. Menurut WHO (2003) dukungan sosial dan

hubungan sosial yang baik akan memberikan sumbangan penting bagi kesehatan. Dukungan sosial membantu dalam pemenuhan sumber-sumber emosional dan praktis seseorang.

Dengan adanya dukungan jaringan sosial dalam berkomunikasi dan hubungan saling menguntungkan akan membuat seseorang merasa diperhatikan, dicintai, berharga dan bernilai. Dukungan sosial memiliki efek perlindungan yang luar biasa terhadap kesehatan. Hubungan yang saling mendukung kemungkinan akan memberikan dorongan bagi bentuknya pola-pola perilaku yang lebih sehat.

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian dan analisis yang dilakukan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden pada orang tua sebagian besar berada pada usia 25-45 tahun yang menurut WHO adalah dari usia dewasa awal hingga dewasa akhir yaitu sebanyak 106 (92,2%) responden dan responden dengan usia >45 sebanyak 9 (7,8%) responden. Jenis kelamin responden adalah perempuan 80 (69,6%) responden. Penghasilan responden sebagian besar adalah kurang dari UMR sebanyak 86 responden (74,8%). Tanggungan anak sebagian adalah kurang dari 2 anak sebanyak 79 responden (68,7%). Responden sebagian besar sudah mendapatkan informasi sebanyak 74 responden (64,3%). Tanggapan responden sebagian besar adalah menolak sebanyak 64 responden (55,7%). Karakteristik umur anak responden sebagian besar adalah lebih dari 7 tahun sebanyak 60 (52,2%) responden. Kelas anak responden sebagian besar adalah kelas 2 sebanyak 61 (53,0%) responden. Penyakit anak responden sebagian besar adalah tidak ada penyakit sebanyak 62 (53,9%) responden. Imunisasi dasar anak responden sebagian besar adalah tidak lengkap 68 (59,1%) responden. Imunisasi bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) sebagian besar adalah tidak lengkap sebanyak 68 (59,1%) responden.
2. Jenis imunisasi yang ditolak (tidak diterima) oleh masyarakat sebagian besar yaitu imunisasi Measles Rubella (MR) sebanyak 26 (22,6%) responden.
3. Hasil penelitian menunjukkan *behavioral factors* yang berhubungan dengan penerimaan program BIAS terdiri dari *predisposing factor* meliputi pengetahuan dan kepercayaan, sedangkan *reinforcing factor* yaitu dukungan keluarga. Sedangkan *enabling factor* pendidikan tidak berhubungan dengan penerimaan program BIAS.

## Daftar Pustaka

- Ahmed S, et al. (2014). Resistance To Polio Vaccination In Some Muslim Communities And The Actual Islamic Perspectives". *Research J. Pharm and Tech.* 7(4). Pp 1-2.
- Aniek Arfianti. (2009). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Imunisasi Campak di Kabupaten Tegal*. Fakultas Ilmu Keolahragaan: Universitas Negeri Semarang.

- Bandura A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*. Vol. 31 (2); 143-164.
- Dinkes Jateng. (2018). Semarang: Tribun Jateng.
- Dinkes Purbalingga. (2017). *Profil Kesehatan Pubalingga*. Dinkes Purbalingga.
- Emilia, O. (2008). *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*. Pustaka Cendekia.Press. Yogyakarta.
- Fitriyanti. (2013). *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Balita di Desa Botubarani Kecamatan Kabila Bone Kabupaten Bone Bolango*. Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan dan Keolahragaan. Universitas Negeri Gorontalo.
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Garcia et al. (2018). *Factors Influencing Acceptance and Histancy in Thee Informal Settlementsin Lusaka Zambi. Journal homepage: www.elesevier.com/locate/vaccine*. Vol 36 No 37
- Gayuh. (2018). *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Ibu Terhadap Imunisasi Measles Rubella Pada Anak Sd Di Desa Gumpang, Kecamatan Kartasura, Kabupaten Sukoharjo*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal) volume 6, nomor 4, agustus 2018 (ISSN: 2356-3346).
- Hidayah, Nurul; Sihotang Hetty Maria & Lestari Wanda. (2018). Faktor yang berhubungan dengan imunisasi dasar lengkap pada bayitahun 2017. *Jurnal Endurance*. Vol 3 (1). pp 153-161.
- Ismail. (2013). Hubungan pengetahuan dan sikap orang tua dengan pelaksanaan bulan imunisasi anak sekolah kelas 1 dan 2 di SD Al-Falah Jambi. *Jambi Medical Journal*. Vol. 1, No 2.
- MUI. (2016). *Imunisasi*. Jakarta: Majelis Ulama Indonesia.
- Kantohe, Tristan., V.M; Rampengan, Novie H & Manik, Max F.J. (2019). Faktor-faktor yang memengaruhi minat imunisasi measles rubella (MR) di Kecamatan Malalayang, Manado. *Jurnal Medik dan Rehabilitasi (JMR)*, Vol. 1 (3), pp 1-6.
- Melina, Fitria (2012). Hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dan perilaku ibu dalam mendapatkan imunisasi dasar pada balita di Posyandu Cempaka 1 dusun 08 Janten Ngestiraharjo Kasihan Bantul tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*. Vol. 3 (2), pp 121-129.
- Notoatmodjo. (2003). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permenkes RI. (2017). *Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Prabandari, Gayuh Mustika; Musthofa, Syamsulhuda Budi & Kusumawati, Aditya. (2018). Beberapa faktor yang berhubungan dengan penerimaan ibu terhadap imunisasi Measles Rubella pada anak SD di Desa Gumpang Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 6 (4), pp 573-581.

- Senewe, M dkk. (2017). *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Dasar Di Puskesmas Tongkaina Kecamatan Bunaken Kota Madya Manado*. (1 Februari 2017).
- Sarwono, S. (2004). *Sosiologi Kesehatan Beberapa Aplikasinya*. Yogyakarta.Gadjah Mada University Press.
- Sri dan Heni. (2018). *Hubungan Antara Pendidikan, Pengetahuan, Dukungan Keluarga Dan Peran Tenaga Kesehatan Dengan Kepatuhan Ibu Dalam Melakukan Imunisasi Dasar Pada Bayi Usia 0-12 Bulan Di Desa Aweh Kabupaten Lebak Provinsi Banten*. Universitas Nasional Jakarta
- Sulistiyani, Shaluhiah & Cahyo. (2017). Gambaran Penolakan Masyarakat Terhadap Imunisasi Dasar Lengkap Bagi Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 5 No. 5.
- Tanjung, Ika Citra Dewi; Rohmawati, Lili & Sofiyani, Sri. (2017). Cakupan imunisasi dasar lengkap dan faktor yang memengaruhi. *Sari Pediatri*. Vol. 19 (2), pp 86-90.
- Suleman, E.S. (2013). *Pembelajaran Model dan Teori Perilaku Kesehatan Konsep dan Aplikasi*. Surakarta. UNS Press.
- Sulaeman, E.S, Murti, B dan Waryana. (2015). Aplikasi Model Precede Proceed pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Kedokteran YARSI* Vol. 23, No.3, pp 149-164.
- Wulandari dan Dwidiyanti. (2017). Pengetahuan dan Persepsi Ibu Yang Menolak Pemberian Imunisasi Dasar Balita. *Indonesian Journal On Medical Science*. Vol 4 No 1.
- WHO. (2003). *Social determinant of Health: The Solid Facts*, 2<sup>nd</sup> ed., Copehagen: WHO Regional Office for Europe.

# HUBUNGAN ASUPAN SERAT DAN AKTIVITAS FISIK DENGAN TEKANAN DARAH PADA LANJUT USIA

**Ivan Panji Teguh**

Program Studi S2 Ilmu Gizi, Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta,  
Jl Ir Sutami No 36A Ketingan Surakarta  
Email: Ivan\_Panjiteguh@yahoo.com

**Diffah Hanim**

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta,  
Jl Ir Sutami No 36A Ketingan Surakarta  
Email: Diffah@staff.uns.ac.id

**Suminah**

Fakultas Pertanian Universitas Sebelas Maret Surakarta,  
Jl Ir Sutami No 36A Ketingan Surakarta  
Email: suminah@staff.uns.ac.id

## ABSTRAK

Lanjut usia (lansia) merupakan kondisi yang sering mengalami penurunan kondisi fisik dan peningkatan penyakit kronis yang berdampak pada status kesehatannya. Salah satu penyakit yang sering dialami oleh lansia adalah hipertensi. Hipertensi dapat dikontrol dengan asupan serat yang baik dan aktifitas yang cukup. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan asupan serat dan aktifitas fisik dengan tekanan darah pada lansia. Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* yang melibatkan 175 lansia usia  $\geq 60$  tahun di Kabupaten Klaten. Data asupan serat diperoleh dari hasil wawancara recall menggunakan kuesioner *recall* 24 jam, data aktifitas fisik didapat menggunakan kuesioner PASE (*Physical Activity Scale for Elderly*) dan data tekanan darah didapat dengan melakukan pengukuran darah pada responden. Data dianalisis menggunakan *Rank spearman* dengan  $p\text{-value} < 0,05$ . Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara asupan serat dengan tekanan darah pada lansia ( $p = 0.003$ ) dengan korelasi koefisien sebesar 0.222. sedangkan aktifitas fisik juga menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan tekanan darah pada lansia ( $p = 0.020$ ) dengan korelasi koefisien sebesar 0.176. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi asupan serat dan aktifitas fisik berkorelasi secara negatif terhadap resiko terjadinya hipertensi pada lansia.

**Kata kunci :** Asupan Serat, Aktivitas Fisik, Hipertensi, Lanjut Usia

## ABSTRACT

*Elderly is a condition that frequently experienced a physical condition decrease and develop chronic disease that impact on health status. One of the diseases that is often experienced by elders is hypertension. Hypertension can be controlled by adequate fiber dietary and regular physical exercises. The aim of this study was to analyze the relation between fiber consumption and physical activity, and elders' blood pressure. This research was a cross-sectional study which involved 175 elderly people under 60 years old in Klaten Region. Data of fiber consumption were obtained by interviewing using a 24-hour-recall questionnaire, and physical activity data were obtained by using PASE questionnaire (Physical Activity Scale for Elderly) and blood pressure data were obtained by taking sample of respondents' blood measurements. Data were analyzed by using Spearman's Rank with  $p$  value  $<0.05$ . The results showed that there was a significant relation between fiber consumption and blood pressure in elderly ( $p = 0.0003$ ) with correlation coefficient 0.222, moreover physical activity also showed a relation with blood pressure ( $p = 0.020$ ) with correlation coefficient 0.176. The research data described that high fiber intake and physical activity negatively correlate to the risk of hypertension in the elderly.*

**Keywords:** *Fiber Intake, Physical Activity, Hypertension, Elderly*

## Pendahuluan

Lanjut usia (lansia) merupakan orang yang berumur diatas 60 tahun (Ariati *et al*, 2017). Pada masa ini seseorang akan mengalami proses penuaan dan perubahan fisik (Nugroho, 2000). Penuaan sering dikaitkan dengan peningkatan jumlah kondisi penyakit kronis dan kelemahan fisik yang bisa berdampak negatif terhadap status kesehatan (Anderson *et al*, 2011). Semakin bertambahnya umur fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses penuaan sehingga masalah-masalah yang berkaitan dengan usia lanjut akan lebih memerlukan perhatian. Salah satu penyakit yang banyak terjadi pada lansia ialah hipertensi (Jayanti *et al*, 2015). Hipertensi merupakan penyakit yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah arteri lebih dari normal (Frilyan, 2010). Hipertensi terjadi karena perubahan struktur dan menurunnya elastisitas pembuluh darah (Hasan, 2013). Tingkat kekambuhannya hipertensi dapat diminimalisasi dengan cara menjaga gaya hidup berupa asupan makanan yang seimbang serta aktivitas fisik yang cukup (Dalimartha, 2008).

Gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian hipertensi pada lansia. Menurut ahli geriatri diperkirakan 30-50% faktor gizi berperan dalam mencapai dan mempertahankan keadaan sehat (Buys *et al*, 2014). Salah satu dari faktor resiko hipertensi adalah kekurangan asupan serat. Menurut Lestari (2012), serat dapat menurunkan kejadian hipertensi karena berkaitan dengan asam empedu. Serat pangan mampu mengurangi kadar kolesterol yang bersirkulasi dalam plasma darah, mencegah penyerapan kolesterol di dalam usus, dan meningkatkan pengeluaran asam empedu lewat feses. Pada lansia dengan kelebihan berat badan berisiko lebih besar menderita hipertensi dibandingkan dengan orang yang kurus, hal ini dikarenakan lansia dengan obesitas akan cenderung mengonsumsi makanan yang tinggi lemak (Thompson, 2011).

Selain faktor asupan serat, hipertensi pada lansia juga bisa terjadi karena faktor lain seperti kurangnya aktivitas fisik (Hasan, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Annesi et al (2013) menunjukkan bahwa obesitas, kurang aktivitas fisik dan pola makan yang buruk sangat berkaitan dengan kejadian hipertensi. Aktivitas fisik yang dilakukan secara rutin sangat bermanfaat untuk menghambat proses degeneratif. Aktivitas fisik mampu menjaga tubuh lanjut usia agar tetap bugar dan segar, karena aktivitas fisik mampu melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung bekerja secara optimal dan mampu menangkal radikal bebas yang ada di dalam tubuh (Widianti, 2010). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa aktivitas fisik yang rutin mampu menurunkan kecemasan, meningkatkan konsentrasi dan membuat tidur lebih nyenyak penderita hipertensi (Bueno et al, 2017). Berdasarkan latar belakang diatas maka perlu adanya kajian tentang hubungan asupan serat, aktivitas fisik dan tekanan darah pada lansia.

## Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah lanjut usia usia  $\geq 60$  tahun yang tinggal di wilayah puskesmas Kabupaten Klaten Jawa Tengah. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 175 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Purposive Random Sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah lansia usia  $\geq 60$  tahun. Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah lansia yang tinggal di panti atau lembaga perawatan, sakit hingga tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik ketika penelitian berlangsung. Instrumen pengambilan data menggunakan kuesioner *recall 24 hours*, kuesioner PASE (*Physical Activity Scale for Elderly*) (Logan et al, 2013), sedangkan data hipertensi diperoleh dari pengukuran tensi darah responden. Data yang diperoleh dianalisis univariat secara deskriptif dan dianalisis bivariat menggunakan uji *Rank Spearman* ( $\alpha=0.05$ ). Uji yang digunakan menggunakan *rank spearman* untuk melihat hubungan dan korelasi antara variabel yang diteliti. Karena data yang digunakan berupa kategorikal maka tidak dilakukan uji normalitas.

## Hasil Penelitian

### Karakteristik Responden

Tabel 1. Analisis Univariat Karakteristik Responden ( $n = 175$ )

| Variabel      | Kategori         | n   | %    |
|---------------|------------------|-----|------|
| Jenis Kelamin | Laki-laki        | 77  | 44   |
|               | Perempuan        | 98  | 56   |
| Pendidikan    | SD               | 120 | 68.6 |
|               | SMP              | 16  | 9.1  |
|               | SMA              | 23  | 13.1 |
|               | S1               | 16  | 9.1  |
| Pekerjaan     | IRT/Pengangguran | 70  | 40   |
|               | Pegawai Swasata  | 36  | 20.6 |
|               | Buruh            | 44  | 25.1 |
|               | Wirausaha        | 25  | 14.3 |

Sumber : (Data Primer, 2019)

Berdasarkan data pada Tabel 1, dapat diketahui bahwa jumlah lansia yang terlibat dalam penelitian mayoritas adalah perempuan dengan presentase sebesar 56%. Sedangkan berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas lansia berpendidikan lulusan SD dengan presentase 68.6% dan mayoritas pekerjaan lansia dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga atau pengangguran dengan presentase 40%.

### Analisis Hubungan Asupan Serat dengan Tekanan Darah pada Lansia

Tabel 2. Hubungan Asupan Serat dengan Tekanan Darah pada Lansia

| Variabel     | Tekanan Darah |        |        | p*    | r**   |
|--------------|---------------|--------|--------|-------|-------|
|              | Rendah        | Normal | Tinggi |       |       |
| Asupan Serat |               |        |        |       |       |
| - Lebih      | 0             | 6      | 1      | 0.003 | 0.222 |
| - Baik       | 1             | 12     | 4      |       |       |
| - Kurang     | 2             | 70     | 79     |       |       |

Sumber : (Data Primer, 2019)

\*Signifikan pada  $\alpha = 0.05$ , dengan menggunakan uji *rank spearman*.

\*\*Correlation Coefficient

Pada Table 2 dapat diketahui bahwa lansia pada penelitian ini cenderung memiliki asupan serat yang rendah. Berdasarkan analisis bivariat, diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara asupan serat dengan tekanan darah pada lansia ( $p = 0,003$ ) dengan korelasi koefisien sebesar 0.222 memiliki korelasi positif. Hal ini menunjukkan bahwa lansia yang memiliki asupan serat lebih tinggi akan memiliki tekanan darah yang lebih baik dibandingkan lansia yang memiliki asupan serat lebih rendah.

### Analisis Hubungan Aktivitas Fisik dengan Tekanan Darah pada Lansia

Tabel 3. Hubungan Aktivitas Fisik dengan Tekanan Darah pada Lansia

| Variabel        | Tekanan Darah |        |        | p*    | r**   |
|-----------------|---------------|--------|--------|-------|-------|
|                 | Rendah        | Normal | Tinggi |       |       |
| Aktivitas Fisik |               |        |        |       |       |
| - Tinggi        | 2             | 55     | 39     | 0.020 | 0.176 |
| - Sedang        | 1             | 27     | 33     |       |       |
| - Rendah        | 0             | 6      | 12     |       |       |

Sumber : (Data Primer, 2019)

\*Signifikan pada  $\alpha = 0.05$ , dengan menggunakan uji *rank spearman*.

\*\*Correlation Coefficient

Pada Table 3 diketahui bahwa lansia pada penelitian ini memiliki aktivitas fisik yang tinggi. Berdasarkan analisis bivariat, diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia ( $p = 0,020$ ) dengan

korelasi koefisien sebesar 0.176 memiliki korelasi positif. Hal ini menunjukkan bahwa lansia yang memiliki aktivitas fisik lebih tinggi akan memiliki tekanan darah yang baik dibandingkan lansia yang memiliki aktivitas fisik lebih rendah.

## **Pembahasan**

Hasil penelitian asupan serat terhadap tekanan darah menunjukkan ada hubungan yang bermakna. Asupan serat pada subjek penelitian ini menunjukkan mayoritas memiliki asupan yang rendah, Hasil ini sejalan dengan laporan hasil Riskesdas (2013), menunjukkan 93,6% masyarakat Indonesia kurang mengonsumsi serat. Serat berkaitan dengan pencegahan terjadinya hipertensi adalah jenis serat kasar (*crude fiber*) (Frilyan, 2010). Asupan serat yang cukup dapat mempercepat ekskresi sisa-sisa makanan yang ada di saluran pencernaan untuk dikeluarkan. Secara fisiologis serat makanan berfungsi untuk mengatur kolesterol darah dan mengurangi terjadinya hipertensi (Susmiati, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Habibillah (2019), juga menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara asupan serat dengan hipertensi. Asupan serat yang rendah mengakibatkan minimnya ekskresi asam empedu melalui feses, hal ini mengakibatkan bertambahnya absorpsi kolesterol yang berasal dari hasil sisa asam empedu. Banyaknya kolesterol yang beredar di dalam darah dapat meningkatkan penumpukan lemak di pembuluh darah dan menghambat aliran darah yang berdampak pada peningkatan tekanan darah (Thompson, 2011).

Hasil penelitian aktivitas fisik terhadap tekanan darah menunjukkan ada hubungan yang bermakna. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mutiarawati (2009), yang menunjukkan bahwa seseorang yang jarang melakukan aktivitas fisik memiliki risiko menderita hipertensi 39 kali dibandingkan seseorang dengan aktivitas sedang. Kerja otot memiliki peran yang sangat penting dalam melakukan aktivitas fisik dan pengaruhnya terhadap tekanan darah. Pada saat otot bekerja akan terjadi penurunan resistensi pembuluh darah perifer melalui dilatasi arteri. Besarnya penurunan resistensi tergantung pada aktivitas yang dilakukan. Semakin besar beban aktivitas yang dilakukan, maka semakin besar pula ketegangan otot dan tekanan pada pembuluh darah intramuskular. Mekanisme lain yang diduga berhubungan dengan tekanan darah ialah melalui stress oksidatif dan peradangan (Diaz, 2013). Pada penderita hipertensi dianjurkan untuk melakukan aktivitas yang lebih mementingkan dinamisme dan daya tahan tubuh, seperti lari, renang dan bersepeda (Ridjab, 2007).

## **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa asupan serat dan aktifitas fisik memiliki hubungan yang bermakna terhadap tekanan darah pada lansia. Pada penelitian ini menunjukkan asupan serat dan aktifitas yang lebih tinggi akan menurunkan resiko terjadinya hipertensi pada lansia.

## Daftar Pustaka

- Anderson A, Verrill L, Sahyoun N. (2011). Food Safety Perceptions and Practices of Older Adults. *Public Health Reports*; 126:220-7.
- Annesi, James J. (2013). Association of Multimodal Treatment-Induced Improvements in Stress, Exercise Volume, Nutrition, and Weight with Improved Blood Pressure in Severely Obese Women. *International Journal of Behavioral Medicine*; 20(3) 397-402.
- Ariati NN, Gumala NMYG, Nursanyoto H. (2017). Hubungan Konsumsi Makronutrien dengan Resiko Penuaan Dini pada Lansia Yang Mengikuti Senam Lansia di Posyandu Kabupaten Ganyar. *Jurnal Sangkareang Mataram*; 3(2):34-7.
- Bueno DR, Marucci MDFN, Gobbo LA, deAlmeida-Roediger M, deOliveira Duarte YA, Lebrão ML. (2017). Expenditures of medicine use in hypertensive/diabetic elderly and physical activity and engagement in walking: cross sectional analysis of SABE Survey. *BMC geriatrics*; 17(1):70.
- Buys DR, Roth DL, Ritchie CS, Sawyer P, Allman RM, Funkhouser EM, Hovater M. (2014). Nutritional Risk and Body Mass Index Predict Hospitalization, Nursing Home Admissions, and Mortality in Community-Dwelling Older Adults: Results From the UAB Study of Aging With 8.5 Years of Follow-Up. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 69(9):1146-53.
- Dalimartha S. (2008). Care Your Self Hipertensi. Jakarta. *Penebar Plus*.
- Diaz KM, Shimbo D. (2013). Physical Activity and the Prevention of Hypertension. *Curr Hypertens Rep*; 15:659–68.
- Frilyan. (2010). Faktor- faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Usia Lanjut di Tangerang. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2007, Masalah Hipertensi di Indonesia, Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Habibillah KP, Rusjiyanto SKM. (2019). Hubungan Asupan Protein, Serat dan IMT dengan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Instalasi Rawat Jalan RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo (*Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta*).
- Hasan I, Syafei Z. (2013). Perbedaan Nilai Tekanan Darah Lansia dengan Hipertensi Sebelum dan Sesudah Olahraga Senam pada Lansia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*; 1(1).
- Jayanti RR, Imanto M, Isti D. (2015). Hipertensi dan Status Gizi Kurang sebagai Faktor Ketidakseimbangan Postural Lansia. *Jurnal Majority*; 4(9):69-72.
- Lestari AP, Hesti MR. (2012). Pengaruh Pemberian Jus Tomat (*Lycopersicum Commune*) Terhadap Tekanana Darah Wanita Postmenopause Hipertensif. *Journal of Nutrition Collage*; 1:26-37.
- Logan SL, Gottlieb BH, Maitl SB, Meegan D, Spriet LL. (2013). The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) Questionnaire; Does it Predict Physical Health? *J Environ Res Public Health*; 10(9):3967–86.

- Mutiarawati R. (2009). Hubungan Antara Riwayat Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi Pada Usia 45-54 Tahun Study Di Wilayah Kelurahan Tlogosari Kulon Semarang Tahun 2009. Abstrak. Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
- Nugroho HW. (2000). Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. *Kedokteran EGC*. Jakarta.
- Ridjab DA. (2007). Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Tekanan Darah. *Majalah Kedokteran Atmajaya*; 4(2).
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. *Jakarta*.
- Susmiati. (2007). Peran Serat Makanan Dari Aspek Pemeliharaan Kesehatan Pencegahan dan Terapi Penyakit. *Majalah Kedokteran Andalas*; 2(31).
- Thompson JL, Manore MM, Voughan LA. (2011). Science of Nutrition. 2nd ed. USA: *Pearson Education Inc*;126- 7.
- Widianti. (2010). Senam Kesehatan. Yogyakarta: *Kuha Medika*.

# **UPAYA MENINGKATKAN KESEHATAN SANTRI MELALUI EDUKASI KESEHATAN REPRODUKSI DI PONPES K.H. GALANG SEWU TEMBALANG SEMARANG**

**Priyadi Nugraha Prabamurti**

Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia  
Email: priyadinugraha@gmail.co.id

**Aditya Kusumawati**

Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia  
Email: aditya.kusumawati@gmail.co.id

## **ABSTRAK**

Remaja santri akan mengalami perilaku berisiko bila tidak memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi. Mitra kerja kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah Ponpes K.H. Galang Sewu Tembalang Semarang, yang bermasalah dalam pemberian edukasi kesehatan reproduksi bagi santri. Budaya di masyarakat menganggap pendidikan kesehatan reproduksi masih menjadi hal tabu untuk dipelajari, menjadikan kekhawatiran pada pimpinan ponpes. Cara mengakses sumber informasi yang salah berpotensi salah pula dalam mendapatkan informasi sehingga mengakibatkan eksplorasi rasa penasaran yang memungkinkan berakibat pada perilaku yang menyimpang. Dari sisi akademisi, tim pengabdian memandang pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja khususnya santri sangat perlu dilakukan. Ditunjang dengan pendekatan berbasis agama maka diharapkan pendidikan kesehatan reproduksi di pesantren dapat menciptakan derajat kesehatan yang lebih baik sehingga diberikan edukasi kesehatan reproduksi pada remaja santri. Materi edukasi meliputi pemahaman seputar IMS, hingga pada risiko jika kesehatan reproduksi tidak terjaga. Kegiatan ini diikuti oleh 50 santri dengan 25 santri laki-laki dan 25 santri perempuan. Dilakukan *pre – post test* kepada santri. Terdapat peningkatan pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi. Terbentuk kelompok sebaya dan Rencana Tindak Lanjut (RTL) dari setiap santri.

**Kata kunci :** edukasi, kesehatan reproduksi, santri, pondok pesantren

## **ABSTRACT**

*Teenagers will have risky behavior if they don't have knowledge of reproductive health. The partner of this community service activity is K.H. Galang Sewu Islamic Boarding School in Tembalang Semarang, which has problems in providing education related to reproductive health for students. Culture in community assumes that reproductive health education still taboo to learn, and it's become a concern for head of the Islamic Boarding School. The incorrect way to access information make them misinformed and can increase curiosity which can lead to deviations in behavior related to reproductive health. From the academic point of view, reproductive health education for adolescents, especially students, is very necessary. Supported by a faith-based approach it is hoped that reproductive health education in Islamic boarding school can create a better*

*degree of health so students were given education about reproductive health in adolescents, include understanding about STIs, until the risks if reproductive health is not maintained well. This activity was attended by 50 students with 25 male students and 25 female students. Pre-post tests were conducted to students. There were increases in knowledge between before and after getting an education. Peer educators and follow up plan were formed from each student.*

**Keywords:** education, reproductive health, students, Islamic boarding school

## **Pendahuluan**

Sehat adalah hak setiap orang. Agar menjadi sehat, seseorang perlu menerapkan pola hidup bersih dan sehat. Kesehatan menjadi aspek penting pada diri seseorang sebagai investasi untuk mencapai produktivitas yang optimal. Melalui pendekatan agama islam, kebersihan adalah sebagian dari iman, dan bahwa muslim yang sehat dan kuat lebih berharga dibandingkan muslim yang lemah. Santri tidak boleh hanya kuat dalam pengetahuan agama, namun harus *melek* dengan informasi kesehatan dan menerapkan dalam kesehariannya. Di kalangan santri, penyakit atau masalah kesehatan yang sering dihadapi adalah yang berkaitan dengan penyakit kulit (scabies), kekurangan gizi dan kesehatan reproduksi termasuk *personal hygiene menstruasi*, homoseksual, resiko tertular HIV/AIDS dan IMS lainnya, serta merokok (Al Hamdi, 2009 ; Kamiasari, 2014 ; Mawardi, 2015; Fatmawati, 2017). Pola tidur santri juga menjadi salah satu masalah dalam keseharian santri (Mustikawati, 2017).

Isu terkini terkait kesehatan dan seksualitas adalah tentang LGBT (lesbian, gay, biseksual, dan transgender). Isu LGBT ini sangat mungkin memasuki dunia pesantren, mengingat masalah homoseksual juga mulai terkuat di beberapa pondok pesantren (Zuhri, 2006 : Zulkarnain, 2006, Mawardi, 2015).

Remaja pada umumnya, santri khususnya idealnya tidak hanya berbekal pengetahuan agama dan umum, namun harus mengetahui pula pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang meliputi fisiologi alat-alat reproduksi, menstruasi, mimpi basah, orientasi seksual, kesuburan, kehamilan, metode KB, materi IMS/HIV/AIDS, ketrampilan hidup (Luqman, 2007; Eridani, 2010). Dengan semua pengetahuan ini, diharapkan para santri dapat menjadi remaja yang bertanggungjawab, remaja yang mampu berpikir, bersikap dan bertindak secara positif.

Pada penelitian tentang Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Santri Pondok Pesantren di Kelurahan Meteseh, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang diperoleh hasil sebagai berikut : bahwa santri yang berperilaku seksual ringan 57 (6,2%), perilaku seksual sedang 23 (25%), perilaku seksual beresiko 12 (13%). (Setyowati, 2008). Terbukti di kalangan santri juga telah terjadi perilaku seksual beresiko. Penelitian lain dilakukan oleh Kamiasari (2014) yang berjudul Perilaku *mairil* dan *nyempet* berkaitan dengan aktivitas homoseksual di pondok pesantren. *Mairil* digambarkan sebagai perempuan sedangkan pelaku disebut warok. *Nyempet* adalah aktivitas seksual yang dilakukan suka sama suka, juga dengan pemaksaan. Santri memulai aktivitas ini pada usia 13-17 tahun, karena lingkungan yang homogen (semua laki-laki). Aktivitas *nyempet* dilakukan di malam hari, di kamar, dan mereka beranggapan tidak akan ada dampak buruk dari sisi kesehatan, jika hanya dilakukan

dengan menghimpitkan alat kelamin ke sela-sela paha, tanpa memasukkannya ke dalam anus. Penelitian lain tentang homoseksual, dilakukan oleh Zuhri (2006) dan Zulkarnain (2006) tentang *Dalaq* di Pesantren dan Perilaku Homoseksual di masyarakat.

Pondok Pesantren Galang Sewu adalah pondok pesantren yang terletak sangat dekat dengan Universitas Diponegoro, yang sebagian besar santrinya adalah para mahasiswa terutama mahasiswa UNDIP. Pondok ini berdiri sejak tahun 2002 yang sampai sekarang masih dipimpin oleh pendirinya KH. Muhammad Sam'ani Khoruddin, S.Ag. Di pondok ini berkumpul 250 santri. Belajar ilmu agama dari ba'da subuh, ba'da dhuhur, maghrib dan isya'. Fasilitas tempat tidur yang kurang memadai, di mana kamar berukuran rata-rata 2x3 m dihuni sampai dengan 5 orang. Terdapat 7 kamar mandi dan sumber air yang bersih, namun masih banyak santri yang ditemukan menderita *scabies*. Upaya kesehatan dari puskesmas belum ada, bila santri sakit mereka keluar mencari pelayanan kesehatan secara mandiri. Saat ini sedang diproses pengurusan BPJS oleh pihak pondok pesantren. Santri pada umumnya berasal dari golongan sosial ekonomi menengah ke bawah dan berasal dari beragam daerah di Indonesia.

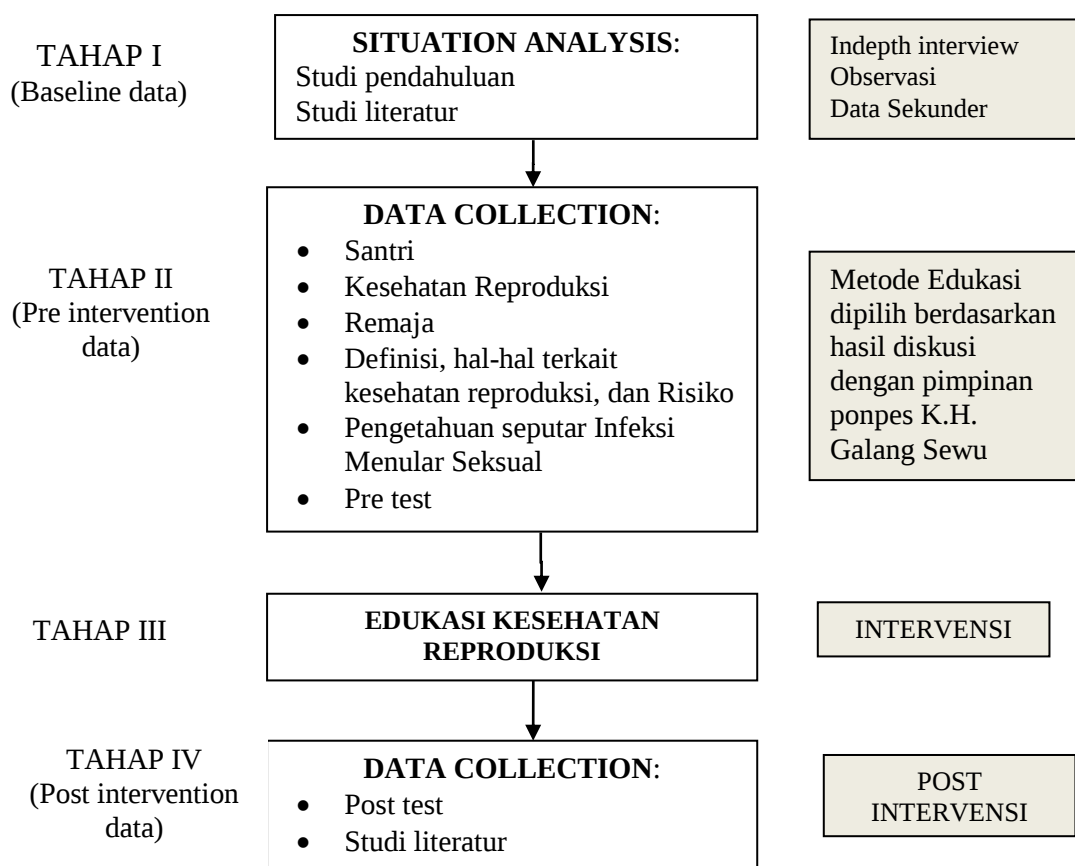
Seperti halnya remaja pada umumnya, mereka adalah remaja yang pasti mengalami masalah dalam kehidupannya. Mencari jati diri, mengalami pubertas, menyenangi lawan jenis bahkan ada yang sesama jenis, konflik dengan keluarga yang semuanya membutuhkan solusi untuk keberlanjutan hidupnya. (Soekanto, 2004; Santrock, 2007; Soetjiningsih, 2010; Listyowati, 2016).

Ponpes K.H Galang Sewu adalah salah satu ponpes modern di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Memiliki santri berjumlah 250 orang, seluruhnya berstatus sebagai mahasiswa. Rata-rata lama tinggal di ponpes adalah 3 hingga 4 tahun, sesuai dengan masa studi santri di perguruan tinggi masing-masing. Bahkan beberapa santri memperpanjang lama tinggal meskipun sudah menyelesaikan studinya. Berdasarkan studi pendahuluan melalui wawancara dengan pimpinan pondok pesantren, maka diketahui bahwa pemahaman santri terkait kesehatan reproduksi masih sangat minim. Hal ini dikarenakan mayoritas santri menganggap tabu untuk membicarakan mengenai kesehatan reproduksi. Di sisi lain, remaja santri juga beresiko bila tidak mempunyai pengetahuan kesehatan reproduksi.

Oleh karena itu, kekurangan pengetahuan pada diri santri tersebut akan diintervensikan dengan memberikan kegiatan edukasi berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Untuk menjaga *continuitas program* perlu dibentuk kader remaja/santri agar informasi kesehatan reproduksi bisa diturunkan.

## **Teori dan Metodologi**

Berikut ini adalah tahapan pelaksanaan Edukasi Kesehatan Reproduksi di Ponpes K.H. Galang Sewu Kecamatan Tembalang Kota Semarang:



**Gambar 1. Tahapan Pelaksanaan Edukasi Kesehatan Reproduksi**

Peningkatan kapasitas santri melalui edukasi terkait kesehatan reproduksi (Khoirunisa, 2017; Kurniasih, 2018). Analisis dilakukan dengan membandingkan hasil *pre* dan *post test* pengetahuan santri.

### Hasil dan Pembahasan

Jalannya intervensi edukasi kesehatan reproduksi. Jalannya kegiatan pengabdian masyarakat yang dilaksanakan pada Selasa, 27 November 2018 oleh Dosen Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dengan mengangkat topik Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Santri yang dilaksanakan di Pondok Pesantren Kyai Galang Sewu Tembalang, Semarang. Kegiatan ini diikuti oleh 50 santri yang terdiri dari 25 santri perempuan dan 25 santri laki – laki. Registrasi dimulai dari pukul 09.00 WIB sampai 09.30 WIB. Saat registrasi, santri yang merupakan peserta acara edukasi mendapat *snack* dan Buku Saku “Edukasi Kesehatan Reproduksi Pada Remaja”. Selanjutnya Acara dimulai pukul 09.45 WIB dengan dibuka oleh Ustadz Ismanasik selaku perwakilan dari Pondok Pesantren Kyai Galang Sewu dengan memberikan sambutan. Sebelum pemberian materi edukasi, peserta diberikan soal *pre test* yang bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman dan pengetahuan dari para santri mengenai kesehatan reproduksi remaja.

Acara selanjutnya adalah pemaparan materi pertama mengenai kesehatan reproduksi remaja seperti kondisi fisik dari remaja perempuan dan laki – laki serta masalah – masalah yang berkaitan dengan kondisi kesehatan reproduksi remaja yang dilakukan secara interaktif yang dipaparkan oleh Priyadi Nugraha P, S.KM, M.Kes. Setelah materi pertama disampaikan, dilanjutkan dengan pemberian materi kedua oleh Aditya Kusumawati, S.KM, M.Kes mengenai HIV AIDS seperti informasi umum berkaitan dengan HIV AIDS yang meliputi cara penularan HIV AIDS, populasi – populasi yang berisiko terkena HIV AIDS, cara pencegahan dan lainnya. Setelah kedua materi dipaparkan dilanjutkan dengan sesi tanya jawab dan diskusi dengan para santri. Sesi tanya jawab berlangsung cukup interaktif, pertanyaan yang ditanyakan oleh para santri juga beragam seperti apa yang menyebabkan hubungan seks dengan sesama jenis menjadi berisiko, bagaimana penularan HIV AIDS bisa terjadi dan berbagai pertanyaan lainnya.

Setelah sesi tanya jawab dilanjutkan dengan pembentukan *peer group* atau kelompok sebaya bagi santri sebagai sumber informasi mengenai kesehatan reproduksi bagi teman – teman lainnya khususnya teman – teman dalam satu kamarnya. Setelah *peer group* terbentuk, Santri juga memberikan rencana tindak lanjut dari edukasi kesehatan reproduksi ini yang kemudian bisa diterapkan melalui *peer group* bagi para santri untuk menyebarkan informasi yang sudah disampaikan terhadap teman – temannya. Kemudian acara ditutup dengan foto bersama seluruh santri yang hadir dalam acara edukasi kesehatan reproduksi tersebut.

Acara berjalan lancar dan tidak ada teknis yang menghambat keberlangsungan acara. Antusias dan partisipasi peserta juga tinggi, hal ini dibuktikan dengan ketersediaan santri menjadi *peer group* kesehatan reproduksi. Seluruh santri yang hadir dalam acara Edukasi Kesehatan Reproduksi bersedia menjadi *peer group* kesehatan reproduksi bagi teman – teman yang lain. Komitmen tersebut ditunjukkan dengan ditandatangani lembar komitmen oleh seluruh santri yang hadir.

### **Hasil Kegiatan Intervensi**

- a) Terdapat peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah edukasi kesehatan reproduksi
- b) Terbentuk Kelompok Sebaya (*Peer educator*)
- c) Tersusun RTL (Rencana Tindak Lanjut ) dari para santri

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan sebagai berikut :

1. Santri akan memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi dan HIV AIDS kepada teman terdekat
2. Santri akan memberikan solusi jika ada teman yang mempunyai masalah seputar kesehatan reproduksi sebagai konselor teman sebaya
3. Santri akan mengingatkan teman apabila ada perilaku yang tidak sesuai dengan yang seharusnya

4. Santri akan memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi dan HIV AIDS kepada teman satu kamar serta menekankan pentingnya pencegahan HIV AIDS, dan berbagai rencana lainnya.

## Simpulan

1. Peningkatan kapasitas santri berupa intervensi edukasi kesehatan reproduksi dapat meningkatkan pengetahuan santri
2. *Peer educator* akan membuat santri bertanggungjawab terhadap diri sendiri maupun kawannya
3. Menjadikan RTL (Rencana Tindak Lanjut) yang sudah dibuat oleh para santri sebagai latihan komitmen mereka untuk meningkatkan kesehatan komunitas mereka

Saran bagi penelitian selanjutnya yaitu :

1. Membentuk *Peer educator* yang *solid* dengan melibatkan santri dari beragam fakultas
2. *Peer educator* mulai melakukan identifikasi pada santri yang berisiko terhadap kesehatan pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya
3. Pembinaan berlanjut dari Tim Pengabdian PKIP FKM UNDIP untuk keberlangsungan program mengingat pondok pesantren ini berada di lingkungan sekitar Universitas Diponegoro, dengan santri dari beragam fakultas

## Referensi

- Al Hamdi, R. (2009). *Santri Sableng : Sebuah Catatan dari Bilik Pesantren*. Leutika. Yogyakarta, pp 33-38, 115-121.
- Eridani A.D., et al. (2010). *Panduan Pendidikan Hak dan Kesehatan Reproduksi untuk Masyarakat Pesantren*. Cetakan 1. Rahima. Jakarta.
- Fatmawati, M. Prabamurti, P.N. Cahyo, K. (2017). Practice of Smoking Adolescent at Nurul Huda Az Zuhdi Islamic Boarding School in Semarang City. *Book Abstract 2nd International Conference in Health Sciences : From Living Well to Aging Well A Multidisciplinary Approach*.
- Kamiasari, Y. Prabamurti, P.N., Riyanti, E. (2014). Gambaran Perilaku Mairil dan Nyempet Mantan Santri dan Santri Terhadap Pencegahan HIV/AIDS di Pondok Pesantren. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 9(1): 82-89.
- Khoirunisa, H., Shaluhiah, Z., Prabamurti, P.N. (2017). Dampak Pemberian Pendidikan Kesehatan Reproduksi Terhadap Pengetahuan Sikap dan Praktek Santri Pondok Pesantren di Semarang. *MEDIKA RESPATI*. 12.
- Kurniasih, N. (2018). Model of Adolescent Reproductive Health Information Dissemination in Bandung Indonesia. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research (ASSEHR)*. 98: 206-209.

- Listyowati R. (2016). *Pro-Kontra Remaja dan Kontrasepsi*. Bali. Universitas Udayana; kuliah diberikan pada 13 Maret 2016.
- Luqman, A.J. (2007). *Remaja Hari ini adalah Pemimpin Masa Depan*. BKKBN. Jakarta.
- Mawardi. (2015). *Santri Juga Remaja*. Cetakan 1. Penerbit Rahim.
- Mustikawati, F.U.A., Prabamurti, P.N., Indraswari, R. (2017). *Factors Related to the Sleep Patterns Behavior of Class XI Students in MA Assalaam Surakarta*. *Advanced Science Letter*. 23(4): 3514-3516
- Notoatmodjo S. (2012). *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Santrock, J.W. *Remaja*. Erlangga. Jakarta. 2007. Jilid 1. ed.11.
- Soekanto, S. (2004). *Sosiologi Keluarga : Tentang Ikhwah Keluarga, Remaja dan Anak*. Cetakan 3. PT.Rineka Cipta. Jakarta, pp.50-60
- Soetjiningsih, C.H. (2010). *Perkembangan Anak*. Prenada Media Group. Jakarta. Cetakan 1.
- Zuhri, S. (2006). *Dalaq di Pesantren. Thesis*.
- Zulkarnain, I. (2006). *Perilaku Homoseksual di Pondok Pesantren. Thesis*.

# **STATUS EKONOMI RENDAH DAN KEHAMILAN TAK DIRENCANAKAN MENINGKATKAN KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM**

**Anindhita Yudha Cahyaningtyas**

Prodi Sarjana Keperawatan STIKes Mitra Husada Karanganyar  
email: [anindhitayudha03@gmail.com](mailto:anindhitayudha03@gmail.com)

**Estiningtyas**

Prodi Sarjana Keperawatan STIKes Mitra Husada Karanganyar  
email: [bidanesti@gmail.com](mailto:bidanesti@gmail.com)

**Noor Lita Sari**

Prodi RMIK STIKes Mitra Husada Karanganyar  
email: [tatakenshi@gmail.com](mailto:tatakenshi@gmail.com)

## **ABSTRAK**

Gangguan mental atau emosional yang paling sering terjadi terkait persalinan adalah depresi postpartum. Depresi postpartum merupakan masalah psikologis umum yang mempengaruhi sebanyak 13-19% wanita. Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis status ekonomi dan perencanaan kehamilan sebagai faktor risiko kejadian depresi postpartum. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Sukoharjo sejumlah 160 responden. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Multistage Random Sampling*. Uji analisis menggunakan regresi *logistic* dan menentukan nilai OR. Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai  $p\text{-value } 0,025 < 0,05$  dengan nilai OR 5,783 pada variabel perencanaan kehamilan. Variabel status ekonomi menunjukkan  $p\text{-value } 0,021 < 0,05$  dengan nilai OR 6,550. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu perencanaan kehamilan dan status ekonomi berhubungan dengan kejadian depresi postpartum. Ibu dengan kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai risiko 5,783 kali lebih besar mengalami depresi postpartum. Ibu nifas dengan status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,550 kali lebih besar untuk mengalami depresi postpartum.

Kata kunci : Perencanaan Kehamilan, Status Ekonomi, Depresi Postpartum

### **ABSTRACT**

*The most common mental or emotional disorder related to labor is postpartum depression. Postpartum depression is a common psychological problem that affects 13-19% of women. The purpose of this study was to analyze the economic status and planning of pregnancy as a risk factor for postpartum depression. The research design used was observational analytic with cross sectional approach. This study was conducted in Sukoharjo District with 160 respondents. The sampling technique in this study is Multistage Random Sampling. The analysis test uses logistic regression and determines the OR value. The results showed that the p-value was  $0.025 < 0.05$  with OR value 5.783 on the planning of pregnancy variable. The economic status variable shows p value  $0.021 < 0.05$  with OR value 6.550. The conclusion of this study was that planning of pregnancy and economic status had significant relationship with postpartum depression. Mothers with unplanned pregnancy had increased risk 5,783 times greater to develop postpartum depression. Mothers with low economic status had increased risk of 6,550 times greater to develop postpartum depression*

*Keyword : Planning of Pregnancy, Economic Status, Postpartum Depression*

## Pendahuluan

Kelahiran bayi menyebabkan perubahan intens pada peran dan tanggung jawab wanita. Periode ini merupakan waktu munculnya risiko depresi postpartum pada ibu (Cristescu et.al, 2015). Periode postpartum diakui sebagai waktu ketika wanita rentan terhadap berbagai gejala emosi (Norhayati, Hazlina, Asrenee, Emilin, 2015). Gangguan mental atau emosional yang paling sering terjadi terkait persalinan adalah depresi postpartum. Gangguan ini memiliki efek buruk pada seluruh keluarga (Farias-Antunez, Savier, Santos, 2017). Gangguan mental dengan level paling tinggi di dominasi oleh gejala depresi selama kehamilan dan nifas (16 dan 19%, masing-masing) diperkirakan berada di negara-negara berpenghasilan lebih rendah dan menengah (Fisher et.al, 2012).

Depresi postpartum merupakan masalah psikologis umum yang mempengaruhi sebanyak 13-19% wanita (O'Hara & McCabe, 2013). Motzfeldt, Andreassen, Pedersen, Pedersen (2013) mengatakan angka prevalensi depresi *postpartum* secara global antara 10-15%. Depresi biasanya terjadi saat stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis atau stresor yang baru saja terjadi pada kehidupan ibu yaitu adanya persalinan dan postpartum yang baru saja dilalui (Wahyuningsih, 2018). Secara umum depresi postpartum terjadi dalam 4 minggu pertama setelah melahirkan dan dapat menyebabkan kesulitan yang bermakna bagi orang tua dan mempunyai efek buruk pada perkembangan kesehatan anak tersebut (Gao, Wang, Yao, Cai, Cheng., 2016).

Berdasarkan hal tersebut diperlukan penelitian tentang status ekonomi dan perencanaan kehamilan sebagai factor risiko depresi *postpartum* mengingat konsekuensi dari terjadinya depresi *postpartum* sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayinya. Sehingga dapat memberikan intervensi yang tepat serta masukan dalam perencanaan penanganan kejadian depresi *postpartum*.

## Teori Dan Metodologi

Gejala depresi postpartum meliputi suasana hati tertekan, kehilangan minat atau kesenangan dalam kegiatan, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kehilangan energi perasaan tidak berharga atau bersalah, konsentrasi berkurang, lekas marah, cemas, dan pikiran untuk bunuh diri (Pearlstein et al, 2009). Dampak depresi terhadap masa nifas adalah mengganggu *bonding and attachment* karena ibu yang mengalami depresi biasanya tidak tertarik kepada bayinya, menolak menyusui bayinya, cenderung tidak mau mendengarkan saran dari tenaga kesehatan atau keluarganya. Masalah lain yang kemungkinan dialami ibu postpartum adalah gangguan tidur, gangguan nutrisi, gelisah, tidak percaya diri dan lain sebagainya (Reeder, Martin, Griffin, 2012).

Penyebab perubahan psikologis maupun gangguan psikologis (psikopatologi) pada masa postpartum adalah beberapa hal yang menjadi penyebab ketidakbahagiaan dalam kehidupan seorang ibu, misalnya status sosial ekonomi rendah, kemiskinan, kurangnya dukungan sosial, dan kekerasan dalam rumah tangga. Banyak ibu juga mengalami *distress* yang tidak seharusnya dan kecemasan karena tidak mengantisipasi dan mampu beradaptasi dengan baik terhadap perubahan psikologis tersebut, serta tidak mengetahui pergolakan psikologis normal, perubahan emosi dan penyesuaian yang merupakan bagian integral proses kehamilan dan persalinan (Fraser & Cooper, 2009).

Faktor-faktor sosial ekonomi dapat meningkatkan risiko perubahan suasana hati pascapersalinan dan perubahan emosional, termasuk: kurangnya dukungan ibu dari pasangan, tingkat pendidikan yang rendah, dan status keuangan atau keuangan yang rendah (Wszolek, 2018). Beberapa studi menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak direncanakan berhubungan dengan peningkatan faktor risiko depresi postpartum (Karacam, Onel, Gercek, 2011).

Berdasarkan literatur terkait kehamilan tidak direncanakan dan kesehatan mental di negara maju, menunjukkan ada hubungan antara kehamilan yang tidak direncanakan dan kesehatan mental ibu dengan pendapatan menengah ke bawah (Lancaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus, Davis, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecenderungan depresi postpartum pada ibu yang berasal dari status ekonomi bawah lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berasal dari status ekonomi menengah dan atas. Hasil analisis varians diperoleh nilai  $F_{295,671}$  dan Sig. 0,000 atau taraf signifikansi dibawah 0,05 untuk kecenderungan depresi postpartum dengan status ekonomi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kecenderungan depresi postpartum pada ibu yang berasal dari status ekonomi bawah, menengah dan atas, hal ini berarti semakin bawah status ekonomi maka semakin tinggi kecenderungan depresi postpartum, dan sebaliknya semakin tinggi status ekonomi maka semakin rendah kecenderungan depresi postpartum (Widiastuti, 2012).

Lebih lanjut dalam penelitian yang dilakukan oleh Alligood (2013) menunjukkan depresi postpartum dipengaruhi oleh kehamilan yang tidak diinginkan atau direncanakan. Ibu yang menjalani kehamilan yang tidak diinginkan lebih mungkin untuk mengalami depresi pascapersalinan. Ibu akan menjadi lebih tidak peduli dengan kehamilannya jika tidak diharapkan, yang dapat meningkatkan risiko depresi pascapersalinan.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional* dengan pengambilan data melalui wawancara secara langsung dengan menggunakan sarana kuesioner. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Sukoharjo dalam waktu 3 bulan. Sampel yang digunakan pada penelitian ini sejumlah 160 responden. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Multistage Random Sampling*. Tahap pertama dimulai dengan pengambilan data ibu nifas di Wilayah Kerja Puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo. Tahap kedua melakukan kunjungan rumah ibu nifas dilanjutkan dengan pengolahan dan analisa data. Instrumen penelitian ini menggunakan (1) kuesioner status ekonomi dan perencanaan kehamilan dan (2) EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) untuk mengukur depresi pada ibu nifas. Uji analisis menggunakan regresi *logistic* dan menentukan nilai OR variabel tersebut.

## Hasil Dan Pembahasan

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

|   | Karakteristi<br>k        | $\Sigma$   | %    |
|---|--------------------------|------------|------|
| 1 | Umur (tahun)             |            |      |
|   | Kurang 20 atau $\geq 35$ | 66         | 41,4 |
|   | 20 s.d 35                | 94         | 58,6 |
| 2 | Pekerjaan                |            |      |
|   | Ibu Rumah Tangga         | 97         | 60,6 |
|   | Bekerja                  | 63         | 39,4 |
| 3 | Tingkat Pendidikan       |            |      |
|   | Rendah                   | 45         | 28,1 |
|   | Tinggi                   | 115        | 71,4 |
|   | <b>Total</b>             | <b>160</b> |      |

Berdasarkan tabel 1 didapatkan hasil karakteristik responden meliputi umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun sejumlah 66 responden (41,4 %), umur 20 sampai dengan 35 tahun sejumlah 94 responden (58,6%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan yaitu terbagi menjadi Ibu Rumah Tangga (IRT) sejumlah 97 responden (60,6%), dan responden yang bekerja sejumlah 63 responden (39,4%). Karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan responden yaitu responden tingkat pendidikan rendah sejumlah 45 responden (28,1%), tingkat pendidikan tinggi sejumlah 115 responden (71,4%).

**Tabel 2. Status Ekonomi**

| Kategori            | $\Sigma$   | %               |
|---------------------|------------|-----------------|
| Rendah( $\leq$ UMK) | 42         | 26,3            |
| Tinggi(>UMK)        | 118        | 73,8            |
| <b>Total</b>        | <b>160</b> | <b>100</b><br>% |

Berdasarkan tabel 2, diketahui bahwa responden dengan status ekonomi rendah sejumlah 42 responden (26,3%), dan responden dengan status ekonomi tinggi sejumlah 118 responden (73,8%).

**Tabel 3. Perencanaan Kehamilan**

| <b>Kategori</b>    | <b><math>\Sigma</math></b> | <b>%</b>   |
|--------------------|----------------------------|------------|
| Tidak direncanakan | 57                         | 35,6       |
| Direncanakan       | 103                        | 64,4       |
| <b>Total</b>       | <b>160</b>                 | <b>100</b> |

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa responden dengan kehamilan yang tidak direncanakan sejumlah 57 responden (35,6%), responden dengan kehamilan yang direncanakan sejumlah 104 responden (64,4%).

**Tabel 4. Depresi Postpartum**

| <b>Depresi</b> | <b><math>\Sigma</math></b> | <b>(%)</b> |
|----------------|----------------------------|------------|
| Tidak Depresi  | 129                        | 80,6       |
| Depresi        | 31                         | 19,4       |
| <b>Total</b>   | <b>160</b>                 | <b>100</b> |

Berdasarkan tabel 4 diketahui responden yang tidak mengalami depresi sejumlah 129 responden (80,6%), untuk responden yang mengalami depresi sejumlah 31 responden (19,4%).

**Tabel 5. Hasil Uji Hipotesis**

| <b>Variabel</b>       | <b>P-Value</b> | <b>Exp(B)<br/>=OR</b> |
|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Perencanaan Kehamilan | 0.025          | 5.783                 |
| Status Ekonomi        | 0.021          | 6,550                 |

Berdasarkan tabel 5 didapatkan hasil p value pada variable perencanaan kehamilan sebesar 0,025 dengan OR 5,783, sedangkan untuk variable status ekonomi didapatkan hasil p value 0,021 dengan OR 6,550.

Berdasarkan uji hipotesis didapatkan hasil variabel perencanaan kehamilan mempunyai pengaruh terhadap kejadian depresi postpartum, dibuktikan dengan nilai *p-value*  $0,025 < 0,05$ . Perencanaan kehamilan mempunyai OR 5,783, ini berarti responden yang kehamilannya tidak direncanakan sebelumnya mempunyai risiko 5,783 kali lebih besar mengalami depresi postpartum. Tiga faktor utama yang mempengaruhi depresi postpartum meliputi riwayat depresi ibu atau dari keluarga (56,4%), tingkat pendidikan ibu nifas (35,9%), dan kehamilan tidak direncanakan (64,1%) (Ay Fatma, Tektas, Mak, Aktay, 2018). Ibu nifas dengan kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai risiko 4.49 kali lebih besar untuk mengalami depresi postpartum dibandingkan dengan kehamilan yang sudah direncanakan. Depresi postpartum kemungkinan terjadi karena kehamilan yang tidak direncanakan mempunyai efek yang lebih besar pada kesehatan ibu terkait pengaruh negatif pada psikologi ibu nifas dan juga bisa mendatangkan beban secara ekonomi dan penilaian sosial, sehingga menyebabkan depresi postpartum (Keries, Menberu, Niguse, 2018). Kehamilan yang tidak diinginkan dikaitkan dengan risiko depresi postpartum sebesar 20-22% (Bahk, Cheol, Kim, Ho, 2015). Pada penelitian ini dapat disimpulkan kehamilan yang tidak diinginkan berkontribusi terhadap peningkatan risiko depresi postpartum dan stres saat menjadi orangtua.

Selanjutnya untuk variabel status ekonomi mempunyai pengaruh terhadap kejadian depresi postpartum, dibuktikan dengan nilai *p value*  $0,021 < 0,05$ . Status ekonomi mempunyai OR 6,550, ini dapat diartikan responden dengan status ekonomi rendah cenderung mempunyai risiko 6,550 kali lebih besar untuk mengalami kejadian depresi postpartum.

Status ekonomi atau pendapatan yang rendah diketahui menyebabkan gejala depresi dibandingkan dengan ibu nifas dengan status ekonomi atau pendapatan yang tinggi pada ibu nifas 2 dan 3 bulan setelah persalinan. Depresi dapat disebabkan kurangnya ketersediaan sumber pada ibu dengan status ekonomi yang rendah seperti perawatan kesehatan, transportasi, serta dukungan pasangan (Goyal, Gay, Lee, 2010)

Status ekonomi ibu nifas mempunyai dampak yang signifikan dengan status emosional ibu setelah melahirkan. Ibu nifas dengan status ekonomi lebih baik mempunyai kemungkinan kecil mengalami beberapa gejala kecemasan ataupun depresi. Keadaan ekonomi yang kurang mendukung dapat menimbulkan stres di keluarga yang mempengaruhi depresi ibu setelah melahirkan (Wszolek et al, 2018). Selain itu bisa berasal dari keadaan emosional, seperti konflik dalam keluarga. Bahkan kegiatan yang seharusnya mendatangkan kebahagiaan seperti kelahiran bayi bisa menimbulkan tekanan karena mereka menimbulkan perubahan baru dalam hidup seorang wanita (Nurfatimah, Entoh, 2018).

## **Kesimpulan**

Perencanaan kehamilan mempunyai pengaruh terhadap kejadian depresi postpartum, ibu nifas mempunyai risiko 5,783 kali lebih besar mengalami depresi postpartum pada kehamilan yang tidak direncanakan. Status ekonomi mempunyai pengaruh terhadap

kejadian depresi postpartum, ibu nifas dengan status ekonomi rendah cenderung mempunyai risiko 6,550 kali lebih besar untuk mengalami kejadian depresi postpartum.

Saran bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat khususnya pasangan usia subur untuk melakukan persiapan kehamilan dan mengatur keuangan sebelum hamil untuk mengantisipasi persalinan dan masa nifas sehingga menurunkan resiko terjadinya depresi postpartum.

## Daftar Pustaka

- Alligood MR. (2013). Nursing Theory Utilization and Application, *Journal of Chemical Information and Modeling*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Ay Fatma, Tektaş E, Mak A, Aktay N. (2018). Postpartum depression and the factors affecting it. *Journal Psychiatric of Nursing* : 9(3):147-152 DOI: 10.14744/phd.2018.31549.
- Bahk J, Cheol YS, Kim Y, Ho KY. (2015). Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy and Childbirth Research Article*. 15:85 DOI 10.1186/s12884-015-0505-4
- Cristescu T, Behrman S, Jones SV, et al. (2015). Be vigilant for perinatal mental health problems. *Practitioner* ; 259(1780): 19–232.
- Farias-Antunez S, Xavier MO, Santos IS. (2017) Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. 2018. *J Affect Disord* ;228:143–52. doi:10.1016/j.jad.2017.12.013. [PubMed: 29248820].
- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. 2012. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* ;90(2):139G–49G.
- Fraser DM, Cooper MA. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Edisi 14. Jakarta: EGC.
- Gao X, Wang J, Yao H, Cai Y, Cheng R. (2016). Serum BDNF concentration after delivery is associated with development of postpartum depression: a 3-month follow up study. *Journal of Affective Disorders* 200:25\_30 DOI 10.1016/
- Goyal D, Gay C, Lee KA. (2010). How much does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First Time Mothers?. *NIH Public Access Author Manuscript : Womens Health Issues*; 20(2): 96–104. doi:10.1016/j.whi.11.003.
- Karacam Z, Onel K, Gercek E. (2011). Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery* ; 27:288–93. [PubMed: 19773101]
- Kerie S, Menberu M, Niguse W. (2018). Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes (Research Article)* 11:623. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3730-x>

- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* ;202(1):5–14.
- Motzfeldt I, Andreassen S, Pedersen AL, Pedersen ML. (2013). Prevalence of postpartum depression in Nuuk, Greenland- a cross-sectional study using Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Int J Circumpolar Health*.72:21114.
- Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review.. *J Affect Disord* ;175:34–52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041. [PubMed: 25590764].
- Nurfatimah, Entoh C. (2018). Hubungan Faktor Demografi dan Dukungan Sosial dengan Depresi Pascasalin. *Jurnal Profesi Medika* | Vol. 11, No. 2. 2018. ISSN 0216-3438 (print). ISSN 2621-1122 (online)
- O'Hara MW, McCabe JE. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology* 9:379\_407 DOI 10.1146/annurev-clinpsy-050212 185612
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, et al. (2009). Postpartum depression. *Am J Obstetr Gynecol* 200(4): 357–364.
- Wahyuningsih HP. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui (Bahan Ajar)*. Kemenkes RI : BPPSDM
- Widiastuti E. (2012). Kecenderungan Depresi Postpartum Ditinjau dari Status Ekonomi Di Kabupaten Banjarnegara. *Under Graduates thesis*, Universitas Negeri Semarang
- Wszolek K, Żak E, Żurawskaj J, Olszewska J, Piętał B, Bojar I. (2018). Influence of socio-economic factors on emotional changes during the postnatal period. *Journal Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Vol 25, No 1, 41–45

# HUBUNGAN ASUPAN KARBOHIDRAT, TINGKAT KECEMASAN DAN INDEKS MASSA TUBUH PADA PASIEN SKIZOFRENIA DEWASA

**Dwi Setyarini**

Program Pascasarjana Ilmu Gizi, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

Email : [d.setyarini@gmail.com](mailto:d.setyarini@gmail.com)

**Santoso**

Program Pascasarjana Ilmu Gizi, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

Email : [prof.santoso@yahoo.com](mailto:prof.santoso@yahoo.com)

**Brian Wasita**

Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

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

## ABSTRAK

Gangguan kecemasan merupakan salah satu gangguan jiwa yang sangat lazim terjadi pada pasien skizofrenia. Tingkat keparahan kecemasan pada pasien skizofrenia meningkatkan risiko kekambuhan dan bunuh diri serta mengganggu fungsi sosial dan kualitas hidup. Asupan makan dan gangguan kecemasan dapat berpengaruh terhadap status gizi pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan indeks massa tubuh pasien skizofrenia dewasa. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dilakukan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Marzoekei Mahdi Bogor. Subjek penelitian sebanyak 60 orang yang diambil dengan metode *purposive sampling* dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Tingkat kecemasan diukur menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), asupan makan dengan *food recall*, dan indeks massa tubuh (IMT) dengan mengukur tinggi badan dan berat badan. Analisis korelasi *Rank-Spearman* menunjukkan ada hubungan antara asupan karbohidrat dengan IMT ( $p = 0,000$ ,  $r = 0,514$ ), asupan karbohidrat dengan tingkat kecemasan ( $p = 0,001$ ,  $r = -0,413$ ), tingkat kecemasan dengan IMT ( $p = 0,004$ ,  $r = -0,367$ ). Kesimpulan dari penelitian ini, bahwa ada hubungan yang bermakna antara asupan karbohidrat, tingkat kecemasan, dan IMT pasien skizofrenia dewasa.

**Kata kunci : asupan karbohidrat, tingkat kecemasan, indeks massa tubuh, skizofrenia**

## ABSTRACT

*Anxiety disorders are one of the mental disorders that are very common in schizophrenic patients. The severity of anxiety in schizophrenic patients increases the risk of recurrence and suicide and disrupts social functioning and quality of life. Food intake and anxiety disorders can affect the nutritional status of patients. The purpose of this study was to determine the relationship between carbohydrate intake, anxiety levels, and body mass index in adult schizophrenia patients. This study used a cross-*

sectional design performed on schizophrenia patients at Marzoeki Mahdi Hospital Bogor. The research subjects were 60 people taken by purposive sampling method by taking into account the inclusion and exclusion criteria. Anxiety level was measured using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) questionnaire, food intake with food recall, and body mass index (BMI) by measuring height and weight. Rank-Spearman correlation analysis shows there was a relationship between carbohydrate intake with BMI ( $p = 0,000$ ,  $r = 0.514$ ), carbohydrate intake with anxiety level ( $p = 0.001$ ,  $r = -0.413$ ), anxiety level with BMI ( $p = 0.004$ ,  $r = -0,367$ ). The conclusion of this study that there was a significant relationship between carbohydrate intake, anxiety levels, and BMI of adult schizophrenia patients.

**Keywords:** *carbohydrate intake, anxiety level, body mass index, schizophrenia*

## Pendahuluan

Data statistik menyebutkan sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa dimana 3,6% mengalami gangguan kecemasan (WHO, 2012). Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6,1% dari jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 14 juta jiwa lebih. Adapun data prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah sebanyak 7% (Kemenkes RI, 2018). Pada masyarakat yang pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 2 – 4% mengalami kecemasan (Hawari, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66,67% pasien skizofrenia memiliki setidaknya satu gejala kecemasan. Tingkat keparahan kecemasan dalam skizofrenia meningkatkan risiko kekambuhan dan bunuh diri serta mengganggu fungsi sosial dan kualitas hidup (Nagargoje dan Muthe, 2015).

Asupan karbohidrat kompleks akan meningkatkan kadar serotonin yaitu zat kimia dalam otak yang membuat tenang dan menstabilkan tekanan darah sebagai cara untuk mengurangi kecemasan (Singh, 2016). Hormon insulin yang dipicu melalui konsumsi karbohidrat, dapat meningkatkan sintesis triptofan, yang akhirnya merangsang sintesis neurotransmitter penting termasuk serotonin (Rao *et al.*, 2008).

Indeks massa tubuh (IMT) merupakan indikator antropometri untuk menghitung dan memantau status gizi seseorang khususnya orang dewasa. Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara status gizi dan kecemasan yang ditandai dengan tingginya prevalensi kekurangan gizi dan penurunan berat badan (Chabowski *et al.*, 2018). Status gizi merupakan faktor penting dalam menentukan status kesehatan karena dapat menggambarkan keseimbangan antara kebutuhan tubuh dengan asupan nutrisi. (Aritonang *et al.*, 2016). Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan indeks massa tubuh pada pasien skizofrenia dewasa.

## Teori dan Metodologi

Gangguan kecemasan sangat lazim pada pasien skizofrenia dan terjadi sampai 65% pada pasien. Prevalensi setiap gangguan kecemasan (di tingkat syndrome) pada skizofrenia diperkirakan hingga 38%, dengan gangguan kecemasan sosial (SAD) yang paling lazim. Keparahan gejala positif berkorelasi dengan keparahan gejala kecemasan, tetapi kecemasan dapat terjadi secara independen dari gejala psikotik. Kecemasan juga dikaitkan dengan peningkatan depresi, bunuh diri, gangguan neuropsikologi, dan gangguan kognitif (Temmingh dan Stein, 2015).

Karbohidrat kompleks memberikan kontribusi untuk serat. Serat membantu untuk menjaga fungsi pencernaan, membuat makanan tinggal lebih lama di dalam perut sehingga tubuh lebih lambat menyerap karbohidrat, sehingga kadar serotonin meningkat (Singh, 2016). Kandungan gizi karbohidrat kompleks dengan indeks glikemik rendah berkaitan dengan meningkatnya sintesis triptofan di otak, sehingga merangsang sintesis neurotransmitter *serotonin* yang berkaitan dengan kecemasan (Rao *et al.*, 2008).

Penderita skizofrenia sangat berisiko memiliki berat badan berlebih, sehingga peningkatan indeks massa tubuh berkaitan dengan semakin buruknya kualitas hidup penderita skizofrenia (Subramaniam, M., *et al.*, 2014).

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* yang dilakukan pada bulan Mei – Juli 2019 di Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor. Populasi pada penelitian ini adalah pasien wanita dengan diagnosis medis skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor. Berdasarkan perhitungan sampel diperoleh jumlah subjek penelitian sebanyak 60 orang dengan kriteria inklusi : pasien skizofrenia wanita, usia 18 -50 tahun, tingkat kecemasan sedang sampai berat, mengkonsumsi obat antipsikotik standard dan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian atas persetujuan keluarga dengan perjanjian pada *informed consent*. Kriteria eksklusi sampel : mengkonsumsi obat antiansiolitik, memiliki penyakit jantung dan diabetes, dan pasien dengan retardasi mental. Data karakteristik meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, aktifitas olah raga, status gizi dan tingkat kecemasan.

### 1. Asupan Karbohidrat

Asupan karbohidrat dihitung berdasarkan asupan makan pasien selama dirawat yang diukur menggunakan kuesioner *food recall* selama 3x24 jam. Cara penghitungan asupan karbohidrat menggunakan software *nutrisurvey*.

### 2. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan diukur menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), dan cara pengukuran dengan pengisian kuesioner melalui wawancara responden oleh perawat/enumerator terlatih. Kuesioner ini terdiri dari 14 item pernyataan yang masing-masing mengandung sejumlah gejala dan setiap kelompok gejala diberikan skala 0-4 berdasarkan berat ringannya gejala. Total skor yang diperoleh kemudian dikategorikan tingkat kecemasan sebagai berikut :

- 1) < 14 = tidak ada kecemasan
- 2) 14 – 20 = kecemasan ringan
- 3) 21 – 27 = kecemasan sedang

- 4)  $28 - 41 =$  kecemasan berat
- 5)  $42 - 56 =$  kecemasan berat sekali

### 3. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Pengukuran IMT dilakukan dengan mengukur berat badan dan tinggi badan subjek penelitian. Berat badan diukur menggunakan timbangan berat badan digital dengan ketelitian 0,1 kg. Tinggi badan diukur menggunakan alat pengukur tinggi badan “Microtoise” dengan ketelitian 0,1 cm. IMT diperoleh melalui rumus : berat badan (kg)/tinggi badan (meter)<sup>2</sup>. Pengukuran IMT dapat digunakan untuk menilai status gizi dengan dikategorikan yaitu : Status gizi kurang (IMT <18,5), status gizi normal (IMT 18,5-22,9), status gizi lebih (IMT >23).

Data yang diperoleh kemudian diolah menggunakan software SPSS 22 meliputi data karakteristik subjek penelitian dan uji korelasi *Rank-Spearman* untuk menganalisis hubungan asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan indeks massa tubuh.

### Hasil dan Pembahasan

Subjek penelitian sebanyak 60 orang pasien skizofrenia wanita berusia 18-50 tahun, usia terbanyak adalah usia dewasa awal (18-35 tahun) sebanyak 68,3%. Pendidikan bervariasi dari yang tidak sekolah sampai lulusan perguruan tinggi, paling banyak subjek berpendidikan sekolah dasar (35%), dan kebanyakan tidak bekerja/ibu rumah tangga (92%). Sebagian besar subjek tidak pernah berolahraga. Status gizi subjek sebagian besar adalah status gizi lebih (48,3%), dan tingkat kecemasan subjek terbanyak adalah dalam kategori kecemasan sedang (61,7%). Distribusi frekuensi subjek penelitian dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik subjek penelitian**

| Karakteristik      | n  | %    |
|--------------------|----|------|
| Usia (tahun)       |    |      |
| 18-35              | 41 | 68,3 |
| 36-50              | 19 | 31,7 |
| Pendidikan         |    |      |
| Tidak sekolah      | 9  | 15   |
| SD                 | 21 | 35   |
| SMP                | 12 | 20   |
| SMA                | 13 | 21,7 |
| PT                 | 5  | 8,3  |
| Pekerjaan          |    |      |
| Tidak bekerja      | 55 | 91,7 |
| Bekerja            | 5  | 8,3  |
| Aktivitas olahraga |    |      |
| Ya                 | 1  | 1,7  |
| Tidak              | 59 | 98,3 |
| Status Gizi        |    |      |
| Kurang             | 15 | 25   |
| Normal             | 16 | 26,7 |
| Lebih              | 29 | 48,3 |
| Tingkat kecemasan  |    |      |
| Sedang             | 37 | 61,7 |
| Berat              | 23 | 38,3 |

Rata-rata asupan karbohidrat (KH) adalah 239,59 gram. Bila dibandingkan dengan kebutuhan karbohidrat untuk wanita usia dewasa yaitu 323 gram (AKG 2013), maka asupan rata-rata karbohidrat masih kurang dari kebutuhan. Rata-rata tingkat kecemasan subjek adalah 27,23 dikategorikan sebagai kecemasan sedang. Nilai rata-rata indeks massa tubuh adalah 22,62 kg/m<sup>2</sup> dikategorikan sebagai status gizi normal. Hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2. Distribusi subjek penelitian berdasarkan asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan indeks massa tubuh**

| Variabel          | Nilai Minimum | Nilai Maximum | Mean $\pm$ SD      |
|-------------------|---------------|---------------|--------------------|
| Asupan KH         | 112,45        | 332,41        | 239.59 $\pm$ 49,64 |
| Tingkat Kecemasan | 21,00         | 37,00         | 27,23 $\pm$ 3,21   |
| IMT               | 15,30         | 42,80         | 22,62 $\pm$ 5,25   |

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan indeks massa tubuh ( $p < 0,05$ ). Asupan karbohidrat mempunyai hubungan positif/hubungan searah dengan IMT, asupan karbohidrat mempunyai hubungan negatif/hubungan terbalik dengan tingkat kecemasan, dan tingkat kecemasan mempunyai hubungan negatif/hubungan terbalik dengan IMT. Hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 3.

**Tabel 3. Hubungan antara asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan IMT**

| Variabel  |   | Asupan KH | IMT    | Kecemasan |
|-----------|---|-----------|--------|-----------|
| Asupan KH | r | 1,000     | 0,514  | -0,413    |
|           | p | .         | 0,000  | 0,001     |
| IMT       | r | 0,514     | 1,000  | -0,367    |
|           | p | 0,000     | .      | 0,004     |
| Kecemasan | r | -0,413    | -0,367 | 1,000     |
|           | p | 0,001     | 0,004  | .         |

#### 1. Hubungan antara asupan karbohidrat dengan IMT

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara asupan karbohidrat dan IMT ( $p = 0,000$ ,  $r = 0,514$ ). Hubungan menunjukkan arah yang positif/searah yang artinya semakin meningkat asupan karbohidrat maka IMT juga akan meningkat yang berhubungan dengan kenaikan berat badan. IMT dapat menggambarkan status gizi yang merupakan faktor penting dalam menentukan status kesehatan karena dapat menggambarkan keseimbangan antara kebutuhan tubuh dengan asupan nutrisi. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi akan menimbulkan masalah seperti kekurangan gizi dan kelebihan gizi (Aritonang *et al.*, 2016). Pola makan secara langsung mempengaruhi status gizi (Harikedua dan Tando, 2012; Wadden *et al.*, 2002). Asupan karbohidrat dan lemak yang tinggi berpotensi menyebabkan ketidakseimbangan antara asupan dan kalori yang dihabiskan. Karbohidrat dan lemak yang berlebihan dan tidak digunakan akan disimpan dalam tubuh dalam bentuk glikogen (Aritonang *et al.*, 2016).

#### 2. Hubungan antara asupan karbohidrat dengan tingkat kecemasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara asupan karbohidrat dan tingkat kecemasan ( $p = 0,001$ ,  $r = -0,413$ ). Arah hubungannya negatif/hubungan terbalik, yang artinya semakin meningkat asupan karbohidrat akan menurunkan tingkat kecemasan. Zat gizi makro yang berpengaruh terhadap kecemasan adalah karbohidrat terutama pemilihan karbohidrat kompleks yang memiliki indeks glikemik rendah (Rooney *et al.*, 2013). Karbohidrat memiliki peran penting dalam merangsang sekresi insulin, kemudian insulin memfasilitasi transportasi triptofan ke otak yang akan merangsang sintesis serotonin (Nanri *et al.*, 2014). Serotonin (5-hydroxytryptamin) konsentrasinya akan meningkat ketika triptofan langsung diberikan atau ketika diet kaya karbohidrat (Singh, 2016).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Santos *et al* (2016) mengenai hubungan antara asupan karbohidrat dan kecemasan yang menunjukkan bahwa pola makan yang diperkaya karbohidrat cenderung menimbulkan kecemasan dan perilaku seperti depresi setelah stres pada tikus. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa

obesitas moderat, yang disebabkan oleh diet karbohidrat tinggi, dapat meningkatkan perkembangan kecemasan dan perilaku seperti depresi setelah stres.

### 3. Hubungan antara tingkat kecemasan dengan IMT

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan IMT ( $p = 0,004$ ,  $r = -0,367$ ). Arah hubungannya negatif/berhubungan terbalik yang artinya apabila kecemasan meningkat, pasien cenderung tidak nafsu makan sehingga menyebabkan IMT turun, status gizi pasien menjadi kurang, dan sebaliknya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Chabowski *et al* (2018) yang menunjukkan adanya hubungan antara status gizi dan kecemasan yang ditandai dengan tingginya prevalensi kekurangan gizi dan penurunan berat badan. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Subramaniam, M., *et al* (2014) yang menyebutkan bahwa penderita skizofrenia sangat berisiko memiliki berat badan berlebih sehingga meningkatkan indeks massa tubuh. Status gizi lebih yang dialami pasien berkaitan dengan semakin buruknya kualitas hidup penderita skizofrenia.

## Simpulan

Penelitian tentang hubungan asupan karbohidrat, tingkat kecemasan dan indeks massa tubuh pada pasien skizofrenia dewasa ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara asupan karbohidrat dengan IMT dan terdapat hubungan negatif yang signifikan antara asupan karbohidrat dengan tingkat kecemasan, dan antara tingkat kecemasan dengan IMT. Saran perlu dipertimbangkan penggalan asupan makan menggunakan *food frequency* atau *food record* yang ditanyakan kepada keluarga pasien agar dapat menggali kebiasaan makan pasien waktu yang lalu.

## Referensi

- Aritonang E *et al.* (2016). The Relationship of Food Consumption and Nutritional Status on Employee of Health Polytechnic Directorate Health Ministry Medan. *International Journal on Advanced Science Engineering Information Technology*. 6(1) : 104-106.
- Chabowski *et al.* (2018). Is nutritional status associated with the level of anxiety, depression and pain in patients with lung cancer?. *Journal of Thoracic Disease*. 10(4) : 2303-2310.
- Harikedua VT, Tando NM. (2012). Aktivitas fisik dan pola makan dengan obesitas sentral pada tokoh agama di kota Manado. *Gizido*. 4(1) : 289-298.
- Hawari, D. (2013). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta : Balai Penerbit FK UI.
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018*. Jakarta : Balitbangkes Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nagargoje AK, Muthe MK. (2015). Prevalence of Anxiety in Schizophrenic Patients and its Impact on Quality of Life. *International Journal of Scientific Study*. 3(7) : 12-17.

- Nanri, A., Eguchi, M., Kuwahara, K., Kochi, T., dan Kurotani, K. 2014. Macronutrient intake and depressive symptoms among Japanese male workers: The Furukawa Nutrition and Health Study. *Psychiatry Research*. 220:263-268
- Rao TSS, Asha MR, Ramesh BN. (2008). Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian Journal of Psychiatry*. 50:77–82.
- Rooney, C., Michelle, C., McKinley., dan Woodside, J. V. 2013. The potential role of fruit and vegetables in aspects of psychological well-being: a review of the literature and future directions. *Proceedings of the Nutrition Society*. 72:420–432.
- Santos *et al.* (2016). Carbohydrate-enriched diet predispose to anxiety and depression-like behavior after stress in mice. *International Journal on Nutrition, Diet, and Nervous System*. Doi : 10.1080/1028415X.2016.1213529.
- Singh K. (2016). Nutrient and Stress Management. *Journal of Nutrition and Food Sciences*. 6(4).
- Subramaniam, M., *et al* (2014). Body mass index, obesity, and psychopathology in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 34(1): 40-6.
- Temmingh H, Stein J. (2015). Anxiety in Patients with Schizophrenia : Epidemiology and Management. *Springer International Publishing Swidzerland*. DOI 10.1007/s40263-015-0282-7.
- Wadden TA, Foster GD, Brownell KD. (2002). Obesity : Responding to the Global Epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (3) : 510-525.
- World Health Organization. (2012). World suicide prevention day 2012. [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world suicide prevention day/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/)  
[Acces](#).

# HUBUNGAN ANTARA SIKAP DENGAN PERILAKU TERHADAP KEJADIAN MYOPIA PADA MAHASISWA DI SEMARANG

## Penulis 1

Sri Suparti, Semarang, Indonesia  
E-mail : [stikeswhsparty@gmail.com](mailto:stikeswhsparty@gmail.com)

## Penulis 2

Sri Martunjung Purusatama, Semarang, Indonesia  
E-mail : [srilmartunjung@gmail.com](mailto:srilmartunjung@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background:** Myopia or better known as nearsightedness is a refractive disorder caused by a shadow falling in front of the retina. Having a myopia refraction disorder causes no focus in viewing. Many of the causes of myopia variables include hereditary, racial or ethnic variables, and behavior. In behavioral variables, this is often associated as a cause of myopia among students. The aim of the study was to know the relationship of knowledge, genetic, distance for reading, sex, distance viewing of television, activity with the phone, fruit intake, vegetable intake, sport, bedtime. **Method:** Type of this study was observational study with a cross sectional study design. Number of respondents 47 samples. **Results:** the variables shown to be associated with myopia occurrence were read distance  $p = 0.037$  (95% CI = 1.108-30.298) and OR 5.783, fruit intake  $p = 0.040$  (95% CI = 1.090-39.361) and OR 6.551, exercise  $p = 0.005$  (95% CI = 2.175-77.101) and OR 12.949. **Conclusion:** variables that have been shown to be associated with myopia incidence were distance of read, fruit intake and exercise habits. Variables unrelated to the myopia are knowledge, Genetics, Gender, Distance viewing television, Length using handphoone, Vegetable intake, Sleep time.

**Keywords:** Myopia, Behavior, Student.

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Miopia atau lebih dikenal rabun mata jauh merupakan kelainan refraksi disebabkan bayangan jatuh di depan retina. Mengalami kelainan refraksi myopia mengakibatkan tidak fokus dalam melihat. Banyak variabel penyebab miopia diantaranya adalah variabel keturunan, ras atau etnis, dan perilaku. Pada variabel perilaku, hal ini yang sering dikaitkan sebagai penyebab miopia pada kalangan mahasiswa atau pelajar. Tujuan penelitian mengetahui hubungan pengetahuan, genetik, jarak baca, jenis kelamin, jarak melihat televisi, lama menggunakan handphoone, asupan buah, asupan sayur, olahraga, waktu tidur dengan kejadian myopia. **Metode:** jenis penelitian merupakan penelitian observasional dengan rancangan studi *cross sectional*. Jumlah responden 47 sampel. **Hasil:** variabel yang terbukti berhubungan dengan kejadian myopia adalah jarak baca  $p=0.037$ (95% CI =1.108-30.298) dan OR 5.783, asupan buah  $p= 0.040$  (95% CI =1.090-39.361) dan OR 6.551, kebiasaan olahraga nilai  $p=0.005$  (95% CI =2.175-77.101) dan OR 12.949. **Simpulan:** variabel yang terbukti berhubungan dengan kejadian myopia adalah jarak baca, asupan buah dan kebiasaan olahraga. Variabel yang tidak berhubungan dengan kejadian myopia

adalah Pengetahuan, Genetik, Jenis kelamin, Jarak melihat televisi, Lama menggunakan handphone, Asupan sayur, Waktu tidur.

**Kata Kunci:** Myopia, Sikap Perilaku, Mahasiswa

## **Pendahuluan**

Mata merupakan cahaya kehidupan manusia, tanpa mata manusia tidak akan dapat melihat dan menikmati indahnya dunia. Mata tidak dapat digantikan dengan apapun. Gaya hidup seseorang juga bisa menentukan kesehatan mata, aktivitas mata yang dipakai untuk membaca, untuk bekerja dan kegiatan keseharian. Fungsi mata yang digunakan untuk melihat jika tidak mendapat perhatian khusus maka akan dapat kehilangan fungsi utama mata. Maka dari itu mata memerlukan perhatian, perawatan dan dijaga dengan baik (Ilyas 2004). Terdapat 90% kasus miopia (rabun jauh) yang merupakan masalah kelainan refraksi saat ini. Masyarakat luas mengalami masalah kesehatan mata, terutama pada kalangan remaja khususnya kaum pelajar yang mengalami gangguan tajam penglihatan. Jika tajam penglihatan mengalami gangguan maka sedikit banyak akan berpengaruh pada proses kehidupan, mengingat 80% informasi dan pengalaman kehidupan di usia remaja didapatkan melalui indra penglihatan (Singgih 2004). Di Indonesia mengenai masalah kesehatan mata sangat perlu mendapatkan perhatian.

Kelainan refraksi adalah suatu keadaan dimana bayangan tidak dibentuk tepat pada retina melainkan di bagian depan atau belakang bintik kuning dan tidak terletak pada satu titik yang tajam. Kelainan refraksi dikenal dalam beberapa bentuk, yaitu: hipermetropia, astigmatisma, dan myopia (Ilyas 2006).

Miopia di sebut juga rabun jauh yaitu keadaan dimana panjang bola mata anteroposterior dapat terlalu besar atau kekuatan pembiasan media refraksi terlalu kuat. Suatu kelainan mata dimana sinar sejajar yang datang dari jarak tidak terhingga akan dibiaskan di depan retina (Ilyas 2008).

Adapun resiko penyebab miopia diantaranya keturunan, ras/etnis, dan perilaku. Pada variabel perilaku, hal ini yang sering dikaitkan sebagai penyebab miopia pada kalangan siswa atau pelajar. Perilaku yang dimaksud adalah perilaku perawatan penglihatan saat belajar yang tidak baik, seperti membaca dengan jarak terlalu dekat, kebiasaan membaca sambil tiduran, penggunaan gadget yang melebihi 3jam perhari, pencahayaan lampu belajar yang kurang baik karena terlalu terang atau redup dan letak kurang tepat. Membiasakan mata kurang beristirahat dapat menyebabkan otot-otot disekitar mata akan mengalami kontraksi atau penegangan jika dilakukan secara terus-menerus dapat mengakibatkan memanjangnya bola mata yang dapat menimbulkan masalah penglihatan yaitu myopia (Anonim. 2008).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada 10 mahasiswa terhadap siswa yang menggunakan gadget cenderung mengabaikan waktu penggunaan yaitu lebih dari 3 jam yaitu 100%. Terdapat pula mahasiswa saat melihat objek jauh mengecilkan mata, mengalami sakit kepala sering pusing, mata sering berair, mata sering merasa pedih, merasa sering nyeri pada mata, aktivitas olah raga kurang.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti ingin melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan sikap dan perilaku terhadap kejadian myopia pada mahasiswa untuk mencegah dan meminimalisasi kasus myopia.

## Metode Penelitian

Penelitian ini penelitian observasional analitik dengan menggunakan disain *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah Mahasiswa Fisioterapi Widya Husada Semarang. Sampel dalam penelitian ini adalah Mahasiswa Fisioterapi Widya Husada Semarang sebanyak 47 mahasiswa. Pengambilan data dilakukan pemeriksaan secara subyektif pada mahasiswa dengan alat trayel line dengan bantuan snellen chart.

Dalam penelitian ini digunakan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Dalam penelitian ini dilakukan pengujian dengan mempergunakan uji *chi-square* ( $\chi^2$ ). (Sastroasmoro 2011)

## Hasil Penelitian

Gambaran karekteristik mahasiswa kisaran umur 19 -22 tahun dengan kebiasaan melihat dengan jarak dekat yaitu kurang dari 30cm menggunakan Handphone yang melebihi tiga jam tanpa sadar memaksa mata untuk melihat sehingga mata terasa panas pedih, kepala pusing, kurang berolah raga dan kurang mengkonsumsi sayur dan buah

## Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dari variabel bebas yang bermakna terhadap kejadian myopia adalah variabel pengetahuan bermakna dengan nilai  $p=0.013$ ; OR 5.551; CI=1.590-19.384, variabel genetik bermakna dengan nilai  $p=0.002$ ; OR=14.250; CI=2.290-31.548, variabel jarak baca bermakna dengan nilai  $p=0.001$ ; OR=6.857; CI=1.903-24.702, variabel menggunakan handphone bermakna dengan nilai  $p=0.012$ ; OR=4.722; CI=1.360-16.394, variabel asupan buah bermakna dengan nilai  $p=0.006$ ; OR=6.857; CI=1.903-24.702, variabel olahraga bermakna dengan nilai  $p=0.001$ ; OR=10.767; CI=2.777- 41.750.

**Tabel 1 :** Hasil Analisis Bivariat Hubungan antara Variabel Bebas dengan Kejadian Myopia

### Ringkasan Hasil Analisis Bivariat

| No | Variabel    |             | Status Myopia |        | P     | OR     | 95% CI       |
|----|-------------|-------------|---------------|--------|-------|--------|--------------|
|    |             |             | Tidak Myopia  | Myopia |       |        |              |
| 1  | Pengetahuan | Buruk       | 7             | 17     | 0,013 | 5.551  | 1.590-19.384 |
|    |             | Baik        | 16            | 7      |       |        |              |
| 2  | Genetik     | Myopia      | 17            | 6      | 0.002 | 14.250 | 2.290-31.548 |
|    |             | Normal      | 6             | 18     |       |        |              |
| 3  | Jarak Baca  | >dari/=30cm | 7             | 18     | 0.001 | 6.857  | 1.903-24.702 |
|    |             | < dari 30cm | 16            | 6      |       |        |              |

|    |                 |                        |    |    |       |        |              |
|----|-----------------|------------------------|----|----|-------|--------|--------------|
| 4  | Jenis Kelamin   | Laki-laki              | 12 | 8  | 0.312 | 2.182  | 0.671-7.092  |
|    |                 | Perempuan              | 11 | 16 |       |        |              |
| 5  | Jarak dengan TV | Tidak sesuai $\leq 2m$ | 14 | 11 | 0.459 | 0.544  | 0.170-1.735  |
|    |                 | Sesuai $\geq 2m$       | 9  | 13 |       |        |              |
| 6  | Handphone       | Tidak sesuai           | 6  | 15 | 0.012 | 4.722  | 1.360-16.394 |
|    |                 | Sesuai                 | 17 | 9  |       |        |              |
| 7  | Asupan sayur    | Suka                   | 12 | 7  | 0.190 | 2.649  | 0.797-8.811  |
|    |                 | Tidak                  | 11 | 17 |       |        |              |
| 8  | Asupan Buah     | Tidak suka             | 7  | 18 | 0.006 | 6.857  | 1.903-24.702 |
|    |                 | Suka                   | 16 | 6  |       |        |              |
| 9  | Olag raga       | Tidak                  | 6  | 19 | 0.001 | 10.767 | 2.777-41.750 |
|    |                 | Aktif                  | 17 | 5  |       |        |              |
| 10 | Waktu tidur     | Buruk                  | 10 | 15 | 0.311 | 2.167  | 0.674-6.962  |
|    |                 | Baik                   | 13 | 9  |       |        |              |

### Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat, dan variabel bebas mana yang berpengaruh paling besar terhadap variabel terikat, menggunakan uji regresi logistik dengan metode enter, pada tingkat kemaknaan 95%. Berdasarkan hasil uji *chi square*, variable-variabel yang menjadi kandidat dengan nilai  $p < 0,05$  pada analisis bivariat berjumlah sepuluh variabel yang meliputi: pengetahuan, genetik, jarak baca, jenis kelamin, jarak melihat TV, Handphone, Asupan sayur, Asupan Buah, Olag raga, Waktu tidur.

Hasil analisis multivariat terhadap sepuluh variabel tersebut menunjukkan tiga variabel yang dinilai ada hubungan antara sikap dengan perilaku terhadap kejadian myopia pada mahasiswa, yaitu jarak baca yang kurang dari 30cm, Asupan Buah yang kurang, tidak aktif Olahraga akan memiliki probabilitas myopia sebesar 36%

Tabel 5.11: Variabel yang berhubungan dengan kejadian myopia

| No | Variabel risiko    | $\beta$ | OR<br>Adjusted | 95% CI       | P     |
|----|--------------------|---------|----------------|--------------|-------|
| 1  | Jarak Membaca      | 1,757   | 5.793          | 1.108-30.298 | 0.037 |
| 2  | Asupan buah        | 1.880   | 6.551          | 1.090-39.361 | 0.040 |
| 3  | Kebiasaan Olahraga | 2.561   | 12.949         | 2.175-77.101 | 0.005 |
|    | Constant           | -9.348  |                |              |       |

Keterangan : \* nilai  $p < 0,05$  dengan uji *chi-square*

### Pembahasan

#### 1. Variabel – variabel yang terbukti ada hubungan terhadap kejadian myopia

Kebiasaan jarak membaca, mahasiswa setelah di uji bersama-sama dengan variabel lain, berpengaruh terhadap kejadian myopia. Secara statistik terbukti ada hubungan dengan kejadian myopia dengan nilai  $p=0.037$ (95% CI =1.108-30.298) dan OR 5.783 yang berarti jarak baca yang kurang dari 30cm akan berisiko myopia 5.783 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang jarak bacanya 30cm atau lebih. Mahasiswa melakukan aktifitas membaca dengan jarak baca kurang dari 30cm sebanyak 78,3%

yang mengalami myopia. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Baskoro AP 2011) yang mengemukakan bahwa hubungan jarak baca dekat ( $< 30$  cm) memiliki risiko untuk menjadi miopia 7,7 kali lebih besar dari pada jarak bacanya lebih dari 30 cm waktu yang dihabiskan untuk membaca.

Kebiasaan mahasiswa dalam mengkonsumsi buah setelah di uji bersama-sama dengan variabel lain, berpengaruh terhadap kejadian myopia. Secara statistik terbukti ada hubungan dengan kejadian myopia dengan nilai  $p= 0.040$  (95% CI =1.090-39.361) dan OR 6.551 yang berarti asupan buah atau konsumsi buah yang kurang akan berisiko myopia 6.551 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang suka mengkonsumsi buah seperti pepaya, semangka, tomat, jambu buah yang banyak dan mudah didapatkan tanpa mengenal musim dan harga terjangkau untuk mahasiswa. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sonia Mareta, 2014) anak yang kurang mengkonsumsi buah dengan *low vision* sebesar 89.1%. Zat untuk menjaga kesehatan mata yaitu vitamin A kekurangan vitamin A dapat dicegah dengan memberikan makanan yang banyak mengandung vitamin A pro vitamin A yaitu beta karotin yang akan dikonversi menjadi vitamin A di dalam tubuh, banyak didapat dari buah yang berwarna jingga seperti wortel, jagung kuning, pepaya.

Perilaku mahasiswa yang gemar olahraga dalam penelitian ini setelah di uji bersama-sama dengan variabel lain, berpengaruh terhadap kejadian myopia. Secara statistik terbukti ada hubungan dengan kejadian myopia dengan nilai  $p=0.005$  (95% CI =2.175-77.101) dan OR 12.949 yang berarti bahwa mahasiswa yang tidak gemar berolahraga akan berisiko myopia 12.949 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang aktif atau gemar berolahraga. Kegiatan mahasiswa yang gemar berolahraga mulai dari karate, basket, futsal dan senam. Olahraga banyak dilakukan siswa laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Jane lain mengatakan kepribadian yang introvert, atau tidak suka berolahraga atau terbatasnya waktu untuk berada di luar rumah 0.5 jam per hari cenderung mengalami myopia sebesar 29% dari dibandingkan dengan anak yang menghabiskan waktu diluar rumah 2 jam perhari mengalami myopia sebesar 3,3%. (Jane, 2008)

Pengetahuan yang buruk pada penelitian ini terbukti merupakan variabel risiko terjadi myopia dengan nilai  $p=0.013$  (95% CI = 1.590-19.384) dan OR 5.551. Hal tersebut yang berarti bahwa pengetahuan buruk mempunyai risiko myopia sebesar 5.551 kali dibandingkan dengan pengetahuan baik. Mahasiswa dengan pengetahuan buruk yang mengalami myopia sebesar (70.8%) Hal tersebut diduga karena terdapat pengetahuan yang tidak diimbangi dengan perilaku mahasiswa seperti penerangan atau pencahayaan saat belajar yang tidak sesuai, tidak mengatur jarak baca, tidak mengatur jarak melihat televisi, selalu menggunakan handphone yang melebihi 3 jam perhari, Namun ada penelitian lain yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian myopia sebesar (30.4%). Ada beberapa hal yang diketahui namun sikap dalam praktek sehari-hari seolah tidak memperdulikan dampak-dampak yang mungkin timbul akan mempengaruhi kejadian myopia. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Lupa, 2016) yang menuliskan mengenai pengetahuan siswa dengan kejadian myopia sebesar 56%.

Variabel keturunan atau genetik yang mengalami myopia pada penelitian ini merupakan variabel risiko terjadi myopia pada siswa dengan nilai  $p=0.002$  (95% CI

=3.445-58.950) dan OR 8.500. Hal tersebut berarti bahwa variabel genetik yang mengalami myopia mempunyai risiko terjadi myopia pada anak sebesar 8.500 kali dibandingkan dengan genetik yang tidak mengalami myopia. Variabel genetik yang mengalami myopia mempunyai risiko terjadi myopia pada anak sebesar (75%). Hal tersebut diduga sikap dan perilaku mahasiswa yang memiliki orang tua salah satu maupun keduanya mengalami myopia cenderung akan mengikuti dari kebiasaan sehari-hari tanpa disadari, jika orang tua tidak menunjukkan sikap dan perilaku yang baik untuk meminimalisasi risiko myopia, Hal ini mengikuti pola *dose response pattern* di mana anak yang kedua orang tuanya myopia, anak mengalami myopia hampir 100%. jika dibandingkan dengan salah satu orang tua mengalami myopia, anak berpotensi mengalami myopia (78.9%) dan keduanya tidak mengalami myopia maka anak berpotensi mengalami myopia (63.4%). (Dirani M 2008)

Kebiasaan menggunakan handphone pada penelitian ini terbukti sebagai variabel risiko myopia dengan nilai  $p=0.012$ ; (95% CI =1.360-16.394) dan OR 4.722. hal tersebut berarti bahwa menggunakan handphone lebih dari 3 jam mempunyai risiko myopia sebesar 4.722 kali dibandingkan dengan kebiasaan menggunakan handphone yang kurang dari 3 jam per hari. Kebiasaan menggunakan handphone lebih dari 3 jam per hari sebesar (71.4%). Kemungkinan sikap dan perilaku mahasiswa yang menggunakan handphone lebih dari 3 jam perhari untuk sosial media, game online, online shop, youtube yang dirasa acaranya sesuai dengan kebutuhan, bisa dilihat kapan saja, banyak macam informasi. Namun data lain menunjukkan sikap dan perilaku menggunakan handphone kurang dari 3 jam per hari sebesar (34.6%) pusing berlama-lama melihat menggunakan handphone, banyak tugas dari kampus yang harus dikerjakan, lagi banyak prakten. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Melita Perty, 2013) tidak terdapat hubungan antara pemakai handphone terhadap kejadian myopia. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Morgan I, 2005) yang terdapat variabel yang mempengaruhi myopia adalah perubahan lingkungan bermain game yang termasuk didalamnya

## **2. Variabel – variabel yang terbukti tidak ada hubungan terhadap kejadian myopia**

Jarak melihat televisi  $\leq 2m$  dalam penelitian ini tidak terbukti merupakan variabel risiko terjadi myopia dengan nilai  $p=0.459$  (95% CI =0.170-1.735). Jarak melihat televisi  $\leq 2m$  mengalami myopia sebesar (59.1%). Kemungkinan sikap dan perilaku mahasiswa melihat televisi yang tidak sesuai karena ruangan televisi yang terbatas, merasa tidak puas jika tidak mendekat, merasa nyaman dekat dengan televisi. Fasilitas televisi yang diberikan kepada anak kos cenderung ukurn 14inchi yang sesuai rumus jarak seharusnya 1.78inchi melihat normalnya. Adapun variabel-variabel lain mengenai sikap dan perilaku mahasiswa jarang melihat televisi karena mahasiswa beralih ke youtube, yang lebih banyak beragam pilihan, bisa dilihat kapan saja, mencakup semua informasi yang dibutuhkan. Jarak yang lebih dari 2m yang tidak mengalami myopia sebesar (44.9%). Sikap dan perilaku melihat televisi lebih dari 2m karena nyaman melihat, karena ruangan memang luas, karena tau dampak melihat televisi dengan jarak dekat, merasa pusing saat dekat dengan televisi. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Damayanti, 2010) dimana aktivitas melihat jarak dekat seperti melihat televisi berpengaruh terhadap kejadian myopia.

Mahasiswa yang tidak suka mengonsumsi sayur dalam penelitian ini tidak terbukti merupakan variabel risiko terjadi myopia dengan nilai  $p=0.190$  (95% CI =2.787-41.859). yang mengalami myopia dalam penelitian ini sebesar (36.8%). Kemungkinan sikap dan perilaku mahasiswa yang tidak suka mengonsumsi sayur karena dari kecil tidak diperkenalkan orang tua makan dengan sayur, tidak terbiasa mengonsumsi sayur, merasa makan dengan sayur tidak enak, kurang memahami pentingnya sayur, tampilan dan rasanya kurang menarik, mahasiswa dalam sehari-hari biasa makan yang siap saji seperti mie, diluar itu yang biasa dikonsumsi di peset yang terdiri dari: ayam goreng, telur goreng, lele goreng dan nasi goreng. Data lain menunjukkan yang suka mengonsumsi sayur yang mengalami myopia sebesar (6.07%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian “ *the Nutritional Relationship of Vitamin A*” oleh (David L, 1991) yang menyatakan bahwa asupan vitamin A bersumber dari buah dan sayur mempengaruhi kesehatan mata, tanda awal yang paling dikenal dari kekurangan asupan vitamin A penurunan penglihatan (low vision). Dan tidak sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sonia Mareta, 2014) yang menuliskan anak kurang mengonsumsi sayur dengan *low vision* sebesar 89.1%. Kerusakan mata akibat kekurangan vitamin A dapat dicegah dengan memberikan makanan yang banyak mengandung vitamin A. Sedangkan pro vitamin A, yakni beta karoten yang akan dikonversi menjadi vitamin A di dalam tubuh, bisa didapat dari tumbuhan, sayuran hijau seperti bayam, kangkung.

Jenis kelamin dalam penelitian ini tidak terbukti merupakan variabel risiko terjadi myopia dengan nilai  $p=0.312$  (95% CI = 0.671-7.092) jenis kelamin perempuan yang mengalami myopia sebesar (59.3%) sikap dan perilaku mahasiswa perempuan lebih banyak di bandingkan dengan laki-laki dimungkinkan perempuan cenderung lebih lama dalam belajar atau membaca, lebih lama dalam melihat televisi, lebih lama dalam menggunakan handphone untuk sosial media, online shop, youtube, sedikit yang aktif berolah raga. Sedangkan data lain menunjukkan jenis kelamin laki-laki yang mengalami myopia sebesar (40.0%). Sikap dan perilaku laki-laki cenderung sedikit belajar atau membaca cenderung banyak aktifitas diluar rumah atau luar kos banyak menghabiskan untuk nongkrong ngobrol, lebih banyak aktif berolah raga. Dari hasil penelitian lain mengatakan sama dengan menuliskan bahwa jenis kelamin bukan merupakan variabel yang mempengaruhi myopia. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Rahmi, 2015) bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian myopia.

Waktu tidur dalam penelitian ini tidak terbukti merupakan variabel risiko terhadap kejadian myopia dengan nilai  $p=0.311$  dan (95% CI = 0.674-6.962). Sikap dan perilaku mahasiswa waktu tidur dalam kategori buruk kurang dari 7 jam per hari yang mengalami myopia sebesar (60.0%). Sikap dan perilaku mahasiswa kategori waktu tidur yang buruk karena waktu dihabiskan untuk nongkrong ngobrol, main game untuk laki-laki dan perempuan melakukan aktifitas bermain handphone sosial media, game online, online shop, youtube. Sedangkan data lain menunjukkan kategori baik 7-9 jam per hari tidak mengalami myopia sebesar (59.1%). Sikap dan perilaku mahasiswa kategori waktu tidur yang baik merasa jika tidur kurang kepala terasa pusing dan badan tidak nyaman, takut tidak bisa bangun pagi, merasa lelah seharian sudah melakukan aktifitas dan mengerjakan tugas kampus. Hasil penelitian yang dilakukan tidak sejalan dengan penelitian (Kristianti, 2008) yang menuliskan bahwa ada hubungan antara kebiasaan

tidak mengistirahatkan mata dengan baik menimbulkan kecacatan mata myopia sebesar  $p = 0.008$ .

### Kesimpulan

1. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang terbukti berpengaruh terhadap kejadian myopia adalah:
  - a. Kebiasaan mahasiswa dalam jarak membaca, yang  $\leq 30$ cm akan berisiko myopia 5.783 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang jarak bacanya 30cm atau lebih.
  - b. Kebiasaan mahasiswa dalam mengkonsumsi buah yang kurang akan berisiko myopia 6.551 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang suka mengkonsumsi buah seperti pepaya, semangka, tomat, jambu.
  - c. Perilaku mahasiswa yang tidak gemar berolahraga akan berisiko myopia 12.949 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang aktif atau gemar berolahraga.
2. Mahasiswa yang jarak baca kurang dari 30cm, tidak suka atau tidak terbiasa mengkonsumsi buah setiap hari, tidak aktif olahraga satu minggu tiga kali memiliki probabilitas myopia 36%.
3. Variable yang tidak terbukti berhubungan terhadap kejadian myopia adalah: Pengetahuan, Genetik, Jenis kelamin, Jarak melihat televisi, Lama menggunakan handphone, Asupan sayur, Waktu tidur

### Saran

1. Kedipkanlah mata setiap 10 sampai 15 detik sekali
2. Perhatikan agar pencahayaan tidak terlalu terang atau redup.
3. Sebaiknya jarak baca  $\pm 30$ cm dengan posisi duduk tegak. karena untuk menjaga mata tidak cepat lelah.
4. Kesehatan mata sangat erat vitamin A mahasiswa sebaiknya mengkonsumsi Vitamin A (600 meg) yang cukup untuk menjaga tajam pengelihatannya dan mata tetap sehat.

### Daftar Pustaka

- Damayanti, B. (2010). School Myopia. Tangerang: Batterhealt: Eka Hospital.
- Depertemen Kesehatan RI, Direktorat Kesehatan dan Gizi masyarakat. *Perencanaan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Miskin*. Maret 09, 2009. <http://www.bappenas.or.id> (accessed November 05, 2016).
- Ilyas, S. (2006). *Kelainan Refraksi dan Kacamata*. Jakarta: Edisi Kedua: Balai Penerbit FKUI.
- Ilyas, S. (2004). *Ilmu perawatan mata*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Ilyas, S. (2008). *Penuntun ilmu penyakit mata*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.

- Kristianti, F. (2008). Faktor risiko yang Berhubungan dengan terjadinya Cacat mata Myopia pada Mahasiswa. *Jurnal Ilmu Keperawatan UGM Yogyakarta* .
- Lupa, V.S.(2016). Gambaran Pengetahuan siswa XII SMA Negeri & Manado terhadap Myopia.
- Notoatmodjo, S. ( 2003). *Prinsip-prinsip dasar kesehatan masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta Cet.ke-2.
- Suhardjo, T. (2008: ). Myopia Pada Anak Sekolah dasar Perkotaan Dan Pedesaan . *Jurnal Oftalologi Indonesia*(<http://unair.ac.id> , 104-112.

# **SOSIALISASI DAN PENDATAAN GOLONGAN DARAH WARGA DUSUN BATUR SEBAGAI UPAYA INISIASI DESA SIAGA DONOR DARAH**

**Serafica Btari Christiyani Kusumaningrum**

Program Studi D-3 Teknologi Bank Darah, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, Indonesia

Email: [seraficabtarick@gmail.co.id](mailto:seraficabtarick@gmail.co.id)

**Ikrimah Nafilata**

Program Studi D-3 Teknologi Bank Darah, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, Indonesia

Email: [nafilataikrimah@gmail.co.id](mailto:nafilataikrimah@gmail.co.id)

**Diani Mentari**

Program Studi Teknologi Bank Darah, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, Indonesia

Email: [dianimentari@gmail.co.id](mailto:dianimentari@gmail.co.id)

## **ABSTRAK**

Dusun Batur, Kecamatan Cangkringan memiliki risiko rawan bencana karena memiliki jarak yang dekat dengan Gunung Merapi. Oleh karena itu, penting dilakukan upaya pemberdayaan masyarakat dengan inisiasi desa siaga donor darah. Hal ini penting dilakukan supaya dapat meminimalisir jumlah korban jiwa khususnya yang membutuhkan transfusi darah saat terjadi bencana. Upaya awal dalam pembentukan desa siaga donor darah adalah sosialisasi desa siaga donor darah dan pendataan golongan darah seluruh warga Dusun Batur. Pendataan golongan darah dilakukan pada 98 warga Dusun Batur. Distribusi jenis golongan darah berdasarkan jenis kelamin pria yaitu, golongan darah A (24,44%), golongan darah B (8,89%), golongan darah AB (8,89%), dan golongan darah O (57,78%). Distribusi jenis golongan darah berdasarkan jenis kelamin wanita yaitu, golongan darah A (16,98%), golongan darah B (24,53%), golongan darah AB (5,66%), dan golongan darah O (52,83%). Berdasarkan kelompok umur, distribusi golongan darah terbanyak yaitu golongan darah O (12,24%) pada kelompok usia <17 tahun dan kelompok usia 41-50 tahun. Hasil pendataan golongan darah warga Dusun Batur, selanjutnya diberikan kepada Bidan Desa dan Puskesmas yang digunakan sebagai *database* untuk inisiasi desa siaga donor darah.

**Kata Kunci :** Desa Siaga Donor Darah, Golongan Darah, Rawan Bencana, Cangkringan

## ABSTRACT

*Batur Village in Cangkringan Sub-District has high risk of volcanic catastrophe caused by the distance from Merapi Volcanoe. Therefore, the initiation of The Blood Donor Allert Village is needed as community empowerment in Batur Village. In addition, it would reduce the victims particularly who were need blood transfusion during eruption. The initial attempts were to give The Blood Donor Allert Village Sosialization and to collect blood group data for all of the inhabitants in Batur Village. Data of blood group were collected from 98 inhabitants. Distribution of blood groups based on gender were A- blood group (24,44%), B-blood group (8,89%), AB- blood group (8,89%), and O-blood group (57,78%) on men category. Moreover, distribution of blood groups on women category were A-blood group (16,98%), B-blood group (24,53%), AB-blood group (16,98%), and O-blood grup (52,83%). The highest distribution of blood group based on age category was O-blood group (12,24%) on the category of less than 17 years old and the category of 41-50 years old. The results of blood group data were submitted to Village Midwife and Health Center as database for The Allert Village of Blood Donor initiation.*

**Keywords** : Blood Donor Allert Village, Blood Group, Catastrophe-Disaster, Cangkringan

## Introduction (Pendahuluan)

Dusun Batur terletak di Desa Kepuharjo, Kecamatan Cangkringan yang memiliki jarak sekitar 10 – 15 km dari Puncak Merapi (Ilham, 2010). Hal ini menyebabkan area Desa Kepuharjo ditetapkan sebagai Kawasan Rawan Bencana (KRB) III yaitu kawasan yang letaknya dekat dengan sumber bahaya seperti awan panas, aliran lava guguran batu dan hujan abu lebat ketika terjadi erupsi Gunung Merapi (Dwi *et al.*, 2017). Berdasarkan kondisi tersebut, maka penting untuk dilakukan pemberdayaan masyarakat Dusun Batur, Desa Kepuharjo dengan pembentukan desa siaga. Pembentukan desa siaga pada daerah rawan bencana merupakan salah satu upaya kesiapsiagaan bencana (Febriana *et al.*, 2017). Hal ini penting dilakukan supaya masyarakat mampu memahami pentingnya mempersiapkan donor darah hidup pada daerah rawan bencana. Selain itu, penting untuk dilakukan sistem pendataan golongan darah bagi warga daerah rawan bencana (Syaeful, 2017).

Pendataan golongan darah seluruh warga Dusun Batur, Desa Kepuharjo berdasarkan kelompok umur untuk mengetahui warga usia produktif yang berpotensi mendonorkan darah dan warga yang berpotensi memerlukan transfusi darah khususnya ketika terjadi bencana. Disamping itu, penting dilakukan pendataan golongan darah warga berdasarkan jenis kelamin supaya juga dapat mempersiapkan donor darah hidup ketika terjadi kegawatdaruratan ibu melahirkan. Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI tahun 2014, penyebab terbesar kematian ibu selama tahun 2010-2013 disebabkan oleh perdarahan. Oleh karena itu, data golongan darah pada desa siaga donor darah digunakan tidak hanya sebagai upaya kesiapsiagaan bencana namun juga dapat mendukung upaya pemerintah dalam menekan Angka Kematian Ibu.

Pengabdian ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada masyarakat mengenai desa siaga donor darah dan melakukan pendataan golongan darah seluruh warga Dusun Batur berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin. Hasil data golongan darah seluruh warga Dusun Batur akan diserahkan kepada Bidan Desa dan Puskesmas sebagai upaya pembentukan desa siaga donor darah dalam rangka kesiapsiagaan bencana.

### ***Theory and Methods (Teori dan Metodologi)***

**Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2006, desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Menurut Kementerian Kesehatan (2018), pembentukan desa siaga bertujuan supaya dapat terwujud masyarakat desa yang tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya sehingga tercipta desa sehat menuju Indonesia sehat. Desa siaga donor darah merupakan salah satu bentuk kegiatan desa siaga dalam menghadapi kegawatdaruratan bencana. Inisiasi desa siaga donor darah dapat dimulai dengan pemberian sosialisasi bersama dengan pihak puskesmas dan bidan desa (Lucia et al., 2012).**

Pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini melibatkan 14 mahasiswa dan warga RT 01 dan RT 02, RW 09, Dusun Batur, Desa Kepuharjo, Kecamatan Cangkringan. Waktu pelaksanaan kegiatan yaitu 18 Januari 2018 – 25 Januari 2018. Jumlah seluruh warga yang terdata adalah 98 warga. Kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan dibagi menjadi empat kegiatan pokok yaitu:

1. Sosialisasi pemeriksaan dan pendataan golongan darah sebagai upaya inisiasi desa siaga donor darah.

Kegiatan sosialisasi dilakukan oleh tim pengabdian dengan media pamflet dan ceramah yang juga didampingi oleh tenaga kesehatan. Selain itu, tim pengabdian juga terbuka untuk melakukan diskusi dengan warga Dusun Batur mengenai pentingnya sistem pendataan golongan darah bagi daerah rawan bencana.

2. Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada 98 warga RT 01 dan RT 02 yang hadir pada kegiatan pengabdian masyarakat. Pemeriksaan golongan darah menggunakan metode *slide test* dan didampingi oleh tenaga kesehatan dari Bidan Desa dan Puskesmas setempat.

3. Pendataan Golongan Darah

Hasil pemeriksaan golongan darah warga Dusun Batur, Desa Kepuharjo pada *slide test* ditabulasi berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia. Kartu golongan darah yang sudah ditabulasi dapat dibagikan ke warga sebagai penanda golongan darah masing-masing warga.

#### 4. Analisis Data Golongan Darah

Data golongan darah yang diperoleh dianalisis sehingga didapatkan distribusi golongan darah warga berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia. Kelompok usia yang ditentukan adalah <17 tahun, 17-30 tahun, 31-40 tahun, 41-50 tahun, 51-60 tahun, dan > 60 tahun. Data disajikan dalam bentuk diagram batang dan diagram *pie chart*.

#### Finding and Discussion (Hasil dan Pembahasan)

Kegiatan pengabdian masyarakat dilakukan pada satu hari pertemuan dan dilanjutkan sampai waktu dua minggu berikutnya bagi warga yang berhalangan hadir. Adapun hasil kegiatan pengabdian masyarakat adalah sebagai berikut:

##### 1. Sosialisasi pendataan golongan darah sebagai upaya inisiasi desa siaga donor darah.

Kegiatan sosialisasi ini dilakukan pada hari Kamis, 18 Januari 2018 di Gedung Serba Guna Dusun Batur. Sosialisasi bertujuan untuk memberikan pengetahuan mengenai pentingnya mengetahui golongan darah masing-masing warga untuk memudahkan masyarakat dalam mencari donor darah yang cocok apabila terdapat situasi yang mendesak. Selain itu, sosialisasi ini bertujuan supaya masyarakat menjadi antusias dan terlibat dalam pendataan golongan darah sehingga turut mendukung upaya inisiasi desa siaga donor darah.



Gambar 1. Sosialisasi golongan darah pada warga



Gambar 2. Ceramah oleh tim pengabdian

##### 2. Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan oleh tim pengabdian yang didampingi oleh Bidan Desa dan Puskesmas setempat. Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada seluruh warga RT 01 dan RT 02, RW 09, Dusun Batur yang hadir pada Gedung Serba Guna.



Gambar 3. Pemeriksaan golongan darah warga

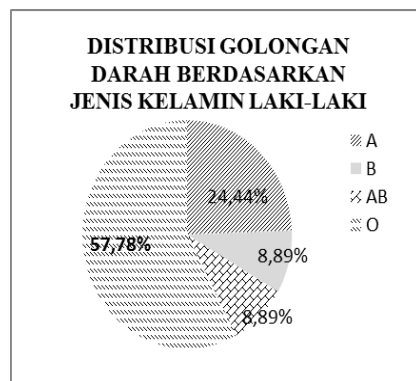
Namun, tidak seluruh warga Dusun Batur hadir pada kegiatan pemeriksaan golongan darah. Oleh karena itu, tim pengabdian juga memeriksa golongan darah warga dengan mengunjungi langsung ke rumah masing-masing warga, sehingga dapat diperoleh data golongan darah warga Dusun Batur yang lengkap.

### 3. Pendataan Golongan Darah Warga RT 01 dan RT 02, Dusun Batur

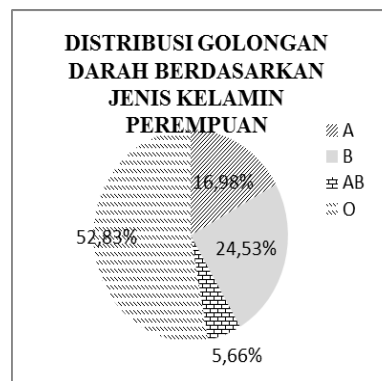
Hasil pemeriksaan golongan darah seluruh warga Dusun Batur, ditabulasi sehingga dapat disajikan dalam bentuk diagram batang dan *pie chart*. Data golongan darah warga Dusun Batur, diolah menjadi distribusi golongan darah berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia.

#### a. Distribusi Golongan Darah Berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi golongan darah warga Dusun Batur berdasarkan jenis kelamin, disajikan pada gambar 4 dan gambar 5 seperti sebagai berikut:



Gambar 4. Distribusi golongan darah warga Dusun Batur berdasarkan jenis kelamin laki-laki



Gambar 5. Distribusi golongan darah warga Dusun Batur berdasarkan jenis kelamin

Gambar 4 Distribusi Golongan Darah berdasarkan karakteristik jenis kelamin laki-laki didapatkan hasil golongan darah O sebanyak 57,78% lebih tinggi daripada golongan darah A sebanyak 24,44%, golongan darah B sebanyak 8,89% dan golongan darah AB sebanyak 8,89%.

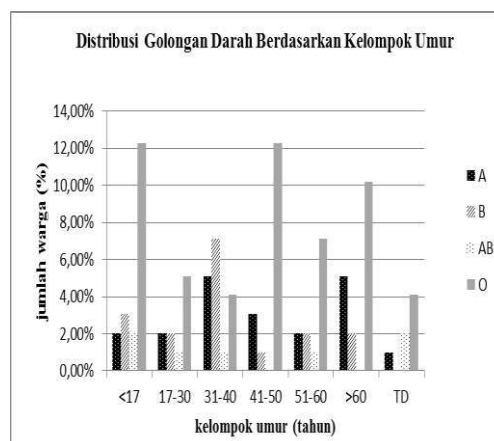
Hasil pemeriksaan golongan darah pada jenis kelamin laki-laki di Dusun Batur Cangkringan Sleman, paling banyak mempunyai golongan darah O yaitu 57,78% daripada golongan darah lainnya. Pelaksanaan pemeriksaan golongan darah dilakukan di Dusun Batur RT 01 RW09 dan RT 02 RW09 dengan menggunakan metode *slide*, diikuti total 98 warga. Warga yang ikut berpartisipasi dalam pemeriksaan golongan darah adalah warga yang belum mengetahui jenis golongan darah mereka, dengan total jenis kelamin laki-laki sebanyak 46 (46,93%) orang

Gambar 5 Distribusi Golongan Darah berdasarkan karakteristik Jenis Kelamin Perempuan didapatkan hasil golongan darah O sebanyak 52,83% lebih tinggi daripada golongan darah A sebanyak 16,98%, golongan darah B sebanyak 24,53% dan golongan darah AB sebanyak 5,66%.

Hasil pemeriksaan golongan darah pada jenis kelamin perempuan di Dusun Batur Cangkringan Sleman, paling tinggi mempunyai golongan darah O yaitu 52,83% daripada golongan darah lainnya. Pelaksanaan pemeriksaan golongan darah dilakukan di Dusun Batur RT 01 RW09 dan RT 02 RW09 dengan menggunakan metode *slide*, diikuti total 98 warga. Warga yang ikut berpartisipasi dalam pemeriksaan golongan darah adalah warga yang belum mengetahui jenis golongan darah mereka, dengan total jenis kelamin perempuan sebanyak 52 (53,06%) orang.

#### b. Distribusi Golongan Darah Berdasarkan Kelompok Umur

Distribusi Golongan Darah Berdasarkan Kelompok Umur, disajikan pada gambar 7. Gambar 7 merupakan Distribusi Golongan Darah Berdasarkan Kelompok Umur didapatkan hasil pada kelompok umur <17 tahun golongan darah O sebanyak 12,24% lebih tinggi daripada golongan darah B sebanyak 3,06%, golongan darah A sebanyak 2,04%, dan golongan darah AB sebanyak 2,04%. Kelompok umur 17-30 tahun golongan darah O sebanyak 5,10% sama dengan golongan darah B sebanyak 2,04%, golongan darah A sebanyak 2,04%, dan golongan darah AB sebanyak 1,02%. Kelompok umur 31-40 tahun golongan darah B sebanyak 7,14% lebih tinggi daripada golongan darah O sebanyak 4,08%, golongan darah A sebanyak 5,10% dan golongan darah AB sebanyak 1,02%. Kelompok umur 41-50 tahun golongan darah O sebanyak 12,24% lebih tinggi daripada golongan darah A sebanyak 3,06%, golongan darah B sebanyak 1,02%, dan golongan darah AB sebanyak 0,0%. Kelompok umur 51-60 tahun golongan darah O sebanyak 7,14% lebih tinggi daripada golongan darah A dan golongan darah B, masing-masing sebanyak 2,04% serta golongan darah AB 1,02%. Kelompok umur >60 tahun golongan darah O sebanyak 10,20% lebih tinggi daripada golongan darah B sebanyak 2,04%, golongan darah A sebanyak 2,04%, dan golongan darah AB sebanyak 0,0%. Kelompok umur yang TD (tidak diketahui) usianya mempunyai golongan darah O sebanyak 4,08%, bergolongan darah AB 2,04%, golongan darah A 1,02% dan golongan darah B 0,0%.



Gambar 7. Distribusi Golongan Darah Berdasarkan Kelompok Umur

Warga RT 01 dan RT 02 di wilayah RW09 Dusun Batur, Cangkringan Sleman Yogyakarta yang mengikuti pemeriksaan golongan darah terdiri dari semua kelompok umur, dengan total paling banyak pada kelompok umur 41-50 tahun yaitu sebanyak 16,33%. Oleh karena itu dari berbagai kelompok umur yang diperiksa, masyarakat yang mempunyai golongan darah O paling banyak berada pada kelompok umur 41-50 tahun dan pada kelompok umur < 17 tahun dibandingkan dengan kelompok umur lain yang jumlah warga lebih sedikit.

### **Conclusion (Simpulan)**

Berdasarkan hasil kegiatan pendataan golongan darah warga Dusun Batur, Cangkringan maka didapatkan distribusi golongan darah warga berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur sebagai berikut :

1. Distribusi jenis golongan darah berdasarkan jenis kelamin pria yaitu, golongan darah A (24,44%), golongan darah B (8,89%), golongan darah AB (8,89%), dan golongan darah O (57,78%).
2. Distribusi jenis golongan darah berdasarkan jenis kelamin wanita yaitu, golongan darah A (16,98%), golongan darah B (24,53%), golongan darah AB (5,66%), dan golongan darah O (52,83%).
3. Berdasarkan kelompok umur, distribusi golongan darah terbanyak yaitu golongan darah O (12,24%) pada kelompok usia <17 tahun dan kelompok usia 41-50 tahun.

Hasil data golongan darah warga Dusun Batur diberikan ke Bidan Desa dan Puskesmas sebagai inisiasi desa siaga donor darah.

Berdasarkan kegiatan pengabdian masyarakat yang telah dilakukan, maka penting dilakukan kegiatan yang berkelanjutan dalam inisiasi desa siaga donor darah. *Database* golongan darah yang diperoleh pada kegiatan pengabdian sebaiknya perlu dilengkapi dengan kualitas darah pendonor seperti kadar Hb, tekanan darah, dan data penyakit infeksi menular lewat transfusi darah sehingga dapat menyediakan darah yang aman ketika dibutuhkan.

### **References (Referensi)**

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 564/MENKES/SK/VIII. (2006). *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Desa Siaga*. Kementerian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan (online), (<http://promkes.kemkes.go.id/desa-siaga>) diakses pada 25/07/2019 pukul 13.00 WIB
- Dwi, R.W., Sutopo, P.N., Donna, A. (2017). Analisis penyebab masyarakat tetap tinggal di kawasan rawan bencana Gunung Merapi (studi di Lereng Gunung Merapi Kecamatan Cangkringan, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta), *Jurnal Ilmu Lingkungan*, vol 15 (2) : 135-142

- Febriana., Didik, S., Yusya, A. (2015). Kesiapsiagaan masyarakat desa siaga bencana dalam menghadapi bencana gempa bumi di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh, *Jurnal Ilmu Kebencanaan(JIKA)*, vol. 2(3): 41-49
- Lucia, S.R., Mubasysyir, H., Guardian, Y.S. (2012). Peran puskesmas dalam pengembangan desa siaga di Kabupaten Bantul, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, vol. 1(3); 154-160.
- Nyak, I. (2010). *Dampak Erupsi Gunung Merapi Terhadap Kondisi Sosial Ekonomi Petani*. Pusat Sosial Ekonomi dan Kebijakan Pertanian: Bogor.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (Infodatin). (2014). *Situasi Kesehatan Ibu*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta Selatan.
- Syaeful, B. (2017). Donor darah kampung siaga sebagai gerakan sosial masyarakat. *Jurnal EMPOWER*

# **PENINGKATAN KESADARAN MASYARAKAT PENTINGNYA PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH SEJAK DINI SEBAGAI UPAYA PERSIAPAN DESA SIAGA DONOR DARAH**

**Ikrimah Nafilata**

Program Studi D-3 Teknologi Bank Darah, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, Indonesia  
Email: nafilataikrimah@gmail.co.id

**Serafica Btari Christiyani Kusumaningrum**

Program Studi D-3 Teknologi Bank Darah, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, Indonesia  
Email: seraficabtarick@gmail.co.id

**Diani Mentari**

Program Studi Teknologi Bank Darah, STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, Indonesia  
Email: dianimentari@gmail.co.id

## **ABSTRAK**

Penyakit Tidak Menular (PTM) terjadi peningkatan kasus di zaman modern ini dibandingkan penyakit Menular. Salah satu Penyakit Tidak Menular tersebut adalah Diabetes Mellitus, dimana penyakit ini ditandai dengan gejala kadar glukosa darah di atas batas normal  $> 200$  mg/dL (hiperglikemi). Dusun Pager Jurang Cangkringan Sleman dipersiapkan menjadi Desa Siaga Donor Darah, dimana warganya belum mengetahui jika hiperglikemi/ hipoglikemi tidak diperbolehkan donor darah. Kegiatan Pengabdian Masyarakat ini bertujuan melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah masyarakat, untuk mengetahui gambaran kadar glukosa darah masyarakat setempat. Kegiatan Pengabdian Masyarakat di Dusun Pager Jurang dihadiri oleh 90 warga untuk mengikuti sosialisasi dan pemeriksaan kadar glukosa darah menggunakan metode automatic. Hasil pemeriksaan glukosa darah pada jenis kelamin laki-laki yang hiperglikemi sebanyak 25,7% dan pada jenis kelamin perempuan sebanyak 16,4%. Kategori umur dengan hiperglikemi pada lansia sebanyak 39,1%, pada kategori umur dewasa sebanyak 16,1%, dan pada umur remaja akhir sebanyak 0,0%.

**Kata kunci :** Penyakit Tidak Menular, glukosa darah, hiperglikemi, hipoglikemi

## **ABSTRACT**

*There is increase in Non-Communicable Disease cases compare to infectious diseases currently. One of The Non-Communicable Disease is Diabetes mellitus. The symptom of the disease is increasing blood glucose level above normal range ( $>200$  mg/dL) or hyperglycemia. Pagerjurang Village, Cangkringan is prepared to be Blood Donor Allert Village because the inhabitants did not know yet about the hyperglycemic people does not allowed to blood donor. The purpose of this community engagement was to find the overview of blood glucose level of inhabitants. As many as 90 residents of Pager Jurang Village were attend to get the information of blood glucose leve and to get blood glucose level examination with automatic methode in this Community Engagement. The*

*examination results showed that hyperglycemic male were 25,7% and the hyperglycemic female were 16,4%. Based on the age group, the hyperglycemic level of elderly group were 39,1%, the hyperglycemic level of adult group were 16,1% and the hyperglycemic level of adolescent group were 0%.*

**Keywords :** *Non-Communicable Disease, Blood Glucose, hyperglycemia, hypoglycemia*

### **Introduction (Pendahuluan)**

Dewasa ini Penyakit Tidak Menular (PTM) mengalami peningkatan, salah satu penyakit Tidak Menular yaitu Diabetes Mellitus. Penyakit tersebut ditemukan di setiap populasi di seluruh dunia baik pada negara maju maupun negara berkembang termasuk populasi di pedesaan dengan pendapatan menengah (WHO, 2019). Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang progresif ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah sampai di atas batas normal  $> 200$  mg/dl, (WHO, 2018) dan penderitanya tidak dapat secara otomatis mengendalikan tingkat glukosa dalam darahnya. (Koes Irianto, 2014). Perkiraan WHO terdapat 422 juta penduduk dewasa di seluruh dunia menderita Diabetes pada tahun 2014. Prevalensi Diabetes Mellitus pada usia dewasa mengalami kenaikan dari 4,7% pada tahun 1980 menjadi 8,5% pada tahun 2014. (WHO, 2019). Prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia berdasarkan diagnosa dokter pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun hasil Riskesdas 2018 meningkat menjadi 2%. (Kemenkes, 2018) Dusun Pager Jurang Desa Kepuharjo Kecamatan Cangkringan Sleman Yogyakarta merupakan daerah rawan bencana, sehingga dipersiapkan untuk menjadi Desa Siaga Donor Darah, dimana warganya belum mengetahui jika hiperglikemi/ hipoglikemi tidak diperbolehkan untuk melakukan donor darah.

Masyarakat Dusun Pager Jurang, Desa Kepuharjo, Kecamatan Cangkringan Sleman, tidak mengetahui kadar glukosa darah mereka, dikarenakan masyarakat setempat akan memeriksakan kesehatan apabila telah mengalami gejala penyakit tersebut. Pengabdian Masyarakat ini dilakukan dengan tujuan agar masyarakat Dusun Pager Jurang dapat mengetahui kadar glukosa darah sewaktu mereka sejak dini, sebelum muncul gejala klinis lebih lanjut, agar dapat dilakukan pencegahan terhadap Penyakit Diabetes Mellitus, serta masyarakat dapat melakukan donor darah.

### **Theory and Methods (Teori dan Metodologi)**

Diabetes merupakan penyakit kronis serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur kadar glukosa darah), dan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting. Diabetes menjadi salah satu dari empat penyakit tidak menular prioritas yang menjadi target tindak lanjut oleh para pemimpin dunia. Jumlah kasus dan prevalensi diabetes terus meningkat selama beberapa dekade terakhir.

Kriteria diagnosis Diabetes Mellitus (DM) menurut pedoman *American Diabetes Association* (ADA) 2011 dan konsensus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) 2011:

1. Glukosa plasma puasa  $\geq 126$  mg/dl dengan gejala klasik penyerta;
2. Glukosa 2 jam pasca pembebanan  $\geq 200$  mg/dl;
3. Glukosa plasma sewaktu  $\geq 200$  mg/dl bila terdapat keluhan klasik DM seperti banyak kencing (poliuria), banyak minum (polidipsia), banyak makan (polifagia), dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya.

Kriteria diagnosis DM (konsensus PERKENI 2015) :

1. Pemeriksaan glukosa plasma puasa  $\geq 126$  mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam, atau
2. Pemeriksaan glukosa plasma  $\geq 200$  mg/dl 2 jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram, atau
3. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu  $\geq 200$  mg/dl dengan keluhan klasik (poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya), atau
4. Pemeriksaan HbA1c  $\geq 6,5\%$  dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohaemoglobin Standardization Program (NGSP).

Kegiatan Pengabdian Masyarakat ini dilakukan pada bulan Juli 2019 yang berlokasi di Dusun Pager Jurang, Desa Kepuharjo, Kecamatan Cangkringan Sleman Yogyakarta. Kegiatan yang dilakukan antara lain pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu pada 90 warga Dusun Pager Jurang, dengan berbagai kelompok umur. Pemeriksaan glukosa darah sewaktu menggunakan metode *automatic*, darah yang diambil merupakan darah jari yang ditusuk menggunakan lancet.

### ***Finding and Discussion (Hasil dan Pembahasan)***

Hasil kegiatan Pengabdian Masyarakat Pemberian edukasi dan pemeriksaan kadar gula darah yaitu sebagai berikut :

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Hasil Pemeriksaan Kadar Gula Darah

| Variabel                      | Distribusi Frekuensi |      |
|-------------------------------|----------------------|------|
|                               | n                    | %    |
| Jenis Kelamin                 |                      |      |
| Laki-laki                     | 35                   | 38,9 |
| Perempuan                     | 55                   | 61,1 |
| Kategori Umur                 |                      |      |
| Lansia (46-65 tahun)          | 23                   | 25,6 |
| Dewasa (26-45 tahun)          | 56                   | 62,2 |
| Remaja Akhir (17-25 tahun)    | 11                   | 12,2 |
| Kategori Gula Darah Sewaktu   |                      |      |
| Hiperglikemi ( $> 200$ mg/dl) | 18                   | 20,0 |

|                        |    |       |
|------------------------|----|-------|
| Normal (70-<200 mg/dl) | 67 | 74,4  |
| Rendah (< 70 mg/dl)    | 5  | 5,6   |
| Jumlah                 | 90 | 100,0 |

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Masyarakat yang mengikuti kegiatan Pengabdian Masyarakat, jenis kelamin laki-laki sebanyak 38,9% dan jenis kelamin perempuan sebanyak 61,1%. Distribusi Frekuensi kategori umur Lansia (46-65 tahun) sebanyak 25,6%, kategori umur Dewasa (26-45 tahun) sebanyak 62,2% dan kategori umur remaja akhir (17-25 tahun) sebanyak 12,2%. Distribusi Frekuensi hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu kategori hiperglikemi sebanyak 20,0%, kategori normal sebanyak 74,4% dan kategori hipoglikemi sebanyak 5,6%.

Tabel 2 Tabel Cross Tabulasi

| Variabel      | Hasil Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (automatic) |      |                            |       |                            |     | Total |       |
|---------------|--------------------------------------------------|------|----------------------------|-------|----------------------------|-----|-------|-------|
|               | Hiperglikemi<br>(>200 mg/dl)                     |      | Normal (70-<<br>200 mg/dl) |       | Hipoglikemi<br>(<70 mg/dl) |     | n     | %     |
|               | n                                                | %    | n                          | %     | n                          | %   |       |       |
| Jenis Kelamin |                                                  |      |                            |       |                            |     |       |       |
| Laki-laki     | 9                                                | 25,7 | 25                         | 71,4  | 1                          | 2,9 | 35    | 100,0 |
| Perempuan     | 9                                                | 16,4 | 42                         | 76,4  | 4                          | 7,3 | 55    | 100,0 |
| Kategori Umur |                                                  |      |                            |       |                            |     |       |       |
| Lansia        | 9                                                | 39,1 | 13                         | 56,5  | 1                          | 4,3 | 23    | 100,0 |
| Dewasa        | 9                                                | 16,1 | 43                         | 76,8  | 4                          | 7,1 | 56    | 100,0 |
| Remaja Akhir  | 0                                                | 0,0  | 11                         | 100,0 | 0                          | 0,0 | 11    | 100,0 |
| Total         | 18                                               | 20,0 | 67                         | 74,4  | 5                          | 5,6 | 90    | 100,0 |

Tabel 2 Cross Tabulasi menunjukkan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah dengan metode *automatic*, pada jenis kelamin laki-laki dengan hiperglikemi sebesar 25,7% lebih tinggi daripada jenis kelamin perempuan sebesar 16,4%. Hal ini dimungkinkan pada jenis kelamin laki-laki kurang memiliki kesadaran untuk hidup sehat, jenis kelamin perempuan biasanya lebih mempunyai kesadaran untuk hidup sehat. Dusun Pager Jurang Desa Kepuharjo Kecamatan Cangkringan Sleman Yogyakarta, masyarakatnya kurang mendapatkan sosialisasi tentang pencegahan dan perawatan Penyakit Tidak Menular khususnya Diabetes Mellitus, perlu adanya sosialisasi secara rutin dari Instansi Kesehatan setempat, agar masyarakat dapat mengetahui tentang Penyakit Diabetes Mellitus yang ditandai dengan gejala peningkatan kadar glukosa darah.

Hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu berdasarkan kategori umur dewasa yang hiperglikemi sebanyak 16,1% dan kategori umur lansia sebanyak 39,1%. Kategori lansia di sini terdiri dari lansia awal (46-55 tahun) dan lansia akhir (56-65 tahun), sedangkan untuk kelompok umur remaja akhir tidak ada yang hiperglikemi atau 0,0%.

Kadar glukosa darah terjadi peningkatan setelah makan dan dalam keadaan normal, setelah 2 jam akan terjadi penurunan ke kadar yang normal. Apabila 2 jam setelah makan kadar glukosa darah masih > 200 mg/dl, maka ada ketidaknormalan kinerja dari hormon insulin itu sendiri. Instansi kesehatan setempat perlu melakukan pemeriksaan glukosa darah sejak usia dini/ remaja dan melakukan edukasi untuk berbagai kelompok umur tentang perlunya melakukan aktivitas fisik yang cukup untuk mencegah diabetes mellitus atau mengontrol glukosa darah.

### **Conclusion (Simpulan)**

Kesimpulan dari kegiatan Pengabdian Masyarakat ini antara lain :

1. Kegiatan Pengabdian Masyarakat diikuti oleh warga Dusun Pager Jurang sebanyak 90 orang, dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 35 (38,9%) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 55 (61,1%).
2. Warga yang mengikuti kegiatan Pengabdian masyarakat kategori umur lansia sebanyak 23 (25,6%), kategori umur dewasa sebanyak 56 (62,2%), kategori umur remaja akhir sebanyak 11 (12,2%).
3. Total 90 warga Dusun Pager Jurang yang diperiksa kadar glukosa darahnya didapatkan hasil kategori Hiperglikemi sebanyak 18 (20,0%), kategori normal sebanyak 67 (74,4%), dan kategori hipoglikemi sebanyak 5 (5,6%).
4. Perlu adanya sosialisasi rutin dari Instansi Kesehatan setempat agar masyarakat dapat mengetahui tentang Penyakit Diabetes Mellitus yang ditandai dengan gejala peningkatan kadar glukosa darah.
5. Instansi kesehatan setempat perlu melakukan pemeriksaan glukosa darah sejak usia dini/ remaja dan melakukan edukasi untuk berbagai kelompok umur tentang perlunya melakukan aktivitas fisik yang cukup untuk mencegah diabetes mellitus atau mengontrol glukosa darah.

### **References (Referensi)**

- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Infodatin Hari Diabetes Sedunia 2018*. Diakses pada tanggal 14 November 2019. From URL HIPERLINK : <https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/hari-diabetes-sedunia-2018.pdf>
- Koes I. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular Panduan Klinis*. Bandung, CV. Alfabeta. Hal : 312.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Guidelines on second-and third-line medicines and type of insulin for the control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus*. Diakses pada tanggal 14 November 2019. From URL HIPERLINK : <https://www.who.int/publications-detail/global-report-on-diabetes>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Classification of Diabetes Mellitus 2019*. Diakses pada tanggal 14 November 2019. From URL HIPERLINK : <https://www.who.int/publications-detail/classification-of-diabetes-mellitus>

## **PERSEPSI PENGASUH DALAM PENDAMPINGAN TOILET TRAINING PADA ANAK RETARDASI MENTAL**

**M. Nur Dewi Kartikasari<sup>1</sup>,**  
Program Studi D III Kebidanan FK UNS  
Email : dewi1812.uns@gmail.com

**Sri Anggarini Parwatiningsih<sup>2</sup>,**  
Program Studi D III Kebidanan FK UNS  
Email : rini.uns@gmail.com

**Fresthy Astrika Yunita<sup>3</sup>**  
Program Studi D III Kebidanan FK UNS  
Email : fresh\_outside@yahoo.com

### **ABSTRACT**

*Mentally retarded children depend on their parents or nanny for their daily activities, especially self-care. Mental retardation children will have difficulty learning in self-skills and need help when at home or at school. In this case, parents have an important role in teaching self-care skills to children with mental retardation. Mental retardation children need to learn self-skills as soon as possible in order to be accepted and to be independent in social life. The purpose of this study is to discover the perception of nanny in mentoring toilet training in children with mental retardation. The variable measured is nanny's perceptions in mentoring toilet training in mentally retarded children. The population includes nanny at Sekolah Luar Biasa (SLB) B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo). Sampling technique was taken by purposive sampling obtained 25 nannys in class C. Data collection techniques is using Focus Group Discussion (FGD). The intervention in this research took the form of training or mentoring on toilet training. The data collection tool uses the FGD guide by the FGD facilitator and the results are recorded with a smart phone voice recorder. The results showed the perception of parents / nanny tended to be positive in mentoring toilet training in children with mental retardation at SLB BC Hamong Putro Jombor Sukoharjo. Focus Group Discussion caused direct interaction between respondents and facilitators so there was an exchange of information and experience that increased respondents' knowledge in mentoring toilet training for mentally retarded children at SLB BC Hamong Putro Jombor Sukoharjo.*

*Keywords: Toilet Training, Perception, Mental Retardation*

### **ABSTRAK**

Anak retardasi mental masih banyak yang tergantung kepada orang tua atau pengasuhnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari terutama perawatan diri. Anak Retardasi mental akan mengalami kesulitan belajar dalam keterampilan diri dan membutuhkan bantuan ketika di rumah maupun sekolah. Dalam hal ini, orang tua memiliki peran penting dalam mengajarkan keterampilan perawatan diri pada anak

retardasi mental. Anak-anak retardasi mental perlu belajar keterampilan diri sesegera mungkin agar diterima dan berfungsi secara mandiri dalam hidup bermasyarakat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui persepsi pengasuh dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental. Variabel yang diukur adalah persepsi pengasuh dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental. Populasi meliputi pengasuh anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo. Teknik sampling diambil dengan cara purposive sampling diperoleh 25 pengasuh anak pada kelas C. Teknik pengumpulan data melalui *Focus Group Discussion (FGD)*. Intervensi dalam penelitian ini berupa pelatihan atau pendampingan tentang *toilet training*. Alat ukur pengumpulan data menggunakan panduan FGD oleh fasilitator FGD kemudian hasilnya direkam dengan *voice recorder smart phone*. Hasil penelitian menunjukkan Persepsi orangtua/pengasuh cenderung positif dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental di SLB B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo. *Focus Group Discussion* menyebabkan terjadinya interaksi langsung antar responden dan fasilitator sehingga ada pertukaran informasi dan pengalaman yang meningkatkan pengetahuan responden dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental di SLB B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo.

**Kata kunci :** *Toilet Training*, Persepsi, Retardasi Mental

## **Pendahuluan**

Retardasi mental merupakan seseorang dengan karakteristik tingkat kecerdasan dibawah rata-rata ( $IQ \leq 70$ ) dan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi, mengurus diri sendiri, kemampuan mengambil keputusan sendiri, rekreasi, pekerjaan, kesehatan dan keamanan (Prabowo, 2010). Anak retardasi mental masih banyak yang tergantung kepada orang tua atau pengasuhnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari terutama perawatan diri. Penelitian yang dilakukan Hayati dan Dalton, Abdallah, Cestari dan Fawcett dalam Ramawati (2011), menjelaskan bahwa keterampilan dalam aktivitas sehari-hari ini termasuk aktivitas perawatan diri. Keterampilan perawatan diri meliputi makan-minum, menggunakan toilet, memakai dan melepas baju, personal hygiene serta keterampilan berhias. Anak Retardasi mental akan mengalami kesulitan belajar dalam keterampilan diri dan membutuhkan bantuan ketika di rumah maupun sekolah. Dalam hal ini, orang tua memiliki peran penting dalam mengajarkan keterampilan perawatan diri pada anak retardasi mental. Anak-anak retardasi mental perlu belajar keterampilan diri sesegera mungkin agar diterima dan berfungsi secara mandiri dalam hidup bermasyarakat (*American Psychiatric Asociation*, 2000).

Data RISKESDAS tahun 2013 menunjukkan jumlah penduduk Indonesia penyandang disabilitas sebesar 8,3% dari total populasi. Hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) oleh Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 2012, jumlah penyandang disabilitas di Indonesia sebanyak 6.008.661 orang. Dari jumlah tersebut sebesar 6,7% atau 402.817 orang merupakan penyandang tuna grahita/retardasi mental.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lewis dan Iselin (2002) menunjukkan bahwa anak yang dapat melakukan perawatan diri secara mandiri dapat berinteraksi lebih baik dengan lingkungan dan mengembangkan jejaring sosial lebih luas. Dukungan dan

bimbingan orangtua dibutuhkan dalam penanaman kemandirian anak dengan bersikap positif melalui pemberian *reward* misalnya pujian, semangat dan kesempatan berlatih mandiri sesuai tahapan perkembangan usia (Noble, 2014).

Studi pendahuluan yang dilakukan di SLB B-C Hamong Putro Sukoharjo menunjukkan bahwa belum pernah dilakukan penelitian maupun pelatihan *toilet training* yang melibatkan orang tua siswa dan guru. Selain itu siswa SLB B-C Hamong Putro masih ada yang BAK di dalam kelas tanpa bisa mengontrol dan mengkomunikasikan kepada guru atau pengasuh. Maka kami melakukan pelatihan pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental di Sekolah Luar Biasa.

Setelah pemberian pelatihan dan pendampingan kepada pengasuh anak retardasi mental, peneliti tertarik untuk melakukan *Focus Group Discussion (FGD)* tentang persepsi pengasuh dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental. Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan dukungan orangtua maupun pengasuh dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental.

## **Teori dan Metodologi**

*Toilet training* yaitu suatu cara melatih buang air kecil dan besar pada tempatnya (*toilet*). *Toilet training* dapat dilakukan pada setiap anak yang sudah memasuki fase kemandirian. Keberhasilan *toilet training* tergantung pada diri anak dan keluarga seperti kesiapan fisik baik dari segi kekuatan fisik maupun kemampuan anak. Kesiapan intelektual anak juga membantu dalam proses buang air kecil dan besar (Hidayat, 2005). Buang air kecil dan besar di *toilet* merupakan hal kecil bagi anak normal. Namun, pada anak retardasi mental akan kesulitan dalam menguasai cara buang air. Orang tua maupun pengasuh anak retardasi mental membutuhkan pengetahuan, pelatihan dan pendampingan dalam *toilet training* anak.

Ardianingsih (2011) menyatakan bahwa tahapan *toilet training* yang dapat mengatasi hambatan pada anak berkebutuhan khusus antara lain: membuat jadwal harian kebiasaan buang air besar dan kecil; membuat alat bantu visual; membiasakan anak menggunakan *toilet*; menjadi model yang baik untuk anak; tidak memaksa anak; membuat anak merasa nyaman selama proses latihan; serta memberikan penguatan. Menurut Hidayat (2005), banyak cara yang dapat dilakukan orang tua dalam melatih anak untuk buang air besar dan kecil, misalnya dengan teknik lisan dan teknik *Modelling*.

Hambatan dalam *toilet training* dapat disebabkan oleh masalah sensori. Anak berkebutuhan khusus terutama retardasi mental tidak dapat merasakan sensasi tubuh mereka saat ingin buang air besar dan kecil. Selain itu, kesulitan dalam menyampaikan kebutuhan mereka juga menjadi faktor penghambat dalam keberhasilan *toilet training* (Ardianingsih, 2011).

Para peneliti menyatakan bahwa anak-anak disabilitas mengalami kesulitan dalam menggeneralisasikan kemampuan dan mengontrol keinginan buang air. Hal ini disebabkan oleh rasa takut dan cemas akan aktivitas buang air yang memerlukan usaha yang kuat (Duffy, 2015). Penelitian lain menunjukkan berbagai macam metode pelatihan *toilet training* untuk anak berkebutuhan khusus yang sering dilakukan yaitu di klinis dan sekolah. Orang tua atau pengasuh mempunyai kontribusi terbesar dalam

keberhasilan *toilet training* pada anak dengan kebutuhan khusus (Kroeger & Sorensen, 2010).

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif karena mengkaji perspektif partisipan dengan strategi-strategi yang bersifat interaktif dan fleksibel. Penelitian kualitatif ditujukan untuk memahami fenomena-fenomena sosial dari sudut pandang partisipan. Penelitian ini mengkaji persepsi pengasuh anak retardasi mental dalam pendampingan *toilet training* (Sugiyono, 2005).

Variabel yang diukur adalah persepsi pengasuh dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental. Populasi meliputi pengasuh anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo. Teknik sampling diambil dengan cara purposive sampling yaitu pengasuh anak pada kelas C. Teknik pengumpulan data melalui *Focus Group Discussion (FGD)*. Intervensi dalam penelitian ini berupa pelatihan atau pendampingan tentang *toilet training*. Alat ukur pengumpulan data menggunakan panduan FGD berupa pertanyaan terbuka yang diberikan oleh fasilitator FGD kemudian hasilnya direkam dengan *voice recorder smart phone*.

Tahap pengumpulan data diawali dengan menentukan sampel yaitu pengasuh anak retardasi mental yang diberikan pelatihan dan pendampingan tentang *toilet training*. Sampel yang hadir sebanyak 25 orang dan dibagi menjadi 2 kelompok. Masing-masing kelompok dipandu oleh fasilitator melakukan *Focus Group Discussion* yang direkam melalui *voice recorder* kemudian hasil berupa transkrip FGD dianalisis secara kualitatif.

## Hasil dan Pembahasan

Sebelum pelaksanaan *Focus Group Discussion (FGD)*, responden telah diberikan materi dasar dan pelatihan tentang *toilet training* serta *leaflet* dan poster tahapan toilet training yang harus ditempel di ruangan agar anak dapat melihat dan belajar *toilet training*. Pada saat FGD, fasilitator memberikan pertanyaan atau evaluasi meliputi pengertian, tahapan, cara pelaksanaan dan manfaat *toilet training*. Sebagian besar responden dapat menjawab pertanyaan sehingga disimpulkan pengetahuan tentang toilet training meningkat.

Tabel 1. Gambaran Pengetahuan Pengasuh Anak Retaradasi Mental

| Kategori        | N  | Rata-rata | Standar Deviasi |
|-----------------|----|-----------|-----------------|
| <i>Pretest</i>  | 30 | 8,57      | 1,870           |
| <i>Posttest</i> | 30 | 12,70     | 1,664           |

Berdasarkan tabel 1. rata-rata *pretest* (8,57) lebih rendah jika dibandingkan rata-rata *posttest* (12,70). Dari tabel tersebut dapat dilihat adanya kenaikan nilai *pretest* ke nilai *posttest* sehingga terdapat peningkatan pengetahuan responden tentang toilet training setelah pemberian materi dan pelatihan.

Penelitian ini juga menunjukkan perbedaan latar belakang individu yang dapat ditinjau dari segi usia. Responden yang memiliki usia lebih tua akan lebih sulit melakukan modifikasi persepsi tingkah laku dibandingkan dengan responden yang

berusia lebih muda karena berhubungan dengan fleksibilitas kepribadiannya (Luddin, 2010). Mayoritas usia responden berkisar antara usia 36-45 tahun sebanyak 43,3%. Perbedaan latar belakang individu juga dapat dilihat dari tingkat pendidikan seseorang yang dapat mempengaruhi cara pandangnya terhadap diri dan lingkungan sehingga akan berbeda cara menyikapi proses berlangsungnya pelatihan dan pendampingan pada responden yang berpendidikan tinggi dengan yang berpendidikan rendah (Luddin, 2010). Pendidikan terakhir responden mayoritas SMA yaitu sejumlah 13 responden atau 43,3% (Data Primer, 2019).

### **Pengalaman pengasuh dalam pendampingan toilet training**

*Focus Group Discussion* yang telah dilakukan menunjukkan bahwa banyak pengalaman yang dirasakan pengasuh dalam pendampingan *toilet training* anak retardasi mental antara lain anak menjadi manja saat ada orangtua/pengasuh; anak menjadi malas ke kamar mandi saat asyik bermain baik bermain dengan teman-teman maupun bermain *gadget*; anak yang merasa jijik dan muntah dengan bau kotoran/*feses* nya; berat badan anak yang cenderung berat dan malas gerak membuat orangtua menyediakan plastik untuk tempat kotoran saat buang air kecil dan besar.

Pengalaman lain yang positif juga dirasakan orangtua/pengasuh yaitu semakin bertambah usia dan pendidikan maka anak semakin paham dan mandiri dalam *toilet training*. Hal tersebut didukung dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Masni (2018), bahwa pendidikan merupakan suatu bentuk pengembangan dalam aktualisasi diri. Pendidikan akan membuat anak retardasi mental dapat mengetahui kelebihan dan kelemahan dirinya sehingga anak lebih percaya diri dalam pengambilan keputusan *toilet training*. Anak akan semakin mengembangkan aktualisasi dirinya dengan baik seiring dengan peningkatan pendidikan. Hal ini juga memerlukan dukungan dan bantuan orang tua, pengasuh maupun guru dalam melatih perawatan diri.

Usia merupakan karakteristik lain yang juga diperhatikan dalam penelitian karena akan mempengaruhi proses perawatan diri pada anak. Semakin bertambahnya usia anak maka akan semakin banyak pengalaman yang diperoleh dari lingkungan. Hal ini sesuai dengan penelitian Fatimah (2010), bahwa semakin bertambahnya usia maka akan meningkatkan kemandirian anak. Tingkat kemandirian berdasarkan usia pada anak normal dan retardasi mental tidak dapat disamakan. Perkembangan mental pada anak retardasi mental lebih ditekankan daripada anak normal. Latihan *toilet training* pada anak normal dapat dilakukan pada usia 18 sampai 36 bulan (usia *toddler*), sedangkan pada anak retardasi mental, tidak ada rentang usia tentang kemampuan anak dalam melakukan *toilet training*.

### **Faktor pendorong dalam pendampingan toilet training**

Para responden penelitian (ortu/pengasuh) menyampaikan banyaknya faktor pendorong untuk melaksanakan *toilet training* pada anak retardasi mental antara lain: membuat jadwal harian; mengajari sejak dini/usia 2 tahun; mengenali mimik wajah atau terdapat ekspresi tegang ketika anak ingin buang hajat; keaktifan orangtua/pengasuh dalam berinteraksi dengan anak; serta pemberian *reward*.

Menurut Hidayat (2005), Konsep *toilet training* dapat dimulai sejak usia *toddler* namun biasanya toilet training dilakukan pada usia 2-3 tahun. Toilet training pada anak retardasi mental bukan hal yang mudah sehingga orangtua harus memiliki keinginan dan motivasi yang kuat agar anaknya dapat melakukan buang air pada tempatnya (*toilet*). Penggunaan teknik yang tepat akan menentukan keberhasilan *toilet training*. Seorang anak retardasi mental berbeda dengan anak normal. Keterbatasan yang ada pada anak retardasi mental juga akan membatasi aktivitas yang dapat dilakukan. Dukungan orang tua sangat dibutuhkan agar anak retardasi mental mampu melakukan kegiatan *toileting* sehingga anak menjadi mandiri seperti anak normal. Peran orangtua yang dibutuhkan dalam *toilet training* diantaranya menyediakan waktu, melakukan pendekatan secara konsisten dan sabar serta memiliki pengetahuan dan pemahaman proses *toilet training*. Peran orang tua juga didukung dengan pendidikan dan tingkat pengetahuan yang lebih luas serta usia dalam kategori dewasa. Pendidikan yang tinggi akan memudahkan orangtua dalam menerima informasi sehingga pola pikir orang tua akan lebih matang dan dapat mengambil keputusan berdasarkan pengalaman serta informasi yang sudah didapat melalui internet, televisi maupun seminar-seminar yang diadakan oleh sekolah khususnya mengenai cara mendidik anak dengan retardasi mental. Sedangkan usia yang sudah matang atau dewasa pada orangtua akan memiliki banyak pengalaman dalam merawat anak. Semakin orang tua berperan positif maka akan semakin meningkatkan kemandirian *toileting* pada anak retardasi mental.

### **Faktor penghambat dalam pendampingan *toilet training***

Hasil penelitian kepada para orangtua/pengasuh juga menunjukkan adanya faktor penghambat dalam pelaksanaan toilet training pada anak retardasi mental diantaranya : anak belum bisa cebok sendiri; kondisi anak sedang sakit; jumlah asupan makan yang berubah-ubah; anak belum bisa mengekspresikan keinginan buang hajat; serta lokasi kamar mandi.

Kesulitan yang dihadapi orangtua disebabkan oleh kemampuan kognitif anak retardasi mental yang masih sangat kurang. Dengan kemampuan tersebut orangtua mengalami kesulitan dalam menyampaikan bagaimana cara *toilet training* yang baik dan benar. Anak sulit memahami penjelasan yang disampaikan orangtua pada saat latihan *toilet training*. Selain kemampuan kognitif yang kurang, kemampuan bahasa anak juga mengalami hambatan. Anak belum mampu melakukan komunikasi dengan baik sehingga orangtua sulit untuk menyampaikan apa yang harus dilakukan anak pada saat ingin buang air kecil/besar. Kesulitan utama yang dihadapi orangtua adalah menangani emosi anak. Anak belum mampu mengontrol emosi, sehingga dalam melatih *toilet training*, orangtua harus memperhatikan emosi anak terlebih dahulu. Jika kondisi emosional anak sedang baik maka orangtua akan lebih mudah dalam memberikan latihan, namun jika kondisi emosional anak kurang baik, maka latihan yang diberikan orangtua akan sia-sia. Biasanya anak tidak akan mau memperhatikan apa yang sedang diajarkan orangtua.

## Simpulan

Persepsi orangtua/pengasuh cenderung positif dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental di SLB B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo. *Focus Group Discussion* yang dilakukan menyebabkan terjadinya interaksi langsung antar responden dan fasilitator sehingga ada pertukaran informasi dan pengalaman yang meningkatkan pengetahuan responden dalam pendampingan *toilet training* pada anak retardasi mental di SLB B-C Hamong Putro Jombor Sukoharjo.

## Referensi

- Aminah N.A dan Susilawati D. (2016). Indonesia Miliki 12 Persen Penyandang Disabilitas, <https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/16/12/16/oi9ruf384-indonesia-miliki-12-persen-penyandang-disabilitas16Desember2016> diakses 21Oktober 2019
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder*. USA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Ardianingsih, W. (2011). Toilet Training pada Anak Berkebutuhan Khusus. <http://www.ruangpsikologi.com>.
- Duffy B. (2015). *A Modified Azrin and Foxx Rapid Toilet Training Protocol for Children With Autism Spectrum Disorder*. Thesis. The Ohio State University.
- Fatimah E. (2010). *Psikologi Perkembangan (Psikologi Perkembangan. Peserta Didik)*. Bandung: CV Pustaka Setia.
- Hidayat A.A.A. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba.
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). Situasi Penyandang Disabilitas. Jakarta. *Buletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan*, ISSN 2088-270X
- Kroeger K dan Sorensen R. (2010). A Parent Training Model For Toilet Training Children With Autism. *Journal of Intellectual Disability Research* doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01286.x
- Lewis S. & Iselin S. (2002) A Comparison of the Independent Living Skills of Primary Students With Visual Impairments and Their Sighted Peers: A Pilot Study. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 96(5), 335-344.
- Luddin A. (2010). *Dasar-dasar Konseling : Tinjauan Teori dan Praktek*. Bandung: Citapustaka Media Perintis.
- Masni. (2018). Urgensi Pendidikan Dalam Mengembangkan Potensi Diri Anak. 275–86. Available from : [dikdaya.unbari.ac.id/index.php/dikdaya/article/download/110/104](http://dikdaya.unbari.ac.id/index.php/dikdaya/article/download/110/104)
- Noble. (2014). *Using Prompts to Improve Toilet Training for Children with Physical Disabilities*. Rifton Equipment 800.571.8198

- Prabowo D.A.M. (2016). *Hubungan Pengetahuan Tentang Toilet Training Dengan Perilaku Penggunaan Diaper Anak Pada Ibu Yang Mempunyai Anak Usia Toddler Di Kampung Ngadimulyo Pakuncen Wirobrajan*, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Naskah Publikasi
- Ramawati D. (2011). Faktor-faktor Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tunagrahita di Kabupaten Banyumas. [Tesis]. Depok : FIK UI. Available from: [lontar.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-20280451.pdf](http://lontar.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-20280451.pdf)
- Sugiyono. (2005). *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

# **PENGARUH TERAPI KELOMPOK TERHADAP TINGKAT INTERAKSI SOSIAL PASIEN PASCA STROKE**

## **Penulis 1**

**Wawan Ridwan M.**

Poltekkes Kemenkes Surakarta, Indonesia  
wridwanms3@gmail.com

## **Penulis 2**

**Khomarun**

Poltekkes Kemenkes Surakarta, Indonesia  
murai\_ku@yahoo.com

## **ABSTRAK**

Stroke dapat menimbulkan kecacatan yang meliputi *impairment*, *disability* dan *handicap* yang menyebabkan pasien akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas interaksi sosial. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan metode *pretest-posttest design with control* bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi kelompok terhadap interaksi sosial pasien pasca stroke. 50 sampel pasien stroke dipilih menggunakan purposif di RSUD Salatiga dan RSUD Pandan Arang Boyolali. Analisis data menggunakan *Wilcoxon* dan *Mann-Whitney*. Hasil penelitian menunjukkan 34 (68%) sampel adalah lansia awal dan lansia akhir, 28 (56%) laki-laki, 30 (60%) hemiparese dekstra, 25 (50%) menderita stroke 1 bulan - 1 tahun, 12 (24%) ibu rumah tangga, 9 (18%) tidak bekerja. Tingkat interaksi sosial kelompok perlakuan (15 sampel mengalami perubahan positif dan 10 sampel tidak terjadi perubahan) lebih baik daripada kelompok kontrol (1 sampel mengalami perubahan positif dan 24 sampel tidak terjadi perubahan). Terdapat pengaruh pemberian terapi kelompok terhadap interaksi sosial pada pasien pasca stroke dengan nilai  $p=0,001$ .

Kata Kunci: **Terapi kelompok, interaksi sosial, stroke**

## ***EFFECT OF GROUP THERAPY ON SOCIAL INTERACTION IN POST-STROKE PATIENTS***

### **ABSTRACT**

*Stroke caused impairment, disability and handicapped which resulted problem in social interaction of those stroke survivors. The purpose of study was to investigate whether group therapy for stroke survivors was able to increase their social interaction ability. 50 samples of stroke patients were selected using a purposive method in Salatiga Hospital and Pandan Arang Boyolali Hospital. The data were analyzed by Wilcoxon Rank and Mann-Whitney. Result of study showed that 34 (68%) of the sample were early elderly and late elderly, 28 (56%) were male, 30 (60%) hemiparese dekstra, 25 (50%) had a stroke 1 month - 1 year, 12 (24%) housewives, 9 (18%) did not work. The social interaction condition of the treatment group (15 samples positive changes and 10 samples ties) better than the control group (1 sample positive changes and 24 samples ties). There is an effect of group therapy on social interaction in post-stroke patients with a value of  $p = 0.001$ .*

**Key words:** *Group therapy, social interaction, stroke*

### **Introduction (Pendahuluan)**

Stroke merupakan salah satu penyakit neurologis yang menjadi permasalahan kesehatan yang paling utama di seluruh dunia. Masalah kesehatan yang timbul akibat stroke sangat bervariasi, tergantung kepada luasnya daerah okupasi terapiak yang mengalami infark atau kematian jaringan dan lokasi yang terkena (Rasyid, 2007), salah satunya penderita tidak mampu berinteraksi dengan lingkungannya dan penderita stroke sering mengalami isolasi sosial.

Rehabilitasi penderita stroke sangat penting, mengingat disfungsi bagian tubuh sangat berpengaruh terhadap kapasitas mereka untuk melakukan kegiatan sehari-hari (*activities of daily living/ADL*) (Dalgas et al, 2008; Widiyanto, 2009). Salah satunya dengan terapi kelompok.

Hasil penelitian Bucher dkk., (1984) menunjukkan bahwa pemberian terapi kelompok disarankan untuk pasien yang menderita penyakit berbeda seperti stroke. Renner, et al., (2016), namun fenomena di lapangan, intervensi terapi kelompok jarang atau bahkan tidak pernah dilakukan di pusat-pusat layanan stroke atau di rumah sakit di Indonesia. Pelayanan masih bersifat individual terhadap pasien stroke.

### **Teori dan Metodologi**

Terapi kelompok merupakan suatu terapi yang dilakukan sekelompok pasien bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan

oleh seorang therapist atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih (Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa di Indonesia dalam Yosep, 2013).

Terapi kelompok dilakukan melalui empat fase, yaitu: fase prakelompok, fase awal kelompok, fase kerja kelompok, fase terminasi kelompok (Stuart & Laraia, 2001). Fase Prakelompok dimulai dengan membuat tujuan, menentukan leader, jumlah anggokupasi terapia, kriteria anggokupasi terapia, tempat dan waktu kegiatan, media yang digunakan. Fase awal kelompok ditandai dengan ansietas karena masuknya kelompok baru, dan peran baru. Yalom (1995) dalam Stuart dan Laraia (2001) membagi fase ini menjadi tiga fase, yaitu fase orientasi yaitu anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggokupasi terapia; fase konflik yaitu merupakan masa sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik; dan fase kohesif dimana anggokupasi terapia kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain (Keliat, 2005). Disisi lain, Tukman (1965) dalam Stuart dan Laraia (2005) juga membaginya dalam tiga fase, yaitu *forming*, *storming*, dan *norming*.

Interaksi Sosial menurut Homans (dalam Ali, 2004) adalah suatu kejadian ketika suatu aktivitas yang dilakukan oleh seseorang terhadap individu lain diberi ganjaran atau hukuman dengan menggunakan suatu tindakan oleh individu lain yang menjadi pasangannya. Konsep yang dikemukakan oleh Homans ini mengandung pengertian bahwa interaksi adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh seseorang dalam interaksi merupakan suatu stimulus bagi tindakan individu lain yang menjadi pasangannya.

## Metodologi

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen, dengan rancangan *the one group pretest-posttest design with control*. Dalam rancangan dilakukan pemilihan untuk menentukan dua kelompok latihan regular (terapi konvensional oleh okupasi terapis) satu kelompok diberi tambahan latihan dengan terapi kelompok selama 2 bulan.

Populasi penelitian semua pasien stroke di RSUD Salatiga dan RSUD Pandanarang Boyolali. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan jumlah sampel 50 subyek dengan masing-masing 25 subyek untuk kelompok latihan konvensional okupasi terapi, 25 subyek untuk kelompok latihan konvensional okupasi terapi dan terapi kelompok. Kriteria inklusi sampel: 1). pasien pasca stroke yang mendapatkan pelayanan di RSUD Salatiga atau RSUD Pandanarang Boyolali, 2). tidak mengalami gangguan kognitif, 3). dapat memahami instruksi, dan 4). tidak ada gangguan bicara.

Penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu variabel bebas adalah pemberian terapi kelompok, sedangkan variabel terikat adalah interaksi sosial. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan pemeriksaan interaksi sosial menggunakan instrumen interaksi sosial sebelum terapi (pretest) dan sesudah 2 bulan dilakukan terapi (posttest) dengan cara wawancara dan observasi kepada subyek. Penelitian menggunakan instrumen interaksi sosial, nilai reliabilitas dan validitasnya memiliki nilai koefisien uji

reliabilitas yang telah dilakukan didapatkan nilai hitung tabel  $r > r$  yaitu  $0,943 > 0,320$  (sangat tinggi).

### ***Finding and Discussion (Hasil dan Pembahasan)***

Data awal yang diperoleh RSUD Salatiga 75 klien, sementara di RSUD Pandan Arang 35 klien. Dari keseluruhan klien yang ada, 80 orang menyatakan bersedia menjadi calon subyek. Selanjutnya dari 80 calon subyek yang ada, setelah dilakukan seleksi dengan menggunakan Evaluasi Satus Mini Mental (MMSE), 60 orang memenuhi kriteria dan 20 orang tidak memenuhi kriteria sebagai subyek. Sehingga penelitian dilakukan pada sampel populasi 60 orang. Pada proses penelitian 10 subyek tidak aktif mengikuti sesi terapi sehingga subyek yang digunakan 50 orang.

Berdasarkan karakteristik subyek, jenis kelamin laki-laki berjumlah 28 orang (56%) dan 44% (22 orang) perempuan. Usia sampel 68% (34 orang) adalah lansia awal dan lansia akhir, sementara 32% (16 orang) subyek manula. Diagnosis sampel 60% (30 orang) hemiparese dekstra, dengan lama menderita stroke 50% (25 orang) sampel menderita 1 bulan - 1 tahun. Jenis pekerjaan 24% (12 orang) sebagai ibu rumah tangga, 18% (9 orang) tidak bekerja dan 16% (8 orang) masih-masing tani dan pensiunan. Tingkat interaksi sosial sebelum intervensi pada penderita pasca stroke sebelum intervensi diketahui bahwa tingkat interaksi sosial kelompok perlakuan 84% (21 orang) subyek biasa-biasa saja dan baik, sementara interaksi sosial kelompok kontrol 80% (20 orang) subyek baik dan biasa-biasa saja. Sesudah intervensi tingkat interaksi sosial pada penderita pasca stroke sesudah intervensi kelompok perlakuan 76% (19 orang) subyek baik dan sangat baik, sementara interaksi sosial kelompok kontrol 80% (20 orang) subyek baik dan biasa-biasa saja.

Uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk* menunjukkan bahwa tingkat signifikansi semua item data berdistribusi tidak normal ( $p < 0,05$ ), maka uji statistik untuk menjawab hipotesis adalah menggunakan *Wilcoxon Rank Test* untuk masing-masing kelompok dan *Mann-Whitney Test* untuk menguji perbedaan kedua kelompok.

Tabel 1. Hasil Uji *Wilcoxon Rank Test* kelompok perlakuan

|                        | Interaksi Sosial Sesudah Perlakuan -<br>Interaksi Sosial Sebelum Perlakuan |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Z                      | -3.873 <sup>a</sup>                                                        |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000                                                                       |

Berdasarkan tabel 1 diketahui nilai *asymptotic significance* menunjukkan 0,000, ( $< 0,05$ ), artinya treatment pemberian aktivitas terapi kelompok mempunyai efek yang nyata untuk meningkatkan interaksi sosial pasca stroke. Hal ini dibuktikan dengan data bahwa nilai interaksi sosial dari 25 subyek, 15 data bertanda positif (ada peningkatan interaksi sosial setelah pemberian treatment) dan 10 data sama (*ties*) tidak terjadi perubahan interaksi sosial (lihat tabel 2).

Tabel 2. Hasil Uji *Wilcoxon Rank Test* perubahan interaksi social kelompok perlakuan

|                                                                         |                | N               | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| Interaksi Sosial Sesudah Perlakuan - Interaksi Sosial Sebelum Perlakuan | Negative Ranks | 0 <sup>a</sup>  | .00       | .00          |
|                                                                         | Positive Ranks | 15 <sup>b</sup> | 8.00      | 120.00       |
|                                                                         | Ties           | 10 <sup>c</sup> |           |              |
|                                                                         | Jumlah         | 25              |           |              |

Sementara pada kelompok kontrol, nilai *asympt. sig.* menunjukkan 0,317, ( $> 0,05$ ). Jadi treatment pemberian aktivitas terapi konvensional tidak mempunyai efek yang nyata untuk meningkatkan interaksi sosial subyek (tabel 3). Hal ini dibuktikan dengan tidak perubahan yang signifikan pada subyek kelompok kontrol. Nilai interaksi sosial dari 25 subyek, 1 data bertanda positif (ada peningkatan interaksi sosial setelah pemberian treatment) dan 24 data sama (*ties*) tidak terjadi perubahan interaksi sosial (lihat tabel 4).

Tabel 3. Hasil Uji *Wilcoxon Rank Test* kelompok kontrol

|                        | Interaksi Sosial Sesudah Perlakuan - Interaksi Sosial Sebelum Perlakuan |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Z                      | -1.000 <sup>a</sup>                                                     |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .317                                                                    |

Tabel 4. Hasil Uji *Wilcoxon Rank Test* perubahan interaksi sosial kelompok kontrol

|                                                                         |                | N               | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| Interaksi Sosial Sesudah Perlakuan - Interaksi Sosial Sebelum Perlakuan | Negative Ranks | 0 <sup>a</sup>  | .00       | .00          |
|                                                                         | Positive Ranks | 1 <sup>b</sup>  | 1.00      | 1.00         |
|                                                                         | Ties           | 24 <sup>c</sup> |           |              |
|                                                                         | Jumlah         | 25              |           |              |

Untuk mengetahui bagaimana pengaruh pemberian aktivitas terapi kelompok terhadap interaksi sosial pasien pasca stroke dibandingkan dengan kelompok kontrol menggunakan uji *Mann-Whitney*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5. Hasil Uji *Mann-Whitney*

|                        | Interaksi Sosial Sebelum Perlakuan | Interaksi Sosial Sesudah Perlakuan |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Mann-Whitney U         | 68.000                             | 157.000                            |
| Wilcoxon W             | 393.000                            | 482.000                            |
| Z                      | -4.984                             | -3.292                             |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000                               | .001                               |

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa nilai *asympt. sig.* interaksi sosial sebelum intervensi terapi kelompok 0,000 dan sesudah intervensi terapi kelompok 0,001, semuanya di bawah 0,05 ( $< 0,05$ ). Artinya interaksi sosial subyek kelompok perlakuan benar-benar berbeda dengan kelompok kontrol (terapi konvensional), sehingga pemberian aktivitas terapi kelompok mempunyai efek yang nyata untuk meningkatkan interaksi sosial pasien pasca stroke.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Lucy-Ann Kubina, et al., (2013) yang menyatakan bahwa terapi kelompok pada penderita stroke dapat membantu individu mendapatkan kembali nilai pribadi dalam kegiatan. Morgan & Jongbloed (1990) menyatakan bahwa dalam terapi kelompok orang menemukan kebermaknaan. Interaksi individu dengan lingkungan mereka jauh lebih penting daripada beratnya kecacatan. Heidi Janssen, et al., (2014) mengatakan bahwa pasien stroke yang diperkaya lingkungannya (*enrichment environment*), 1,2 kali lebih mungkin untuk terlibat dalam aktivitas apapun dibandingkan dengan orang-orang di lingkungan non-diperkaya. Mereka 1,7 kali lebih mungkin terlibat dalam kegiatan kognitif, 1,2 kali lebih mungkin untuk terlibat dalam kegiatan sosial, 0,7 kali lebih mungkin untuk menjadi aktif dan sendirian, serta 0,5 kali lebih mungkin untuk tertidur daripada pasien tanpa pengayaan. Menurut Glantz & Richman (2001), keuntungan yang diperoleh dengan melakukan aktivitas terapi kelompok dapat dilihat dari psikososial dan fisik.

### **Conclusion (Simpulan)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kelompok berpengaruh positif pada kemampuan sosial interaksi penderita pasca stroke. Untuk penelitian selanjutnya perlu dilakukan dengan jumlah sampel yang lebih banyak dan bervariasi tempatnya seperti rumah sakit dan klinik.

### **References (Referensi)**

- Ali, M. & Asrori, M. (2004). Psikologi Remaja. Jakarta: Bumi Aksara.
- Bucher, J., Smith, E., Gillespie, C. (1984). Short-term group therapy for stroke patients in a rehabilitation centre. *Br J Med Psychol.* 1984 Sep;57 ( Pt 3):283-90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6487561>
- Dalgas, U., Stenager, E., & Ingemann, H.T. (2008). Multiple sclerosis and physical exercise: recommendations for the application of resistance-, endurance- and combined-training. *Multiple Sclerosis*, 14 (1): 35-53.
- Glantz, C.G. & Richman, N. (2001). Leisure activities. In *occupational therapy: Practice skill for physical dysfunction*. St. Louis: Mosby.
- Heidi, J., Louise, A., Julie, B., Patrick, M., Michael, P., Michael, N., & Neil, J.S. (2014). An enriched environment increases activity in stroke patients undergoing rehabilitation in a mixed rehabilitation unit: a pilot non-randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation an International, Multidisciplinary Journal*, 2014; 36(3): 255–262.

- Keliat, B.A. & Akemat. (2005). Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok. Jakarta: EGC.
- Lucy, A.K., Claire, J.D., Christopher, G., Davis, D.K. & Mary, Y.E. (2013). The process of re-engagement in personally valued activities during the two years following stroke. *Disability & Rehabilitation Multidisciplinary Journal*, 2013; 35(3): 236–243.
- Morgan, D. & Jongbloed, L. (1990). Factors Influencing Leisure Activities Following a Stroke: An Exploratory Study. *Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT)*. Vo1.57.No. 4 October 1990.
- Rasyid, A., & Lyna, S. (2007). Unit stroke: Manajemen stroke secara komprehensif. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Indonesia.
- Renner, Cle., Outermans, J., Ludwig R., Brendel, C., Kwakkel, G., & Hummelsheim, H. (2016). *Group therapy task training versus individual task training during inpatient stroke rehabilitation: a randomised controlled trial*. *Clin Rehabil*. 2016 Jul;30(7):637-48. doi: 10.1177/0269215515600206. Epub 2015 Aug 27.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26316552>
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: Mosby.
- Widiyanto. (2009). Terapi Gerak Bagi Penderita Stroke. FIK UNY. Yogyakarta.
- Yosep, I. (2013). Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi). Bandung: Refika Aditama.

# PEMBERDAYAAN MASYARAKAT SEBAGAI *FIRST RESPONDER* KASUS KEGAWATDARURATAN SEHARI-HARI

**Sunarto**

Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta  
Email : sunarto\_sst@yahoo.com

**Addi Mardi Harnanto**

Prodi DIV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta  
Email : addimharnanto@gmail.com

## ABSTRACT

**Background:** Daily emergency conditions are increasing and are at risk of increasing mortality and morbidity in the community. Efforts to reduce the risk of emergency cases must be planned systematically by involving the community as the first responder.

**Purpose:** The community is able to understand and know the role of first responders in emergency cases in the context of emergency first aid.

**Method:** Community empowerment has been carried out with question and answer lectures and discussions with the media module beginning with the pre test and ending with the post test.

**Results:** There was an increasing in the posttest value compared to the pretest value (Pretest = 52, posttest = 73 and difference = 21).

**Conclusion:** This activity was carried out with an increase in understanding of the community about the role of the first respondent in daily emergency cases.

**Keywords:** community empowerment, emergency, first responder

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kondisi kegawatdaruratan sehari-hari semakin lama semakin meningkat dan beresiko meningkatkan angka kematian dan kesakitan pada masyarakat. Upaya penurunan resiko kasus kegawatdaruratan harus direncanakan secara sistematis dengan melibatkan masyarakat sebagai *first responder*.

**Tujuan:** Masyarakat mampu memahami dan mengetahui peran *first responder* kasus kegawatdaruratan dalam rangka pertolongan pertama gawat darurat.

**Metode:** Pemberdayaan masyarakat telah dilakukan dengan ceramah tanya jawab dan diskusi dengan media modul diawali *pre test* dan diakhiri *post test*.

**Hasil:** Terjadi peningkatan nilai posttest disbanding nilai pretest (Pretest=52, posttest=73 dan selisih=21)

**Kesimpulan:** kegiatan ini terlaksana dengan lancar dengan hasil terdapat peningkatan pemahaman masyarakat tentang peran *first responder* kasus kegawatdaruratan sehari-hari.

**Kata kunci:** pemberdayaan masyarakat, kegawatdaruratan, *first responder*

## Pendahuluan

Kondisi kegawatdaruratan sehari-hari semakin lama semakin meningkat dan beresiko meningkatkan angka kematian dan kesakitan pada masyarakat. Upaya penurunan resiko kasus kegawatdaruratan harus direncanakan secara sistematis dengan melibatkan masyarakat. Keterlibatan masyarakat sangat diharapkan mengingat masyarakat adalah komponen paling depan yang sebenarnya dapat mengantisipasi resiko kondisi kegawatdaruratan tersebut. Pemberdayaan kesiapsiagaan masyarakat dalam usaha pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan dalam kehidupan sehari-hari dapat ditingkatkan melalui sosialisasi dan pelatihan-pelatihan.

Seiring dengan perkembangan jaman masyarakat diharapkan mengetahui dan menguasai upaya pertolongan pertama pada kondisi kegawatdaruratan baik dalam situasi bencana maupun kejadian sehari-hari yang sangat dimungkinkan terjadi sewaktu-waktu dan dalam kehidupan sehari-hari. Masyarakat awam dituntut untuk mampu mengambil sikap dan tindakan apabila menemukan kondisi bencana ataupun kondisi kegawatdaruratan sehari-hari. Masyarakat awam yang telah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan-pelatihan sehingga mampu memahami peran dan keterampilan dalam pertolongan pertama dikategorikan sebagai masyarakat awam khusus. Masyarakat awam khusus ini akan mengambil peran sebagai *first responder*. Peran masyarakat sebagai *first responder* sangat diharapkan untuk meningkatkan kualitas dan keberlanjutan pertolongan lanjutan. *First responder* adalah seseorang yang pertama kali memberikan respon pada korban bencana maupun kondisi kegawatdaruratan (WHO, 2008).

Pada tahun 2017 Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta menyelenggarakan kegiatan Kuliah Kerja Nyata di Kecamatan Ngemplak Kabupaten Boyolali dengan dengan pola *One Team Student One Family - Community Internship Program Inter Profesional Education and Collaboration* (OTOF - CIPIPEC). Salah satu bidang kegiatan adalah memberdayakan masyarakat untuk tanggap pada kondisi kegawatdaruratan sehari-hari sehingga masuk pada kategori *safe community*. Sebagai tindak lanjut kegiatan KKN tersebut, secara berkala dosen dan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Surakarta melaksanakan program pengabdian kepada masyarakat guna tujuan *maintenance* dan *follow up*. Salah satu kegiatan yang dilaksanakan oleh tim dosen dan mahasiswa Jurusan Keperawatan adalah dengan memberikan pelatihan berkala terkait dengan pertolongan pertama guna meningkatkan kapasitas masyarakat sebagai *first responder*.

## Tujuan dan Metodologi

Tujuan umum kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini adalah masyarakat mampu memahami dan mengetahui peran *first responder* kasus kegawatdaruratan dalam rangka pertolongan pertama gawat darurat. Sedangkan tujuan khusus dari program ini adalah masyarakat mampu memahami dan mempraktikkan keterampilan-keterampilan pertolongan kondisi kegawatdaruratan sehari-hari.

Pengabdian kepada masyarakat dilaksanakan di Desa gagakshipat kecamatan Ngemplak kabupaten Boyolali yang merupakan salah satu daerah binaan Poltekkes Kemenkes Surakarta pada dalam rentang bulan Juli - Desember 2019.

Metode pendekatan dengan melalui tahapan – tahapan / prosedur yang dilakukan kegiatan tersebut meliputi persiapan, pelaksanaan, evaluasi dan pelaporan. Pada tahap persiapan dilakukan kegiatan penyusunan proposal pengabdian kepada masyarakat, pembuatan modul, mengurus perijinan dari pemangku kepentingan, penjajagan, dan melakukan koordinasi. Setelah mendapatkan ijin dari institusi pendidikan maupun wilayah setempat, selanjutnya melakukan pengabdian kepada masyarakat dengan memberikan pendidikan kesehatan. Sebelumnya diawali *pretest*. Dilanjutkan dengan tahap evaluasi, pada tahap ini, melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pendidikan kesehatan dengan melakukan *post test* dengan model yang sesuai keadaan dilapangan. Kegiatan ditutup dengan tahap penyusunan laporan kegiatan pengabdian masyarakat.

## Hasil dan Pembahasan

Subyek kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah sejumlah 40 orang dengan komposisi jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan yang bervariasi. Pemilihan responden acak dengan cara menyebarluaskan undangan melalui komunitas rukun tetangga.

Hasil *pretest* dan *posttest* menunjukkan adanya peningkatan nilai yang signifikan sehingga dapat disimpulkan bahwa sosialisasi dan pelatihan pada program pengabdian masyarakat ini meningkatkan pengetahuan masyarakat sebagai *first responder* kasus kegawatdaruratan sehari-hari. Hasil *pretest* dan *posttest* dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 1. Selisih rata-rata nilai *pretest* dan *posttest*

| Nilai <i>pretest</i> | Nilai <i>posttest</i> | Selisih |
|----------------------|-----------------------|---------|
| 52                   | 73                    | 21      |

Peningkatan nilai masyarakat setelah dilaksanakan sosialisasi dan pelatihan menggambarkan bahwa masyarakat termotivasi dalam mengikuti program pengabdian masyarakat yang bertujuan untuk memberdayakan mereka sebagai *first responder* kasus kegawatdaruratan. Roberts, Nimegeer, Farmer, & Heaney (2014) menemukan bahwa *first responder* yang berbasis masyarakat sebagai *volunteer* sangat berkontribusi dalam pertolongan pertama pada kasus-kasus emergency dalam masyarakat. Hal ini sangat membantu untuk mendapatkan akses yang cepat dalam mendapatkan pelayanan institusi pelayanan.

## Simpulan dan Rekomendasi

Dapat disimpulkan bahwa kegiatan ini dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang peran mereka sebagai *first responder* kasus kegawatdaruratan sehari-hari.

Mengingat besarnya manfaat kegiatan yang berkelanjutan mengenai sosialisasi pertolongan kondisi kegawatdaruratan, maka selanjutnya perlu direkomendasikan:

1. Mengadakan pendidikan yang sama dengan sasaran yang lebih luas dengan satu desa.
2. Perlu adanya kegiatan yang berkesinambungan, dengan harapan pengetahuan dan ketrampilan lebih meningkat sehingga masyarakat awam dapat menerapkan dengan baik
3. Perlu adanya peningkatan pengetahuan ketrampilan yang baik dan benar serta terbaru.
4. Perlu adanya peningkatan kesadaran diri dengan cara memberikan motivasi pendukung. Dengan harapan dengan hal tersebut diharapkan dapat meningkatnya derajat kesehatan yang optimal dengan meningkatkan harapan hidup dengan pertolongan yang cepat dan tepat.

## **Referensi**

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu.
- Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta. (2017). Pedoman KKN OTOF-CIPIPEC. Surakarta: Poltekkes Kemenkes Surakarta.
- Roberts, A., Nimegeer, A., Farmer, J., & Heaney, D. J. (2014). The experience of community first responders in co-producing rural health care: in the liminal gap between citizen and professional. *BMC Health Services Research*, 14, [460].
- World Health Organization. (2008). *Nursing Disaster Competencies Handbook*. Geneva: ICN & WHO.

# PELAKSANAAN SURVEILANS EPIDEMIOLOGI PENYAKIT DBD DI DESA TEGALSARI RT 4 RW 6 BEJEN PUSKESMAS KARANGANYAR

**Nisrina Hanifah**

FK UNS, Surakarta, Indonesia  
Email: nisrinahanifahdas@gmail.com

**Nur Sabila Rizky**

FK UNS, Surakarta, Indonesia  
Email: sabilarzky0105@gmail.com

**Nasya Thahira**

FK UNS, Surakarta, Indonesia  
Email: nasyaabr@gmail.com

**Natika Amilasani**

FK UNS, Surakarta, Indonesia  
Email: natikamilasani@gmail.com

**Naqiyya Syahidah**

FK UNS, Surakarta, Indonesia  
Email: naqiyyaazman@gmail.com

**Widana Primaningtyas, dr., M.K.M.**

FK UNS, Surakarta, Indonesia  
Email : widanadoctor@gmail.com

## ABSTRAK

**Rumusan Masalah:** Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan kasus tahunan yang sudah sering terjadi di Indonesia. Vektor penyebab utama DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Distribusi penyakit suspek DBD sejak minggu pertama tahun 2018 hingga minggu pertama 2019 tertinggi ada di Jawa Timur dengan jumlah 700 orang, lalu Jawa Tengah 512 orang dan Jawa Barat 401 orang (Kemenkes, 2019). Tujuan penelitian ini adalah menganalisis peningkatan kasus DBD di Kelurahan Benjen. Sampai bulan April 2019, tercatat ada 58 kasus yang tersebar di seluruh wilayah kecamatan Karanganyar (Puskesmas Karanganyar, 2019).

**Metode:** Metode yang kami gunakan pada penelitian ini adalah Observasi Analisis Kualitatif. Penelitian ini dilakukan di Desa Tegalsari, Kelurahan Benjen pada tanggal 6 dan 15 April 2019. Sampel yang diambil sebanyak 12 rumah. Sampel diambil berdasarkan radius 100 meter dari rumah yang terdapat kasus DBD. Data kami peroleh dengan cara wawancara dan melakukan penyelidikan epidemiologi. Keabsahan data yang kami dapatkan berdasarkan triangulasi data (teori, fakta observasi, dan wawancara petugas puskesmas).

**Hasil:** Hasil penelitian *surveillance* kami didapatkan Angka bebas jentik di Kelurahan Benjen Kecamatan Karanganyar Tahun 2019:  $7/12 \times 100\% = 58,3\%$ . Program yang telah

dilaksanakan Puskesmas Karanganyar untuk mengatasi wabah DBD adalah kelas pemicuan DBD, siaran keliling waspada DBD, dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

**Kesimpulan:** Kasus penyakit DBD di Kabupaten Karanganyar meningkat dari tahun 2018 menuju tahun 2019. Berdasarkan hasil PE yang kami lakukan di Kelurahan Bejen didapatkan pula Angka Bebas Jentik (ABJ) yang masih kurang dari normal (normal: 95%). Hal tersebut menandakan bahwa masyarakat di Kelurahan Bejen masih rawan untuk terkena penyakit DBD.

**Kata kunci :**DBD; Kelurahan Benjen; PSN; ABJ

### **ABSTRACT**

**Background:** *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is an annual case that often happens in Indonesia. The main vectors of DHF were Aedes aegypti and Aedes albopictus mosquitoes. Distribution of suspected dengue disease since the first week of 2018 until the first week of 2019 was highest in East Java with 700 people, then Central Java 512 people and West Java 401 people (Ministry of Health, 2019). The purpose of this study was to analyze the increase in DBD cases in Benjen Village. Until April 2019, there were 58 cases spread throughout the Karanganyar sub-district (Karanganyar Health Center, 2019).*

**Method:** *The method we use in this study was Qualitative Analytical Observation. We conducted the research in Tegalsari, Benjen Village, Karanganyar District. Samples taken were 12 houses. Samples were taken based on a 100 meter radius from the house where there were dengue cases. The validity of the data we got was based on Triangulation of data (theory, facts of observation and interviews with puskesmas officers).*

**Result:** *The results of our surveillance research show that free larvae in Benjen Village, Karanganyar District, in 2019 was 58.3% (7/12). The programs that has been carried out by the Karanganyar Health Center to deal with dengue outbreaks was a dengue triggering class, a broadcast broadcast on dengue alert, and Mosquito Nest Eradication (MNE).*

**Conclusion:** *Cases of DHF in Karanganyar Regency have increased from 2018 to 2019. Based on the results of the PE that we did in the Benjen Subdistrict, there was also a Larva Free Number (LFN) that was still less than normal (<95%). This indicates that the people in Benjen Village are still vulnerable to dengue disease.*

**Keyword :**DHF; Benjen Village; MNE; LFN

### **Pendahuluan**

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan kasus tahunan yang sudah sering terjadi di Indonesia. Distribusi penyakit suspek DBD sejak minggu pertama tahun 2018 hingga minggu pertama 2019 tertinggi ada di Jawa Timur dengan jumlah 700orang, lalu Jawa Tengah 512 orang dan Jawa Barat 401 orang.

Demam Berdarah Dengue (DBD) di Puskesmas Karanganyar saat ini merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi di Kabupaten Karanganyar. Pada tahun 2018, kasus DBD di Puskesmas Karanganyar berjumlah 14 kasus. Hal ini merupakan penurunan dari tahun 2017 yang berjumlah 43 kasus. Akan tetapi pada tahun 2019, kasus DBD mengalami peningkatan yang cukup signifikan dari tahun 2018. Sampai bulan April 2019, tercatat ada 58 kasus yang tersebar di seluruh wilayah kecamatan Karanganyar. Kami melakukan surveilans di Kelurahan Bejen. Kelurahan Bejen merupakan salah satu daerah endemis DBD di Kecamatan Karanganyar, hal ini sesuai dengan data pada tahun 2017 dan pada bulan April 2019 sudah tercatat 14 kasus. Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan jumlah kasus DBD di Kelurahan Bejen adalah iklim dan perilaku masyarakat. Dalam mengurangi kasus DBD, Puskesmas Karanganyar memiliki beberapa program antara lain Kelas pemucuan DB, pemberantasan sarang nyamuk dan siaran keliling waspada DBD.

## **Teori dan Metodologi**

Vektor penyebab utama DBD adalah nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes Albopictus*. Indonesia merupakan wilayah endemis dengan persebaran di seluruh wilayah tanah air. Gejala yang muncul ditandai dengan demam mendadak, sakit kepala, nyeri belakang bola mata, mual dan manifestasi perdarahan seperti mimisan atau gusi berdarah dan kemerahan di bagian permukaan tubuh pada penderita.

Curah hujan yang tinggi mempengaruhi kepadatan vektor karena dapat menimbulkan genangan air yang berpotensi sebagai *breeding side* bagi nyamuk *Aedes Aegypti*. Selain itu curah hujan juga dapat meningkatkan transmisi penyakit dengan cara memacu proliferasi tempat berkembangbiak tetapi juga dapat mengeliminasi tempat berkembang biak dengan cara menghanyutkan vektor. Hujan memiliki potensi menimbulkan genangan air di sekitar rumah maupun di tempat-tempat yang cekung yang akan menjadi tempat berkembangbiak nyamuk. Sehingga curah hujan yang tinggi akan memperbanyak tempat perindukan nyamuk.

### **A) Rancangan Studi, Subjek dan Tempat**

Metode yang kami gunakan pada penelitian ini adalah Observasi Analitik Kualitatif. Penelitian ini dilakukan di Desa Tegalsari, Kelurahan Bejen pada tanggal 6 dan 15 April 2019. Sampel yang diambil sebanyak 12 rumah (14 rumah tetapi 2 menolak). Sampel diambil berdasarkan radius 100 meter dari rumah yang terdapat kasus DBD.

### **B) Teknik Pengumpulan Data**

Data kami peroleh dengan cara wawancara mendalam dan melakukan penyelidikan epidemiologi. Keabsahan data yang kami dapatkan berdasarkan triangulasi data (teori, fakta observasi, dan wawancara petugas puskesmas).

## Hasil

### Data sekunder penyakit DBD di Desa Tegalsari Kelurahan Bejen Puskesmas Karanganyar

Tabel 1. Data Sekunder Kasus DBD di Kecamatan Karanganyar sampai April 2019

| Kelurahan   | Banyak Kasus |
|-------------|--------------|
| Lalung      | 9            |
| Bolong      | 1            |
| Jatiharjo   | 4            |
| Tegalgedhe  | 4            |
| Jongki      | 2            |
| Cangkan     | 11           |
| Karanganyar | 3            |
| Bejen       | 17           |
| Popongan    | 4            |
| Gayem       | 2            |
| Delingan    | 0            |
| Gedang      | 1            |

Tabel 2. Data primer: Surveilans pemantauan jentik di Kelurahan Bejen RT 4 RW 6

| No. | Nama Kepala Keluarga | Jentik +/- | Kontainer     |
|-----|----------------------|------------|---------------|
| 1   | Bpk Eko Purnomo      | -          |               |
| 2   | Bu Hartomo           | -          |               |
| 3   | Bpk Tukiyo           | -          |               |
| 4   | Bpk Bagyo            | -          |               |
| 5   | Bu Eni               | -          |               |
| 6   | Bpk Yusuf            | +          | Drum          |
| 7   | Bpk Gun              | +          | Tutup ember   |
| 8   |                      |            | Vas bunga dan |
|     | Ibu Sominah          | +          | genangan air  |
| 9   | Bu Retno             | +          | Dispenser     |
| 10  | Bu Ida               | +          | Dispenser     |
| 11  | Rumah kosong         | -          |               |
| 12  | Rumah kosong         | -          |               |

## Pembahasan

Menurut data yang kami peroleh dari Puskesmas Karanganyar, angka kejadian DBD sebanyak 14 kasus pada tahun 2018. Terjadi kenaikan angka kejadian DBD yaitu sebanyak 58 kasus hingga April 2019. Faktor iklim dan perilaku masyarakat menjadi pemicu terjadinya peningkatan angka kejadian DBD di Kecamatan Karanganyar.

Perilaku masyarakat yang kurang peduli terhadap lingkungan sekitar merupakan faktor utama penyebab meningkatnya angka kejadian DBD di Kecamatan Karanganyar. Dari hasil penyelidikan epidemiologi di Kelurahan Bejen kami mendapati masih banyak rumah warga yang positif didapatkan jentik. Salah satu penyebabnya adalah perilaku warga terhadap pelaksanaan PSN 3M plus kurang maksimal. PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) yaitu kegiatan menguras, menutup dan mendaur ulang barang bekas sehingga daur hidup nyamuk dapat terputus.

Perilaku menguras adalah membersihkan tempat yang sering dijadikan tempat penampungan air seperti bak mandi, vas bunga, ember, dispenser, tong sampah, dan lain lain. Perilaku menutup yaitu menutup rapat tempat penampungan air seperti drum, kendi, dan tong sampah. Hal ini sesuai dengan teori Winarsih (2013), bahwa terdapat hubungan antara menguras tempat penampungan air dan keberadaan barang bekasterhadap kejadian Demam Berdarah *Dengue*.

Sesuai hasil PE (penyelidikan epidemiologi) yang kami lakukan di Kelurahan Bejen, didapatkan hasil ABJ (angka bebas jentik) sebesar 58,3% dengan angka normal bebas jentik yaitu 95%. Data tersebut kami dapatkan melalui pemantauan ke rumah warga yang positif terkena DBD lalu dilanjutkan pemantauan ke rumah warga sekitar dengan radius 100 meter. Dari 12 rumah warga yang telah kami pantau, ada 5 rumah warga yang positif terdapat jentik di dalam tong sampah, dispenser, dan pot bunga.

Upaya Puskesmas Karanganyar dalam menyelesaikan kasus DBD ini diantaranya dengan:

#### **A) Kelas Pemicuan DBD**

Merupakan program yang dilakukan sebanyak 3 kali setahun di setiap kelurahan yang berbeda. Sasaran dari kelas pemicuan DBD ini adalah ibu RT di setiap kelurahan, Ibu kader dan tokoh masyarakat. Kegiatan yang dilakukan di kelas ini adalah Bina suasana, diskusi kelompok dan praktek cari jentik. Bina suasana yang dilakukan adalah dengan games yang diberikan pihak puskesmas kepada warga. Games dilakukan dengan mencari jentik di setiap rumah, dan setiap warga yang telah dibagi menjadi beberapa kelompok akan mendapatkan poin jika mendapatkan jentik. Sedangkan diskusi kelompok dilakukan dengan memberikan gambar kepada masyarakat tentang nyamuk, sakit panas dan gambar-gambar yang berkaitan dengan DBD. Pihak puskesmas nantinya akan melakukan penyuluhan tentang DBD. Praktek cari jentik dilakukan bersama antara warga dengan pihak puskesmas, praktek ini bertujuan untuk mengenali jentik nyamuk *Aedes Aegypti* dengan jelas.

Kelas pemicuan ini telah dilaksanakan selama 3 tahun dan pada tahun ini telah dilaksanakan di kelurahan Bejen, Cangakan dan Lalung. Tahun 2017, terdapat 43 kasus DBD sedangkan tahun 2018 terdapat 14 kasus. Penurunan kasus yang terjadi merupakan tolak ukur keberhasilan kelas pemicuan DBD. Tahun 2019, kasus DBD mengalami peningkatan yang cukup signifikan, yaitu sampai bulan April 2019 telah terjadi 58 kasus. Menurut narasumber tidak ada perubahan mekanisme dari kelas pemicuan DBD, tetapi perilaku masyarakat yang kurang memaksimalkan adanya kelas pemicuan menjadi salah satu faktor peningkatan kasus DBD pada tahun ini.

## **B) Siaran Keliling Waspada DBD**

Siaran ini dilakukan 1 kali setahun pada saat awal tahun atau awal musim penghujan. Mekanisme pelaksanaannya adalah menggunakan mobil dan pengeras suara yang menghimbau warga untuk melakukan pemberantasan sarang nyamuk dan waspada terhadap DBD.

## **C) Pemberantasan Sarang Nyamuk**

Program ini dilaksanakan setiap bulan 1 kali dengan memberdayakan masyarakat di setiap kelurahan. Setiap masyarakat melakukan rencana tindak lanjut 'tilik tangga' yang artinya setiap warga saling membantu dalam membasmi dan menemukan jentik nyamuk *Aedes Aegypti*. PSN yang baik adalah dengan hasil Angka Bebas Jentik yang tinggi.

## **Simpulan**

Kasus penyakit DBD di Kabupaten Karanganyar meningkat dari tahun 2018 menuju tahun 2019. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan kasus tersebut, diantaranya iklim dan cuaca yang tidak stabil, serta masyarakat yang kurang peduli terhadap kebersihan di lingkungan sekitarnya. Berdasarkan hasil PE yang kami lakukan di Kelurahan Bejen didapatkan pula Angka Bebas Jentik yang masih kurang dari normal. Hal tersebut menandakan bahwa masyarakat di Kelurahan Bejen masih rawan untuk terkena penyakit DBD. PSN yang baik adalah dengan hasil Angka Bebas Jentik yang tinggi.

## **Referensi**

- Iriani, Y. 2012. *Hubungan Antara Curah Hujan dan Peningkatan Kasus Demam Berdarah Dengue Anak di Kota Palembang*. Sari Pediatri, 2012;13(6):378-83.
- KEMENKES, 2019. *Kemenkes Imbau Seluruh Daerah Siaga DBD*. [Online] available at :[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) [Accessed at 13 April 2019]
- KEMENKES, 2019. *Pusat Data dan Informasi*. Jakarta : Kemetrian Kesehatan RI
- Masrizal dan Sari, Nova P. 2016. *Analisis Kasus DBD Berdasarkan Unsur Iklim dan Kepadatan Penduduk Melalui Pendekatan GIS di Tanah Datar*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas, 10(02): 166-171.
- PUSKESMAS Karanganyar, 2019. *Prevalensi DBD di Kawasan Puskesmas Karanganyar* [Interview] 2016.
- Winarsih, Sri. 2013. *Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dan Perilaku PSN dengan Kejadian DBD*. Unnes Journal of Public Health.



# PASCASARJANA

## UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA



Sebelas Maret University Press  
Jl. Il. Suwandi 35 A, Kentingan, Sukakarta 57126  
Telp. (0271) 646094 Psw. 141  
[www.unspress.sats.ac.id](http://www.unspress.sats.ac.id)

