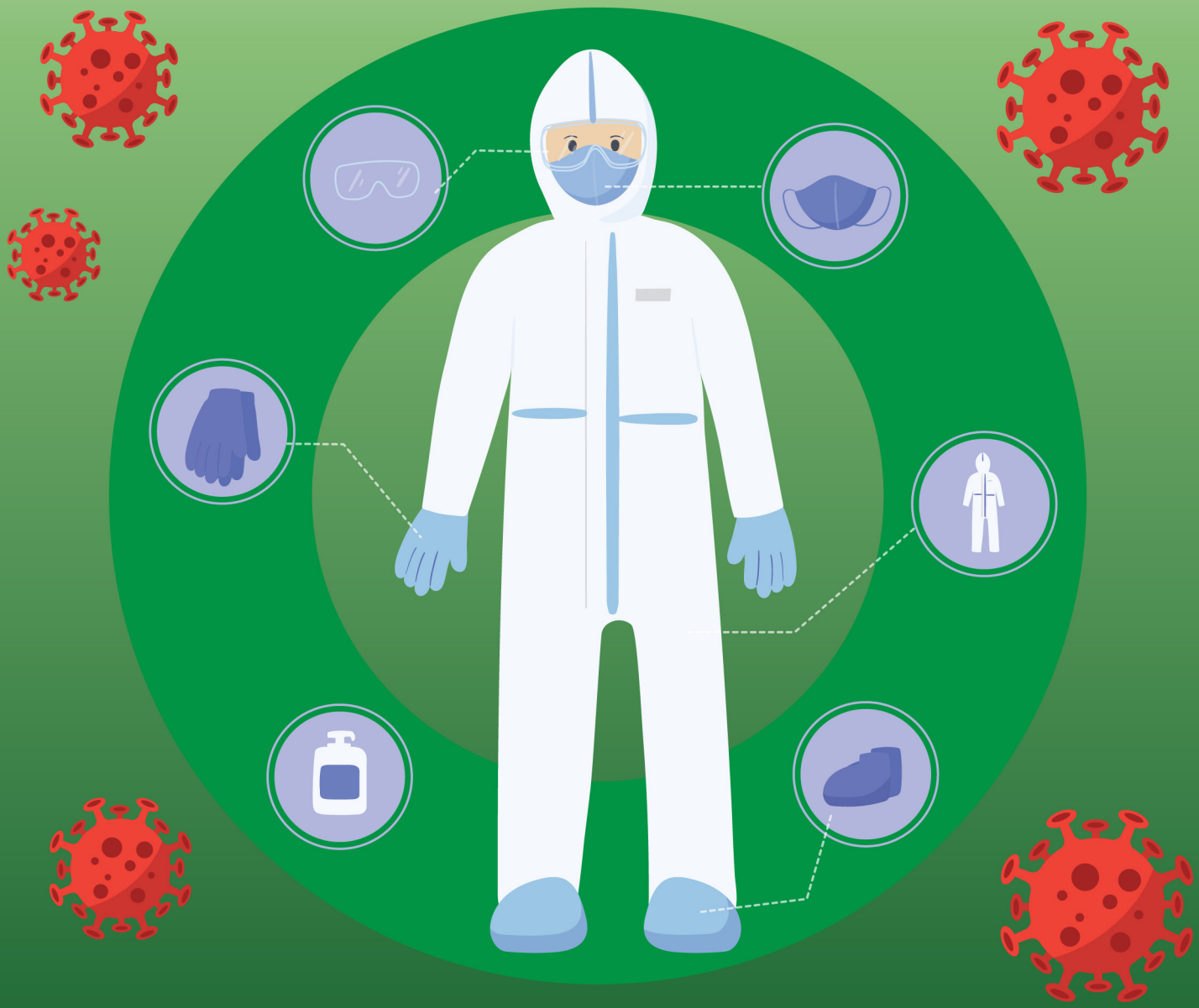
ISSN 0853-9987
E-ISSN 2338-3445

KEMENKES

MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Vol. 32 No. 1, Maret 2022



Terakreditasi Nasional No. 200/M/KPT/2020

media@litbang.kemkes.go.id

EDITORIAL

Pemimpin Redaksi:

Atmarita, MPH, Dr.PH (Gizi, Persatuan Ahli Gizi Indonesia)

Penyunting:

Prof. Dr. M. Sudomo (Parasitologi, Medik, WHO)

Prof. Dr. Emiliana Tjitra, M.Sc, Ph.D (Biomedik, KE Balitbangkes)

Prof. Dr. Julianty Pradono (Epidemiologi, Badan Litbang Kesehatan)

Prof. Dr. Abdul Rohman, M.Si., Apt. (Kimia, UGM)

Prof. Dr. Rusmin Tumanggor, MA (Antropologi Kesehatan UIN)

Fithriyah, Ph.D, M.Biomed, S.Si (Mikrobiologi dan Molekuler UI)

Ferry Effendi, S.Kep., Ns., M.Sc., Ph.D (Keperawatan Komunitas, SDM Kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Fakultas Keperawatan UNAIR)

Dr. Agung Dwi Laksono, SKM., M.Kes (Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes)

Dr. Vivi Setiawaty, M.Biomed (Virologi Molekuler, Badan Litbangkes)

Dr. Dian Ayubi, SKM, M.QIH (Kesehatan Masyarakat, FKM UI)

Nurfi Afriansyah, M.Sc.PH (Gizi, Badan Litbangkes)

Dra. Athena Anwar, M.Si (Kesehatan Lingkungan, Badan Litbangkes)

Drs. Ondri Dwi Sampurno, M.Si., Apt (Farmasi, Badan Litbangkes)

Redaksi Pelaksana :

Cahaya Indriaty, SKM, M.Kes

Leny Wulandari, SKM, MKM

Susi Annisa Uswatun Hasanah, S.Sos, M.Hum

Sri Lestari, S.Pd., M.Hum

Dini Novian, S.S

Sekretariat :

Febri Aryanto, S.Kom, MTI.

Rini Sekarsih

Ni Kadek Ayu Krisma Agneswari, A.Md.

Terbit 4 kali setahun (Maret, Juni, September, dan Desember)

Terakreditasi SK No. 200/M/KPT/2020

Alamat Redaksi:

KS Jejaring, Informasi, dan Dokumentasi

Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560

Tlp. (021) 4261088

Website : https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/MPK

Email : media@litbang.kemkes.go.id

medialitbangkes@gmail.com

Gambar Sampul: Alat Pelindung Diri (APD) COVID-19

Pengantar Redaksi

Salam hangat,

Berjumpa kembali dengan Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang hadir dengan delapan artikel untuk Volume 32 No.1 Maret 2022.

Artikel pertama oleh Nurul Fadhillah Kundari, Halwa Ainaya Addiina, dan Hoirun Nisa yang berjudul “Persepsi, Stigma, dan Perilaku Ketidakpatuhan Pencegahan COVID-19 pada Masyarakat Wilayah Provinsi Jawa Timur Tahun 2020: Pendekatan Health Belief Model” menjadi pembuka edisi kali ini. Artikel ini menunjukkan perlu ditingkatkan edukasi COVID-19 yang dapat dilakukan pemerintah setempat dengan menjalin kerja sama lintas sektor untuk meningkatkan kepatuhan masyarakat dalam melakukan pencegahan COVID-19.

Artikel selanjutnya berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok” ditulis oleh Shelvi Novianita, Sandra Fikawati, dan Stella Maris Bakara. Dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah kualitas ANC, pekerjaan, pengetahuan, dan suplementasi energi sebagai faktor dominan. Disarankan agar para stakeholder kesehatan meningkatkan dukungan program pemberian suplementasi energi (susu) pada ibu, serta meningkatkan kualitas ANC melalui pelayanan konseling seputar ASI eksklusif pada saat kunjungan ANC.

Artikel ketiga yang berjudul “Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri dalam Upaya Pencegahan COVID-19 di Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil” dibawakan oleh Iin Nurlinawati dan Mimi Sumiarsih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku tenaga kesehatan di puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil dalam memakai APD secara lengkap, belum baik. Penggunaan APD secara umum tinggi pada tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien terutama dokter dan dokter gigi. Alasan responden tidak/kadang-kadang menggunakan APD adalah adanya keterbatasan jumlah APD.

Artikel keempat yang ditulis oleh Ade Kurniawan, Made Agus Nurjana, dan Anis Nur Widayati mengambil judul "Peran Pengelolaan Limbah Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2018)".Tujuan kajian ini untuk mengetahui hubungan pengelolaan limbah rumah tangga terhadap kejadian diare.

Hasil penelitian di artikel kelima menunjukan bahwa probabilitas kelangsungan hidup balita (0-59 bulan) di Indonesia secara keseluruhan adalah 97,8%. Variabel yang berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan online, pekerjaan ibu, paritas, dan inisiasi menyusu dini (IMD). Variabel yang paling berpengaruh terhadap kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan online. Artikel dengan judul “Media Massa dan Online sebagai Faktor yang Berpengaruh terhadap Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia: Analisis Data Sekunder SDKI 2017”, ditulis oleh Mitra, Renti Mahkota, dan Ervira Dwiapriani As Syifa.

Artikel yang keenam berjudul “Faktor Karakteristik Kepala Keluarga yang Berhubungan dengan Kepemilikan Jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak" ditulis oleh Resky Nanda Pranaka dan Edy Agustinus. Artikel ini bertujuan menentukan determinan kepemilikan jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak dengan meliputi pendidikan kepala keluarga, pengetahuan kepala keluarga terkait jamban, dan perilaku hidup bersih keluarga.

Artikel ketujuh yang ditulis oleh Sri Poedji Hastoety Djaiman, Nuzuliyati Nurhidayati, dan Antonius Yudi Kristanto berjudul “Determinan Kejadian Anemia pada Balita di Indonesia”. Penelitian ini didesain untuk mencari determinan yang behubungan dengan anemia pada balita di Indonesia. Hasil analisis didapatkan prevalensi anak balita anemia 40,4%, secara unadjusted diperoleh determinan yang berhubungan dengan anemia adalah usia balita, jumlah anggota rumah tangga (ART) dan status ekonomi keluarga, sedangkan dari analisis adjusted determinan yang berpengaruh adalah usia anak dan status ekonomi keluarga
Artikel penutup berjudul "Efektivitas Program Pendampingan Ibu Hamil terhadap Peningkatan Sikap Ibu tentang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia".. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur adanya peningkatan sikap ibu terhadap kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebagai dampak dari pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa. Artikel yang dibawakan oleh Anissa Rizkianti, Novianti, dan Suparmi menjadi artikel penutup untuk edisi kali ini. Saran penelitian adalah pendampingan oleh mahasiswa dapat menjadi alternatif sarana pendidikan bagi ibu hamil dan diharapkan dapat dilanjutkan secara berkesinambungan dengan melibatkan koordinasi lintas sektor.

Akhir kata, Redaksi Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan mengucapkan selamat menikmati sajian kali ini.

Salam Sehat,
Redaksi

Volume 32 No. 1, Maret 2022 ISSN 0853-9987

MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

DAFTAR ISI

ARTIKEL

1. Persepsi, Stigma, dan Perilaku Ketidakpatuhan Pencegahan COVID-19 pada Masyarakat Wilayah Provinsi Jawa Timur Tahun 2020: Pendekatan Health Belief Model — 1 – 16
   (Nurul Fadhillah Kundari, Halwa Ainaya Addiina, dan Hoirun Nisa)
2. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok — 17 – 28
   (Shelvi Novianita, Sandra Fikawati, dan Stella Maris Bakara)
3. Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri dalam Upaya Pencegahan COVID-19 di Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil — 29 - 40
   (Iin Nurlinawati dan Mimi Sumiarsih)
4. Peran Pengelolaan Limbah Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2018) — 41 - 50
   (Ade Kurniawan, Made Agus Nurjana, dan Anis Nur Widayati)
5. Media Massa dan Online sebagai Faktor yang Berpengaruh terhadap Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia: Analisis Data Sekunder SDKI 2017 — 51 – 64
   (Mitra, Renti Mahkota, dan Ervira Dwiapriani As Syifa)
6. Faktor Karakteristik Kepala Keluarga yang Berhubungan dengan Kepemilikan Jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak — 65 – 76
   (Resky Nanda Pranaka dan Edy Agustinus)
7. Determinan Kejadian Anemia pada Balita di Indonesia — 77 – 86
   (Sri Poedji Hastoety Djaiman, Nuzuliyati Nurhidayati, dan Antonius Yudi Kristanto)
8. Efektivitas Program Pendampingan Ibu Hamil terhadap Peningkatan Sikap Ibu tentang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia — 87 – 98
   (Anissa Rizkianti, Novianti, dan Suparmi)

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Volume. 32 No. 1, Maret 2022 ISSN 0853-9987

Lembar Abstrak

Lembar abstrak ini boleh digandakan/dicopi tanpa izin dan biaya

WC 506.6

Nurul Fadhillah Kundari, Halwa Ainaya Addiina, dan Hoirun Nisa*
Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Tangerang Selatan 15419, Indonesia.
*Korespondensi penulis: hoirun.nisa@uinjkt.ac.id

Persepsi, Stigma, dan Perilaku Ketidakpatuhan Pencegahan COVID-19 Pada Masyarakat Wilayah Provinsi Jawa Timur Tahun 2020: Pendekatan *Health Belief Model*

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 1 – 16

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) telah menyebar di berbagai wilayah Indonesia. Provinsi Jawa Timur tercatat sebagai salah satu provinsi dengan jumlah kasus COVID-19 tertinggi. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan persepsi, stigma dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 melalui pendekatan *health belief model* pada masyarakat Provinsi Jawa Timur. Penelitian *cross sectional* ini menggunakan teknik *voluntary sampling* dengan menyebarkan kuesioner secara daring. Penelitian ini berlangung pada September – November 2020. Masyarakat Provinsi Jawa Timur yang berpartisipasi berjumlah 420 responden. Proporsi responden yang tidak patuh dalam melakukan pencegahan COVID-19 sebesar 57,4%. Hasil analisis multivariat menunjukkan hubungan antara persepsi tertular COVID-19 (OR=2,067; CI 95%= 1,304 - 3,276), persepsi hambatan melakukan pencegahan COVID-19 (OR=2,306; CI 95%= 1,151 - 4,621), persepsi isyarat tindakan (OR=1,968; CI 95%= 1,281 – 3,024), persepsi keparahan (OR=1,158; CI 95% 0,728 – 1,841), stigma (OR=1,467; CI 95%=0,595 – 3,615), jenis kelamin (OR=2,305; CI 95%= 1,388 – 3,828), tingkat pendidikan SMA sederajat (OR=1,735; CI 95%= 1,100 – 2,734) dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19. Disimpulkan bahwa persepsi tertular, persepsi hambatan, dan persepsi isyarat tindakan terkait COVID-19 memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19. Penelitian ini menunjukkan perlu ditingkatkan edukasi COVID-19 yang dapat dilakukan pemerintah setempat dengan menjalin kerja sama lintas sektor untuk meningkatkan kepatuhan masyarakat dalam melakukan pencegahan COVID-19.

Kata kunci : COVID-19; persepsi; ketidakpatuhan

WS 125

Shelvi Novianita[1*], Sandra Fikawati[2], dan Stella Maris Bakara[3]
[1,3]Peminatan Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia
[2]Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia
*Korespondensi Penulis: shelvi.novianita@ui.ac.id

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 17 – 28

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif di beberapa wilayah Indonesia masih terbilang rendah. Padahal ASI eksklusif sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Banyak faktor yang memengaruhi keberhasilan ASI eksklusif. Faktor pelayanan kesehatan merupakan faktor yang paling berperan. Salah satu upaya meningkatkan pelayanan kesehatan tersebut adalah melalui peningkatan kualitas *Antenatal Care* (ANC). Pelayanan ANC berkualitas meliputi standar 10T, diantaranya adalah penilaian status gizi ibu dan temu wicara/konseling seputar ASI eksklusif. Cakupan ANC di Kota Depok sudah mencapai target, tetapi cakupan ASI eksklusif masih rendah. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif, serta gambaran kualitas ANC di wilayah kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok. Studi *cross-sectional* ini menggunakan data sekunder yang dilakukan terhadap 169 ibu menyusui. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square*, dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa kualitas ANC, pekerjaan, pengetahuan, dan suplementasi energi pada ibu berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif (*p-value* <0,05). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor dominan keberhasilan ASI eksklusif adalah suplementasi energi pada ibu (OR=5,460; CI 95%=1,63-18,18). Gambaran kualitas ANC yang berhubungan dengan ASI eksklusif ditunjukkan oleh pengukuran BB, TB, LILA serta konseling terkait ASI eksklusif yang belum sepenuhnya (100%) dilakukan. Dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah kualitas ANC, pekerjaan, pengetahuan, dan suplementasi energi sebagai faktor dominan. Disarankan agar para *stakeholder* kesehatan meningkatkan dukungan program pemberian suplementasi energi (susu)

pada ibu, serta meningkatkan kualitas ANC melalui pelayanan konseling seputar ASI eksklusif pada saat kunjungan ANC.

Kata kunci: ASI ekslusif; ANC; menyusui

WC 506.6

Iin Nurlinawati[1*] dan Mimi Sumiarsih[2]
[1] Badan Riset dan Inovasi Nasional, Cibinong Jawa Barat
[2] Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
*Korespondensi Penulis: nurlinawati.iin@gmail.com

Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri dalam Upaya Pencegahan COVID-19 di Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 29 – 40

Pada masa pandemi COVID-19, puskesmas melakukan berbagai upaya pencegahan penularan sesuai dengan petunjuk teknis yang diterbitkan Kementerian Kesehatan. Dalam upaya pencegahan penularan dari pasien ke petugas dan juga sebaliknya, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) menjadi wajib. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku penggunaan APD dalam upaya pencegahan COVID-19 terutama di puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil. Desain penelitian yang digunakan adalah potong lintang, dilakukan pada puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil di 21 provinsi, 66 kabupaten. Alat pengumpul data berupa *google form* yang disebarkan melalui tenaga penugasan khusus Nusantara Sehat penempatan tahun 2019. *Google form* diisi oleh tenaga kesehatan di puskesmas baik tenaga Nusantara Sehat ataupun bukan. Rentang waktu pengumpulan data selama bulan Mei-Juni 2020. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku tenaga kesehatan di puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil dalam memakai APD secara lengkap, belum baik. Penggunaan APD secara umum tinggi pada tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien terutama dokter dan dokter gigi. Alasan responden tidak/kadang-kadang menggunakan APD adalah adanya keterbatasan jumlah APD. Hasil uji bivariat dengan menggunakan *Chi-square test* memperlihatkan bahwa keterlibatan sebagai anggota tim satgas COVID-19 dan status perkawinan berhubungan secara signifikan dengan perilaku penggunaan APD secara lengkap. Sementara jenis penugasan (UKP dan UKM), dan jenis kelamin secara statistik tidak berhubungan. Dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19, disarankan agar tenaga kesehatan di puskesmas meningkatkan perilaku penggunaan APD secara baik dan sesuai dengan standar. Untuk itu Dinas Kesehatan agar memprioritaskan pengadaan dan distribusi APD, dan memberikan pelatihan yang memadai kepada profesional perawatan kesehatan dalam penggunaannya.

Kata kunci: Alat Pelindung Diri (APD); COVID-19; puskesmas terpencil dan sangat terpencil

---

WA 778

Ade Kurniawan[1] *, Made Agus Nurjana[2], dan Anis Nur Widayati[2]
[1]Balai Litbang Kesehatan Donggala, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jl. Masitudju No. 58 Labuan Panimba, Kecamatan labuan, Kabupaten Donggala, Indonesia
[2]Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta - Bogor, Pakansari, Cibinong, Bogor, Jawa Barat 16915, Indonesia
*Korenspondensi Penulis: ade.lapauwa@gmail.com

Peran Pengelolaan Limbah Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2018)

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 41 – 50

Limbah dengan konsentrasi dan kuantitas tertentu berdampak negatif terhadap lingkungan terutama bagi kesehatan manusia. Pengelolaan limbah rumah tangga merupakan pilar yang menentukan dalam kejadian diare pada balita. Faktor lingkungan yang dominan seperti pembuangan tinja, sumber air minum, saluran pembuangan air limbah rumah tangga, pengelolaan sampah, berperan dalam penyebaran kuman diare pada balita. Diare merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian pada balita. Tujuan kajian ini untuk mengetahui hubungan pengelolaan limbah rumah tangga terhadap kejadian diare. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, dengan memanfaatkan data hasil kegiatan Riskesdas 2018, hal ini sesuai dengan surat persetujuan penggunaan data yang dikeluarkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor : 11062001-118 tanggal 22 Juni 2020. Analisis hubungan pengelolaan limbah dengan kejadian diare pada balita telah dilakukan dengan regresi logistik. Sampel yang dianalisis sebanyak 93.448 balita dari data Riskesdas 2018. Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita di Indonesia yaitu mayoritas berjenis kelamin laki-laki, umur balita di atas dua tahun, penanganan dan tempat sampah rumah tangga, serta tempat pembuangan tinja balita. Penanganan sampah rumah tangga merupakan faktor yang paling dominan dengan kejadian diare pada balita. Penanganan sampah rumah tangga dilakukan dengan cara yang ramah lingkungan dengan membuang di TPA, menimbun, atau membuat kompos perlu dilakukan rumah tangga agar tidak dihinggapi lalat yang dapat menjadi sumber penularan diare pada balita.

Kata kunci: diare; limbah; balita; Riskesdas 2018

WA 590

Mitra[1]*, Renti Mahkota[2], Ervira Dwiapriani As Syifa[3]
[1]Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru, Jln. Mustafa Sari No.5 Tangkerang Selatan Kota Pekanbaru, Riau, Indonesia
[2]Departmen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Lantai 1 Gedung A,

Kampus UI Depok, Indonesia
[3]Program Studi Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Indonesia
*Korespondensi Penulis: mitra@htp.ac.id

Media Massa dan *Online* sebagai Faktor yang Berpengaruh terhadap Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia: Analisis Data Sekunder SDKI 2017

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 51 – 64

Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa angka kematian balita di Indonesia masih tinggi yaitu 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis hubungan media massa dan *online* dan faktor lainnya dengan kelangsungan hidup balita di Indonesia. Jenis penelitian adalah kuantitatif analitik menggunakan data sekunder SDKI 2017 dengan desain *cross sectional study*. Sampel penelitian adalah ibu usia 15-49 tahun yang memiliki balita (anak terakhir) berjumlah 8.175 responden yang tersebar di seluruh Indonesia. Variabel yang dikumpulkan terdiri dari faktor sosiodemografi, faktor pelayanan kesehatan, faktor ibu, dan faktor balita. Media massa dan *online* merupakan salah satu variabel yang terdapat pada faktor sosiodemografi. Analisis dilakukan secara univariat untuk mengetahui probabilitas kelangsungan hidup balita, bivariat menggunakan Kaplan Meir, dan *logrank test,* serta multivariat dengan uji *Cox Regression*. Hasil menunjukkan bahwa probabilitas kelangsungan hidup balita (0-59 bulan) di Indonesia secara keseluruhan adalah 97,8%. Variabel yang berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan *online*, pekerjaan ibu, paritas, dan inisiasi menyusu dini (IMD). Variabel yang paling berpengaruh terhadap kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan *online*. Ibu dengan karakteristik jarang menggunakan media massa dan *online* mempunyai *hazard* tiga kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang sering menggunakan media massa dan *online*. Media massa dan *online* dapat dijadikan sebagai wadah edukasi dan kampanye dalam pemberian informasi tentang kesehatan, pengasuhan, perawatan, dan hal-hal lainnya untuk kelangsungan hidup balita.

Kata kunci : balita; kelangsungan hidup; media massa dan *online*; Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia

---

WA 830

Resky Nanda Pranaka* dan Edy Agustinus
[1,2]Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Kalimantan Barat, Jln. Dr. Sutomo No.01 Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat, Indonesia
*Korespondensi Penulis : resky171015@gmail.com

Faktor Karakteristik Kepala Keluarga yang Berhubungan dengan Kepemilikan Jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 65 – 76

Kesehatan lingkungan masih menjadi masalah utama masyarakat Indonesia, terutama berkaitan dengan indikator rumah sehat yang meliputi kepemilikan jamban sehat, ketersediaan air minum, dan pengelolaan limbah rumah tangga. Masalah kesehatan lingkungan di Wilayah Kalimantan Barat adalah masih rendahnya rumah tangga yang memiliki sarana sanitasi (jamban) baik secara akses maupun jenis sarana yang layak. Rendahnya akses jamban tentu diikuti dengan sebagian masyarakat yang masih buang air besar baik di sembarang tempat. Tujuan penelitian potong lintang ini adalah menentukan determinan kepemilikan jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak dengan meliputi pendidikan kepala keluarga, pengetahuan kepala keluarga terkait jamban, dan perilaku hidup bersih keluarga. Populasi penelitian adalah penduduk Desa Bengawan Ampar dengan jumlah sampel sebanyak 73 KK yang diambil secara *proportional random sampling* dengan instrumen kuesioner terstruktur. Analisis data menggunakan uji *chi square* dan hasilnya menunjukkan hubungan antara pendidikan (p = 0,038), pengetahuan (p = 0,001), pendapatan (p = 0,005), dan tindakan (p = 0,000) terhadap kepemilikan jamban. Simpulan penelitian adalah terdapat hubungan yang siginifikan antara variabel pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan tindakan terhadap kepemilikan jamban. Saran dalam penelitian ini perlunya peningkatan pengetahuan, akses pendidikan, tindakan perilaku air bersih dan sehat, lapangan pekerjaan dalam meningkatkan pendapatan serta akses terhadap air bersih bagi masyarakat Desa Bengawan Ampar. Selain itu bagi pengelola sanitasi agar dapat memberikan pembinaan dan penyuluhan kepada masyarakat.

Kata kunci: kepala keluarga; faktor determinan; kepemilikan jamban; Bengawan Ampar

---

WH 155

Sri Poedji Hastoety Djaiman, [1]*Nuzuliyati Nurhidayati,[1] dan Antonius Yudi Kristanto[2]
[1]Badan Riset dan Inovasi Nasional. Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta-Bogor, Pakansari, Cibinong, Kabupaten Bogor, Jawa Barat, Indonesia 16915
[2]Pusat Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia
*Korespondensi Penulis : pujihadi@yahoo.com

Determinan Kejadian Anemia pada Balita di Indonesia

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 77 – 86

Prevalensi anemia anak balita cenderung menunjukkan kenaikan dari tahun ke tahun. Dampak terhadap kematian dan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang akibat kejadian anemia, mendorong pemerintah untuk melakukan penanganan yang lebih optimal. Ada banyak faktor yang menyebabkan tingginya prevalensi anemia pada anak balita, artikel

ini bertujuan mencari determinan yang behubungan dengan anemia pada balita di Indonesia. Penyusunan artikel ini menggunakan data integrasi Riskedas 2018 dan Susenas bulan maret 2018. Sampel dalam analisis ini adalah anak balita yang menjadi sampel susenas dan riskesdas. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode PPS menggunakan *Two-Stage Systematic Sampling*. Untuk mengetahui determinan yang berhubungan dengan kejadian anemia pada anak balita digunakan *Regresi Logistics Binary*, secara *unadjusted dan adjusted*. *Unadjusted* melihat keterkaitan masing-masing variabel independen terhadap dependen variabel tanpa dipengaruhi variabel lain, sedangkan *adjusted* melihat keterkaitan seluruh variabel independen terhadap dependen variabel secara bersamaan. Hasil analisis didapatkan prevalensi anak balita anemia 40,4%, secara *unadjusted* diperoleh determinan yang berhubungan dengan anemia adalah usia balita, jumlah anggota rumah tangga (ART) dan status ekonomi keluarga, sedangkan dari analisis *adjusted* determinan yang berpengaruh adalah usia anak dan status ekonomi keluarga. Determinan pada kelompok usia anak dan status ekonomi baik secara *unadjusted* maupun *adjusted* mempunyai pola yang sama kelompok usia lebih muda mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami anemia dibandingkan dengan kelompok lebih tua, begitu pula berdasarkan status ekonomi keluarga, ekonomi keluarga mempunyai hubungan protektif terhadap kejadian anemia pada anak balita, keluarga dengan ekonomi lebih baik, dapat mencegah terjadinya anemia pada anak balita. Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan kejadian anemia pada anak balita di Indonesia diantaranya dengan menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil agar dapat menurunkan kejadian anemia anak di bawah 24 bulan. Untuk mengatasi permasalahan tesebut penyuluhan tentang pentingnya mengonsumsi makanan tinggi protein bagi anak balita baik di posyandu ataupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya baik secara aktif (melalui penyuluhan tatap muka) atau melalui penyuluhan tidak langsung (melalui poster ataupun *leaflet*).

Kata kunci: anemia; balita; determinan

WQ 200

Anissa Rizkianti,* Novianti, dan Suparmi
Pusat Riset Kependudukan, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jln. Gatot Subroto No. 10 Jakarta 12710, Indonesia
*Korespondensi Penulis : anis025@brin.go.id

Efektivitas Program Pendampingan Ibu Hamil terhadap Peningkatan Sikap Ibu tentang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 32 No. 1, Maret 2022, 87 – 98

Masih tingginya angka kematian ibu dan anak di Indonesia mendorong pemerintah untuk melakukan intervensi multisektor. Salah satu upaya terobosan yang dilakukan adalah melalui program pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa dan kader sebagai bentuk kerja sama antara Kementerian Kesehatan dan Perguruan Tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur adanya peningkatan sikap ibu terhadap kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebagai dampak dari pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa. Dengan menggunakan desain *quasi-experiment*, penelitian ini mengevaluasi perubahan sikap 280 orang ibu hamil pada kelompok intervensi dan 280 orang ibu hamil pada kelompok kontrol di tujuh kabupaten/kota di Indonesia, yakni Kota Bandar Lampung, Kota Palembang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Kawarang, Kota Semarang, Kota Surabaya, dan Kota Makassar. Intervensi adalah pendampingan kepada ibu hamil yang diberikan secara tatap muka oleh mahasiswa kebidanan dengan melibatkan kader. Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa pendampingan berpengaruh secara signifikan terhadap rata-rata skor sikap ibu (p = 0,000), dimana skor sikap ibu di masing-masing kelompok berbeda secara signifikan. Rata-rata skor sikap ibu sesudah pendampingan meningkat 5,7% pada kelompok intervensi (p = 0,000), dan meningkat 3,8% pada kelompok kontrol (p = 0,000). Namun, jika dibandingkan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, selisih skor sikap ibu sebelum dan sesudah pendampingan tidak berbeda secara signifikan (p = 0,655). Oleh karena itu, pendampingan oleh mahasiswa dapat menjadi alternatif sarana pendidikan bagi ibu hamil dan diharapkan dapat dilanjutkan secara berkesinambungan dengan melibatkan koordinasi lintas sektor.

Kata kunci: pendampingan; ibu hamil; sikap ibu; mahasiswa

Media of Health Research and Development

Volume. 31 No. 4, December 2021 ISSN 0853-9987

Abstract Sheet

This abstract sheet may reproduced/copied without permission or charge

WC 506.6

Nurul Fadhillah Kundari, Halwa Ainaya Addiina, dan Hoirun Nisa*
Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Tangerang Selatan 15419, Indonesia.
**Author's Correspondence:* hoirun.nisa@uinjkt.ac.id

Perception, Stigma, and Non-Compliance Behavior for Covid-19 Prevention in The Community of East Java Province in 2020: Health Belief Model Approach

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 1 – 16

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) has spread in various parts of Indonesia. East Java Province is listed as one of the provinces with the highest number of COVID-19 cases. The purpose of this study was to determine the relationship between perceptions, stigma, and non-compliance behavior in preventing COVID-19 through a health belief model approach in the people of East Java Province. This cross-sectional study used voluntary sampling technique by distributing online questionnaires. This research took place in September – November 2020. The people of East Java province who participated were 420 respondents. The proportion of respondents who are not compliant in preventing COVID-19 is 57.4%. The results of the multivariate analysis showed a relationship between perceptions of contracting COVID-19 (OR=2.067; 95% CI=1.304 - 3.276), perceptions of barriers to preventing COVID-19 (OR=2.306; 95% CI= 1.151 - 4.621), perceptions of action cues (OR=1.968; 95% CI= 1.281 – 3.024), perceived severity of COVID-19 (OR=1.158; 95% CI 0.728 – 1.841), stigma (OR=1.467; 95% CI=0.595 – 3.615), gender (OR = 2.305; 95% CI = 1.388 – 3.828, high school education equivalent (OR = 1.735; 95% CI = 1.100 – 2.734) with non-compliance behavior to prevent COVID-19. We concluded that non-compliance behavior in preventing COVID-19 was associated with the perception of being infected, the perception of obstacles, and the perception of action cues related to COVID-19. This study highlighted the necessity of COVID-19 education to improve community compliance in preventing COVID-19 through collaborative efforts by local government and stakeholders.

Keywords: COVID-19; perception; non-compliance

WS 125

Shelvi Novianita[1*], Sandra Fikawati[2], dan Stella Maris Bakara[3]
[1,3]Peminatan Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia
[2]Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia
**Author's Correspondence:* shelvi.novianita@ui.ac.id

Factors Related to the Success of Exclusive Breastfeeding in the Work Area of the Cipayung Health Center, Depok City

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 1 – 16

The exclusive breastfeeding in some parts of Indonesia is still relatively low, whereas exclusive breastfeeding is very important for the growth and development of babies. Many factors influence the success of exclusive breastfeeding. Health service factor is the most important factor. One of the efforts to improve these health s*ervices is through improving the quality of Antenatal Care (ANC). Quality ANC services include 10T standards, including an assessment of the mother's nutritional status and talks/counseling about exclusive breastfeeding. ANC coverage in Depok City has reached the target, but exclusive breastfeeding coverage is still low. The purpose of this study was to determine the factors associated with the success of exclusive breastfeeding, and also to overview the quality of ANC in the working area of the Cipayung Public Health Center, Depok City. This cross-sectional study used secondary data conducted on 169 breastfeeding mothers. Bivariate analysis conducted by using chi-square test, and multivariate analysis using multiple logistic regressions. The results of the bivariate analysis showed that the quality of ANC, occupation, knowledge, and energy supplementation for mothers were related to the success of exclusive breastfeeding (p-value <0.05). The results of multivariate analysis showed that the dominant factor for the success of exclusive breastfeeding was energy supplementation for mothers (OR=5.460; 95% CI=1.63-18.18). The description of the quality of ANC related to exclusive breastfeeding is shown by measurements of BB, TB, LILA and counseling related to exclusive breastfeeding which have not been fully (100%) carried out. It can be concluded that the factors related to the success of exclusive breastfeeding are the quality of ANC, occupation, knowledge, and energy supplementation as the dominant factor. It is recommended that health stakeholders increase*

support for energy supplementation (milk) program for mothers, as well as improve the quality of ANC through counseling services about exclusive breastfeeding during ANC visits.

Keywords:exclusive breastfeeding; ANC; breastfeeding

WC 506.6

Iin Nurlinawati[1*] dan Mimi Sumiarsih[2]
[1] Badan Riset dan Inovasi Nasional, Cibinong Jawa Barat
[2] Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
**Author's Correspondence:* nurlinawati.iin@gmail.com

Behavior of Using Personal Protective Equipment in Efforts to Prevent COVID-19 in Remote and Very Remote Community Health Centers

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 29 - 40

During COVID-19 pandemic, puskesmas (community health center) made various efforts in accordance with technical instructions issued by the Ministry of Health. As an effort to prevent transmission from patients to officers and vice versa, the use of Personal Protective Equipment (PPE) is mandatory. This study aimed to determine the behavior of using PPE as an effort to prevent COVID-19, especially in health centers in remote and very remote areas. The research design used was a cross-sectional study carried out at health centers in remote and very remote areas in 21 provinces, 66 districts. The data collection tool was in the form of a google form which was distributed through the special assignment personnel for Nusantara Sehat placement in 2019. The Google form was filled out by health workers at health centers, both Nusantara Sehat personnel and not. The data collection period was May-June 2020. The results showed that the behavior of health workers in remote and very remote community health centers in using complete PPE was not good. The use of PPE was generally high in personnel who provide services to patients, especially doctors and dentists. The reason respondents did not/sometimes use PPE was the limited number of PPE. The results of bivariate test using Chi-square test showed that involvement as a member of the Covid-19 task force team and marital status were significantly related to the behavior of using complete PPE. Meanwhile, the type of assignment (UKP and UKM), and gender were not statistically related. In an effort to prevent the spread of Covid-19, it is recommended that health workers at health centers improve the behavior of using PPE properly according to standards. For this reason, the Health Office should prioritize the procurement and distribution of PPE, and provide adequate training to health care professionals in its use.

Keywords: Personal Protective Equipment (PPE); COVID-19; remote health centers

---

WA 778

Ade Kurniawan[1] *, Made Agus Nurjana[2], dan Anis Nur Widayati[2]
[1]Balai Litbang Kesehatan Donggala, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jl. Masitudju No. 58 Labuan Panimba, Kecamatan labuan, Kabupaten Donggala, Indonesia
[2]Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta - Bogor, Pakansari, Cibinong, Bogor, Jawa Barat 16915, Indonesia
**Author's Correspondence:* ade.lapauwa@gmail.com

The Role of Household Waste Management on of Diarrhea Occurrence in Toddlers in Indonesia (Data Analysis of Base Health Research 2018)

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 41- 50

Waste with a certain concentration and quantity has a negative impact on the environment, especially for human health. Dominant environmental factors such as excreta disposal, drinking water sources, household waste water disposal channels, waste management play a role in the spread of diarrhea germs in toddlers. Diarrhea is one of the main causes of morbidity and mortality in children under five. The purpose of this study was to determine the relationship between household waste management and the incidence of diarrhea. The design of this research was cross sectional, by utilizing data from the 2018 Riskesdas activity, this was in accordance with the approval letter for the use of data issued by the Health Research and Development Agency Number: 11062001-118 dated June 22, 2020. Analysis of the relationship between waste management and the incidence of diarrhea in children under five had been carried out using logistic regression. The samples analyzed were 93,448 toddlers from Riskesdas 2018 data. The results of the analysis showed that the factors related to the incidence of diarrhea in toddlers in Indonesia were the majority male, the age of toddlers over two years old, handling and RT trash bins, and waste disposal sites. Handling household waste is the most dominant factor with the incidence of diarrhea in toddlers. Handling household waste is carried out in an environmentally friendly way by dumping it in a landfill, stockpiling or making compost, it is necessary for households to do so as not to be infested with flies which can be a source of transmission of diarrhea in children under five.

Keywords: diarrhea; waste; toddler; Riskesdas 2018

WA 590

Mitra[1]*, Renti Mahkota[2], Ervira Dwiapriani As Syifa[3]
[1]Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru, Jln. Mustafa Sari No.5 Tangkerang Selatan Kota Pekanbaru, Riau, Indonesia
[2]Departmen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Lantai 1 Gedung A, Kampus UI Depok, Indonesia
[3]Program Studi Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Author's Correspondence: mitra@htp.ac.id

Mass Media and Online as Factors Influencing Toddler Survival in Indonesia : 2017 IDHS Secondary Data Analysis

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March2022, 51 - 64

The 2017 Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS) report showed that the under-five mortality rate in Indonesia was still high at 32 deaths per 1,000 live births. The study aimed to analyze the relationship between mass media and online and other factors with the survival of children under five in Indonesia. The type of research was quantitative analytic using secondary data from the 2017 IDHS with a cross sectional study design. The sample was mothers aged 15-49 years who had toddlers (last-child) totaling 8,175 respondents spread throughout Indonesia. The variables collected consisted of sociodemographic factors, health service factors, maternal factors, and toddler factors. Mass media and online was one of variables of sociodemographic factors. We used univariate analysis to determine the probability of child survival, bivariate analysis using Kaplan Meir and logrank tests, and multivariate analysis using Cox Regression test. The results found that the overall survival probability of children under five (0-59 months) in Indonesia was 97.8%. Variables that were significantly related to the survival of children under five were the use of mass media and online, mother's occupation, parity, and early initiation of breastfeeding. The most dominant variable on the survival of children under five was the use of mass media and online. Mothers with the characteristics of rarely using mass media and online have a three times higher hazard for toddler survival compared to mothers who often use mass media and online. Mass media and online can be used as a forum for education and campaigns in providing information about health, parenting, care, and other matters for the survival of toddlers.

Keywords: toddler; survival; mass media and online; Indonesia Demographic and Health Survey

---

WA 830

Resky Nanda Pranaka* dan Edy Agustinus
[1,2]Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Kalimantan Barat, Jln. Dr. Sutomo No.01 Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat, Indonesia
**Author's Correspondence:* resky171015@gmail.com

Factors that Affect the Ownership of the Latrines in Bengawan Ampar Village, Landak Regency

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 65 - 76

Environmental health is the main problem experienced by Indonesian people, particularly related with indicators of healthy houses, including the availability of toilets, safe drinking water, and household waste management. The environmental health problems in West Kalimantan is also similar, including low number of households having both access and improved sanitation, ownership of the improved sanitation in each household. The low access to latrines certainly indicates that there are many people who still defecate openly. The purpose of this study cross-sectional study is to determine factors related to the latrine ownership in Bengawan Ampar Village, Landak Regency. Variables of the study included education of householders, knowledge regarding toilet of householders, and healthy behavior of the family and ownership of a toilet. The population is residents of Bengawan Ampar Village, Kuala Behe District, Landak Regency, and the sample size from proportional random sampling was 73 households. The instrument used is a structured questionnaire and data collected were analyzed using chi square test. The results of the analysis showed a significant relationship between education (p = 0.038), knowledge (p = 0.001), income (p = 0.005), and actions (p = 0.000) on latrine ownership. The study suggested that there is a need to increase knowledge, education, cleans, and healthy behaviour, have more job options and have better access to clean water. In addition, sanitation managers should be able to provide guidance and counseling to the community.

Keywords: head of household; determinant factors; latrine ownership; Bengawan Ampar

---

Sri Poedji Hastoety Djaiman, [1]*Nuzuliyati Nurhidayati,[1] dan Antonius Yudi Kristanto[2]
[1]Badan Riset dan Inovasi Nasional. Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta-Bogor, Pakansari, Cibinong, Kabupaten Bogor, Jawa Barat, Indonesia 16915
[2]Pusat Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia
**Author's Correspondence:* pujihadi@yahoo.com

Determinants of Anemia in Children Under Five Years in Indonesia

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 77 - 86

The prevalence of anemia in children under five tends to increase from year to year. The impact on mortality and the quality of human resources in the future due to the incidence of anemia, encourages the government to carry out more optimal handling. There are many factors that cause the high prevalence of anemia in children under five, this article aimed to find the determinants associated with anemia in children under five in Indonesia. The preparation of this article uses data from the integration of Riskesdas 2018 and Susenas in March 2018. The samples in this analysis were children under five who were the samples of Susenas and Riskesdas. Sampling was carried out using the PPS method using Two-Stage Systematic Sampling. To find out the determinants related to the incidence of anemia in children under five, Binary Logistics Regression was used, unadjusted and adjusted. Unadjusted sees the relationship of each independent variable to the dependent variable without being influenced by other variables, while adjusted

sees the relationship of all independent variables to the dependent variable simultaneously. The results of the analysis showed that the prevalence of anemia in children under five was 40.4%, unadjusted, the determinants related to anemia were the children under five, the number of household members (ART) and the economic status of the family, while from the adjusted analysis the influential determinants were the child's age and economic status. family. Determinants in the age group of children and economic status, both unadjusted and adjusted, have the same pattern, age groups are easier to have a higher risk of developing anemia compared to the older group, as well as based on family economic status, family economy has a protective relationship to the incidence of anemia in children. children under five, families with better economic conditions, can prevent anemia in children under five. Efforts that can be made to reduce the incidence of anemia in children under five in Indonesia include reducing the incidence of anemia in pregnant women in order to reduce the incidence of anemia in children under 24 months. To overcome this problem, there is counseling about the importance of consuming high-protein foods for children under five, either in posyandu or other health service facilities, either actively (through face-to-face counseling) or through indirect counseling (through posters or leaflets).

Keywords: anemia; children under five; determinant

WQ 200

Anissa Rizkianti,* Novianti, dan Suparmi
Pusat Riset Kependudukan, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jln. Gatot Subroto No. 10 Jakarta 12710, Indonesia
**Author's Correspondence:* anis025@brin.go.id

The Effectiveness of Accompaniment Program for Pregnant Women on The Improvement of Maternal Attitudes towards Maternal and Newborn Health in Seven Districts/Cities in Indonesia

Media of Health Research and Development, Vol. 32 No. 1, March 2022, 87 - 98

The high rate of maternal and child mortality in Indonesia has encouraged the government to implement multi-sectoral interventions. One of the breakthrough initative made is through prenatal accompaniment program as a form of collaboration between the Ministry of Health and universities. This study aimed to measure the increase in maternal attitudes towards maternal and newborn health as a result of students' accompaniment program for pregnant women. Using a quasi-experimental design, this study evaluated changes in the attitudes of 280 pregnant women in the intervention group and 280 pregnant women in the control group in seven districts/cities in Indonesia. Intervention is assistance to pregnant women by midwifery students and cadres. The results of the regression analysis showed that mentoring had a significant effect on the average mother's attitude score (p = 0.000), where the mother's attitude score in each group was significantly different. The average score of maternal attitudes after mentoring increased by 5.7% in the intervention group (p = 0.000), and increased by 3.8% in the control group (p = 0.000). However, when compared between the intervention and the control group, the difference in the attitudes of mothers before and after mentoring was not significantly different (p = 0.655). Therefore, mentoring by students and cadres can be an alternative tool of education for pregnant women, and is expected to be conducted on the ongoing basis by involving cross-sectoral coordination.

Keywords: mentoring; pregnant women; mothers' attitudes; students

Persepsi, Stigma, dan Perilaku Ketidakpatuhan Pencegahan COVID-19 Pada Masyarakat Wilayah Provinsi Jawa Timur Tahun 2020: Pendekatan *Health Belief Model*

Perception, Stigma, and Non-Compliance Behavior for Covid-19 Prevention in The Community of East Java Province in 2020: Health Belief Model Approach

Nurul Fadhillah Kundari, Halwa Ainaya Addiina, dan Hoirun Nisa*
Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Tangerang Selatan 15419, Indonesia.
*Korespondensi penulis: hoirun.nisa@uinjkt.ac.id

Submitted: 04-01-2021, *Revised:* 17-01-2022, *Accepted:* 08-02-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.4219

Abstrak

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) telah menyebar di berbagai wilayah Indonesia. Provinsi Jawa Timur tercatat sebagai salah satu provinsi dengan jumlah kasus COVID-19 tertinggi. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan persepsi, stigma dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 melalui pendekatan *health belief model* pada masyarakat Provinsi Jawa Timur. Penelitian *cross sectional* ini menggunakan teknik *voluntary sampling* dengan menyebarkan kuesioner secara daring. Penelitian ini berlangung pada September – November 2020. Masyarakat Provinsi Jawa Timur yang berpartisipasi berjumlah 420 responden. Proporsi responden yang tidak patuh dalam melakukan pencegahan COVID-19 sebesar 57,4%. Hasil analisis multivariat menunjukkan hubungan antara persepsi tertular COVID-19 (OR=2,067; CI 95%= 1,304 - 3,276), persepsi hambatan melakukan pencegahan COVID-19 (OR=2,306; CI 95%= 1,151 - 4,621), persepsi isyarat tindakan (OR=1,968; CI 95%= 1,281 – 3,024), persepsi keparahan (OR=1,158; CI 95% 0,728 – 1,841), stigma (OR=1,467; CI 95%=0,595 – 3,615), jenis kelamin (OR=2,305; CI 95%= 1,388 – 3,828), tingkat pendidikan SMA sederajat (OR=1,735; CI 95%= 1,100 – 2,734) dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19. Disimpulkan bahwa persepsi tertular, persepsi hambatan, dan persepsi isyarat tindakan terkait COVID-19 memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19. Penelitian ini menunjukkan perlu ditingkatkan edukasi COVID-19 yang dapat dilakukan pemerintah setempat dengan menjalin kerja sama lintas sektor untuk meningkatkan kepatuhan masyarakat dalam melakukan pencegahan COVID-19.

Kata kunci : COVID-19; persepsi; ketidakpatuhan

Abstract

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) has spread in various parts of Indonesia. East Java Province is listed as one of the provinces with the highest number of COVID-19 cases. The purpose of this study was to determine the relationship between perceptions, stigma, and non-compliance behavior in preventing COVID-19 through a health belief model approach in the people of East Java Province. This cross-sectional study used voluntary sampling technique by distributing online questionnaires. This research took place in September – November 2020. The people of East Java province who participated were 420 respondents. The proportion of respondents who are not compliant in preventing

COVID-19 is 57.4%. The results of the multivariate analysis showed a relationship between perceptions of contracting COVID-19 (OR=2.067; 95% CI=1.304 - 3.276), perceptions of barriers to preventing COVID-19 (OR=2.306; 95% CI= 1.151 - 4.621), perceptions of action cues (OR=1.968; 95% CI= 1.281 – 3.024), perceived severity of COVID-19 (OR=1.158; 95% CI 0.728 – 1.841), stigma (OR=1.467; 95% CI=0.595 – 3.615), gender (OR = 2.305; 95% CI = 1.388 – 3.828, high school education equivalent (OR = 1.735; 95% CI = 1.100 – 2.734) with non-compliance behavior to prevent COVID-19. We concluded that non-compliance behavior in preventing COVID-19 was associated with the perception of being infected, the perception of obstacles, and the perception of action cues related to COVID-19. This study highlighted the necessity of COVID-19 education to improve community compliance in preventing COVID-19 through collaborative efforts by local government and stakeholders.

Keywords: COVID-19; perception; non-compliance

PENDAHULUAN

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) telah masuk ke Indonesia per 2 Maret 2020 dan kasus meningkat dengan cepat di seluruh wilayah Indonesia.[1] Hingga tanggal 20 September 2020, Kementerian Kesehatan melaporkan sebanyak 244.676 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 57.796 kasus aktif, 9.553 kasus meninggal[2] dan CFR sebesar 4,8%.[1] Jawa Timur menjadi salah satu dari delapan provinsi yang mendapat perhatian Presiden Joko Widodo, karena memiliki jumlah kasus yang tinggi.[2] Berdasarkan analisis data mingguan Satgas Penanganan COVID-19 per tanggal 13 September 2020, Jawa Timur memasuki urutan 5 provinsi teratas dengan jumlah kasus tertinggi ke-dua setelah DKI Jakarta, yaitu sebanyak 38.064 kasus. Provinsi Jawa Timur juga memiliki jumlah kematian kumulatif terbanyak (2.763 kematian), dimana dengan peningkatan jumlah kenaikan sebesar 11,2%, Jawa Timur menempati posisi ke-tiga setelah Bali dan DKI Jakarta. Per 13 September 2020, terdapat 4 kabupaten / kota di Jawa Timur yang masuk dalam kategori risiko tinggi, 28 kabupaten / kota masuk dalam kategori risiko sedang, dan 46 kabupaten / kota masuk dalam kategori risiko rendah.[3]

Kesadaran dan tindakan melakukan pencegahan penyakit sangat penting untuk menekan kasus COVID-19. Pada April 2020, LIPI melakukan survei mengenai persepsi masyarakat terhadap mobilitas dan transportasi guna mengetahui gambaran pergerakan rencana mudik masyarakat serta persepsi perilaku pencegahan COVID-19.[4] Dari hasil survei, sekitar 98,05% responden mengetahui kelompok yang rentan COVID-19 dan orang sehat dapat menjadi *carrier* jika melakukan mudik. Survei juga menunjukkan hanya 32,07% mengaku sangat khawatir akan menularkan COVID-19. Sekitar 10,25% responden lainnya mengaku tidak khawatir dan tetap berencana mudik dengan alasan merasa sehat dan mengetahui kondisi kampung dalam keadaan baik. Sebagian besar dari mereka berpendidikan tinggi sarjana, pascasarjana dan SMA.[4] Adapun penelitian yang dilakukan Balitbangkes Kemenkes RI mengenai kepatuhan masyarakat dalam melakukan *physical distancing* dan PHBS sebagai pencegahan penularan COVID-19 menunjukkan hampir seluruh responden menyatakan menjaga jarak adalah penting, namun masih ada responden berstatus konfirmasi positif COVID-19, Pasien Dalam Pengawasan (PDP) dan Orang Dalam Pemantauan (ODP) menyatakan bahwa menjaga jarak adalah tidak penting. Selain itu, responden yang menyatakan sulit dalam menjaga jarak cukup tinggi (58,61%).[5]

Health Belief Model merupakan teori yang menjelaskan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan (*health-related behavior*) yang dikembangkan pertama kali pada tahun 1950-an oleh ahli-ahli psikologi sosial Amerika Serikat.[6] Penilaian *Health Belief Model* (HBM) bergantung pada dua aspek yaitu *perceived threat (perceived seriousness, perceived susceptibility, cues to action)* dan *perceived benefits and barriers*. HBM juga digunakan untuk memprediksikan perilaku

pencegahan dalam bentuk perilaku sehat serta respon perilaku terhadap pengobatan yang akan dilakukan.[7] Perilaku sehat dapat berupa perilaku pencegahan COVID-19.

Health Belief Model menjelaskan bahwa individu cenderung akan mengambil tindakan pencegahan apabila menganggap dirinya rentan terhadap kondisi yang mereka percayai menimbulkan konsekuensi serius. Individu akan mengambil tindakan memeriksakan diri apabila mereka mempercayai serangkaian aksi dapat menguntungkannya dalam mengurangi kerentanannya terhadap masalah kesehatan ataupun keseriusan dari kondisi tersebut. Individu akan mengambil langkah mengontrol kondisi kesehatannya yang sakit apabila mereka mempercayai bahwa keuntungan yang diperoleh melebihi rintangan yang dihadapi pada saat mengambil langkah tersebut.[8] Dengan kata lain, individu yang menganggap dirinya tidak mudah terserang penyakit, dampak yang ditimbulkan penyakit tersebut tidak serius, atau menganggap dirinya mengalami banyak hambatan dalam melakukan upaya pencegahan, dapat memengaruhi individu untuk tidak mengadopsi perilaku sehat.

Wabah COVID-19 yang terjadi di dunia termasuk Indonesia menimbulkan beragam respon dari masyarakat. Kurangnya pengetahuan, pemahaman informasi dan kepercayaan yang keliru dapat menimbulkan stigma negatif di masyarakat.[9] Salah satu stigma yang beredar adalah pasien COVID-19, keluarga, dan tenaga kesehatan dianggap sebagai pembawa virus yang dapat menyebar dan menginfeksi orang lain di sekitarnya. Hal tersebut mengakibatkan kekhawatiran dan ketakutan masyarakat untuk tertular penyakit tersebut, sehingga masyarakat menjauhi bahkan menolak kehadiran mereka. Selain stigma sosial, stigma juga dapat berasal dari diri individu.[9,10]

Persepsi dan stigma negatif terhadap COVID-19 dapat memberikan dampak negatif terhadap perilaku, karena dapat menghalangi individu untuk melakukan perilaku sehat, menutupi kondisi kesehatannya sehingga menghambat dirinya untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan.[11] Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan persepsi, stigma dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 pada masyarakat Jawa Timur tahun 2020 dengan pendekatan *Health Belief Model*.

METODE

Metode yang digunakan adalah observasional analitik dengan desain studi *cross sectional*. Populasi dari penelitian ini yaitu masyarakat Provinsi Jawa Timur. Besar sampel dihitung menggunakan rumus *slovin,* sehingga didapatkan sampel minimal sebesar 400 responden. Teknik pengambilan sampel yakni *voluntary sampling*. Kriteria inklusi penelitian ini yaitu masyarakat Jawa Timur yang berusia ≥ 18 tahun dan berdomisili di Jawa Timur selama masa pandemi. Terdapat 449 responden yang berpartisipasi pada penelitian ini. Setelah dilakukan *cleaning* data, total akhir sampel yang diperoleh berjumlah 420 responden.

Penelitian ini berlangsung pada September-November 2020 dengan menyebarkan kuesioner *google form* secara daring melalui media sosial. Variabel independen yang diteliti meliputi sosioekonomi (usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, tempat tinggal, penghasilan), persepsi (persepsi tertular COVID-19, persepsi keparahan, persepsi hambatan pencegahan COVID-19, persepsi isyarat tindakan), dan stigma. Variabel dependen yaitu perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19.

Kuesioner terkait perilaku pencegahan COVID-19 merupakan hasil adaptasi dari "*Survey Tool and Guidance: Rapid, Simple, Flexible Behavioural Insights on COVID-19*" yang bersumber dari *World Health Organization* (WHO). Adapun kuesioner terkait persepsi dan stigma dibuat oleh peneliti dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan etik penelitian yaitu adanya *informed consent* yang disetujui oleh responden sebelum mengisi kuesioner secara *online*. Etik penelitian diperoleh dari Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dengan nomor Un.01/F.10/KP.01.1/KE.SP/011.08.002/2020**.**

Perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 didefinisikan sebagai patuh atau

tidaknya responden dalam melakukan pencegahan COVID-19 sesuai rekomendasi WHO atau Kementerian Kesehatan RI. Informasi terkait perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 diperoleh melalui 10 pertanyaan dengan pilihan jawaban Selalu (skor 4), Sering (skor 3), Jarang (skor 2), dan Tidak Pernah (skor 1). Selanjutnya, variabel ini dikategorikan berdasarkan nilai median (31) dari skor total pertanyaan terkait perilaku pencegahan COVID-19: yaitu tidak patuh jika skor kurang dari sama dengan median (≤31) dan patuh jika skor lebih dari median (>31).

Persepsi tertular COVID-19 adalah penilaian responden terhadap kerentanan dirinya sendiri dan kondisi di sekitarnya untuk tertular COVID-19. Informasi mengenai persepsi tertular COVID-19 diperoleh melalui 8 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban menggunakan skala likert. Teknik skoring pada skala likert yaitu jika pernyataan yang diajukan dalam kuesioner merupakan pernyataan positif, skor yang diberikan pada setiap jawaban yaitu Sangat Setuju (skor 4), Setuju (skor 3), Tidak Setuju (skor 2), dan Sangat Tidak Setuju (skor 1). Jika pernyataan negatif, skor yang diberikan pada setiap jawaban yaitu Sangat Setuju (skor 1), Setuju (skor 2), Tidak Setuju (skor 3), dan Sangat Tidak Setuju (skor 4). Kemudian, persepsi tertular COVID-19 dikategorikan berdasarkan nilai median (25) dari skor total pertanyaan: yaitu kerentanan tinggi dengan skor lebih dari median (> 25) dan kerentanan rendah dengan skor kurang dari sama dengan median (≤25).

Persepsi keparahan COVID-19 adalah penilaian responden terhadap dampak kesehatan dan kehidupannya yang dapat ditimbulkan oleh COVID-19. Informasi mengenai variabel ini diperoleh melalui 9 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban menggunakan skala likert. Variabel ini dikategorikan berdasarkan nilai median (26) dari skor total pertanyaan: yaitu keparahan tinggi dengan skor lebih dari median (>26) dan keparahan rendah dengan skor kurang dari sama dengan median (≤26).

Persepsi hambatan melakukan pencegahan COVID-19 adalah penilaian responden terhadap hambatan yang membatasi dirinya untuk melakukan upaya pencegahan COVID-19. Informasi mengenai variabel ini diperoleh melalui 7 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban menggunakan skala likert. Variabel ini dikategorikan berdasarkan nilai median (15) dari skor total pertanyaan mengenai persepsi hambatan: yaitu hambatan tinggi dengan skor lebih dari median (>15) dan hambatan rendah dengan skor kurang dari sama dengan median (≤ 15).

Variabel persepsi isyarat tindakan adalah penilaian responden terhadap dorongan untuk melakukan pencegahan COVID-19 yang berasal dari diri sendiri, dukungan sosial, paparan sumber informasi. Terdapat 6 pertanyaan terkait dorongan diri sendiri, dukungan keluarga dan teman dengan 4 pilihan jawaban menggunakan skala likert dan 8 pertanyaan terkait sumber informasi yang digunakan untuk memperoleh informasi COVID-19 dengan 2 pilihan jawaban (ya dan tidak). Variabel isyarat bertindak dikategorikan berdasarkan nilai median (21) dari skor total pertanyaan: yaitu tinggi dengan skor lebih dari median (>21) dan kurang dengan skor rendah dari sama dengan median (≤ 21).

Stigma didefinisikan sebagai misinformasi yang diyakini oleh responden terkait dengan sumber, cara penularan, serta penanggulangan COVID-19. Informasi mengenai stigma diperoleh melalui 8 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban menggunakan skala likert. Kemudian, Stigma dikategorikan berdasarkan nilai median (19) dari skor total pertanyaan stigma: yaitu stigma kuat dengan skor lebih dari median (>19) dan stigma lemah dengan skor kurang dari sama dengan median (≤19).

Analisis penelitian ini dilakukan dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *chi-square* untuk melihat hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen yang memperoleh *p-value* <0,25 pada analisis bivariat, dilanjutkan ke dalam analisis multivariat. Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan regresi logistik dan tingkat signifikansi 0,05 untuk mengetahui variabel independen yang dominan berhubungan dengan

perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19.

HASIL

Distribusi frekuensi karakteristik, persepsi, stigma dan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 disajikan dalam Tabel 1. Dari 420 responden, rata-rata responden berusia 22,29 tahun. Sebagian besar responden adalah perempuan (72,1%), berpendidikan SMA sederajat (67,6%), bertempat tinggal di wilayah kabupaten di Jawa Timur (73,6%). Sekitar 77,1% responden merupakan pelajar dan mahasiswa dan 72,6% responden tidak atau belum memiliki penghasilan. Hasil analisis menunjukkan terdapat 57,4% responden tidak patuh dalam melakukan pencegahan COVID-19. Pada variabel persepsi, sekitar 56,9% responden memiliki persepsi kerentanan yang rendah atau beranggapan bahwa dirinya tidak mudah tertular COVID-19.

Komponen pernyataan terkait persepsi tertular COVID-19 disajikan pada Tabel 2. Sebanyak 24,8% responden setuju dan 7,4% sangat setuju dengan pernyataan tingginya kasus COVID-19 di Jawa Timur tidak membuatnya khawatir tertular virus. Dari akumulasi kelompok kategori responden dengan jawaban "Setuju" dan "Sangat Setuju", lebih dari 20% responden menyatakan setuju bahwa mereka merasa sehat, sehingga kebal terhadap penularan virus COVID-19. Sebanyak 17,6% responden setuju bahwa dirinya tetap merasa aman dan tidak mencemaskan penularan virus meskipun berada di luar rumah. Lebih dari 15% responden menyatakan setuju bahwa mereka tidak perlu cemas terjangkit virus COVID-19, karena itu merupakan takdir Tuhan. Proporsi responden yang memiliki persepsi keparahan yang rendah terhadap COVID-19 sebesar 60,5%. Artinya dari 420 responden, sebagian besar responden menganggap bahwa COVID-19 tidak menimbulkan masalah kesehatan yang parah. Mayoritas responden menyatakan bahwa mereka mengalami hambatan yang tinggi dalam melakukan upaya pencegahan COVID-19 (89,0%).

Pernyataan terkait persepsi hambatan yang dialami oleh responden ketika melakukan perilaku pencegahan COVID-19 disajikan pada Tabel 3. Lebih dari 40% responden menyatakan setuju bahwa mereka merasakan sejumlah hambatan saat menggunakan masker seperti sesak napas, sulit berbicara dengan orang lain. Selain itu, sebanyak 62,4% responden setuju dan 17,1% sangat setuju bahwa mereka perlu mengeluarkan biaya tambahan untuk membeli peralatan yang dibutuhkan untuk mencegah penularan COVID-19 seperti *hand sanitizer*, masker, vitamin, disinfektan. Lebih dari 60% responden merasa sulit untuk menjaga jarak minimal satu meter di fasilitas umum, dan mereka memiliki tuntutan kebutuhan yang mengharuskan mereka untuk keluar rumah. Sekitar 51,2% responden memiliki persepsi isyarat tindakan *(cues to action)* yang rendah. Artinya separuh dari total responden mendapatkan dorongan yang rendah untuk melakukan pencegahan COVID-19, baik dorongan dari dalam diri sendiri maupun dorongan dari luar, seperti dukungan sosial dan sumber informasi. Sebagian besar responden tidak memiliki stigma terhadap COVID-19 (93,1%).

Gambar 1 menyajikan sumber informasi yang digunakan oleh responden untuk memperoleh informasi mengenai COVID-19. Diketahui bahwa jejaring sosial, *website* lembaga kesehatan, dan berita *online* merupakan sumber informasi yang banyak digunakan oleh masyarakat Jawa Timur. Adapun persentase pada setiap sumber informasi yaitu 90,48% menggunakan jejaring sosial, 61,19% menggunakan *website* institusi kesehatan seperti Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, WHO, dan lainnya, serta 64,76% menggunakan berita *online*.

Setiap variabel independen dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui tingkat signifikansi yang ditunjukkan dengan *p-value* seperti yang disajikan pada Tabel 4. Variabel independen dengan *p-value* <0,25 akan dianalisis lebih lanjut pada analisis multivariat. Variabel tersebut yaitu jenis kelamin (*p-value*=0,000), pendidikan (*p-value*=0,020), persepsi tertular COVID-19 (p*value*=0,000), persepsi tingkat keparahan (*p-value*=0,000), persepsi hambatan melakukan pencegahan COVID-19 (*p-value*=0,0001), persepsi isyarat tindakan (*p-value*=0,000) dan stigma (*p-value*=0,133).

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	n	%
Usia	420	22,29 ± 5,692*
Jenis kelamin		
Laki-laki	117	27,9
Perempuan	303	72,1
Pendidikan terakhir		
Tidak Sekolah, SMP	4	1,0
SMA sederajat	284	67,6
Perguruan Tinggi	132	31,4
Tempat Tinggal		
Kabupaten	309	73,6
Kota	111	26,4
Pekerjaan		
Pegawai Negeri	12	2,9
Wiraswasta	16	3,8
Mahasiswa/Pelajar	324	77,1
Lainnya	68	16,2
Pendapatan (Rupiah)		
Tidak/Belum berpenghasilan	305	72,6
< 2.000.000	65	15,5
2.000.000 - 3.999.999	22	5,2
4.000.000 - 5.999.999	16	3,8
≥ 6.000.000	12	2,9
Perilaku Kepatuhan Pencegahan COVID-19		
Patuh	179	42,6
Tidak Patuh	241	57,4
Persepsi Tertular COVID-19		
Kerentanan Tinggi	181	43,1
Kerentanan Rendah	239	56,9
Persepsi Tingkat Keparahan		
Keparahan Tinggi	166	39,5
Keparahan Rendah	254	60,5
Persepsi Hambatan Pencegahan COVID-19		
Hambatan Rendah	46	11,0
Hambatan Tinggi	374	89,0
Persepsi Isyarat Tindakan		
Tinggi	205	48,8
Rendah	215	51,2
Stigma		
Lemah	391	93,1
Kuat	29	6,9

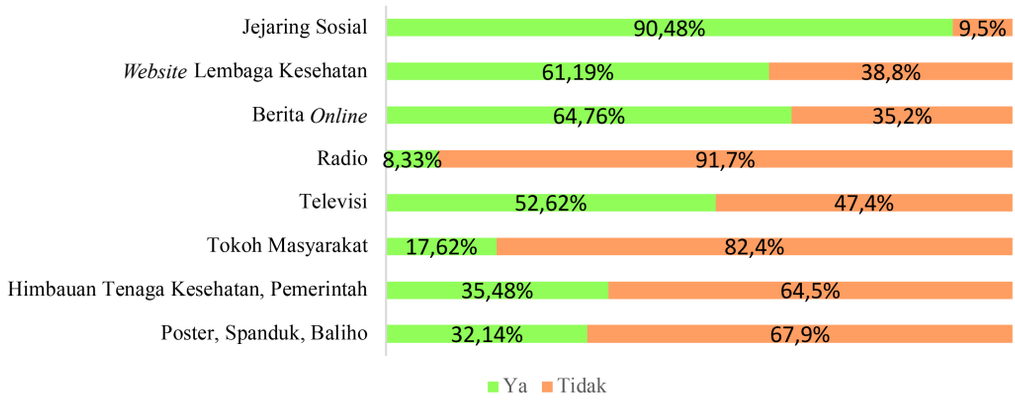
Keterangan: *Mean +/- standar deviasi

Tabel 2. Distribusi Persepsi Tertular COVID-19 pada Masyarakat Provinsi Jawa Timur Tahun 2020

No	Pernyataan	Kategori	n	%
1.	Tingginya kasus COVID-19 di Jawa Timur tidak membuat saya khawatir tertular virus corona	Sangat Setuju	31	7,4
		Setuju	104	24,8
		Tidak Setuju	170	40,5
		Sangat Tidak Setuju	115	27,4
2.	Saya tidak percaya dengan COVID-19. COVID-19 itu tidak ada	Sangat Setuju	13	3,1
		Setuju	33	7,9
		Tidak Setuju	168	40,0
		Sangat Tidak Setuju	206	49,0
3.	Ketika berada di luar rumah, saya tetap merasa aman dan tidak mencemaskan virus *corona*	Sangat Setuju	12	2,9
		Setuju	74	17,6
		Tidak Setuju	219	52,1
		Sangat Tidak Setuju	115	27,4
4.	Saya merasa sehat dan kuat, sehingga kebal terhadap virus *corona*	Sangat Setuju	20	4,8
		Setuju	85	20,2
		Tidak Setuju	205	48,8
		Sangat Tidak Setuju	110	26,2
5.	Menggunakan masker setiap ke luar rumah tidak akan melindungi saya dari virus *corona*	Sangat Setuju	11	2,6
		Setuju	53	12,6
		Tidak Setuju	206	49,0
		Sangat Tidak Setuju	150	35,7
6.	Berada di kerumunan orang tidak membuat saya takut tertular virus *corona*	Sangat Setuju	4	1,0
		Setuju	38	9,0
		Tidak Setuju	207	49,3
		Sangat Tidak Setuju	171	40,7
7.	Saya tidak perlu cemas dengan virus corona karena tertular atau tidak sudah menjadi takdir Tuhan	Sangat Setuju	17	4,0
		Setuju	64	15,2
		Tidak Setuju	185	44,0
		Sangat Tidak Setuju	154	36,7
8.	COVID-19 hanyalah bualan untuk meningkatkan penjualan vaksin	Sangat Setuju	22	5,2
		Setuju	41	9,8
		Tidak Setuju	189	45,0
		Sangat Tidak Setuju	168	40,0

Tabel 3. Distribusi Persepsi Hambatan Responden dalam Melakukan Upaya Pencegahan COVID-19 pada Masyarakat Provinsi Jawa Timur Tahun 2020

No	Pernyataan	Kategori	n	%
1.	Sesak dan sulit bernapas ketika menggunakan masker	Sangat Setuju	28	6,7
		Setuju	173	41,2
		Tidak Setuju	179	42,6
		Sangat Tidak Setuju	40	9,5
2.	Sulit berbicara dengan orang lain ketika menggunakan masker	Sangat Setuju	31	9,8
		Setuju	167	43,1
		Tidak Setuju	181	39,8
		Sangat Tidak Setuju	41	7,4
3.	Butuh biaya tambahan untuk membeli masker, handsanitizer, disinfektan, vitamin.	Sangat Setuju	72	17,1
		Setuju	262	62,4
		Tidak Setuju	63	15,0
		Sangat Tidak Setuju	23	5,5
4.	Sulit menjaga jarak minimal 1 meter di fasilitas umum karena banyaknya pengunjung	Sangat Setuju	97	23,1
		Setuju	277	66,0
		Tidak Setuju	37	8,8
		Sangat Tidak Setuju	9	2,1
5.	Selalu mencuci tangan ketika di tempat umum cukup merepotkan	Sangat Setuju	26	6,2
		Setuju	146	34,8
		Tidak Setuju	204	48,6
		Sangat Tidak Setuju	44	10,5
6.	Merasa kehilangan kebebasan ketika terus menerus di dalam rumah	Sangat Setuju	83	19,8
		Setuju	165	39,3
		Tidak Setuju	140	33,3
		Sangat Tidak Setuju	32	7,6
7.	Harus keluar rumah karena adanya tuntutan seperti mencari nafkah, membeli bahan kebutuhan	Sangat Setuju	104	24,8
		Setuju	269	64,0
		Tidak Setuju	39	9,3
		Sangat Tidak Setuju	8	1,9



Gambar 1. Sumber Informasi untuk Memperoleh Informasi COVID-19 pada Masyarakat Jawa Timur (n=420)

Tabel 4. Hasil Bivariat Hubungan Karakteristik, Persepsi, dan Stigma Dengan Perilaku Kepatuhan Pencegahan COVID-19

Variabel	Perilaku kepatuhan pencegahan COVID-19				*p-value*
	Tidak patuh		Patuh		
	n	%	n	%	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	89	76,1	28	23,9	0,000*
Perempuan	152	50,2	151	49,8	
Pendidikan Terakhir					
Tidak Sekolah, SMP	3	75,0	1	25,0	
SMA	175	61,6	109	38,4	0,020*
Perguruan Tinggi	63	47,7	69	52,3	
Pekerjaan					
Pegawai Negeri	6	50,0	6	50,0	
Wiraswasta	7	43,8	9	56,3	0,561
Mahasiswa/Pelajar	191	59,0	133	41,0	
Lainnya	37	54,4	31	45,6	
Domisili					
Kabupaten	180	58,3	129	41,7	0,624
Kota	61	55,0	50	45,0	
Pendapatan (Rupiah)					
Tidak/Belum berpenghasilan	182	59,7	123	40,3	
< 2.000.000	35	53,8	30	46,2	
2.000.000 - 3.999.999	8	36,4	14	63,6	0,290
4.000.000 - 5.999.999	9	56,3	7	43,8	
≥ 6.000.000	7	58,3	5	41,7	
Persepsi Tertular COVID-19					
Kerentanan rendah	164	68,6	75	31,4	0,000*
Kerentanan tinggi	77	42,5	104	57,5	
Persepsi Tingkat Keparahan					
Keparahan rendah	159	62,6	95	37,4	0,010*
Keparahan tinggi	82	49,4	84	50,6	
Persepsi Hambatan Melakukan Pencegahan COVID-19					
Hambatan tinggi	226	60,4	148	39,6	0,001*
Hambatan rendah	15	32,6	31	67,4	
Persepsi Isyarat Tindakan					
Rendah	147	68,4	68	31,6	0,000*
Tinggi	94	45,9	111	54,1	
Stigma					
Kuat	21	72,4	8	27,6	0,133*
Lemah	220	56,3	171	43,7	

*Keterangan: *p-value* <0,25 berlanjut ke analisis multivariat

Tabel 5. Hasil Analisis Multivariat Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ketidakpatuhan Pencegahan COVID- 19

Variabel	OR	CI 95%	*P-value*
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	2,305	1,388-3,828	0,001
Perempuan	*Reference*		
Tingkat Pendidikan			
Tidak sekolah, SMP	2,093	0,194-22,587	0,543
SMA sederajat	1,735	1,100-2,734	0,018
Perguruan Tinggi	*Reference*		
Persepsi Tertular COVID-19			
Kerentanan Rendah	2,067	1,304-3,276	0,002
Kerentanan Tinggi	*Reference*		
Persepsi Tingkat Keparahan			
Keparahan Rendah	1,158	0,728-1,841	0,535
Keparahan Tinggi	*Reference*		
Persepsi Hambatan melakukan pencegahan COVID-19			
Hambatan Tinggi	2,306	1,151-4,621	0,018
Hambatan Rendah	*Reference*		
Persepsi Isyarat Tindakan			
Rendah	1,968	1,281-3,024	0,002
Tinggi	*Reference*		
Stigma			
Kuat	1,467	0,595-3,615	0,405
Lemah	*Reference*		

Hasil analisis multivariat disajikan pada Tabel 5. Berdasarkan karakteristik responden, jenis kelamin dan tingkat pendidikan SMA sederajat memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19. Responden laki-laki berpeluang 2,305 kali lebih besar untuk tidak patuh dalam melakukan pencegahan COVID-19 dibandingkan perempuan (OR= 2,305; CI 95% = 1,388-3,828; p=0,000). Responden yang berpendidikan SMA sederajat berpeluang 1,735 kali lebih besar untuk tidak patuh dalam melakukan pencegahan COVID-19 dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi (OR= 1,735; CI 95% = 1,100-2,734; p=0,018).

Persepsi tertular COVID-19, persepsi hambatan dalam melakukan pencegahan COVID-19 dan persepsi isyarat tindakan turut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan secara statistik. Responden yang menganggap bahwa dirinya mengalami hambatan yang tinggi dalam melakukan pencegahan COVID-19 berpeluang 2,306 kali lebih besar untuk tidak patuh menerapkan pencegahan COVID-19 dibandingkan responden yang mengalami hambatan rendah (OR= 2,306; CI 95% = 1,151-4,621; p=0,018). Responden yang memiliki persepsi kerentanan yang rendah untuk tertular COVID-19 berpeluang 2,067 kali lebih besar untuk tidak patuh melakukan upaya pencegahan

COVID-19 (OR= 2,067; CI 95% = 1,304-3,276; p=0,002). Adapun responden dengan persepsi isyarat tindakan atau dorongan yang rendah berpeluang 1,968 kali lebih besar untuk tidak patuh melakukan pencegahan COVID-19 dibandingkan responden dengan persepsi isyarat tindakan yang tinggi (OR= 1,968; CI 95% = 1,281-3,024; p=0,002). Di antara variabel-variabel tersebut, jenis kelamin dan persepsi hambatan melakukan pencegahan COVID-19 memiliki pengaruh dominan dengan ketidakpatuhan responden dalam menerapkan perilaku pencegahan COVID-19. Hal tersebut ditunjukkan oleh nilai *Odds Ratio* yang tertinggi dibandingkan *Odds Ratio* variabel lain. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tingkat keparahan dan stigma dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 (*p-value*> 0,05).

PEMBAHASAN

Health Belief Model merupakan salah satu teori yang menjelaskan keterkaitan persepsi individu terhadap perilaku kesehatan. Persepsi tersebut meliputi persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, dan isyarat tindakan (*cues to action*). Selain itu, variabel sosiodemografi turut terlibat dalam permodelan *Health Belief Model* seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lainnya.[12] Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi tertular COVID-19 dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 (*p-value*=0,000). Sejalan dengan penelitian Barus (2017), persepsi kerentanan terhadap risiko tertular HIV menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan perilaku penggunaan kondom sebagai upaya pencegahan HIV (p=0,032).[13] Penelitian Puspita (2017) turut menjelaskan bahwa persepsi kerentanan yang semakin tinggi akan meningkatkan skor ancaman yang dirasakan oleh remaja terhadap penyakit hipertensi (**p=0,005**). Dengan kata lain, persepsi kerentanan berbanding lurus dengan tingkat kecemasan seseorang untuk menderita suatu penyakit.[12]

Persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) merupakan anggapan diri seseorang terkait kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit. Seseorang yang menganggap dirinya rentan atau terancam untuk terserang penyakit, cenderung untuk melakukan perilaku pencegahan atau perilaku pencarian pengobatan dengan baik dan sebaliknya.[14] Pada penelitian ini, responden yang menganggap dirinya tidak mudah tertular COVID-19 (persepsi kerentanan rendah) cenderung mengarahkannya pada ketidakpatuhan dalam melakukan pencegahan COVID-19. Beberapa anggapan terkait persepsi kerentanan tertular COVID-19 yaitu tingginya kasus COVID-19 di Provinsi Jawa Timur tidak membuat individu tersebut khawatir tertular virus, tidak merasa cemas terhadap virus ketika sedang berada di luar rumah, merasa kebal terhadap virus karena menganggap tubuhnya sehat dan kuat, dan anggapan untuk tidak perlu khawatir karena tertular COVID-19 atau tidak merupakan takdir.

Penelitian ini menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 pada masyarakat Provinsi Jawa Timur. Temuan ini sejalan dengan penelitian Shahnazi *et al.* (2020) yang menyatakan bahwa tidak terhadap hubungan yang signifikan secara statistik antara persepsi keparahan dengan perilaku pencegahan COVID-19 di Provinsi Golestan, Iran Utara.[15] Adapun penelitian lain turut menyatakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan dengan perilaku perlindungan diri sebagai upaya preventif pneumokoniosis pada pekerja di China.[16] *Health Belief Model* terdiri atas beberapa jenis persepsi yang dapat memprediksi suatu tindakan kesehatan individu dan salah satunya adalah persepsi keparahan.

Persepsi keparahan merupakan keyakinan individu terhadap keseriusan suatu penyakit dan konsekuensi yang ditimbulkan penyakit tersebut bagi kesehatan dan kehidupannya. Individu yang percaya bahwa suatu penyakit mampu mengakibatkan efek, komplikasi yang fatal, dan mengancam keselamatannya akan lebih terdorong untuk melakukan upaya pencegahan penyakit atau pencarian pengobatan.[17] Pada penelitian ini, responden yang memiliki persepsi keparahan yang rendah mengenai COVID-19 cenderung untuk berperilaku tidak patuh dalam

pencegahan COVID-19, namun tidak signifikan secara statistik.

Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan melakukan pencegahan COVID-19 dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 pada masyarakat Provinsi Jawa Timur (*p-value*=0,018). Sejalan dengan penelitian Puspita (2017) yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara persepsi hambatan dengan perilaku pencegahan hipertensi pada remaja (*p-value*=0,015). Hambatan yang dialami individu dapat memberikan pengaruh negatif terhadap tindakan pencegahan hipertensi.[12] Penelitian Fibriana (2013) juga menjelaskan ada hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan dengan praktik VCT (*p-value*=0,022). Responden yang menganggap bahwa dirinya mengalami hambatan yang tinggi dalam melakukan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) memiliki proporsi yang lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan responden yang mengalami hambatan rendah.[18]

Persepsi hambatan merupakan penilaian individu terkait hambatan atau rintangan yang dihadapi ketika melakukan perilaku kesehatan.[14] Hambatan tersebut dapat berupa biaya yang mahal, menghabiskan banyak waktu, tenaga, menimbulkan efek yang menyakitkan, tidak menyenangkan, dan adanya efek samping suatu pengobatan.[19] Pada penelitian ini, terdapat hambatan-hambatan yang dirasakan oleh responden dalam melakukan pencegahan COVID-19. Hambatan tersebut diantaranya merasa sesak, sulit bernapas, dan sulit untuk berkomunikasi dengan orang lain, karena suara tidak dapat terdengar jelas akibat terhalang masker. Selain itu, responden juga perlu mengeluarkan biaya tambahan untuk membeli alat perlindungan diri guna mencegah penyebaran COVID-19 seperti *hand sanitizer*, disinfektan, masker, dan vitamin. Pada situasi pandemi COVID-19, terdapat pembatasan kegiatan di beragam sektor pekerjaan. Hal ini berdampak langsung pada kondisi ekonomi masyarakat yang melemah seperti penurunan pendapatan, hilangnya pekerjaan akibat Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) di berbagai wilayah Indonesia.[20] Responden dalam penelitian ini didominasi oleh kalangan pelajar atau mahasiswa dan belum berpenghasilan secara mandiri, sehingga berpeluang besar menambah tanggungan orang tua atau wali atas segala kebutuhannya. Adapun di fasilitas umum, masyarakat sulit untuk menjaga jarak sesuai yang dianjurkan yaitu minimal satu meter karena banyaknya pengunjung. Sebagian besar responden mengaku memiliki tuntutan yang mengharuskan mereka untuk keluar rumah seperti mencari nafkah dan membeli kebutuhan sehari-hari. Seseorang dapat memutuskan untuk tidak menerapkan suatu perilaku kesehatan karena besarnya hambatan yang dialami, meskipun ia mengetahui manfaat yang diperoleh dan berniat untuk melakukan perilaku kesehatan tersebut.[15,19]

Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi isyarat tindakan dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 pada masyarakat Provinsi Jawa Timur (***p-value**= 0,002*). Sejalan dengan penelitian Nugrahani *et al* (2017) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi isyarat bertindak dengan penggunaan vaksin HPV pada wanita di Kediri sebagai upaya pencegahan kanker serviks (*p-value*=0,021). Wanita yang memperoleh isyarat bertindak yang tinggi berpeluang untuk menggunakan vaksin HPV 5,90 kali lebih tinggi dibandingkan wanita yang memperoleh isyarat bertindak rendah.[21] Penelitian Liu Q *et al.* (2019) menunjukkan bahwa persepsi isyarat tindakan internal dan eksternal merupakan prediktor yang signifikan terhadap perilaku perlindungan diri (*self-protection behavior*) pada pekerja untuk mencegah terjadinya pneumokoniosis (*p-value*=0,000). Isyarat internal merupakan pemahaman individu tentang status kesehatan fisik melalui fokus pada pemeriksaan fisik dan perolehan hasil. Pemahaman tersebut dapat membangkitkan kesadaran individu tentang kondisi fisiknya dan mengambil inisiatif untuk melakukan perlindungan diri (*self-protection behavior*). Adapun isyarat eksternal yaitu berupa pengingat dari anggota keluarga, pakar kesehatan, sehingga dapat mendorong individu tersebut untuk melindungi diri dari penyakit.[16]

Persepsi isyarat tindakan (*cues to action*) merupakan aspek-aspek yang dapat memicu,

mendorong, mengingatkan individu untuk melakukan suatu tindakan. Isyarat tindakan dapat berasal dari dorongan dalam diri seseorang (internal) dan dapat berasal dari luar individu seperti dukungan dari keluarga, kerabat, tenaga kesehatan, paparan informasi dari media, atau promosi kesehatan, program yang dicanangkan pemerintah.[22] Besarnya dukungan yang dirasakan dapat memberikan pengaruh positif terhadap diri seseorang seperti timbul rasa aman, nyaman, peduli, dan dorongan untuk bertindak positif.[23,24] Dengan kata lain, semakin besar isyarat atau dorongan untuk bertindak, seseorang akan semakin terpacu untuk melakukan pencegahan penyakit. Pada penelitian ini, individu yang menilai bahwa dirinya mendapatkan dorongan atau isyarat untuk bertindak (*cues to action*) yang rendah menyebabkan individu cenderung untuk tidak patuh dalam melakukan upaya pencegahan COVID-19.

Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan terhadap ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 pada masyarakat Provinsi Jawa Timur. Responden dengan tingkat pendidikan SMA sederajat cenderung untuk lebih tidak patuh melakukan pencegahan COVID-19 dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi (*p-value*=0,018). Sejalan dengan penelitian lain yang dilakukan di China yang menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dan perilaku yang baik dan positif.[25] Penelitian Barakat dan Kasemy (2020) di Mesir juga menunjukkan hasil yang serupa bahwa perilaku pencegahan COVID-19 meningkat seiring dengan tingginya tingkatan pendidikan individu (*p-value*=0,009).[26]

Pendidikan erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengaruhnya terhadap persepsi dan perilaku. Individu dengan tingkat pendidikan tinggi lebih menguasai ilmu pengetahuan termasuk ilmu kesehatan.[26] Selain itu, individu tersebut cenderung lebih mudah memahami dan menerima informasi yang diterima dari sumber informasi.[26,27] Tingkat pendidikan yang semakin tinggi dapat berpengaruh terhadap daya pikir, wawasan, dan sudut pandang yang luas, sehingga lebih terbuka menerima pembaruan dan beradaptasi dengan lingkungan yang baru termasuk dalam hal penerimaan perilaku kesehatan.[28,29]

Variabel demografi lain yang berpengaruh dalam penelitian ini ialah jenis kelamin. Responden laki-laki cenderung untuk tidak patuh melakukan pencegahan COVID-19 dibandingkan perempuan (*p-value*=0,001). Sejalan dengan penelitian Badan Pusat Statistik (2020) yang menunjukkan bahwa perempuan cenderung lebih baik dalam menerapkan pencegahan COVID-19 dibandingkan laki-laki.[30] Laki-laki umumnya condong memiliki sifat yang bebas, tidak ingin merasa terikat oleh aturan, dan berani mengambil risiko. Adapun perempuan cenderung memiliki rasa kasih sayang, perhatian, dan tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesejahteraan diri dan orang terdekatnya.[15,31]

Pada penelitian ini, hasil analisis terkait stigma terhadap COVID-19 tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan ketidakpatuhan pencegahan COVID-19 pada masyarakat Provinsi Jawa Timur (***p-value*= 0,405)**. Hal ini dapat disebabkan sebagian besar responden merupakan pelajar atau mahasiswa dan memiliki latar belakang pendidikan menengah ke atas, sehingga responden lebih memiliki wawasan dan pandangan yang terbuka dalam menyikapi suatu hal, termasuk terkait dengan COVID-19. Pendidikan merupakan salah satu cara paling efektif untuk mengurangi stigma. Penelitian Elygio (2020) menunjukkan seseorang yang memiliki pengetahuan, sikap, dan akses informasi yang memadai memiliki hubungan yang bermakna dengan upaya untuk mencegah COVID-19.[32] Sebagian besar responden dalam penelitian ini memanfaatkan jejaring sosial, *website* resmi instansi kesehatan, *platform* berita *online*, dan televisi sebagai sumber informasi dalam mencari informasi COVID-19. Informasi yang disebarkan melalui sumber terpercaya berperan penting untuk memberikan informasi yang benar, sehingga dapat meluruskan anggapan dan pemahaman informasi yang keliru. Dengan demikian, masyarakat diharapkan lebih memahami bahwa COVID-19 bukan merupakan penyakit kutukan. Pasien COVID-19 dan

tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam perawatan pasien COVID-19 bukan aib bagi masyarakat karena dianggap membawa virus yang dapat mengancam kesehatan. Masyarakat justru memberikan dukungan kepada pasien COVID-19 dan tenaga kesehatan untuk bersama-sama menjaga kesehatan. Selain itu, masyarakat juga perlu berhati-hati dengan informasi yang tersebar di jejaring sosial dengan memastikan kembali kebenaran informasi tersebut melalui sumber informasi terpercaya.

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan. Sampel penelitian yang diambil secara tidak acak menyebabkan hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan kepada seluruh masyarakat Provinsi Jawa Timur. Penyebaran kuesioner *online* yang dilakukan melalui *platform* media sosial sehingga memberikan kesempatan yang lebih besar kepada masyarakat pengguna aktif media sosial untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Oleh sebab itu, sebagian besar responden merupakan usia remaja akhir dan dewasa awal.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan perilaku responden yang tidak patuh dalam melaksanakan pencegahan COVID-19 cukup tinggi. Persepsi tertular, persepsi hambatan, persepsi keparahan, persepsi isyarat tindakan dan stigma terkait COVID-19 dimungkinkan dapat meningkatkan risiko responden untuk berperilaku tidak patuh terhadap pencegahan COVID-19. Persepsi tertular, persepsi hambatan, serta persepsi isyarat tindakan berhubungan signifikan dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19, sedangkan persepsi keparahan dan stigma tidak berhubungan signifikan secara statistik dengan perilaku ketidakpatuhan pencegahan COVID-19. Variabel dominan yang berhubungan dengan perilaku ketidakpatuhan responden adalah persepsi hambatan dalam melakukan pencegahan COVID-19.

SARAN

Wabah COVID-19 yang masih berlangsung di Indonesia termasuk Provinsi Jawa Timur menuntut masyarakat untuk menjadikan perilaku pencegahan COVID-19 sebagai kebiasaan yang tidak terlepas dalam aktivitas sehari-hari. Meskipun pemerintah telah berupaya untuk menyediakan vaksin COVID-19, kepatuhan dan konsistensi masyarakat dalam menerapkan pencegahan COVID-19 menjadi bagian yang paling mendasar untuk memutus mata rantai penyebaran virus. Promosi kesehatan sangat dibutuhkan untuk mengajak masyarakat menerapkan gaya hidup sehat. Pemerintah dapat menjalin kerja sama lintas sektor termasuk institusi pendidikan seperti melibatkan mahasiswa sebagai duta informasi kesehatan untuk membantu mengubah persepsi masyarakat ke arah yang lebih positif dan meningkatkan kesadaran dan kepedulian untuk saling menjaga kesehatan diri sendiri, keluarga, dan orang lain di sekitarnya. Selain itu, Dinas Kesehatan dan puskesmas dapat menjalin hubungan dan kerja sama yang baik dengan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat untuk melakukan pendekatan komunikasi kesehatan kepada masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden yang telah berpartisipasi. Kami turut mengucapkan terima kasih kepada FIKES UIN Syarif Hidayatullah atas dukungan yang diberikan sehingga penelitian ini dapat terlaksana.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (COVID-19) Revisi Ke-5. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020.
2. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Data dan Peta Sebaran Kasus COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 9]. Available from: https://covid19.go.id/peta-sebaran
3. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Analisis Data Mingguan COVID-19 per 13 September 2020 [Internet]. Jakarta; 2020. Available from: https://covid19.go.id/storage/app/media/Analisis Data COVID-19 Indonesia/Analisis Data COVID-19 Mingguan Satuan Tugas per 13 September 2020.pdf%0A

4. LIPI. Temuan Survei Persepsi Masyarakat terhadap Mobilitas dan Transportasi selama Pandemi COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: http://lipi.go.id/berita/Temuan-Survei-Persepsi-Masyarakat-terhadap-Mobilitas-dan-Transportasi-selama-Pandemi-COVID-19/21987
5. Badan Litbangkes RI. Studi Kepatuhan Masyarakat terhadap Himbauan Jaga Jarak dan Perilaku Hidup Bersih Selama Pandemi Covid-19 [Internet]. Jakarta: Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan; 2020. Available from: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/paparan_hasil_survey_kepatuhan_150420.pdf
6. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Vol. 2, Health Education Monographs. Michigan: University of Michigan; 1974.
7. Becker M. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Educ Monogr. 1974;2:324–508.
8. Glanz K. Health Behavoir and Health Education, Theory, Research and Practise. Third Edit. San Fransisco: Joossey-Bass Publisher; 2002.
9. Sulistiadi W, Rahayu S, Harmani N. Handling of Public Stigma on COVID-19 in Indonesian Society. Kesmas Natl Public Heal J. 2020;(1):70–6.
10. Lohiniva AL, Dub T, Hagberg L, Nohynek H. Learning about COVID-19-related stigma, quarantine and isolation experiences in Finland. PLoS One [Internet]. 2021;16(4):1–20. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247962
11. WHO. Stigma Sosial terkait dengan COVID-19 [Internet]. WHO. 2020 [cited 2022 Jan 8]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/panduan-untuk-mencegah-dan-mengatasi-stigma-sosial.pdf?sfvrsn=4f8bc734_2
12. Puspita RC. Health Belief Model for the Analysis of Factors Affecting Hypertension Preventive Behavior among Adolescents in Surakarta. J Heal Promot Behav. 2017;2(2):183–196.
13. Barus DJ. Hubungan Komponen Health Belief Model (Hbm) Dengan Penggunaan Kondom Pada Pekerja Seks Komersil (PSK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Baru Tahun 2015. J Mutiara Kesehat Masy. 2017;15(6):16–22.
14. Wacker RR. The Health Belief Model and preventive health behavior: an analysis of alternative models of causal relationships. [Ames]: Iowa State University; 1990.
15. Shahnazi H, Ahmadi-Livani M, Pahlavanzadeh B, Rajabi A, Hamrah MS, Charkazi A. Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. Infect Dis Poverty [Internet]. 2020;9(1):1–9. Available from: https://doi.org/10.1186/s40249-020-00776-2
16. Liu Q, Chen W, Qi R, Geng Y, Liu Y, Zhou Y, et al. The utility of health belief model to explain self-protective behaviour against pneumoconiosis in Chinese underground coal miners: A cross-sectional study. BMJ Open. 2019;9:1–7.
17. Fitriani Y, Pristianty L, Hermansyah A. Pendekatan Health Belief Model (HBM) untuk Menganalisis Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dalam Menggunakan Insulin. Pharm J Farm Indones (Pharmaceutical J Indones. 2019;16(2):167–77.
18. Fibriana AI. Keikutsertaan Pelanggan Wanita Pekerja Seks Dalam Voluntary Conseling and Testing (VCT). KEMAS J Kesehat Masy. 2013;8(2):161–5.
19. Setiyaningsih R, Tamtomo D, Suryani N. Health Belief Model: Determinantsof Hypertension Prevention BehaviorinAdults at Community Health Center, Sukoharjo, Central Java. J Heal Promot Behav. 2016;01(03):160–70.
20. Ngadi, Meliana R, Purba YA. Dampak Pandemi COVID-19 Terhadap PHK dan Pendapatan Pekerja di Indonesia. J Kependud Indones. 2020;43–8.
21. Nugrahani RR, Budihastuti UR, Pamungakasari EP. Health Belief Model on the Factors Associated with the Use of HPV Vaccine for the Prevention of Cervical Cancer among Women in Kediri, East Java. J Epidemiol Public Heal. 2017;02(1):70–81.
22. Jose R, Narendran M, Bindu A, Beevi N, L M, Benny P V. Public perception and preparedness for the pandemic COVID-19: A Health Belief Model approach. Clin Epidemiol Glob Heal [Internet]. 2020;1–6. Available from: https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.06.009
23. Sarafino EP, Smith TW. Health Psychosocial Biopsychosocial Interaction [Internet]. Seventh Ed. New Jersey: John Wiley and Sons, inc; 2011. Available from: http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf

24. Sullivan KT, Pasch LA. Social support, Social Control and Health Behavior Change in Spouses. New York: Oxford Press; 2010. 219–239 p.

25. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci. 2020;16(10):1745–52.

26. Barakat AM, Kasemy ZA. Preventive health behaviours during coronavirus disease 2019 pandemic based on health belief model among Egyptians. Middle East Curr Psychiatry. 2020;27(1):43.

27. Surahman, Supardi S. Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016. 178 p.

28. Rosmalia D, Sriani Y. Sosiologi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2017.

29. Eliana, Sumiati S. Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.

30. BPS. Survei Sosial Demografi Dampak Covid-19. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2020.

31. Wiranti, Sriatmi A, Kusumastuti W. Determinan kepatuhan masyarakat Kota Depok terhadap kebijakan pembatasan sosial berskala besar dalam pencegahan COVID-19. J Kebijak Kesehat Indones [Internet]. 2020;09(03):117–24. Available from: https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/58484

32. Elygio LRD, Widjanarko B, Handayani N. Knowledge , Attitudes , and Access to Information Related to the Prevention Practices during the COVID-19 Pandemic (A Study to Undergraduate Students of Public Health Diponegoro University). J PUBLIC Heal Trop Coast. 2020;3(2):31–9.

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok

Factors Related to the Success of Exclusive Breastfeeding in the Work Area of the Cipayung Health Center, Depok City

Shelvi Novianita[1*], Sandra Fikawati[2], dan Stella Maris Bakara[3]

[1, 3]Peminatan Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia
[2]Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia
*Korespondensi Penulis: shelvi.novianita@ui.ac.id

Submitted:23-08-2021 *, Revised:*13-12-2021*, Accepted:2*8-12-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.5256

Abstrak

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif di beberapa wilayah Indonesia masih terbilang rendah. Padahal ASI eksklusif sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Banyak faktor yang memengaruhi keberhasilan ASI eksklusif. Faktor pelayanan kesehatan merupakan faktor yang paling berperan. Salah satu upaya meningkatkan pelayanan kesehatan tersebut adalah melalui peningkatan kualitas *Antenatal Care* (ANC). Pelayanan ANC berkualitas meliputi standar 10T, diantaranya adalah penilaian status gizi ibu dan temu wicara/konseling seputar ASI eksklusif. Cakupan ANC di Kota Depok sudah mencapai target, tetapi cakupan ASI eksklusif masih rendah. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif, serta gambaran kualitas ANC di wilayah kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok. Studi *cross-sectional* ini menggunakan data sekunder yang dilakukan terhadap 169 ibu menyusui. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square*, dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa kualitas ANC, pekerjaan, pengetahuan, dan suplementasi energi pada ibu berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif (*p-value* <0,05). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor dominan keberhasilan ASI eksklusif adalah suplementasi energi pada ibu (OR=5,460; CI 95%=1,63-18,18). Gambaran kualitas ANC yang berhubungan dengan ASI eksklusif ditunjukkan oleh pengukuran BB, TB, LILA serta konseling terkait ASI eksklusif yang belum sepenuhnya (100%) dilakukan. Dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah kualitas ANC, pekerjaan, pengetahuan, dan suplementasi energi sebagai faktor dominan. Disarankan agar para *stakeholder* kesehatan meningkatkan dukungan program pemberian suplementasi energi (susu) pada ibu, serta meningkatkan kualitas ANC melalui pelayanan konseling seputar ASI eksklusif pada saat kunjungan ANC.

Kata kunci: ASI ekslusif; ANC*;* menyusui

Abstract

The exclusive breastfeeding in some parts of Indonesia is still relatively low, whereas exclusive breastfeeding is very important for the growth and development of babies. Many factors influence the

success of exclusive breastfeeding. Health service factor is the most important factor. One of the efforts to improve these health s*ervices is through improving the quality of Antenatal Care (ANC). Quality ANC services include 10T standards, including an assessment of the mother's nutritional status and talks/ counseling about exclusive breastfeeding. ANC coverage in Depok City has reached the target, but exclusive breastfeeding coverage is still low. The purpose of this study was to determine the factors associated with the success of exclusive breastfeeding, and also to overview the quality of ANC in the working area of the Cipayung Public Health Center, Depok City. This cross-sectional study used secondary data conducted on 169 breastfeeding mothers. Bivariate analysis conducted by using chi-square test, and multivariate analysis using multiple logistic regressions. The results of the bivariate analysis showed that the quality of ANC, occupation, knowledge, and energy supplementation for mothers were related to the success of exclusive breastfeeding (p-value <0.05). The results of multivariate analysis showed that the dominant factor for the success of exclusive breastfeeding was energy supplementation for mothers (OR=5.460; 95% CI=1.63-18.18). The description of the quality of ANC related to exclusive breastfeeding is shown by measurements of BB, TB, LILA and counseling related to exclusive breastfeeding which have not been fully (100%) carried out. It can be concluded that the factors related to the success of exclusive breastfeeding are the quality of ANC, occupation, knowledge, and energy supplementation as the dominant factor. It is recommended that health stakeholders increase support for energy supplementation (milk) program for mothers, as well as improve the quality of ANC through counseling services about exclusive breastfeeding during ANC visits.*

Keywords: exclusive breastfeeding; ANC; breastfeeding

PENDAHULUAN

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif adalah pemberian hanya ASI saja kepada bayi sejak dilahirkan sampai usia 6 bulan, tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral).[1] Peran ASI eksklusif 6 bulan sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung immunoglobulin yang berguna bagi daya tahan tubuh dan pembunuh kuman dalam jumlah tinggi, sehingga pemberian ASI eksklusif 6 bulan dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. ASI dapat melindungi bayi dari penyakit penyebab kematian bayi seperti diare, Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), radang paru-paru, *Hand Foot and Mouth Disease* (HFMD), dan sindrom kematian mendadak pada bayi.[2,3] Pemberian ASI eksklusif juga dapat mencegah Penyakit Tidak Menular (PTM) di masa depan seperti obesitas, Diabetes Melitus (DM) tipe 1 dan 2, serta leukimia.[3] Analisis terbaru menunjukkan bahwa kegagalan pemberian ASI eksklusif secara tidak langsung akan berdampak pada perekonomian suatu negara. Negara akan kehilangan miliaran dolar Amerika karena berkurangnya sumber daya manusia (SDM) yang unggul, serta meningkatnya beban pembiayaan perawatan kesehatan ibu dan anak. Keberhasilan pemberian ASI eksklusif adalah investasi untuk mencetak SDM yang unggul sebab ASI eksklusif berperan dalam meningkatkan kemampuan kognitif anak. Sementara kegagalan pemberian ASI eksklusif dapat meningkatkan beban pembiayaan perawatan kesehatan ibu dan anak sebab meningkatnya penyakit infeksi anak serta kematian ibu dan anak yang sebenarnya dapat dicegah melalui pemberian ASI eksklusif.[4]

Hingga tahun 2021 prevalensi pemberian ASI eksklusif di seluruh dunia masih mencapai 41%.[5] Prevalensi ini masih berada di bawah target global World Health Organization (WHO), yaitu minimal 50% pada tahun 2025.[6] Menurut data terbaru Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, cakupan ASI eksklusif di Indonesia yaitu sebesar 37,3%.[7] Rendahnya praktik pemberian ASI eksklusif di beberapa wilayah Indonesia masih menjadi masalah.

Banyak faktor yang memengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Faktor-faktor tersebut dapat berupa faktor ibu, bayi, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.[8] Faktor ibu seperti usia, pekerjaan, status gizi, keinginan memberikan ASI, *self efficacy*, merokok, minum alkohol, dan lainnya.[9,10] Sementara faktor bayi meliputi berat lahir, prematuritas, penyakit gastrointestinal, intoleransi laktosa, dan lainnya.[9,11] Faktor lingkungan terdiri dari dukungan suami, keluarga, pemerintah, dan tempat kerja.[10,12] Sedangkan faktor pelayanan kesehatan seperti frekuensi ANC, kualitas ANC, tempat persalinan, IMD, dan lainnya.[8,13–15] Dari berbagai faktor tersebut, faktor yang paling berperan terhadap keberhasilan ASI eksklusif adalah faktor pelayanan kesehatan.[8] Dengan demikian, peningkatan pelayanan kesehatan menjadi penting untuk dilakukan. Salah satu upaya peningkatan pelayanan kesehatan tersebut dapat dilakukan melalui peningkatan kualitas ANC.

Menurut Kementerian Kesehatan[16] salah satu hal yang harus diberikan dalam pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas adalah pelayanan serta konseling kesehatan dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat. Pelayanan ANC yang berkualitas meliputi standar 10T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, imunisasi tetanus toksoid, tablet zat besi, tes laboratorium, temu wicara, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, tetapkan status gizi dan tatalaksana kasus. Penelitian Anggreani[17] yang meneliti tentang kualitas ANC pada wanita pekerja pabrik di Kabupaten Sleman menyimpulkan bahwa semakin ibu mendapatkan pelayanan ANC berkualitas, yaitu pelayanan 10T ANC yang lengkap dan optimal, maka semakin ibu merasa termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif. Menurut Kementerian Kesehatan[16] apabila selama hamil ibu mendapat ANC sesuai standar maka hambatan-hambatan yang akan dihadapi dalam pemberian ASI eksklusif dapat diantisipasi sedini mungkin.

Komponen 10T ANC yang berhubungan dengan ASI eksklusif adalah penilaian status gizi ibu dan temu wicara/konseling seputar ASI. Status gizi ibu menyusui dapat dilihat dari ukuran LILA dan lndeks Massa Tubuh (IMT) yang ideal. IMT didapat dari menghitung berat badan (kilogram) dibagi tinggi badan (meter) kuadrat. Ibu hamil dengan status gizi baik memiliki cadangan lemak yang cukup sehingga dapat memproduksi ASI dengan lancar.[18] Hal ini didukung oleh penelitian Fikawati[19] yang menyatakan bahwa pertambahan berat badan ibu pada masa kehamilan merupakan refleksi dari status gizi ibu pra-hamil serta sebagai prediktor status gizi ibu laktasi. Ibu hamil yang memiliki status gizi baik berpeluang lebih besar untuk mampu memberikan ASI eksklusif karena tidak memiliki Persepsi Ketidakcukupan ASI (PKA). Status gizi ibu pada masa kehamilan adalah salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap keberhasilan ASI eksklusif 6 bulan.

Sementara itu, temu wicara/konseling seputar ASI dapat dimulai sejak trimester pertama kehamilan. Informasi tentang ASI eksklusif selama masa kehamilan merupakan upaya untuk menanamkan pemahaman akan pentingnya ASI eksklusif.[20] Hal ini didukung dengan penelitian pada 334 ibu menyusui di Banjul Afrika yang menemukan bahwa konseling laktasi selama ANC berhubungan signifikan dengan praktik pemberian ASI eksklusif.[21] Penelitian oleh Djami *et al.*[8] juga mendapatkan hasil yang serupa. Ibu yang mendapatkan konseling laktasi saat ANC akan memberikan ASI eksklusif sebesar 2,34 kali. Penelitian Liliana *et al.*[22] juga menyimpulkan bahwa konseling laktasi berpengaruh terhadap pengetahuan, kemampuan, dan keberhasilan ibu dalam pemberian ASI. Informasi terkait ASI eksklusif perlu dilakukan sejak ANC, bila informasi didapatkan sesudah bayi lahir akan terlambat karena persiapan menyusui tidak dapat dilakukan secara mendadak.[23]

Menurut data Dinas Kesehatan Depok, cakupan kunjungan K1 di Kota Depok tahun 2018 sebesar 47.083 (99%). Sementara cakupan K4 di Kota Depok tahun 2018 sebesar 45.748 (96,2%). Berdasarkan data tersebut, kunjungan ANC Kota Depok telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) tahun 2015-2019 yaitu sebesar 80%.[24]

Di lain sisi, Profil Kesehatan Kota Depok

tahun 2017 menunjukkan bahwa Kota Depok mengalami tren penurunan ASI eksklusif, yaitu tahun 2013 dengan jumlah bayi penerima ASI eksklusif sebanyak 3.559 (53,8%), tahun 2014 sebanyak 9.949 (50,4%), tahun 2015 sebanyak 10.269 (46,7%) dan tahun 2016 sebanyak 4.711 (41,9%).[25] Menurut target Renstra Kementerian Kesehatan, target bayi mendapat ASI eksklusif 6 bulan yaitu sebesar 50%.[24] Berdasarkan data tersebut, dari 11 kecamatan di Kota Depok yang memiliki cakupan ASI eksklusif paling rendah adalah Kecamatan Cipayung dengan persentase ASI eksklusif di sebesar 37,0%.[26]

Berdasarkan data dapat terlihat bahwa cakupan ANC di Kota Depok sudah mencapai target, tetapi cakupan ASI eksklusif masih rendah. Padahal, cakupan ANC diharapkan dapat meningkatkan cakupan ASI eksklusif karena pelayanan ANC akan memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif. Dengan demikian masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah faktor apa saja yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif, serta bagaimana gambaran kualitas ANC di wilayah kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok Tahun 2017.

Menurut Green *et al*.[27] kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavioural causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavioural causes*). Faktor predisposisi (*predisposing factors*) adalah faktor yang menjadi dasar perilaku dan merupakan faktor yang sudah dimiliki oleh individu tanpa perlu didapatkan dari luar. Faktor ini terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, dan persepsi yang berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. Faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor yang memungkinkan individu untuk dapat mengubah perilaku. Faktor pemungkin mencakup ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan, komitmen masyarakat atau pemerintah terhadap kesehatan, serta keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan seperti Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah faktor penyerta yang berasal dari luar individu seperti dukungan keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas.

Dengan demikian, faktor predisposisi penelitian ini adalah umur, pendidikan, paritas, pekerjaan, pengetahuan, dan status ekonomi. Sementara faktor pemungkin adalah IMD. Faktor penguat adalah frekuensi ANC, kualitas ANC, dukungan keluarga, serta suplementasi energi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif, serta gambaran kualitas ANC di wilayah kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari penelitian "Intervensi Peningkatan ASI dan MPASI dalam Rangka Penerapan Program 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)" yang merupakan kerja sama antara Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan (PKGK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.[28] Sampel penelitian ini adalah seluruh ibu menyusui yang tercatat sebagai responden penelitian "Intervensi Peningkatan ASI dan MPASI dalam Rangka Penerapan Program 1000 Hari Pertama Kehidupan" sebanyak 169 ibu menyusui. Kriteria inklusi penelitian meliputi ibu menyusui yang bersedia untuk dipantau proses pemberian ASI-nya sejak usia anak 0-6 bulan, dan ibu bersedia menjalani pengukuran status gizi anak sejak 0-6 bulan. Kriteria eksklusi penelitian adalah ibu menyusui yang datanya tidak lengkap/ *missing*. Variabel dependen penelitian ini adalah keberhasilan ASI eksklusif. Sedangkan variabel independennya adalah umur, pendidikan, paritas, pekerjaan, pengetahuan, status ekonomi, IMD, frekuensi ANC, kualitas ANC, dukungan keluarga, serta suplementasi energi.

Tabel 1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Dependen				
Keberhasilan ASI Eksklusif	Pemberian ASI eksklusif 6 bulan (termasuk ASI perah) tanpa makanan atau minuman lain, termasuk air putih (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes.[1]	Kuesioner	Ordinal	0= Tidak ASI eksklusif. Bila responden memberikan ASI <6 bulan atau selama menyusui memberikan makanan/ minuman lain selain ASI (kecuali obat-obatan, vitamin atau mineral tetes) pada bayi. 1= ASI eksklusif. Bila responden memberikan ASI 6 bulan serta tidak memberikan makanan/minuman lain selain ASI (kecuali obat-obatan, vitamin atau mineral tetes) pada bayi.
Independen				
Umur	Umur ibu terhitung dari lahir hingga melahirkan bayi yang menjadi sampel penelitian.[29]	Kuesioner	Ordinal	Umur responden dihitung dari selisih tanggal lahir bayi dengan tanggal lahir responden yang kemudian dibulatkan dalam tahun penuh. 0= Berisiko Tinggi Bila umur responden <20 atau >35 tahun 1= Berisiko Rendah Bila umur responden 20-35 tahun
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang ditamatkan ibu sesuai dengan ijazah terakhir.[30]	Kuesioner	Ordinal	0= Rendah Bila responden lulus SMP sederajat ke bawah 1= Tinggi Bila responden lulus SMA sederajat ke atas
Paritas	Jumlah seluruh kehamilan yang lahir hidup.[30]	Kuesioner	Nominal	0= Primipara Bila responden memiliki anak 1 1= Multipara Bila responden memiliki anak >1
Pekerjaan	Status bekerja saat ibu menyusui.[31]	Kuesioner	Nominal	0= Bekerja Bila responden menjawab bekerja 1= Tidak Bekerja Bila responden menjawab tidak bekerja
Pengetahuan	Hasil dari tahu yang terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.[32]	Kuesioner	Ordinal	Data pengetahuan diperoleh dari pengetahuan responden mengenai IMD, ASI eksklusif, dan kolostrum. Total pertanyaan terkait pengetahuan berjumlah 40 dengan skor 1 bila jawaban benar, dan 0 bila jawaban salah. Dengan demikian, total skor untuk jawaban benar adalah 40. Nilai median yang didapatkan adalah 9. 0= Kurang Bila skor ≤median 1= Baik Bila skor >median
Status Ekonomi	Persentase pengeluaran per bulan untuk kebutuhan makanan terhadap non makanan.[33,34]	Kuesioner	Ordinal	0= Tidak Mampu Bila persentase pengeluaran per bulan untuk kebutuhan makanan lebih besar (≥60%) dibandingkan kebutuhan non makanan. 1= Mampu Bila persentase pengeluaran per bulan untuk kebutuhan makanan lebih kecil (<60%) dibandingkan kebutuhan non makanan, maka responden tersebut dikategorikan mampu.

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Dependen				
IMD	Proses bayi diletakkan di dada ibu tepat setelah dilahirkan (3-5 menit) dan membiarkan mencari puting susu ibunya sendiri (tidak disodorkan ke puting) dalam posisi kulitnya bersentuhan dengan kulit ibu sampai proses menyusu pertama selesai minimal 1 jam.[35]	Kuesioner	Ordinal	0= Tidak IMD Bila responden tidak menjawab bahwa bayinya diletakkan di dada segera setelah lahir, bayi mencari puting susu sendiri, bayi dan ibu *skin to skin contact,* serta bayi tetap di dada ibu sampai berhasil menyusu/ proses menyusu pertama selesai minimal 1 jam 1= IMD Bila responden menjawab bahwa bayinya diletakkan di dada segera setelah lahir, bayi mencari puting susu sendiri, bayi dan ibu *skin to skin contact,* serta bayi tetap di dada ibu sampai berhasil menyusu/proses menyusu pertama selesai minimal 1 jam
Frekuensi ANC	Pelayanan *antenatal care* yang diterima ibu selama kehamilan (sesuai standar pelayanan kehamilan yaitu 1 kali pada TM I, 1 kali pada TM II dan 2 kali pada TM III).[16]	Kuesioner	Ordinal	0= Tidak Lengkap Bila responden tidak menerima pelayanan ANC sebanyak 4 kali sesuai dengan standar (1 kali pada TM I, 1 kali pada TM II, dan 2 kali pada TM III) 1= Lengkap Bila responden tidak menerima pelayanan ANC sebanyak 4 kali sesuai dengan standar (1 kali pada TM I, 1 kali pada TM II, dan 2 kali pada TM III)
Kualitas ANC	Pemeriksaan kehamilan yang diterima ibu selama hamil sesuai standar pelayanan *antenatal*.[16]	Kuesioner	Ordinal	Kualitas pelayanan ANC dinilai dengan memberikan skor 1 pada tiap komponen ANC yang didapatkan oleh responden. Terdapat 10T atau 10 komponen ANC dengan total skor 10. Nilai *mean* yang didapat adalah 7,91. 0= Kurang Bila skor responden <*mean* 1= Baik Bila skor responden ≥*mean*
Dukungan Keluarga	Dukungan positif yang diberikan oleh suami, mertua, orang tua, berupa anjuran dan bantuan praktis kepada responden dalam hal pemberian ASI eksklusif.[36]	Kuesioner	Ordinal	Terdapat 20 pertanyaan tentang dukungan keluarga dengan skor 1 bila jawaban benar, dan 0 bila jawaban salah 0= Tidak Mendukung Bila skor responden ≤median. 1= Mendukung Bila skor responden >median.
Suplementasi Energi (Susu)	Ibu yang diberikan suplementasi susu selama 3 bulan, edukasi gizi, dan pengukuran antropometri.	Kuesioner	Ordinal	0= Tidak Diberikan Bila responden tidak mendapatkan suplementasi energi (susu) selama 3 bulan. 1= Diberikan Bila responden mendapatkan suplementasi energi (susu) selama 3 bulan.

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 24.0. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat, bivariat (uji *chi-square)*, dan multivariat (uji regresi logistik ganda). Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (Surat Persetujuan No. 62/UN2.F10/ PPM.00.02/2019/ tanggal 27 Maret 2019).

HASIL

Karakteristik responden disajikan dalam Tabel 2. Pada variabel faktor predisposisi didapatkan bahwa sebagian besar responden (n=134) berasal dari kelompok usia 20-35

tahun, berpendidikan tinggi (n=95), multipara (n=136), tidak bekerja selama menyusui (n=147), berpengetahuan baik (n=87), serta merupakan kelompok dengan status ekonomi tidak mampu (n=130). Sementara untuk variabel faktor pemungkin, sebagian besar responden tidak melakukan IMD (n=157). Sedangkan pada variabel faktor penguat, lebih banyak responden yang melakukan kunjungan ANC dengan lengkap (n=131), menerima kualitas ANC yang baik (n=105), mendapatkan dukungan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif (n=95), dan tidak mendapatkan suplementasi energi (n=129).

Tabel 2. Karakteristik Demografi Responden Menurut Keberhasilan ASI Eksklusif

Variabel	n (Total=169)	Keberhasilan ASI Eksklusif		P-*value**	OR* (95% CI)
		<6 bulan (%)	6 bulan (%)		
Faktor Predisposisi					
Umur					
Berisiko tinggi (<20 atau >35 tahun)	35	31,4	68,6	0,745	1,248 (0,555-2,803)
Berisiko rendah (20-35 tahun)	134	26,9	73,1		
Pendidikan					
Rendah (jika lulus SMP sederajat ke bawah)	74	32,4	67,6	0,312	1,503 (0,764-2,803)
Tinggi (jika lulus SMA sederajat ke atas)	95	24,2	75,8		
Paritas					
Primipara (1 anak)	33	33,3	66,7	0,567	1,389 (0,613-3,147)
Multipara (>1 anak)	136	26,5	73,5		
Pekerjaan					
Bekerja	22	50,0	50,0	0,025	3,083 (1,233-7,709)
Tidak Bekerja	147	24,5	75,5		
Pengetahuan					
Kurang (Bila Skor < Median)	82	41,5	58,5	0,0001	4,032 (1,933-8,410)
Baik (Bila Skor > Median)	87	14,9	85,1		
Status Ekonomi					
Tidak Mampu > 60%	130	26,9	73,1	0,790	0,829 (0,379-1,813)
Mampu < 60%	39	30,8	69,2		
Faktor Pemungkin					
Riwayat IMD					
Tidak IMD	157	29,3	70,7	0,219	4,559 (0,572-36,335)
IMD	12	8,3	91,7		
Faktor Penguat					
Frekuensi ANC					
Tidak lengkap	38	21,1	78,9	0,395	0,629 (0,629-1,494)
Lengkap	131	29,8	70,2		
Kualitas ANC					
Kurang	64	39,1	60,9	0,018	2,418 (1,216-4,811)
Baik	105	21	79		
Dukungan Keluarga					
Tidak Mendukung	74	28,4	71,6	1,000	1,052 (0,534-2,070)
Mendukung	95	27,4	72,6		
Suplementasi Energi					
Tidak diberikan	129	33,3	66,7	0,007	4,500 (1,504-13,464)
Diberikan	40	10,0	90,0		

**) P-value dan nilai OR berdasarkan hasil analisis bivariat*

Melalui analisis bivariat dapat diketahui variabel-variabel yang memiliki hubungan bermakna atau signifikan terhadap keberhasilan ASI eksklusif. Pada Tabel 2, faktor predisposisi yang memiliki hubungan bermakna dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah variabel pekerjaan (OR 3,1; 95% CI 1,233-7,709; *p-value* = 0,025) dan pengetahuan (OR 4; 95% CI 1,933-8,410; *p-value* = 0,0001). Sementara pada faktor pemungkin, variabel riwayat IMD tidak memiliki hubungan dengan pemberian ASI eksklusif (OR 4,6; 95% CI 0,572-36,335; *p-value* = 0,219). Diketahui bahwa variabel dari faktor penguat yang memiliki hubungan bermakna dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah kualitas ANC (OR 2,4; 95% CI 1,216-4,811; *p-value* = 0,018) dan suplementasi energi (OR 4,5; 95% CI 1,504-13,464; *p-value* = 0,007). Ibu yang mendapatkan kualitas ANC kurang berisiko tidak memberikan ASI eksklusif 2,4 kali lebih besar dibandingkan ibu yang mendapatkan kualitas ANC baik.

Selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan memasukkan variabel-variabel yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif yaitu pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu, frekuensi ANC, kualitas ANC, IMD dan suplementasi energi.

Tabel 3. Model Akhir Multivariat yang Berhubungan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif

Variabel	*p-value*	OR	CI 95%
Suplementasi energi	0,006	5,5	1,639-18,186
Pengetahuan	0,001	4,0	1,781-8,918
Pekerjaan	0,019	3,7	1,243-11,012
Kualitas ANC	0,020	2,5	1,160-5,561
IMD	0,168	4,6	0,524-40,492
Pendidikan	0,264	1,6	0,702-3,636

Hasil analisis multivariat pada Tabel 3 menunjukkan bahwa faktor dominan yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah suplementasi energi (OR 5,5; 95% CI 1,63-18,18; *p-value* = 0,05) setelah dikontrol dengan pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, IMD, dan kualitas ANC. Artinya, ibu yang tidak mendapatkan suplementasi energi berisiko 5,5 kali lebih besar untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang menerima suplementasi energi.

Gambaran kualitas ANC dapat dilihat melalui distribusi jenis pelayanan/komponen 10T ANC dan topik temu wicara/konseling yang diterima oleh responden selama ANC. Komponen 10T ANC yang berhubungan dengan ASI eksklusif adalah penilaian status gizi ibu dan temu wicara. Sementara topik temu wicara yang berhubungan dengan ASI eksklusif meliputi penjelasan tentang ASI eksklusif, IMD, pemberian makanan bayi, dan peningkatan konsumsi makanan untuk ibu menyusui.

Tabel 4. Distribusi Jenis Pelayanan ANC/ Komponen 10T ANC yang Diterima Responden

Pelayanan ANC	Jumlah			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Ditimbang berat badannya	168	99,4	1	0,6
Diukur tinggi badannya	101	59,8	68	40,2
Diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	111	65,7	58	34,3
Diukur tekanan darahnya	168	99,4	1	0,6
Diperiksa air seninya	85	50,3	84	49,7
Diperiksa darahnya	92	54,4	77	45,6
Diperiksa (diraba) perutnya	169	100	0	0
Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)	137	81,1	32	18,9
Pemberian tablet zat besi	160	94,7	9	5,3
Temu wicara (komunikasi interpersonal dan konseling)	146	86,4	23	13,6

Tabel 4 menjelaskan persentase tiap komponen 10T ANC yang diterima oleh responden. Komponen yang berhubungan dengan ASI eksklusif adalah penilaian status gizi ibu melalui pengukuran IMT (BB/TB dalam meter kuadrat dan LILA), serta temu wicara. Jenis pelayanan ANC yang diterima oleh seluruh responden adalah pemeriksaan perut/abdomen (100%). Sementara itu, pemeriksaan yang berkaitan dengan penilaian status gizi ibu hamil belum diterima oleh seluruh responden (<100%) meliputi pengukuran berat badan (99,4%), tinggi badan (59,8%), dan LILA (65,7%). Temu wicara sebagai sarana pelayanan informasi seputar ASI eksklusif juga belum diterima oleh seluruh responden (86,4%).

Tabel 5. Distribusi Topik yang Diterima Responden dalam Temu Wicara/Konseling ANC

Topik	Jumlah			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Perencanaan persiapan persalinan (penolong, tempat, biaya untuk persalinan)	7	4,1	162	95,9
Peran suami atau pasangan dan keluarga selama kehamilan dan persalinan	1	0,6	168	99,4
Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai (sakit kepala lebih dari biasanya, perdarahan per vaginam, gangguan penglihatan, demam, nyeri perut, janin tidak bergerak sebanyak biasanya, mual dan muntah	9	5,3	160	94,7
ASI eksklusif	3	1,8	166	98,2
IMD	1	0,6	168	99,4
Pemberian makanan bayi	1	0,6	168	99,4
Peningkatan konsumsi makanan untuk ibu hamil	84	49,7	85	50,3
Kebiasaan yang berisiko bagi kesehatan seperti merokok dan minum alkohol	3	1,8	166	98,2
Peningkatan konsumsi makanan untuk ibu menyusui	2	1,2	167	98,8
Imunisasi bagi bayi	0	0	169	100

Tabel 5 menjelaskan persentase tiap topik yang menjadi komponen temu wicara selama ANC. Sebagian besar topik yang diberikan oleh tenaga kesehatan hanya seputar peningkatan konsumsi makanan ibu hamil (49,7%). Informasi tentang pemberian ASI eksklusif sangat sedikit diberikan (<5%) meliputi penjelasan mengenai ASI eksklusif 1,8%, IMD 0,6%, pemberian makanan bayi 0,6%, dan peningkatan konsumsi makanan untuk ibu menyusui 1,2%.

PEMBAHASAN

Dari seluruh variabel yang diteliti, ditemukan masing-masing 2 variabel dari faktor predisposisi dan faktor penguat yang memiliki hubungan bermakna terhadap keberhasilan ASI eksklusif. Pekerjaan ibu sebagai faktor predisposisi memiliki hubungan yang bermakna terhadap keberhasilan ASI eksklusif. Ibu yang bekerja selama menyusui berisiko 3,7 kali lebih besar untuk tidak menyusui eksklusif dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Hasil ini sejalan dengan penelitian Nangoy[37] dimana ibu yang bekerja berpeluang 3 kali lebih besar untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Hal yang dapat menghalangi ibu untuk menyusui eksklusif adalah fasilitas dan kondisi tempat ibu bekerja yang tidak mendukung.[38] Kepentingan ibu untuk bekerja menyebabkan kebanyakan ibu memilih susu formula sebagai pilihan pertama untuk menggantikan ASI.[39]

Faktor predisposisi lainnya, yaitu pengetahuan ibu juga berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif. Ibu yang berpengetahuan kurang berisiko 4 kali lebih besar untuk tidak menyusui eksklusif dibandingkan ibu yang pengetahuannya baik. Hasil ini sejalan dengan penelitian Isroni Astuti[40] dimana ibu dengan pengetahuan tinggi mempunyai peluang 5,9 kali untuk memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang mempunyai pengetahuan rendah. Pengetahuan ibu yang rendah mengenai pemberian ASI menyebabkan ibu tidak mengetahui secara lengkap mengenai pengertian sebenarnya dari ASI eksklusif. Kebanyakan ibu sudah mengetahui manfaat ASI tetapi tidak mengetahui urgensi ASI eksklusif, sehingga mereka menganggap memberikan makanan tambahan sebagai cadangan ASI bukanlah masalah bagi bayi.[41]

Pemberian suplementasi energi, sebagai faktor penguat, memiliki hubungan bermakna dengan keberhasilan ASI eksklusif. Pemberian suplementasi energi juga merupakan faktor dominan dalam keberhasilan ASI eksklusif. Ibu yang tidak mendapatkan suplementasi energi berisiko 5,5 kali lebih besar untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang menerima suplementasi energi. Hasil ini sejalan dengan penelitian Fikawati *et al.*[42] Dari hasil penelitian diketahui bahwa peningkatan asupan energi ibu melalui pemberian suplementasi dapat meningkatkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan. Suplementasi energi membantu ibu untuk memenuhi kebutuhan energi yang sulit tercapai dari konsumsi sehari-hari. Asupan energi tersebut berhubungan dengan proses produksi ASI. Ibu yang kurang energi atau tidak memenuhi standar

kebutuhan akan menghasilkan jumlah ASI yang lebih sedikit dibandingkan dengan ibu yang asupan energinya baik.[43]

Faktor penguat lainnya yang berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif adalah kualitas ANC. Ibu yang mendapatkan kualitas ANC kurang baik mempunyai peluang 2,5 kali tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan kualitas ANC baik. Penelitian ini sejalan dengan Nurlaili[15] yang menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara kualitas ANC dengan pemberian ASI eksklusif. Pelayanan ANC berkualitas dapat diperoleh ibu selama masa kehamilan meliputi konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, Keluarga Berencana (KB), dan pemberian ASI eksklusif. Pengetahuan dan pemahaman ibu tentang manfaat ASI dapat memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif. Selain itu apabila selama hamil ibu mendapat ANC sesuai standar maka hambatan-hambatan yang akan dihadapi dalam pemberian ASI dapat diantisipasi sedini mungkin.[16]

Gambaran kualitas ANC dapat dilihat melalui jenis pelayanan/komponen 10T ANC dan topik temu wicara/konseling yang diterima oleh ibu. Komponen 10T ANC yang berhubungan dengan ASI eksklusif adalah penilaian status gizi ibu dan temu wicara/konseling. Penilaian status gizi dapat dilakukan melalui pengukuran IMT (BB/TB dalam meter kuadrat) dan LILA. Status gizi ibu hamil akan berpengaruh pada status gizi ibu saat menyusui nanti. Prentice[44] dalam Fikawati *et al.*[35] menyatakan bahwa status gizi ibu menyusui yang baik berkorelasi positif dengan kuantitas ASI. Pentingnya status gizi ibu yang akan menyusui juga dipaparkan oleh penelitian Adam *et al.*[45] yang menyatakan bahwa mayoritas ibu di negara berkembang berisiko tidak memproduksi ASI yang cukup karena memiliki cadangan lemak yang kurang. Selanjutnya, yang tidak kalah penting adalah temu wicara/konseling. Penelitian Ahmad *et al.*[46] di Rawalpindi Pakistan menyatakan bahwa ibu yang mendapatkan konseling ASI eksklusif lebih banyak berhasil melakukan IMD dan ASI eksklusif. Konseling mengenai ASI eksklusif selama pelayanan ANC sangat membantu dalam memotivasi ibu untuk melakukan IMD segera setelah bayi lahir, serta praktik pemberian ASI eksklusif selama enam bulan. Pada penelitian ini, pelayanan temu wicara/konseling saat ANC belum sepenuhnya (100%) didapatkan oleh ibu. Penelitian dari Kurniasih *et al.*[47] mendapatkan hasil yang serupa, bahwa salah satu jenis pelayanan ANC yang implementasinya belum maksimal bahkan sering terlewatkan adalah temu wicara/konseling.

Diketahui bahwa topik temu wicara/konseling yang berhubungan dengan ASI eksklusif meliputi penjelasan tentang ASI eksklusif, IMD, pemberian makanan bayi, dan peningkatan konsumsi makanan untuk ibu menyusui. Namun pada penelitian ini, topik yang paling sering (49,7%) diberikan oleh tenaga kesehatan adalah informasi untuk meningkatkan konsumsi makanan ibu hamil. Informasi tentang pemberian ASI eksklusif sangat sedikit diberikan (<5%). Materi tentang ASI eksklusif hanya 1,8%, IMD 0,6%, pemberian makanan bayi 0,6%, dan peningkatan konsumsi makanan untuk ibu menyusui 1,2%. Hal ini sesuai dengan penelitian Kurniasih *et al.*[47] yang menyatakan bahwa masih ada beberapa materi konseling yang belum selalu diberikan kepada ibu hamil, salah satunya tentang IMD dan ASI eksklusif. Pentingnya topik laktasi saat temu wicara/konseling ANC pun dipaparkan oleh penelitian Aidam *et al.*[48] di Ghana. Penelitian tersebut menemukan bahwa persentase praktik pemberian ASI eksklusif pada ibu yang mendapatkan konseling laktasi lebih tinggi (39,5%) dibanding ibu yang tidak mendapatkan konseling laktasi (19,6%).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan terdapat hubungan bermakna antara pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, kualitas ANC, dan suplementasi energi terhadap keberhasilan ASI eksklusif. Pemberian suplementasi energi merupakan faktor dominan keberhasilan ASI eksklusif.

Sebanyak 62,1% responden mendapatkan kualitas ANC baik dan 37,9% responden mendapat kualitas ANC kurang. Jenis pelayanan ANC/komponen 10T ANC yang berkaitan dengan penilaian status gizi ibu hamil belum diterima oleh seluruh responden (<100%) meliputi pengukuran berat badan (99,4%), tinggi badan (59,8%), dan LILA (65,7%). Temu wicara/konseling juga belum diterima oleh seluruh responden (86,4%).

Pada sesi temu wicara, topik/informasi mengenai ASI eksklusif yang diberikan kepada responden sangat sedikit (<5%). Penjelasan mengenai ASI eksklusif hanya sebesar 1,8%, IMD 0,6%, pemberian makanan bayi 0,6%, dan peningkatan konsumsi makanan untuk ibu menyusui 1,2%.

SARAN

Dinas kesehatan kota Depok perlu meningkatkan dukungan terkait program pemberian suplementasi energi (susu) bagi ibu menyusui. Selain itu, Dinas kesehatan Kota Depok perlu meningkatkan pemberian informasi mengenai ASI eksklusif kepada ibu hamil melalui ANC yang berkualitas. Penelitian selanjutnya dapat berfokus pada hubungan antara pemberian konseling ASI eksklusif saat ANC terhadap keberhasilan ASI eksklusif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada dosen pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan saran untuk menyelesaikan tulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Infant and Young Child Feeding : Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Profesionals. Geneva: WHO; 2009.
2. Chidiebere OD, Stanley O. Effect of Exclusive Breastfeeding on Incidences of Illness in Infant ' s First 6 Months of Life. 2014;1(4):1–7.
3. Horta BL, Victoria CG. Long-Term Effects of Breastfeeding : A Systematic Review. Geneva: WHO; 2013.
4. UNICEF. Global Breastfeeding Scorecard 2017 : Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. New York: UNICEF; 2017.
5. La Leche League International.org. 2021 World Health Day: Improve global breastfeeding practices for a fairer, healthier world [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 29]. Available from: https://www.llli.org/2021-world-health-day-improve-global-breastfeeding-practices/
6. WHO. WHA Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_breastfeeding_policybrief.pdf
7. Kementerian Kesehatan. RISKESDAS 2018. Jakarta; 2018.
8. Djami MEU, Noormartany, Hilmanto D. Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan, Konseling Laktasi, dan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Kesehat Masy Nas. 2013;7(12):557–61.
9. Khasanah N. Asi atau Susu Formula Ya? Yogyakarta: Flash Book; 2011.
10. Kurniawan B. Determinan Keberhasilan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. J Kedokt Brawijaya. 2013;27(4):236–40.
11. Cox K, Binns CW, Giglia R. Predictors of breastfeeding duration for rural women in a high-income country: evidence from a cohort study. Acta Paediatr. 2015;104(8).
12. Widuri H. Cara Mengelola ASI Eksklusif Bagi Ibu Bekerja. Yogyakarta: Pustaka Baru; 2013.
13. Okafor I, Olatona F, Olufemi O. Breastfeeding practices of mothers of young children in Lagos, Nigeria. Niger J Paediatr. 2014;41(1):43–7.
14. Priscilla V, Elmatris S. Hubungan Pelaksanaan Menyusu Dini dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Garam Kota Solok. J Kesehat Masy. 2011;6(1):16–23.
15. Nurlaili L. Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dan Pelaksanaan ASI Eksklusif di Wilayah Puskesmas Gunung Sari Kota Cirebon. Universitas Indonesia; 2013.
16. Kementerian Kesehatan. Buku Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2010.
17. Anggreani LY, Anwar C, Hardianti A. Kualitas Pelayanan ANC (Antenatal Care) Oleh Tenaga Kesehatan Terkait Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Bekerja di Perusahaan Kabupaten Sleman. Universitas Alma Ata Yogyakarta; 2021.
18. Wardana RK, Widyastuti N, Pramono A. Hubungan Asupan Zat Gizi Makro dan Status Gizi Ibu Menyusui dengan Kandungan Zat Gizi Makro pada Air Susu Ibu (ASI) di Kelurahan Bandarharjo Semarang. J Nutr Coll. 2018;7(3):107.
19. Fikawati & Syafiq. Status Gizi Ibu dan Persepsi Ketidakcukupan Air Susu Ibu Maternal Nutritional Status and Breast Milk Insufficiency Perception. J Kesehat Masy Nas. 2019;6(6):249–54.
20. Suradi R, Hegar. Indonesia Menyusui. Jakarta: IDAI; 2010.
21. Senghore T, Omotosho TA, Ceesay O, Williams DCH. Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care : a cross-sectional study. Int Breastfeed J. 2018;13(9):1–8.

22. Liliana A, Hapsari ED, Nisman WA. Pengaruh Konseling Laktasi Terhadap Pengetahuan Kemampuan Dan Keberhasilan Ibu Dalam Pemberian ASI. J Keperawatan Respati Yogyakarta. 2017;4(2):189–93.

23. Fikawati S, Syafiq A. Penyebab Keberhasilan Dan Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif. Kesehat Masy Nas. 2009;4(3):120–31.

24. Kementerian Kesehatan RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2015-2019 [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2015. Available from: http://www.depkes.go.id/article/view/1909/masalah-hipertensi-di-indonesia.html

25. Dinas Kesehatan Kota Depok. Profil Dinas Kesehatan Kota Depok 2017. Kota Depok; 2017.

26. Dinas Kesehatan Kota Depok. Profil Kesehatan Kota Depok. Depok: Dinas Kesehatan Depok; 2014.

27. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill; 2005.

28. Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan (PKGK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dataset Intervensi Peningkatan ASI dan MPASI Dalam Rangka Penerapan Program 1000 Hari Pertama Kehidupan. Depok; 2017.

29. Asemhagn MA. Determinants of Exclusive Breastfeeding Practices Among Mother in Zero District, Northwest Ethiopia. Int Breastfeed J. 2016;11:22.

30. Fikawati S. Pengaruh Vegetarian Terhadap Status Gizi Postpartum, Durasi ASI Predominan, dan Pertumbuhan Bayi: Studi Kohort di 5 Kota. Universitas Indonesia; 2013.

31. Mufidah N. Asupan Ibu Sebagai Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Lama Pemberian ASI Predominan di Kecamatan Beji, Depok Tahun 2016. Universitas Indonesia; 2016.

32. Notoadmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.

33. Badan Pusat Statistik. "Ringkasan Eksekutif Pengeluaran dan Konsumsi Penduduk Indonesia" Berdasarkan Hasil Susenas Maret 2012. Jakarta; 2012.

34. Mor K, Sethia S. Factors That Influence Household and Individual Food Consumption : A Review of Research and Related Literature. Gyanpratha-Accman J Manag. 2010;5(2).

35. Fikawati S, Syafiq A, Karima K. Gizi ibu dan bayi. I. Depok: RajaGrafindo Persada; 2015.

36. Rubinem. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Srondol Kota Semarang Tahun 2012. Universitas Indonesia; 2012.

37. Nangoy E. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Suwawa Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo Tahun 2013. FKM UI; 2013.

38. Nkrumah J. Maternal work and exclusive breastfeeding practice : a community based cross-sectional study in Efutu Municipal , Ghana. Int Breastfeeeding J. 2017;12(10):1–9.

39. AL-Sagarat AY, Yaghmour G, Moxham L. Intentions and barriers toward breastfeeding among Jordanian mothers—A cross sectional descriptive study using quantitative method. Women and Birth [Internet]. 2017;30(4):e152--e157. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.001

40. Isroni Astuti. Determinan Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Menyusui. J Heal Qual. 2013;4(1):1–76.

41. Juliastuti R. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Status Pekerjaan Ibu dan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini Dengan Pemberian ASI Eklusif. Universitas Sebelas Maret; 2011.

42. Fikawati S, Syafiq A, Mardatillah. Maternal Calorie Intake is a Significant Factor Associated with 6 Months of Exclusive Breastfeeding a mong Lactating Mothers in Depok City , Indonesia. Malaysian J Nutr. 2017;23(1):31–41.

43. Lawrence RA, Lawrenve RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. Misouri: Elseiver Mosby, Maryland Heights; 2011.

44. Prentice A, Goldberg G, Prentice A. Body Mass Index and Lactation Performance. Eur J Clin Nutr. 1994;48(3):78–89.

45. Adam DS, Van JMAR, Hautvast J, Yunus I, Fuchs GJ. Energy stress during pregnancy and Lactation; Consequences for maternal nutrition in rural Bangladesh. J Eur Clin Nutr. 2003;57:151–6.

46. Ahmad MO, Sughra U, Kalsoom U, Imran M, Hadi U. EFFECT OF ANTENATAL COUNSELLING ON EXCLUSIVE BREASTFEEDING. J Ayub Med Coll Abbottabda. 2012;24(2):116–9.

47. Ike N, Kurniasih D, Marwati TA, Hidayat A, Yogyakarta UA. ANTENATAL CARE (ANC). 2020;12(2).

48. Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Lartey A. Lactation counseling increases exclusive breast-feeding rates in Ghana. J Nutr. 2005;135(7):1691–5.

Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri dalam Upaya Pencegahan COVID-19 di Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil

Behavior of Using Personal Protective Equipment in Efforts to Prevent COVID-19 in Remote and Very Remote Community Health Centers

Iin Nurlinawati[*] dan Mimi Sumiarsih

[1] Badan Riset dan Inovasi Nasional, Cibinong Jawa Barat

[2] Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta

*Korespondensi Penulis: nurlinawati.iin@gmail.com

Submitted: 22-02-2021, *Revised*: 31-01-2022, *Accepted*: 08-02-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.4499

Abstrak

Pada masa pandemi COVID-19, puskesmas melakukan berbagai upaya pencegahan penularan sesuai dengan petunjuk teknis yang diterbitkan Kementerian Kesehatan. Dalam upaya pencegahan penularan dari pasien ke petugas dan juga sebaliknya, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) menjadi wajib. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku penggunaan APD dalam upaya pencegahan COVID-19 terutama di puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil. Desain penelitian yang digunakan adalah potong lintang, dilakukan pada puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil di 21 provinsi, 66 kabupaten. Alat pengumpul data berupa *google form* yang disebarkan melalui tenaga penugasan khusus Nusantara Sehat penempatan tahun 2019. *Google form* diisi oleh tenaga kesehatan di puskesmas baik tenaga Nusantara Sehat ataupun bukan. Rentang waktu pengumpulan data selama bulan Mei-Juni 2020. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku tenaga kesehatan di puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil dalam memakai APD secara lengkap, belum baik. Penggunaan APD secara umum tinggi pada tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien terutama dokter dan dokter gigi. Alasan responden tidak/kadang-kadang menggunakan APD adalah adanya keterbatasan jumlah APD. Hasil uji bivariat dengan menggunakan *Chi-square test* memperlihatkan bahwa keterlibatan sebagai anggota tim satgas COVID-19 dan status perkawinan berhubungan secara signifikan dengan perilaku penggunaan APD secara lengkap. Sementara jenis penugasan (UKP dan UKM), dan jenis kelamin secara statistik tidak berhubungan. Dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19, disarankan agar tenaga kesehatan di puskesmas meningkatkan perilaku penggunaan APD secara baik dan sesuai dengan standar. Untuk itu Dinas Kesehatan agar memprioritaskan pengadaan dan distribusi APD, dan memberikan pelatihan yang memadai kepada profesional perawatan kesehatan dalam penggunaannya.

Kata kunci: Alat Pelindung Diri (APD); COVID-19; puskesmas terpencil dan sangat terpencil

Abstract

During COVID-19 pandemic, puskesmas (community health center) made various efforts in accordance with technical instructions issued by the Ministry of Health. As an effort to prevent transmission from

patients to officers and vice versa, the use of Personal Protective Equipment (PPE) is mandatory. This study aimed to determine the behavior of using PPE as an effort to prevent COVID-19, especially in health centers in remote and very remote areas. The research design used was a cross-sectional study carried out at health centers in remote and very remote areas in 21 provinces, 66 districts. The data collection tool was in the form of a google form which was distributed through the special assignment personnel for Nusantara Sehat placement in 2019. The Google form was filled out by health workers at health centers, both Nusantara Sehat personnel and not. The data collection period was May-June 2020. The results showed that the behavior of health workers in remote and very remote community health centers in using complete PPE was not good. The use of PPE was generally high in personnel who provide services to patients, especially doctors and dentists. The reason respondents did not/sometimes use PPE was the limited number of PPE. The results of bivariate test using Chi-square test showed that involvement as a member of the Covid-19 task force team and marital status were significantly related to the behavior of using complete PPE. Meanwhile, the type of assignment (UKP and UKM), and gender were not statistically related. In an effort to prevent the spread of Covid-19, it is recommended that health workers at health centers improve the behavior of using PPE properly according to standards. For this reason, the Health Office should prioritize the procurement and distribution of PPE, and provide adequate training to health care professionals in its use.

Keywords: Personal Protective Equipment (PPE); COVID-19; remote health centers

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Pertahanan No 40 Tahun 2014, pandemi merupakan wabah penyakit menular yang berjangkit serempak meliputi dan melintasi batas wilayah geografis antar negara di banyak negara.[1] Istilah tersebut digunakan ketika terjadi penyebaran virus atau wabah secara global. Itu artinya tidak terbatas pada satu negara saja tapi sudah mendunia. World Health Organization (WHO) telah menetapkan COVID-19 sebagai suatu pendemi pada tanggal 11 Maret 2020.[2] COVID-19 disebabkan oleh SARS-CoV-2 yang menyebar dari orang ke orang melalui kontak erat lewat aerosol dari tetesan pernapasan. Saat ini upaya pencegahan COVID-19 masih terfokus pada intervensi non-farmasi, termasuk mitigasi pandemi di lingkungan komunitas. Perlu upaya lebih berupa penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) agar terjadi interaksi yang aman pada layanan kesehatan agar tidak terjadi penularan.[3] Di Indonesia, saat ini penyebaran COVID-19 telah meliputi seluruh provinsi. Sejak ditetapkan sebagai bencana nasional pada tanggal 14 Maret 2020 Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dan menjadikan fasilitas pelayanan kesehatan primer sebagai garda terdepan dalam penanganan COVID-19.[4] Untuk menghindarkan semakin meluasnya penyebaran penyakit tersebut, puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer diharapkan dapat berperan dalam penanganan dan pencegahannya termasuk puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil dengan segala daya dukung dan keterbatasannya. WHO dalam buku panduannya merekomendasikan setiap tenaga kesehatan yang menangani pasien, memiliki risiko tertular COVID-19, wajib memakai Alat Pelindung Diri (APD) yang tepat sebagai upaya tindakan pencegahan. APD tersebut meliputi sarung tangan, masker medis, kacamata atau pelindung wajah dan gaun, juga untuk prosedur khusus respirator (N95 atau yang setara) dan celemek.[5] Hal tersebut ditegaskan juga dalam *interim guidance* terkait penggunaan APD yang sesuai dengan penanganan yang dilakukan tenaga kesehatan.[6]

Sesuai dengan petunjuk teknis pelayanan puskesmas pada masa pandemi COVID-19 yang diterbitkan Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Kementerian Kesehatan, peran tenaga

kesehatan di puskesmas adalah dengan melakukan kegiatan prevensi, deteksi, dan respon secara aktif dalam penanganan dan pencegahan COVID-19 sehingga dapat menekan penyebaran kasus.[4]

Dalam upaya pencegahan penularan COVID-19 dari pasien ke petugas dan juga sebaliknya, perlu penggunaan APD saat sedang melakukan pemeriksaan terhadap pasien. APD yang dipakai saat bekerja disesuaikan dengan bahaya dan risikonya serta untuk menjaga keselamatan diri sendiri dan orang di sekelilingnya. Bagi tenaga kesehatan, APD merupakan kesiapan logistik yang sangat penting seperti layaknya alat-alat kesehatan dan penunjang kesehatan lainnya. Sesuai Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Pasal 16 dikatakan bahwa setiap dokter harus memelihara kesehatannya, termasuk melaksanakan tindakan perlindungan diri.[7] Alat pelindung diri wajib tersedia untuk petugas kesehatan dalam menjalankan perawatan pasien COVID-19. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja adalah hak tenaga kesehatan. Pernyataan ini dilindungi hukum sesuai yang tertulis dalam pasal 57 UU No 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan.[8] Selain untuk proteksi diri, penggunaan APD yang sesuai untuk mencegah transmisi agen infeksius dari pasien ke orang lain. Untuk itu perlu dilihat bagaimana perilaku penggunaan APD dalam upaya pencegahan COVID-19 terutama di puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*cross sectional*), dimana sampel ditarik satu kali saja pada saat yang sama. Rentang waktu pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei sampai bulan Juni 2020. Kuesioner dibuat dan dikirimkan dengan format *google form* yang disebarkan melalui grup *WhatsApp* tenaga penugasan khusus Nusantara Sehat penempatan tahun 2019. Pemilihan tersebut dengan pertimbangan Tenaga Nusantara Sehat telah bertugas selama satu tahun atau lebih, sehingga kemungkinan besar telah banyak terlibat dalam berbagai kegiatan di puskesmas penempatannya termasuk penanganan COVID-19. Di tahun 2019 ada sebanyak 173 puskesmas yang menjadi lokus penempatan Tenaga Penugasan Khusus Nusantara Sehat, dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 990 orang. Mereka tersebar di 30 provinsi 273 kabupaten di seluruh Indonesia. Dengan rentang waktu yang telah ditetapkan, terkumpul sebanyak 581 responden yang mengisi dan mengirimkan *google form.* Pengisian dilakukan oleh tenaga kesehatan di puskesmas baik tenaga Nusantara Sehat ataupun tenaga puskesmas di luar Nusantara Sehat. Responden yang mengisi *google form* berasal dari 82 puskesmas di 21 provinsi, 66 kabupaten. Data tersebut kemudian diolah dengan menggunakan SPSS. Analisis deskriptif dilakukan terhadap data kuantitatif untuk melihat distribusi frekuensi variabel dan selanjutnya dilakukan uji bivariat dengan *Chi-Square test* terhadap variabel-variabel kunci.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (KEPK-BPPK) No.LB.02.01/2/KE.379/2020.

HASIL

Penelitian ini melibatkan 10 jenis profesi kesehatan yang bertugas pada puskesmas di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Berdasarkan Tabel 1 dapat terlihat karakteristik responden terbanyak adalah tenaga perawat dan bidan. Selain itu proporsi terbesar dari responden adalah berusia kurang dari 30 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan bertugas sebagai anggota satuan tugas (satgas) penanganan COVID-19 di puskesmas.

Hasil penelitian juga memperlihatkan penggunaan APD di puskesmas secara lengkap sangat kecil yaitu hanya 4% (Tabel 1). Penggunaan APD secara lengkap yang memberikan perlindungan dari mulai kepala sampai kaki. APD tersebut meliputi masker bedah/N95, pelindung wajah (*face shield*), sarung tangan (*gloves*), pelindung mata (*goggles*), sepatu *boots*, dan gaun *reusable*.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	N	%
Jenis Nakes		
Dokter	38	6.5
Dokter gigi	13	2.2
Perawat	108	18.6
Bidan	86	14.8
Tenaga Kesmas	74	12.7
Tenaga Kesling	46	7.9
Tenaga Gizi	79	13.6
Apoteker	24	4.1
Tenaga farmasi	39	6.7
ATLM	74	12.7
Umur		
< 30 tahun	523	90.0
≥ 30 tahun	58	10.0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	198	34.1
Perempuan	383	65.9
Anggota Satgas		
Ya	356	61.3
Tidak	225	38.7
Memakai APD lengkap		
Ya	23	4.0
Tidak	558	96.0

Penggunaan APD secara umum tinggi pada tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien terutama dokter dan dokter gigi. Dokter tercatat memiliki tingkat penggunaan masker tertinggi (68,4%) sementara dokter gigi merupakan pengguna terbanyak untuk jenis APD pelindung wajah/*face shield* (53,8%) dan sarung tangan /*gloves* (92,3%). Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) yang juga memiliki kontak dengan pasien termasuk dengan cairan tubuhnya memperlihatkan angka penggunaan sarung tangan cukup tinggi (85,1), namun sayangnya masih rendah untuk penggunaan masker bedah/N95 (40,5%) dan pelindung wajah (47,3%) (Tabel 2).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa penggunaan pelindung mata, sepatu *boots*, dan gaun *reusable* masih relatif rendah. Penggunaan pelindung mata paling tinggi di kalangan dokter (31,6%). Gaun *reusable* diakui responden tingkat penggunaannya besar pada tenaga dokter (42,1%), ATLM (41,9%), dan dokter gigi (38,5%). Sementara itu, upaya perlindungan dengan sepatu *boots* menunjukkan angka yang paling kecil yaitu tertinggi oleh tenaga ATLM (23,0%) (Tabel 3).

Selain itu, terlihat pada Tabel 2 maupun Tabel 3 bahwa penggunaan APD oleh nakes pelaksana Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) masih sangat sedikit khususnya bagi tenaga gizi. Responden pada saat survei diminta untuk menentukan alasan terpenting dari berbagai pilihan yang mungkin. Gambaran alasan di balik perilaku tenaga kesehatan kadang-kadang atau tidak pernah menggunakan berbagai APD memperlihatkan bahwa keterbatasan jumlah menjadi pertimbangan utama perilaku yang tidak konsisten dalam pemakaian APD dan berlaku untuk semua jenis APD.

Tabel 2. Penggunaan Masker, Pelindung Wajah, dan Sarung Tangan pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Jenis Tenaga	N	Masker bedah/N95			*Face shield*			Sarung Tangan (*Gloves*)		
		Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah
Dokter	38	68,4	18,4	13,2	52,6	23,7	23,7	57,9	42,1	0,0
Dokter gigi	13	30,8	23,1	46,2	53,8	46,2	0,0	92,3	7,7	0,0
Perawat	108	49,1	26,9	24,1	31,5	57,4	11,1	75,7	22,4	1,9
Bidan	86	34,9	29,1	36,0	24,4	41,9	33,7	73,3	24,4	2,3
Apoteker	24	29,2	45,8	25,0	16,7	45,8	37,5	37,5	45,8	16,7
Tenaga farmasi	39	51,3	20,5	28,2	23,1	56,4	20,5	38,5	46,2	15,4
ATLM	74	40,5	29,7	29,7	47,3	32,4	20,3	85,1	13,5	1,4
Tenaga Kesmas	74	28,4	37,8	33,8	18,9	50,0	31,1	35,1	51,4	13,5
Tenaga Kesling	46	39,1	34,8	26,1	23,9	50,0	26,1	41,3	50,0	8,7
Tenaga Gizi	79	27,8	29,1	43,0	15,2	44,3	40,5	31,6	45,6	22,8

Tabel 3. Penggunaan Pelindung Mata, Sepatu *Boots* dan Gaun *Reusable* pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Jenis Tenaga	N	Pelindung Mata (*Goggles*)			Sepatu *Boots*			Gaun *Reusable*		
		Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah
Dokter	38	31,6	34,2	34,2	21,1	44,7	34,2	42,1	31,6	26,3
Dokter gigi	13	23,1	30,8	46,2	7,7	15,4	76,9	38,5	15,4	46,2
Perawat	108	18,5	34,3	47,2	12,0	43,5	44,4	27,8	40,7	31,5
Bidan	86	20,9	33,7	45,3	8,1	45,3	46,5	23,3	38,4	38,4
Apoteker	24	8,3	8,3	83,3	4,2	0,0	95,8	12,5	8,3	79,2
Tenaga farmasi	39	10,3	25,6	64,1	2,6	12,8	84,6	2,6	33,3	64,1
ATLM	74	24,3	36,5	39,2	23,0	37,8	39,2	41,9	25,7	32,4
Tenaga Kesmas	74	13,5	27,0	59,5	10,8	28,4	60,8	13,5	29,7	56,8
Tenaga Kesling	46	13,0	39,1	47,8	13,0	41,3	45,7	19,6	37,0	43,5
Tenaga Gizi	79	7,6	29,1	63,3	2,5	16,5	81,0	16,5	20,3	63,3

Tabel 4. Alasan Utama Kadang-kadang atau Tidak Pernah Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Alasan Utama Kadang-kadang atau Tidak Pernah Pakai	Masker Bedah/ N95		*Face Shield*		*Gloves*		*Goggles*		Sepatu *Boots*		Gaun *reusable*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tidak tersedia (di puskesmas)	187	15,8	181	18,9	6	2,7	129	26,8	91	17,6	90	20,4
Jumlah terbatas	625	52,7	471	49,1	154	68,1	234	48,5	252	48,7	219	49,5
Keberatan dengan dana pribadi	1	0,1	1	0,1	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,2
Tidak nyaman	22	1,9	18	1,9	4	1,8	14	2,9	12	2,3	6	1,4
Merepotkan dalam bekerja	9	0,8	6	0,6	3	1,3	3	0,6	6	1,2	0	0,0
Saat ini tidak diperlukan	99	8,4	99	10,3	0	0,0	27	5,6	55	10,6	44	10,0
Pekerjaan tidak mengharuskan	242	20,4	183	19,1	59	26,1	73	15,1	101	19,5	82	18,6

Tabel 5. Hasil Uji Bivariat Keterlibatan Tim Satuan Tugas (COVID) dan Tenaga Nusantara Sehat dengan Penggunaan APD Lengkap

Variabel	Penggunaan APD						Nilai *p*	OR (95% CI)
	Lengkap		Tidak Lengkap		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Anggota tim satgas								
Ya	21	5,9	335	94,1	356	100	0,005*	6,990
Tidak	2	0,9	223	99,1	225	100		(1,623-30,104)
Penugasan								
UKP	18	4,7	364	95,3	382	100	0,286	1.919
UKM	5	2,5	194	97,5	199	100		(0,701-5,247)
Jenis Kelamin								
Laki-laki	6	3,0	192	97,0	198	100	0,548	0,673
Perempuan	17	4,4	366	95,6	383	100		(0,261-1,734)
Status Kawin								
Kawin/cerai	6	10,2	53	89,8	59	100	0,022*	3.363
Belum kawin	17	3,3	505	96,7	505	522		(1,271-8,896)

Keterangan

* Berhubungan secara statistik, nilai $p<0,05$

Pada penelitian ini alasan utama diisi oleh responden yang menjawab kadang-kadang atau tidak pernah memakai APD. Untuk semua jenis APD baik berupa masker bedah/N95, face shield, gloves, kacamata/*goggles*, sepatu *boots* dan gaun *reusable*; tidak pernah atau kadang-kadang dipakai karena alasan jumlahnya yang terbatas. Hampir tidak ada yang menyatakan alasan keberatan karena menggunakan APD dari dana pribadi, untuk semua jenis APD.

Hasil uji bivariat dengan menggunakan *Chi-square test* memperlihatkan baik keterlibatan sebagai anggota tim satgas COVID-19 dan status perkawinan terbukti signifikan berhubungan dengan perilaku penggunaan APD secara lengkap. Tenaga yang bertugas sebagai tim satgas memiliki peluang 7 kali lebih besar untuk menggunakan APD dengan lengkap. Begitu juga dengan tenaga dengan status perkawinan sudah pernah menikah (kawin/cerai) berpeluang 3 kali lebih besar untuk menggunakan APD secara lengkap, dibandingkan yang belum kawin (Tabel 5).

PEMBAHASAN

Penyebaran virus COVID-19 terjadi melalui *droplet* dan kontak langsung. Transmisi tetesan melalui partikel pernapasan yang umumnya berdiameter di atas 5 meter dengan jarak tidak lebih dari 1 meter. Oleh karena itu, batas kontak 2 meter merupakan tindakan pencegahan. Penularan melalui kontak terjadi karena begitu virus berada di permukaan suatu benda, virus akan tetap ada dan berpotensi menjadi sumber infeksi untuk jangka waktu berjam-jam bahkan berhari-hari. Hal ini menciptakan risiko terhadap petugas kesehatan ataupun orang lain yang menyentuh permukaan dan terkontaminasi dan selanjutnya akan terjangkit penyakit.[9] Individu yang paling

berisiko terinfeksi adalah orang yang memiliki kontak erat atau petugas kesehatan yang merawat pasien COVID-19. Petugas kesehatan dapat melindungi diri ketika merawat pasien dengan mematuhi praktik pencegahan dan pengendalian infeksi yang mencakup pengendalian administratif, lingkungan dan *engineering* serta penggunaan alat pelindung diri.[10]

WHO dan Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan pedoman mengenai penggunaan alat pelindung diri yang benar sesuai dengan faktor risiko, baik bagi para profesional kesehatan dan juga bagi khalayak awam. APD yang direkomendasikan oleh WHO dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bagi petugas kesehatan saat menangani pasien COVID-19 harus menggunakan APD level 3 antara lain pelindung mata atau, pelindung wajah, penutup kepala, masker N95 atau yang setingkat, sarung tangan, *gown all-cover* atau apron, sarung tangan *double sterile*, dan sepatu *boots*.[11] Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan APD lengkap di kalangan tenaga kesehatan di puskesmas daerah terpencil/sangat terpencil masih rendah (4%). Terbukti dari penelitian bahwa APD yang sesuai akan sangat efektif dalam mencegah infeksi pada tenaga kesehatan yang bekerja di lingkungan yang sangat terpapar. Meskipun berisiko tinggi terpapar, tenaga kesehatan yang dilindungi dengan tepat akan tidak tertular infeksi atau mengembangkan kekebalan pelindung terhadap COVID-19.[12] Pada puskesmas sampel terlihat bahwa penggunaan APD secara umum tinggi pada tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien yakni dokter dan dokter gigi. Penggunaan masker pada dokter memiliki angka tertinggi (68,4%), sementara dokter gigi merupakan pengguna terbanyak untuk jenis APD pelindung wajah (53,8%) dan sarung tangan (92,3%). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa kepatuhan tenaga kesehatan dalam penggunaan APD masih rendah. Sejumlah 54,7% tenaga kesehatan tidak patuh dalam menggunakan APD. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan kepatuhan dalam penggunaan APD oleh tenaga kesehatan. Beberapa alasan ketidak patuhan tersebut adalah karena tidak nyaman, APD rusak atau hilang, pengawasan dan ketegasan yang kurang dari pihak RS.[13] Sementara itu dari hasil penelitian terlihat bahwa alasan utama kadang-kadang atau tidak pernah memakai APD adalah jumlahnya yang terbatas. Hal ini berlaku untuk semua jenis APD baik masker, *face shield*, sarung tangan, *goggles*, sepatu *boots* dan gaun *reusable*.

Persediaan APD seperti masker medis, respirator, jubah, kacamata, dan pelindung wajah tidak mencukupi kebutuhan secara global terutama di awal masa pandemi. Lonjakan permintaan tidak hanya terjadi karena kebutuhan penanganan COVID-19 di fasilitas pelayanan kesehatan, melainkan juga didorong oleh misinformasi masyarakat. Penerimaan informasi yang salah menyebabkan maraknya pembelian karena kepanikan (*panic buying*) dan penimbunan oleh oknum penjual. Selain itu kondisi juga diperparah dengan adanya gangguan rantai pasokan dan distribusi.[14] Fenomena ini juga disampaikan dalam hasil penelitian penggunaan APD pada tenaga bidan di Banyuwangi dimana keterbatasan APD menjadi salah satu hambatan kepatuhan penggunaan khususnya di awal pandemi ketika terjadi kelangkaan barang dan terjadi kenaikan harga yang drastis.[15] Kondisi ini juga terjadi di negara lain dimana ketersediaan maupun aksesibilitas APD menjadi isu penting dalam kepatuhan penggunaan APD.[16] Seiring dengan kapasitas produksi yang ditingkatkan dengan mekanisme koordinasi global untuk merespons permintaan pasar, perlahan persediaan APD di seluruh dunia membaik. Meski demikian, WHO terus mengingatkan pentingnya penggunaan APD secara rasional. Idealnya penggunaan disesuaikan dengan tempat, target penerima, risiko pajanan, dan dinamika transmisi penyakit. Prinsip penggunaan APD harus bersamaan dengan pengendalian administratif dan mekanik. Penggunaan APD secara berlebihan dikhawatirkan akan memperparah situasi kekurangan persediaan APD khususnya bagi fasilitas pelayanan kesehatan.[14] Dalam konteks persediaan APD yang terbatas, fasilitas pelayanan

kesehatan didorong untuk menerapkan strategi afirmatif yang memprioritaskan perlindungan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di garis depan (*front liner*). Sementara, opsi penggunaan ulang APD khususnya yang tanpa pemrosesan kembali/proses dekontaminasi dinilai tidak memenuhi aspek kelayakan dan keamanan. Jenis APD masker dan respirator sulit untuk melakukan pembersihan tanpa mengurangi kelayakannya.[14]

WHO membuat panduan sementara penggunaan APD dengan pertimbangan jika persediaan sangat terbatas. Beberapa strategi untuk mengoptimalkan ketersediaan APD adalah dengan meminimalisasi kebutuhan APD, menggunakan APD dengan tepat dan koordinasi rantai pasokan APD.[14] Perlu dipertimbangkan untuk menggunakan *telemedicine* dalam pelayanan kesehatan di daerah yang memungkinkan. Hal ini akan meminimalkan masyarakat untuk beraktivitas keluar dari rumah dan pergi ke fasilitas kesehatan. Namun jika tidak memungkinkan karena sarana prasana tidak mendukung, maka perlu dilakukan modifikasi di fasilitas kesehatan. Penggunaan penghalang fisik seperti jendela atau pembatas dari bahan kaca dan plastik dapat menjadi alternatif solusi. Penerapan penggunaan penghalang ini dapat ditempatkan di area pasien pertama kali datang seperti meja pendaftaran, juga area *triase,* UGD, serta apotek. Melakukan pembatasan jumlah pengunjung dan memastikan kebersihan tangan pengunjung untuk menghindari kontaminasi diri.[5]

Penggunaan APD khususnya pada jenis yang tidak terbiasa dipakai sebelum masa pandemi menimbulkan sejumlah keluhan ketidaknyamanan.[17] Sebagai contoh penggunaan *face shield* yang dinilai menyebabkan kesilauan (*glare*), munculnya kabut akibat uap nafas pada *visor* sehingga mengganggu pandangan, dan menimbulkan distorsi penglihatan.[18] Jenis APD yang cukup familiar bagi tenaga kesehatan seperti masker juga tetap memiliki risiko ketidaknyamanan misalnya ukuran masker yang tidak sesuai dengan antropometri tenaga kesehatan (bisa terlalu ketat atau longgar) dan material bahan yang kurang nyaman serta sesuai ketebalannya. Kondisi tersebut dapat menyebabkan masker yang tidak sempurna menutup area mulut dan hidung serta adanya kecenderungan pengguna berulangkali memperbaiki atau bahkan membuka sebagian area masker. Ketidaknyamanan ini pada akhirnya berimbas pada ketidakoptimalan proteksi.[19] Idealnya, dilakukan pengecekan kecocokan APD atau dikenal dengan *fit testing*. Pengujian itu penting untuk melihat model dan ukuran yang spesifik sesuai dengan kontur wajah pengguna sehingga APD dapat melekat dengan adequate (rapat). Apabila sejumlah tenaga tidak lulus tes APD dengan model tertentu maka diharapkan instansi menyediakan opsi beberapa jenis model untuk mengakomodir variasi kebutuhan di lapangan. Dasar indikasi penggunaan APD sebaiknya disesuaikan dengan tempat, target penerima, risiko pajanan (jenis aktivitas yang dilakukan), dan dinamika transmisi patogen seperti kontak, *droplet*, dan percikan. Secara umum, jenis APD yang digunakan saat merawat pasien akan berbeda-beda tergantung situasi, jenis tenaga kerja, dan kegiatannya.[14] Tingkat perlindungan yang diperlukan dalam merawat orang dengan infeksi COVID-19, bergantung pada lingkungan tertentu tempat petugas kesehatan terpapar. Menutupi lebih banyak bagian tubuh dapat memberikan perlindungan yang lebih baik bagi petugas kesehatan. Namun, tingkat perlindungannya dibutuhkan tergantung pada lingkungan tertentu. Yang terpenting, bukan hanya penyediaan APD tetapi keterampilan mengenakan dan melepaskan APD yang penting, ini menjadi waktu kunci untuk potensi penularan patogen ke petugas kesehatan dan pada waktunya dari mereka kepada orang lain.[20]

Sesuai arahan dari WHO jenis masker yang direkomendasikan bagi pengguna tenaga kesehatan adalah masker medis (*surgical mask*) dan masker respirator penyaring (standar N95). Masker medis mampu memberikan proteksi terhadap partikel semprotan dan percikan (*droplets*) yang mungkin mengandung agen infeksi penyakit. Respirator N95 bahkan diklaim mampu memfiltrasi 95% partikel *airborne* sehingga dinilai lebih protektif untuk prosedur medis yang menimbulkan aerosol dan perawatan

dukungan seperti intubasi kardiopulmoner, ventilasi non invasif, resusitasi, dan sebagainya.[14]

Dalam implementasinya, penggunaan APD tidak selalu sesuai dengan standar yang ditetapkan berdasarkan tingkat risiko pekerjaan. Studi di Banyuwangi memperlihatkan dalam aktivitas pertolongan persalinan, mayoritas bidan tidak menggunakan hazmat sebagai bagian standar APD level 2. Sebagian besar hanya mengenakan sarung tangan dan masker medis. Hanya separuh tenaga bidan yang juga melengkapi kelengkapan tutup kepala, pelindung mata, dan sepatu *boots*.[15] Penggunaan APD yang memadai bagi bidan sangat penting mengingat pasien harus ditangani dalam jarak fisik kurang dari 1 meter dengan status COVID-19 pasien yang bisa saja belum terkonfirmasi. Selain itu, menurut studi observasi di New Jersey memperlihatkan kejadian ibu bersalin terkonfirmasi positif cukup tinggi dan seringkali konfirmasi hasil keluar setelah proses persalinan sehingga perlu diperlakukan sebagai pasien dengan pengawasan (*suspect*). Selain itu, diketahui bahwa manifestasi gejala COVID 19 pada bayi baru lahir yang tertular juga relatif rendah sehingga upaya perlindungan bagi tenaga penolong persalinan menjadi penting.[3,21] Penggunaan APD yang sesuai secara signifikan mengurangi risiko potensial penularan virus lewat kontak berupa tetesan atau udara. Namun perlu dihindari penggunaan APD yang berlebihan karena merupakan salah satu bentuk penyalahgunaan. Hal ini karena menyebabkan habisnya stok APD yang terbatas sehingga menyebabkan kekurangan yang sebenarnya bisa dihindari serta meningkatkan risiko penularan.[9] Sistem perawatan kesehatan harus memprioritaskan pengadaan dan distribusi alat pelindung diri, dan memberikan pelatihan yang memadai kepada profesional perawatan kesehatan dalam penggunaannya.[12]

Pemilihan produk APD sangat kritis dalam menentukan perlindungan optimal bagi tenaga kesehatan karena adanya variasi dari segi tipe/ model, kualitas, dan harga. Sebagai contoh untuk produk *face shield* kriteria produk terbaik hendaknya memilih dengan tipe visor yang menutupi wajah dengan sempurna serta memiliki ketebalan yang sesuai. Jenis yang murah seringkali memiliki visor yang terlampau tipis sehingga perlindungan tidak maksimal dan mudah rusak sehingga pada akhirnya tidak ekonomis dari segi dana. Jenis profesi juga menentukan mekanisme pemasangan dimana pada situasi mobilitas tinggi dibutuhkan pengencangan yang optimal agar tidak mudah terlepas.[19] Saat ini WHO merekomendasikan tindakan pencegahan *droplet* dan kontak untuk petugas kesehatan yang merawat pasien COVID-19. Untuk pencegahan tetesan, penggunaan masker medis (juga disebut sebagai masker bedah) dan pelindung mata (*goggles* atau *faceshield*) dianjurkan. Untuk pencegahan kontak, gaun dan sarung tangan tahan air berlengan panjang direkomendasikan. Ketika *Aerosol Generating Procedures* (AGP) dilakukan, penggunaan N95, *filtering facepiece* (FFP) 2, FFP3, atau respirator yang setara direkomendasikan sebagai pengganti masker bedah, dan penggunaan celemek tambahan disarankan jika gaun pelindung tidak tahan cairan.[22] Hasil penelitian di Lamongan memperlihatkan bahwa kepatuhan penggunanaan APD oleh pekerja pengolah limbah RS lebih baik pada situasi pengawasan dilakukan secara teratur.[23] Dukungan manajemen termasuk dalam hal supervisi aktif dinilai dapat memperbaiki tingkat kepatuhan penggunaan APD.[16] Hasil penelitian pada April 2020 di Kabupaten Sindrap Provinsi Sulawesi Selatan menyatakan tenaga kesehatan mengalami kecemasan ketika kontak dengan pasien COVID-19. Faktor penyebab kecemasan pada tenaga kesehatan terkait dengan ketersediaan alat pelindung diri yang masih kurang dari kebutuhan. Terdapat pengaruh signifikan antara ketersediaan APD terhadap kecemasan tenaga kesehatan yang bertugas di pelayanan kesehatan. Dari hasil uji regresi logistik menunjukkan faktor ketersediaan APD yang sesuai dengan protokol WHO memilliki pengaruh 51,7% terhadap kecemasan petugas kesehatan dalam upaya pencegahan COVID-19.[24]

Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa keterlibatan sebagai anggota tim satgas COVID-19 dan status perkawinan secara statistik berhubungan dengan perilaku penggunaan APD

secara lengkap. Keterpaparan informasi urgensi serta prinsip penggunaan APD melalui pelatihan dan sebagainya, dinyatakan sebagai variabel yang berhubungan dengan kepatuhan pemakaian APD dalam sejumlah studi terhadap tenaga kesehatan. Keterlibatan dalam anggota satuan tugas dalam konteks ini memperkuat intensitas paparan informasi pemakaian APD.[16,25] Namun, temuan pada studi ini berkebalikan dengan hasil penelitian pada pekerja non kesehatan di Irak yang mengungkap bahwa kepedulian terhadap kesehatan dan keselamatan kerja tidak terkait dengan status kawin.[26] Studi lainnya di tahun 2016 menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan ketersediaan APD dengan perilaku penggunaan APD. Sementara usia, lama kerja, pengetahuan dan sikap mempunyai hubungan yang signifikan dengan perilaku penggunaan APD.[27] Penggunaan APD yang tidak sempurna atau bahkan tidak menggunakan APD akan berakibat buruk bagi tenaga kesehatan maupun kesehatan pasien yang berobat ke puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian, risiko prioritas pada masker adalah membuka masker di tempat umum dan cara membuang masker yang salah. Sementara *face shield* memiliki risiko prioritas berupa tidak melakukan pembersihan setelah penggunaan sehingga berpotensi mengontaminasi pengguna, dan dimensi *visor* yang kurang sempurna menutupi wajah. Alat pelindung diri wajah dapat melindungi selaput lendir di bagian mulut, hidung dan mata terhadap risiko percikan darah maupun cairan tubuh manusia. Alat pelindung wajah terdiri dari masker dan kacamata pelindung/ *faceshield*. Pada sarung tangan, terdapat risiko yang perlu diperhatikan yaitu menyentuh bagian wajah saat bekerja dengan sarung tangan, kejadian kontaminasi baik ketika digunakan pertama kali atau saat akan dilepaskan. Sarung tangan dapat membantu perawat untuk melindungi tangan dari kontak dengan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, kulit yang tidak utuh, selaput lendir pasien dan benda yang terkontaminasi. Risiko prioritas tersebut memiliki *severity* yang tinggi dan sulit dihindari saat beraktivitas seharian.[19] Faktor risiko jika tenaga kesehatan tidak menggunakan APD secara tepat adalah terjadinya penularan virus dari pasien ke tenaga kesehatan, yang kemudian juga akan menyebarkan ke pasien yang ditangani selanjutnya. Hal ini akan membuat tingginya angka penularan COVID di Indonesia.

KESIMPULAN

Perilaku penggunaan APD secara lengkap oleh tenaga kesehatan di puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil belum baik. Penggunaan APD secara umum tinggi pada tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien terutama dokter dan dokter gigi untuk jenis APD masker, pelindung wajah dan sarung tangan. Sementara pada tenaga ATLM angka penggunaan APD berupa sarung tangan cukup tinggi. Penggunaan pelindung mata, sepatu *boots*, dan gaun *reusable* masih relatif rendah di semua jenis nakes. Penggunaan APD oleh nakes pelaksana Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) masih sangat sedikit. Responden menyampaikan alasan terpenting dibalik perilaku tenaga kesehatan tidak selalu menggunakan APD adalah keterbatasan jumlah. Penggunaan APD yang tidak sesuai akan meningkatkan risiko penularan COVID-19 pada tenaga kesehatan dan juga kepada masyarakat. Hasil uji bivariat dengan menggunakan *Chi-square test* memperlihatkan bahwa keterlibatan sebagai anggota tim satgas COVID-19 dan status perkawinan berhubungan secara signifikan dengan perilaku penggunaan APD secara lengkap. Sementara jenis penugasan (UKP dan UKM), dan jenis kelamin secara statistik tidak berhubungan.

SARAN

Dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19, disarankan agar tenaga kesehatan di puskesmas meningkatkan perilaku penggunaan APD secara baik dan sesuai dengan standar. Untuk mendukung hal tersebut, Dinas Kesehatan agar memprioritaskan pengadaan dan distribusi alat pelindung diri, dan memberikan pelatihan yang memadai kepada profesional perawatan kesehatan dalam penggunaannya. Puskesmas dalam melindungi tenaga kesehatan yang ada sebaiknya membuat kebijakan untuk merubah

perilaku penggunaan APD yang baik dan sesuai dengan standar dengan cara mengikutkan tenaga kesehatannya dalam pelatihan yang sesuai.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes atas dukungannya dalam pelaksanaan studi. Studi ini terlaksana berkat bentuan tim peneliti dan analis kebijakan yang turut terlibat seperti Rosita, Tinexcelly M Simamora, Amir Su'udi, dkk. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Nusantara Sehat Tim penempatan tahun 2019 yang telah banyak membantu dalam penyebaran dan pengisian *google-form*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Pertahanan. Peraturan Menteri Pertahanan no 40 Tahun 2014 tentang Pelibatan Satuan Kesehatan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia dalam Zoonosisa. Kementerian Pertahanan Republik Indonesia. 2014.
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed. 2020;91(1):157–60.
3. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2020;395(10242):1973–87.
4. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer. Pelayanan pada masa pandemi COVID-19 di pukesmas [Internet]. Petunjuk Teknis Pelayanan Pada Masa Pandemi Covid-19. Jakarta : Kementerian Kesehatan. 2020. 3p. Available from: https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/petunjuk-teknis-pelayanan-puskesmas-pada-masa-pandemi-covid-19/#.X6z9Be77TIU
5. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) and considerations during severe shortages. Who [Internet]. 2020;(April):1–28. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695
6. WHO. Technical specifications of personal protective equipment for COVID-19. World Heal Organ Interim Guid [Internet]. 2020;(13 November 2020). Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-PPE_specifications-2020.1
7. Husein B, Sidipratomo P, Meilia PDI, Christianto GM. Tinjauan etik prioritas alat pelindung diri (APD) untuk profesional pemberi asuhan (PPA) kedokteran dan kesehatan. J Etika Kedokt Indones. 2020;4(2):47.
8. Presiden RI. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan [Internet]. Presiden Republik Indonesia. 2014. p. 1–78. Available from: http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang_undang/uu362014.pdf
9. Cook TM. Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review. Anaesthesia. 2020;75(7):920–7.
10. Yuniarti L, Tejasari M, Purbaningsih W. COVID-19 dan tinjauan molekuler dalam Bunga rampai artikel penyakit virus korona (COVID-19). Bandung : Pusat Penerbitan Universitas (P2U) Unisba; 2020. 24–35 p.
11. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk teknis alat pelindung diri (APD) dalam menghadapi wabah Covid-19. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020; Hal: 5-6, 9.
12. Liu M, Cheng SZ, Xu KW, Yang Y, Zhu QT, Zhang H, et al. Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: Cross sectional study. BMJ. 2020;369.
13. Sampieri RH. Kepatuhan menggunakan alat pelindung diri ditinjau dari pengetahuan dan perilaku para petugas instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit (IPSRS). Aisyah J Ilmu Kesehat [Internet]. 2017;2(2):153–8. Available from: http://ejournal.stikesaisyah.ac.id/index.php/jika/
14. WHO. Penggunaan rasional alat perlindungan diri untuk penyakit coronavirus (COVID-19) dan pertimbangan jika ketersediaan sangat terbatas. World Heal Organ [Internet]. 2020; Available from: WHO/2019-nCov/IPC_PPE_use/2020.2
15. Suryandari AE, Trisnawati Y. Studi Deskriptif Perilaku Bidan Dalam Penggunaan Apd Saat Pertolongan Persalinan Selama Pandemi Covid-19. J Bina Cipta Husada [Internet]. 2020;4(2):119–28. Available from: https://stikesbinaciptahusada.ac.id/filejurnalbch/index.php/filejurnalbch/article/view/38

16. Madziatera D, Msofi KS, Phiri TV, Mkandawire SD, Comber A. Availability, accessibility and proper use of personal protective equipment in wards at queen elizabeth central hospital (Qech) blantyre, malawi: An observational study. Malawi Med J. 2020;32(3):124–31.

17. Gordon C, Thompson A. Use of personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. Nurse Pract. 2020;45(12):6–9.

18. Roberge RJ. Face shields for infection control: A review. J Occup Environ Hyg [Internet]. 2016;13(4):239–46. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/15459624.2015.1095302

19. Theopilus Y, Yogasara T, Theresia C, Octavia JR. Analisis risiko produk alat pelindung diri (APD) pencegah penularan COVID-19 untuk pekerja informal di Indonesia. J Rekayasa Sist Ind. 2020;9(2):115–34.

20. Tian Z, Stedman M, Whyte M, Anderson SG, Thomson G, Heald A. Personal protective equipment (PPE) and infection among healthcare workers – What is the evidence? Int J Clin Pract. 2020;74(11):0–3.

21. Griffin I, Benarba F, Peters C, Oyelese Y, Murphy T, Contreras D, et al. The impact of COVID-19 infection on labor and delivery, newborn nursery, and neonatal intensive care unit: prospective observational data from a single hospital system. Am J Perinatol. 2020;37(1):1022–30.

22. Park SH. Personal protective equipment for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Infect Chemother. 2020;52(2):165–82.

23. Mukhadiroh L, Prasetya TAEP, Nawawinetu ED. Gambaran kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pekerja pengolah limbah RSUD Dr. Soegiri Lamongan. J Ind Hyg Occup Heal. 2019;3(2):108–19.

24. Fadli F, Safruddin S, Ahmad AS, Sumbara S, Baharuddin R. Faktor yang mempengaruhi kecemasan pada tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan Covid-19. J Pendidik Keperawatan Indones. 2020;6(1):57–65.

25. Lubis H, Manalu ED, Purba BB. Hubungan karakteristik individu dan kompetensi dengan kepatuhan pemakaian alat pelindung diri pada tenaga radiologi di Rumah Sakit Bina Kasih Medan. J Inov Kesehat Masy. 2020;1(2):30–5.

26. Yaas MH, Al-jammas EK. Assessment the workers awareness with occupational health and safety at northern petrochemical company in Iraq. 2018;2(4):3–6.

27. Apriluana G, Khairiyati L, Setyaningrum R. Hubungan antara usia, jenis kelamin, lama kerja, pengetahuan, sikap dan ketersediaan alat pelindung diri (APD) dengan perilaku penggunaan APD pada tenaga kesehatan. J Publ Kesehat Masy Indones. 2016;3(3):82–7.

Peran Pengelolaan Limbah Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2018)

The Role of Household Waste Management on of Diarrhea Occurrence in Toddlers in Indonesia (Data Analysis of Base Health Research 2018)

Ade Kurniawan[1] *, Made Agus Nurjana[2], dan Anis Nur Widayati[2]

[1]Balai Litbang Kesehatan Donggala, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jl. Masitudju No. 58 Labuan Panimba, Kecamatan labuan, Kabupaten Donggala, Indonesia

[2]Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Badan Riset dan Inovasi Nasional

*Korenspondensi Penulis: ade.lapauwa@gmail.com

*Submitted:*12-04-2021 , *Revised:*18-09-2021, *Accepted:*08-02-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.4188

Abstrak

Limbah dengan konsentrasi dan kuantitas tertentu berdampak negatif terhadap lingkungan terutama bagi kesehatan manusia. Pengelolaan limbah rumah tangga merupakan pilar yang menentukan dalam kejadian diare pada balita. Faktor lingkungan yang dominan seperti pembuangan tinja, sumber air minum, saluran pembuangan air limbah rumah tangga, pengelolaan sampah, berperan dalam penyebaran kuman diare pada balita. Diare merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian pada balita. Tujuan kajian ini untuk mengetahui hubungan pengelolaan limbah rumah tangga terhadap kejadian diare. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, dengan memanfaatkan data hasil kegiatan Riskesdas 2018, hal ini sesuai dengan surat persetujuan penggunaan data yang dikeluarkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor : 11062001-118 tanggal 22 Juni 2020. Analisis hubungan pengelolaan limbah dengan kejadian diare pada balita telah dilakukan dengan regresi logistik. Sampel yang dianalisis sebanyak 93.448 balita dari data Riskesdas 2018. Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita di Indonesia yaitu mayoritas berjenis kelamin laki-laki, umur balita di atas dua tahun, penanganan dan tempat sampah rumah tangga, serta tempat pembuangan tinja balita. Penanganan sampah rumah tangga merupakan faktor yang paling dominan dengan kejadian diare pada balita. Penanganan sampah rumah tangga dilakukan dengan cara yang ramah lingkungan dengan membuang di TPA, menimbun, atau membuat kompos perlu dilakukan rumah tangga agar tidak dihinggapi lalat yang dapat menjadi sumber penularan diare pada balita.

Kata kunci: diare; limbah; balita; Riskesdas 2018

Abstract

Waste with a certain concentration and quantity has a negative impact on the environment, especially for human health. Dominant environmental factors such as excreta disposal, drinking water sources, household waste water disposal channels, waste management play a role in the spread of diarrhea

germs in toddlers. Diarrhea is one of the main causes of morbidity and mortality in children under five. The purpose of this study was to determine the relationship between household waste management and the incidence of diarrhea. The design of this research was cross sectional, by utilizing data from the 2018 Riskesdas activity, this was in accordance with the approval letter for the use of data issued by the Health Research and Development Agency Number: 11062001-118 dated June 22, 2020. Analysis of the relationship between waste management and the incidence of diarrhea in children under five had been carried out using logistic regression. The samples analyzed were 93,448 toddlers from Riskesdas 2018 data. The results of the analysis showed that the factors related to the incidence of diarrhea in toddlers in Indonesia were the majority male, the age of toddlers over two years old, handling and RT trash bins, and waste disposal sites. Handling household waste is the most dominant factor with the incidence of diarrhea in toddlers. Handling household waste is carried out in an environmentally friendly way by dumping it in a landfill, stockpiling or making compost, it is necessary for households to do so as not to be infested with flies which can be a source of transmission of diarrhea in children under five.

Keywords: diarrhea; waste; toddler; Riskesdas 2018

PENDAHULUAN

Limbah adalah bahan/barang sisa atau bekas dari suatu kegiatan atau proses produksi yang fungsinya sudah berubah dari aslinya, kecuali yang dapat dimakan oleh manusia dan hewan.[1] Menurut WHO, sampah yaitu sesuatu yang tidak berguna, tidak dipakai, tidak disenangi atau sesuatu yang dibuang yang berasal dari kegiatan manusia dan tidak terjadi dengan sendirinya.[2] Pengelompokan limbah berdasarkan bentuk atau wujudnya dapat dibagi menjadi empat diantaranya yaitu: limbah cair, limbah padat, limbah gas dan limbah suara.[3]

Limbah cair yaitu sisa dari suatu hasil usaha dan atau kegiatan yang berwujud cair atau sisa hasil buangan proses produksi atau aktivitas domestik yang berupa cairan. Limbah cair dapat berupa air beserta bahan-bahan buangan lain yang tercampur (tersuspensi) maupun terlarut dalam air. Limbah cair yang tidak ditangani atau diolah dengan baik dapat menimbulkan dampak yang besar bagi pencemaran lingkungan serta dapat menjadi sumber penyakit bagi masyarakat.[4]

Limbah padat adalah sisa hasil kegiatan industri ataupun aktivitas domestik yang berbentuk padat. Limbah padat lebih dikenal sebagai sampah, yang seringkali tidak dikehendaki kehadirannya karena tidak memiliki nilai ekonomis. Di Indonesia kita dapat melihat sampah dimana-mana khususnya di daerah perkotaan dan sekarang menjadi masalah besar lingkungan Indonesia.[5]

Menurut data Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, bahwa Indonesia memproduksi sampah sekitar 66-67 juta ton sampah pada tahun 2019, jumlah ini lebih tinggi dibandingkan jumlah sampah per tahunnya yang mencapai 64 juta ton. Jenis sampah yang dihasilkan didominasi oleh sampah organik yang mencapai sekitar 60 persen dan sampah plastik yang mencapai 15 persen.[6]

Limbah dengan konsentrasi dan kuantitas tertentu berdampak negatif terhadap lingkungan terutama bagi kesehatan manusia, sehingga perlu dilakukan penanganan terhadap limbah. Tingkat bahaya keracunan yang ditimbulkan oleh limbah tergantung pada jenis dan karakteristik limbah. Pengolahan air limbah yang kurang baik dapat menimbulkan akibat buruk terhadap kesehatan masyarakat dan terhadap lingkungan hidup, antara lain menjadi transmisi atau media penyebaran berbagai penyakit, terutama diare. Buruknya sanitasi lingkungan menjadi tempat berkembangbiaknya berbagai macam penyakit dan sebagai penyebab utama penyakit yang timbul dari buruknya kesehatan lingkungan termasuk diare.[7] Beberapa mikroorganisme patogen dan parasit biasanya ditemukan di dalam

air limbah domestik dan juga di dalam efluen dari unit pengolahan air limbah.[8]

Diare sampai saat ini merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian terutama yang sering terjadi pada bayi dan balita. Penyebab kematian bayi umur 29 hari sampai dengan 11 bulan terbanyak (55,2%) disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dengan intervensi lingkungan dan perilaku, yaitu diare (31,4%) dan pneumonia (15,5%).[9]

Faktor lingkungan yang dominan seperti pembuangan tinja, sumber air minum, saluran pembuangan air limbah rumah tangga, pengelolaan sampah berperan dalam penyebaran kuman diare pada balita.[10] Pengelolaan limbah merupakan salah satu bagian dari penyebab kejadian diare pada balita, meskipun masih banyak faktor lainnya seperti ketersediaan air bersih, akses, sarana dan prasarana, dan lain-lain. Pengelolaan limbah rumah tangga merupakan pilar yang menentukan dalam kejadian diare pada anak.[11] Hasil studi di Aceh Besar menunjukkan bahwa penanganan sampah berhubungan dengan diare pada balita.[12] Demikian pula hasil studi di DKI Jakarta menunjukkan hal yang sama yaitu rumah tangga yang tidak memiliki tempat sampah yang saniter berpeluang 3,5 kali untuk terkena diare.[12] Penggunaan tempat sampah terbuka di rumah tangga mempunyai peluang 1,75 kali dan membuang sampah di tempat umum peluang 2,07 kali untuk terkena diare pada anak di bawah 5 tahun di Mbour, Sinegal.[13]

Kondisi saluran pembuangan air limbah berhubungan dengan diare pada balita di wilayah Puskesmas Rembang.[12] Rendahnya pengetahuan ibu tentang pengelolaan limbah yang baik mempunyai hubungan yang kuat dengan diare pada balita.[14] Terdapat hubungan pengelolaan limbah rumah tangga *(p value* 0,000), pengelolaan tinja (*p value* 0,003) dan pengelolaan sampah (*p value* 0,026) dengan gejala diare pada balita.[8] Ada hubungan antara sarana pembuangan sampah, kondisi saluran pembuangan air limbah dengan diare pada balita di Kota Semarang.[15]Kualitas sarana pembuangan sampah dan air limbah berhubungan dengan kejadian diare di Kabupaten Karanganyar.[16]

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, maka dilakukan kajian ini, untuk mengetahui hubungan pengelolaan limbah rumah tangga terhadap kejadian diare khususnya pada balita berdasarkan data Riskesdas 2018 di Indonesia.

METODE

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, hal ini sesuai dengan surat persetujuan penggunaan data yang dikeluarkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor : 11062001-118 tanggal 22 Juni 2020.

Data yang digunakan adalah data yang berhasil dikumpulkan sesuai dengan kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu Riskesdas 2018, dengan jumlah sampel yang berhasil diwawancarai sebanyak 93.448 rumah tangga yang mempunyai balita. Unit analisis variabel independen yaitu rumah tangga yang terdiri dari variabel penanganan limbah cair dan padat (sampah) serta penanganan tinja bagi rumah tangga yang memiliki balita. Sedangkan unit analisis variabel dependen adalah balita usia kurang dari lima tahun yang didiagnosis diare oleh tenaga kesehatan.

Penanganan sampah rumah tangga di kategorikan menjadi dua yaitu penanganan sampah yang tidak ramah lingkungan jika sampah dibakar dan dibuang ke sembarang tempat termasuk ke kali/selokan/laut/sungai, sedangkan penanganan sampah yang ramah lingkungan jika dilakukan dengan cara diangkut (oleh petugas atau anggota rumah tangga), ditimbun dalam tanah tertutup dan dibuat kompos.

Variabel independen yaitu rumah tangga yang terdiri dari variabel penanganan limbah cair dan padat (sampah) serta penanganan tinja bagi rumah tangga yang memiliki balita. Variabel dependen adalah balita usia kurang dari lima tahun yang didiagnosis diare oleh

tenaga kesehatan. Data variabel independen dan dependen selanjutnya dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan distribusi variabel dan analisis *logistic regression* untuk mengetahui hubungan antara variabel yang diteliti dengan menggunakan program pengolah data.

HASIL

Berdasarkan hasil analisis dari data Riskesdas 2018, terhadap responden yang mempunyai balita, didapatkan sebanyak 9.838 balita mengalami diare (11%) dan sebanyak 83.650 balita tidak mengalami diare (89%).

Gambar 1. Prevalensi Diare pada Balita di Indonesia, Riskesdas 2018

Tabel 1. Faktor Karakteristik Demografi dengan Kejadian Diare pada Balita di Indonesia, Riskesdas 2018

Karakteristik Demografi	Status Diare		Total	*P value*	*Odd Ratio*	*95% Confidence Interval*
	Ya	Tidak				
Wilayah						
Perdesaan	11,6%	88,4%	55849	0,001	1,116	1,043 – 1,194
Perkotaan	10,5%	89,5%	37639		reff.	
Jenis Kelamin						
Laki-laki	11,5%	88,5%	48482	0,004	1,098	1,030 – 1,169
Perempuan	10,5%	89,5%	45006		reff.	
Umur						
<= 2 tahun	12,1%	87,9%	38009	0,000	1,211	1,132 – 1,295
> 2 tahun	10,2%	89,8%	55479		reff.	

Kejadian diare pada balita berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 ditemukan baik di wilayah perdesaan maupun perkotaan, dengan persentase masing-masing 11,6% dan 10,5%, dengan nilai siginifikansi 0,001 (Tabel 1). Kejadian diare lebih tinggi ditemukan pada balita dengan jenis kelamin laki-laki (11,5%) dibandingkan dengan perempuan (10,5%), dengan nilai signifikansi 0,004. Pada kajian ini, usia balita dibagi menjadi dua kelompok umur yaitu usia balita di atas dua tahun dan usia balita di bawah dua tahun. Balita dengan umur di atas dua tahun ditemukan mengalami kejadian diare lebih tinggi (12,1%) daripada balita yang berumur kurang dari dua tahun (10,2%) dengan nilai signifikansi 0,000.

Tabel 2. Faktor Penanganan Limbah dengan Kejadian Diare pada Balita di Indonesia, Riskesdas 2018

Penanganan Limbah	Status Diare		Total	*P value*	*Odd Ratio*	*95% Confidence Interval*
	Ya	Tidak				
Penampungan limbah cair						
Tidak ada penampungan	11,2%	88,8%	72070	0,041	1,086	1,003 – 1,175
Ada penampungan	10,4%	89,6%	21418		reff.	
Penanganan sampah RT						
Tidak ramah lingkungan	11,8%	88,2%	66837	0,000	1,295	1,200 – 1,397
Ramah lingkungan	9,4%	90,6%	26651		reff.	
Tempat sampah RT						
Tidak semua tertutup	11,2%	88,8%	85150	0,002	1,209	1,073 – 1,362
Semua tertutup	9,4%	90,6%	8338		reff.	
Tempat Pembuangan Tinja balita						
Bukan pada tempatnya	12,3%	87,7%	44672	0,000	1,268	1,187 – 1,355
Pada tempatnya	10,0%	90,0%	48816		reff.	

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa pada rumah tangga dengan penanganan limbah yang sesuai dengan pedoman perilaku hidup bersih dan sehat menunjukkan kejadian diare pada balita lebih rendah apabila dibandingkan diare pada balita dengan penanganan limbah yang tidak sehat. Pada rumah tangga dengan penampungan limbah cair kejadian diare pada balita ditemukan lebih rendah. Demikian juga pada rumah tangga dengan penanganan sampah yang ramah lingkungan. Ramah lingkungan yang dimaksud dalam analisis ini adalah penanganan sampah rumah tangga yang dilakukan dengan cara diangkut oleh petugas/rumah tangga, ditimbun dalam tanah, maupun diolah menjadi kompos. Diare pada balita ditemukan lebih tinggi pada rumah tangga dengan penanganan sampah yang ramah lingkungan. Rumah tangga dengan tempat sampah yang semua tertutup juga ditemukan kejadian diare pada balita yang lebih rendah daripada rumah tangga dengan tempat sampah yang tidak tertutup. Rumah tangga dengan pembuangan tinja balita pada tempatnya juga ditemukan kejadian diare pada balita lebih rendah apabila dibandingkan rumah tangga yang membuang tinja balita tidak pada tempatnya. Analisis secara statistik faktor penanganan limbah tersebut terhadap kejadian diare pada balita menunjukkan hasil yang signifikan (nilai p <0,05).

Tabel 3. Multivariabel Regresi Logistik Kejadian Diare pada Balita di Indonesia, Riskesdas 2018

Variabel	*Odd Ratio*	*95% Confidence Interval*
Wilayah	,965	0,886 - 1,051
Jenis kelamin	1,102	1,034 - 1,174
Umur	1,161	1,085 - 1,244
Penampungan limbah cair	1,078	0,996 - 1,167
Penanganan sampah RT	1,298*	1,180 - 1,427
Tempat sampah RT	1,097	0,971 - 1,239
Tempat pembuangan tinja balita	1,205	1,126 - 1,289

* memiliki risiko paling tinggi

Analisis statistik dilanjutkan dengan regresi logistik multivariabel untuk menentukan variabel yang memiliki risiko paling tinggi terhadap kejadian diare pada balita. Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 3. Variabel yang memiliki risiko paling tinggi terhadap kejadian diare adalah penanganan sampah rumah tangga (RT), dengan nilai *Odd Ratio* (OR) paling tinggi, yaitu 1,298 pada 95% *Confidence Interval* (1,180 – 1,427). Hal tersebut dapat diartikan bahwa balita pada rumah tangga dengan penanganan sampah tidak ramah lingkungan mempunyai peluang 1,298 kali untuk terkena diare dibandingkan dengan rumah tangga yang penanganan sampahnya ramah lingkungan.

PEMBAHASAN

Prevalensi diare pada balita berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 11%, angka ini mengalami kenaikan bila dibandingkan data Riskesdas tahun 2013 (5,2%),[17] namun lebih rendah dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 (15,2%).[18] Peningkatan nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) menunjukkan perbaikan status kesehatan Indonesia, namun tidak berdampak secara signifikan terhadap kesehatan balita. Diare balita yang cenderung mengalami peningkatan menjadi perhatian mengingat balita sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi dari lingkungan. Diare pada balita di Indonesia lebih banyak ditemukan di daerah perdesaan. Daerah perdesaan dan perkotaan hanya dibedakan oleh lokasi dan kemajuan dari daerah tersebut, dalam hal kebersihan lingkungan seharusnya baik daerah perdesaan maupun daerah perkotaan tetap memperhatikan dan menjaga kebersihan lingkungan.[19] Lingkungan yang kotor akan menimbulkan genangan air dan akan menjadi tempat perkembangbiakan mikroorganisme yang merugikan. Sebuah analisis lanjut terhadap data Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kejadian diare pada balita adalah jumlah pemakaian air, kemudahan memperoleh air, pendidikan ibu, pemilikan jamban, jenis jamban, kebiasaan tempat buang air besar dan jenis kelamin balita. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian di kawasan Etiopia, India, dan Kenya, bahwa kejadian diare pada anak banyak terjadi di daerah perdesaan.[21-23] Hasil penelitian di Mbour, Sinegal menunjukkan hal yang sebaliknya, kejadian diare lebih tinggi terjadi pada balita di perkotaan dibandingkan perdesaan.[24] Hal tersebut disebabkan karena akses pelayanan kesehatan masyarakat lebih tinggi pada masyarakat yang tinggal di perkotaan dibandingkan perdesaan. Sehingga berpengaruh terhadap angka kunjungan di fasilitas kesehatan dan pelaporan kasus diare pada balita.

Jenis kelamin termasuk dalam predisposing faktor yang memungkinkan seseorang untuk mengubah perilaku. Perbedaan jenis kelamin mungkin saja bisa membawa pengaruh terhadap individu dalam melakukan aktivitas, sehingga

perlu dinilai dan diukur menurut Notoadmojo.[25] Faktor jenis kelamin berkaitan dengan kejadian diare pada balita. Hasil Riskesdas ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Eka Susanti menyatakan terdapat hubungan jenis kelamin anak dengan kejadian diare.[19] Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Sulaiman Yusuf jenis kelamin tidak memengaruhi kejadian diare pada balita.[26] Anak laki-laki cenderung lebih aktif dibandingkan anak perempuan, dengan status fisik yang lebih kuat memungkinkan bergerak lebih banyak dengan jangkauan yang lebih luas.[19]

Faktor usia juga berkaitan dengan kejadian diare pada balita. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa kejadian diare pada balita usia kurang dari dua tahun ditemukan lebih banyak daripada balita usia lebih dari dua tahun. Hal tersebut sejalan dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa faktor usia berpengaruh terhadap kejadian diare pada balita.[21,23] Balita usia dua tahun cenderung lebih rentan, mengingat kebiasaan yang sulit dikendalikan seperti memasukkan jari/mainan ke dalam mulut yang meningkatkan risiko terkena penyakit, diperparah oleh sistem imun yang belum terbentuk secara maksimal.[27]

Berdasarkan analisis yang dilakukan terhadap data Riskesdas 2018 khususnya faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita, menunjukkan bahwa faktor penanganan limbah rumah tangga memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan kejadian diare pada balita. Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya.[28,29] Banyak faktor yang menimbulkan penyakit diare antara lain faktor lingkungan, faktor balita, faktor ibu, dan faktor sosio demografis. Dari beberapa faktor tersebut, faktor lingkungan cukup banyak diteliti dan dibahas dari segala aspek seperti dari Sarana Air Bersih (SAB), jamban, saluran pembuangan air limbah (SPAL), keadaan rumah, tempat pembuangan sampah, kualitas bakteriologis air bersih dan kepadatan hunian. Penanganan air limbah yang tidak memenuhi syarat akan menimbulkan bau, mengganggu estetika dan dapat menjadi tempat perindukan nyamuk dan bersarangnya tikus, kondisi ini dapat berpotensi menularkan penyakit. Bila ada saluran pembuangan air limbah di halaman, secara rutin harus dibersihkan, agar air limbah dapat mengalir, sehingga tidak menimbulkan bau yang tidak sedap. Air limbah rumah tangga merupakan air buangan yang tidak mengandung kotoran/ tinja manusia yang dapat berasal dari buangan air kamar mandi, aktivitas dapur, cuci pakaian, dan lain-lain yang mungkin mengandung mikroorganisme patogen dalam jumlah kecil serta dapat membahayakan kesehatan manusia.[30] Faktor risiko yang paling rentan menyebabkan penyakit diare adalah faktor lingkungan.[31]

Penelitian di beberapa kawasan di Etiopia juga menunjukkan hasil serupa, bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak-anak antara lain ketersediaan jamban, fasilitas cuci tangan, sarana sumber air minum, dan pembuangan sampah yang tidak sesuai dengan kaidah kesehatan.[32–36] Hasil penelitian serupa juga ditemukan di Irak dan Bangladesh, bahwa faktor lingkungan berhubungan secara statistik dengan kejadian diare pada anak-anak, yaitu sanitasi yang tidak baik dan pembuangan limbah rumah tangga yang tidak ramah lingkungan.[37,38] Penelitian di Kenya, turut mendukung hasil penelitian ini, yaitu penanganan tinja balita yang tidak baik meningkatkan risiko diare.[23]

Diare merupakan gejala dari infeksi saluran pencernaan, yang disebabkan oleh berbagai jenis bakteri, virus, dan organisme parasit. Infeksi ditularkan melalui air maupun makanan yang terkontaminasi, atau dari orang ke orang karena sanitasi yang tidak baik. Badan kesehatan dunia (WHO) menyatakan diare dapat dicegah dengan berbagai intervensi, yaitu penyediaan air minum yang bersih dan aman, penggunaan sanitasi yang baik, dan mencuci tangan dengan sabun.[39]

KESIMPULAN

Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita yaitu jenis kelamin, umur, penanganan dan tempat sampah RT, serta tempat pembuangan tinja balita. Faktor risiko yang paling tinggi terhadap kejadian diare pada balita tahun 2018 adalah penanganan sampah

rumah tangga. Balita pada rumah tangga dengan penanganan sampah tidak ramah lingkungan mempunyai peluang 1,298 kali untuk terkena diare dibandingkan dengan rumah tangga yang penanganan sampahnya ramah lingkungan.

SARAN

Penanganan sampah rumah tangga dilakukan secara ramah lingkungan dengan membuang di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) sampah, ditimbun maupun dibuat kompos perlu dilakukan rumah tangga agar tidak dihinggapi oleh lalat yang dapat menjadi sumber penularan diare pada balita.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih penulis ucapkan kepada Badan Litbang Kesehatan atas kesempatan untuk menganalisis data Riskesdas 2018. Seluruh penulis merupakan kontributor utama dalam penyusunan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Perindustrian dan Perdagangan RI. Keputusan Menteri Perindustrian Dan Perdaganan Republik Indonesia Nomor : 231/MPP/Kep/7/97 Tentang Prosedur Impor Limbah. Jakarta; 1997.
2. Hayat H, Zayadi H. Model inovasi pengelolaan sampah rumah tangga. Jurnal Ketahanan Pangan. 2018;2(2):131-141.
3. Setiawan B. Pengelompokan limbah berdasarkan bentuk atau Wujudnya. Tersedia di https://ilmulingkungan.com/pengelompokan-limbah-berdasarkan-bentuk-atau-wujudnya
4. Subekti S. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga. Majalah Ilmiah Universitas Pandanaran. 2009;7(14).
5. Kurnia N. Sampah Menjadi Masalah Lingkungan di Indonesia. 2020. Tersedia di: https://www.kompasiana.com/niningkurnia/5cbef26595760e2b081e54a4/sampah-menjadi-masalah-lingkungan-di-indonesia
6. Permana E. Indonesia hasilkan 67 juta ton sampah pada 2019. Tersedia di : https://www.aa.com.tr/id/headline-hari/indonesia-hasilkan-67-juta-ton-sampah-pada-2019/1373712
7. Rasyidah UM. Diare sebagai konsekuensi buruknya sanitasi lingkungan. J Kesehat dan Kedokt. 2019;1(1):31-36. doi:10.24123/kesdok.v1i1.2485
8. Hatifah P, Anwar A, Risva. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas bakteorologis E.Coli Sungai Karang Mumus serta gejala diare pada balita di Kelurahan Bandara Kecamatan Sungai Pinang Kota Samarinda. Hig J Kesehat Lingkung. 2018;4(3):159-168.
9. Badan Litbangkes RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta : Kementerian Kesehatan; 2007.
10. Dini F, Machmud R, Rasyid R. Hubungan faktor lingkungan dengan kejadian diare balita di wilayah kerja Puskesmas Kambang Kecamatan Lengayang Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2013. J Kesehat Andalas. 2015;4(2):453-461. doi:10.25077/jka.v4i2.271
11. Arlinda S. Perilaku sanitasi sebagai penentu kejadian diare pada anak di Indonesia (Analisis Survei Riset Kesehatan Dasar 2013). Padang; 2015.
12. Syachrizal. Hubungan penanganan sampah dengan kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar. J Kes Ilm Nasuwakes. 2016;9(1):69-75.
13. Thiam S, Diène AN, Fuhrimann S, et al. Prevalence of diarrhea and risk factors among children under five years old in Mbour, Senegal: A cross-sectional study. Infect Dis Poverty. 2017;6(1):1-12. doi:10.1186/s40249-017-0323-1
14. Yarmaliza. The effects of improper household waste management by mothers on the genesis of diarrhea in toddlers. J Int Dent Med Res. 2018;11(3):1053-1057.
15. Muhajjar M, Rahardjo M, Astorina N, Dewanti Y. Analisis spasial hubungan kualitas lingkungan dengan kejadian diare pada balita di Kecamatan Genuk Kota Semarang. J Kesehat Masy. 2016;4(3):807-816.
16. Putra ADP, Rahardj M, Joko T. Hubungan sanitasi dasar dan personal hygiene dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Tasikmadu Kabupaten Karanganyar. J Kesehat Masy. 2017;5(1):422-429.
17. Badan Litbangkes RI. Laporan Riskesdas 2013. Jakarta : Kementerian Kesehatan; 2013.

18. Susanti WE, Novrikasari, Sunarsih E. Determinan kejadian diare pada anak balita di Indonesia (Analisis Lanjut Data SDKI 2012). J Ilmu Kesehat Masy. 2016;7(1):64-72.

19. Eka Susanti W, Novrikasari N, Sunarsih E. Determinan kejadian diare pada anak balita di Indonesia. J Ilmu Kesehat Masy. 2016;7(1):64-72. doi:10.26553/jikm.2016.7.1.64-72

20. Badan Litbangkes RI. Laporan Riskesdas 2018. Jakarta : Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.

21. Workie GY, Akalu TY, Baraki AG. Environmental factors affecting childhood diarrheal disease among under-five children in Jamma district, South Wello zone, Northeast Ethiopia. BMC Infect Dis. 2019;19(1):804. doi:10.1186/s12879-019-4445-x

22. Kattula D, Francis MR, Kulinkina A, et al. Environmental predictors of diarrhoeal infection for rural and urban communities in south India in children and adults. Epidemiol Infect. 2015;143(14):3036-3047. doi:10.1017/S0950268814003562

23. Mulatya DM, Ochieng C. Disease burden and risk factors of diarrhoea in children under five years: Evidence from Kenya's demographic health survey 2014. Int J Infect Dis. 2020;93:359-366. doi:10.1016/j.ijid.2020.02.003

24. Thiam S, Diène AN, Sy I, et al. Association between childhood diarrhoeal incidence and climatic factors in urban and rural settings in the health district of Mbour, Senegal. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(9):1-16. doi:10.3390/ijerph14091049

25. Debby Daviani Prawati, Haqi DN. Faktor yang memengaruhi kejadian diare di Tambak Sari, Kota Surabaya. J Promkes. 2019;7(1):35-46. doi:10.20473/jpk.V7.I1.2019.35-46

26. Yusuf S. Profil diare di Ruang Rawat Inap Anak. Sari Pediatr. 2016;13(4):265. doi:10.14238/sp13.4.2011.265-70

27. Novianti Y. 5 Penyebab Sistem Imun Anak Lemah dan Cara Meningkatkannya Agar Tidak Mudah Sakit. Tersedia di : https://www.ibudanbalita.com/artikel/5-penyebab-sistem-imun-anak-lemah-dan-cara-meningkatkannya-agar-tidak-mudah-sakit

28. Yarmaliza Y, Marniati M. Pengaruh lingkungan terhadap kejadian diare pada balita. Semin Nas Kemaritiman Aceh. 2017;1:487-493. http://ojs.serambimekkah.ac.id/semnas/article/download/422/386.

29. Sengkey A, Joseph WBS, Warouw F, Kesehatan F, Universitas M, Ratulangi S. Hubungan antara ketersediaan jamban keluarga dan sistem pembuangan air limbah rumah tangga dengan kejadian diare pada balita usia 24-59 bulan di Desa Raanan Baru Kecamatan Motoling Barat Kabupaten Minahasa Selatan. Kesmas. 2020;9(1):182-188.

30. Miswan M, Ramlah S, Rasyid R. Hubungan sanitasi lingkungan dengan penyakit diare pada masyarakat di Desa Tumpapa Indah Kecamatan Balinggi Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah. UNM Environ Journals. 2018;1(2):33. doi:10.26858/uej.v1i2.8061

31. Adisasmito W. Faktor risiko diare pada bayi dan balita di Indonesia. J Makara Kesehat. 2007;11(1):1-10.

32. Bizuneh H, Getnet F, Meressa B, Tegene Y, Worku G. Factors associated with diarrheal morbidity among under-five children in Jigjiga town, Somali Regional State, eastern Ethiopia: A cross-sectional study. BMC Pediatr. 2017;17(1):1-7. doi:10.1186/s12887-017-0934-5

33. Asfaha KF, Tesfamichael FA, Fisseha GK, et al. Determinants of childhood diarrhea in Medebay Zana District, Northwest Tigray, Ethiopia: A community based unmatched case-control study. BMC Pediatr. 2018;18(1):1-9. doi:10.1186/s12887-018-1098-7

34. Hashi A, Kumie A, Gasana J. Prevalence of diarrhea and associated factors among under-five Children in Jigjiga District, Somali Region, Eastern Ethiopia. Open J Prev Med. 2016;06(10):233-246. doi:10.4236/ojpm.2016.610022

35. Ayalew AM, Mekonnen WT, Abaya SW, Mekonnen ZA. Assessment of diarrhea and its associated factors in under-five children among open defecation and open defecation-free rural settings of Dangla District, Northwest Ethiopia. J Environ Public Health. 2018;2018. doi:10.1155/2018/4271915

36. Mamo A, Hailu A. Assessment of prevalence and related factors of diarrheal diseases among under-five year's children in Debrebirehan Referral Hospital, Debrebirehan Town, North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. OALib. 2014;01(01):1-14. doi:10.4236/oalib.1100283

37. Alaa H, Shah SA, Khan AR. Prevalence of diarrhoea and its associated factors in children under five years of age in Baghdad, Iraq. Open J Prev Med. 2014;04(01):17-21. doi:10.4236/ojpm.2014.41004

38. Islam M, Ercumen A, Ashraf S, Rahman M, Shoab AK, Luby SP, et al. Unsafedisposal of feces of children <3 years among households with latrine access in rural Bangladesh:Association with house hold characteristics, fly presence and child diarrhea. PLoSONE. 2018;13(4):e0195218. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195218

39. World Health Organization. Diarrhoeal disease. Tersedia di https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease

Media Massa dan *Online* sebagai Faktor yang Berpengaruh terhadap Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia: Analisis Data Sekunder SDKI 2017

Mass Media and Online as Factors Influencing Toddler Survival in Indonesia : 2017 IDHS Secondary Data Analysis

Mitra[1]*, Renti Mahkota[2], Ervira Dwiapriani As Syifa[3]
[1]Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru, Jln. Mustafa Sari No.5 Tangkerang Selatan Kota Pekanbaru, Riau, Indonesia
[2]Departmen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Lantai 1 Gedung A, Kampus UI Depok, Indonesia
[3]Program Studi Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Indonesia
*Korespondensi Penulis: mitra@htp.ac.id

Submitted: 28-01-2021, *Revised:* 19-09-2021, *Accepted:* 08-02-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.4383

Abstrak

Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa angka kematian balita di Indonesia masih tinggi yaitu 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis hubungan media massa dan *online* dan faktor lainnya dengan kelangsungan hidup balita di Indonesia. Jenis penelitian adalah kuantitatif analitik menggunakan data sekunder SDKI 2017 dengan desain *cross sectional study*. Sampel penelitian adalah ibu usia 15-49 tahun yang memiliki balita (anak terakhir) berjumlah 8.175 responden yang tersebar di seluruh Indonesia. Variabel yang dikumpulkan terdiri dari faktor sosiodemografi, faktor pelayanan kesehatan, faktor ibu, dan faktor balita. Media massa dan *online* merupakan salah satu variabel yang terdapat pada faktor sosiodemografi. Analisis dilakukan secara univariat untuk mengetahui probabilitas kelangsungan hidup balita, bivariat menggunakan Kaplan Meir*,* dan *logrank test,* serta multivariat dengan uji *Cox Regression*. Hasil menunjukkan bahwa probabilitas kelangsungan hidup balita (0-59 bulan) di Indonesia secara keseluruhan adalah 97,8%. Variabel yang berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan *online*, pekerjaan ibu, paritas, dan inisiasi menyusu dini (IMD). Variabel yang paling berpengaruh terhadap kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan *online*. Ibu dengan karakteristik jarang menggunakan media massa dan *online* mempunyai *hazard* tiga kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang sering menggunakan media massa dan *online*. Media massa dan *online* dapat dijadikan sebagai wadah edukasi dan kampanye dalam pemberian informasi tentang kesehatan, pengasuhan, perawatan, dan hal-hal lainnya untuk kelangsungan hidup balita.

Kata kunci : balita; kelangsungan hidup; media massa dan *online*; Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia

Abstract

The 2017 Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS) report showed that the under-five mortality rate in Indonesia was still high at 32 deaths per 1,000 live births. The study aimed to analyze

the relationship between mass media and online and other factors with the survival of children under five in Indonesia. The type of research was quantitative analytic using secondary data from the 2017 IDHS with a cross sectional study design. The sample was mothers aged 15-49 years who had toddlers (last-child) totaling 8,175 respondents spread throughout Indonesia. The variables collected consisted of sociodemographic factors, health service factors, maternal factors, and toddler factors. Mass media and online was one of variables of sociodemographic factors. We used univariate analysis to determine the probability of child survival, bivariate analysis using Kaplan Meir and logrank tests, and multivariate analysis using Cox Regression test. The results found that the overall survival probability of children under five (0-59 months) in Indonesia was 97.8%. Variables that were significantly related to the survival of children under five were the use of mass media and online, mother's occupation, parity, and early initiation of breastfeeding. The most dominant variable on the survival of children under five was the use of mass media and online. Mothers with the characteristics of rarely using mass media and online have a three times higher hazard for toddler survival compared to mothers who often use mass media and online. Mass media and online can be used as a forum for education and campaigns in providing information about health, parenting, care, and other matters for the survival of toddlers.

Keywords: toddler; survival; mass media and online; Indonesia Demographic and Health Survey

PENDAHULUAN

Angka Kematian Neonatus (AKN), Bayi (AKB) dan Balita (AKABA) di Indonesia masih tinggi dibandingkan di negara-negara anggota ASEAN walaupun telah menunjukkan penurunan.[1] Data SDKI 2012 dan 2017 menunjukkan bahwa AKN Indonesia menurun dari 19/1000 Kelahiran Hidup (KH) menjadi 15/1000 KH. AKB menurun dari 32/1000 KH menjadi 24/1000 KH. Demikian pula AKABA menurun dari 40/1000 KH menjadi 32/1000 KH.[2] Meskipun menunjukkan penurunan yang signifikan, tetapi masih jauh dari target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dan menjadi tantangan besar bagi Indonesia untuk mencapai target SDGs tersebut. Target SDGs pada tahun 2030 adalah untuk AKN sebesar 7/1000 KH, AKB sebesar 12/1000 KH dan AKABA sebesar 18,8/1000 KH.[3]

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya dan intervensi dari berbagai sektor baik sektor kesehatan dan nonkesehatan untuk dapat menurunkan AKN, AKB, dan AKABA tersebut.[4] Intervensi akan lebih efektif bila diketahuinya faktor-faktor yang memengaruhi kelangsungan hidup anak.[5] Mosley dan Chen (1984) membagi variabel-variabel yang berpengaruh terhadap kelangsungan hidup anak menjadi dua, yaitu; (1) variabel yang dianggap eksogenous atau sosial ekonomi (seperti budaya, sosial, ekonomi, masyarakat, dan faktor regional) dan; (2) variabel endogenous atau faktor *biomedical* (seperti pola pemberian ASI, kebersihan, sanitasi, dan nutrisi).[6] Penelitian yang dilakukan di Negara India dan Kenya menunjukkan bahwa kelangsungan hidup anak tidak hanya dipengaruhi oleh faktor kesehatan, seperti jumlah tenaga kesehatan, infrastruktur kesehatan, dan jumlah puskesmas, tetapi dipengaruhi juga oleh faktor non sektor kesehatan, seperti faktor sosial-ekonomi, yaitu tingkat pendidikan orang tua dan tingkat pendapatan rumah tangga.[7]

Penyebab langsung kematian pada bayi dan anak balita berdasarkan hasil sistem registrasi kematian di Indonesia tahun 2012 dengan proporsi tertinggi adalah pneumonia (29,5%) dan diare (11,2%).[8] Penyebab langsung kematian bayi dan anak balita relatif lebih mudah dikendalikan, dibandingkan dengan upaya perubahan perilaku masyarakat dan keluarga untuk menjamin kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi baru lahir yang lebih sehat.[1,9]

Salah satu upaya perubahan perilaku untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran

masyarakat akan pentingnya kesehatan adalah melalui promosi kesehatan menggunakan teknologi informasi. Hampir semua kegiatan manusia memanfaatkan teknologi informasi dalam bentuk media massa.[10–12] Media massa meliputi media cetak, media elektronik dan media *online*. Media cetak terbagi menjadi beberapa macam di antaranya seperti koran dan majalah, media elektronik diantaranya radio dan televisi, sedangkan media *online* meliputi media internet seperti *website, facebook, whatapps,* dan lain sebagainya.[13] Informasi yang disajikan pada media massa dan *online* menjadi pertimbangan masyarakat dan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.[14]

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi diikuti dengan perubahan gaya hidup masyarakat di Indonesia. Statistik menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia yang menggunakan teknologi informasi dan komunikasi tergolong sangat aktif, terutama dalam penggunaan media sosial.[12] Untuk itu, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan media massa dan *online* dan faktor lainnya dengan kelangsungan hidup balita di Indonesia berdasarkan data sekunder SDKI 2017.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 yang melakukan pengumpulan data dengan desain potong lintang (*cross sectional*). *Dataset* SDKI 2017 diperoleh dari *website* https://dhsprogram.com/data/dataset/Indonesia. SDKI tahun 2017 dilaksanakan bersama oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan RI. Pengumpulan data SDKI 2017 berlangsung dari tanggal 24 Juli hingga 30 September 2017. Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus yang meliputi daerah perkotaan dan perdesaan. Kerangka sampel SDKI 2017 menggunakan Master Sampel Blok Sensus dari hasil Sensus Penduduk 2010 (SP2010). Sedangkan kerangka sampel pemilihan rumah tangga menggunakan daftar rumah tangga biasa hasil pemutakhiran rumah tangga dari blok sensus terpilih.

Desain sampling yang digunakan dalam SDKI 2017 adalah sampling dua tahap berstrata. Tahap I dilakukan dengan memilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* (PPS) sistematik dengan *size* jumlah rumah tangga hasil *listing* SP2010. Tahap II dilakukan dengan memilih 25 rumah tangga biasa di setiap blok sensus terpilih secara sistematik dari hasil pemutakhiran rumah tangga di setiap blok sensus tersebut.

Populasi pada penelitian adalah seluruh wanita pernah kawin berusia 15-49 tahun dan mempunyai balita. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian dari populasi yang ada pada SDKI 2017 yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah wanita pernah kawin usia 15-49 tahun dan mempunyai balita, jika ada lebih dari satu anak balita maka diambil sebagai sampel adalah anak terakhir. Kriteria eksklusi adalah *dataset* yang tidak lengkap.

Penanganan *dataset* yang tidak lengkap/ *data missing* dilakukan dengan menghapus baris/responden pada variabel yang jumlah data *missing*-nya kurang dari 10%, sedangkan untuk variabel yang data *missing*-nya lebih dari 50% seperti variabel ASI esklusif dan IMD dilakukan dengan membuat kategori baru dengan nama "tidak diketahui". Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi kehilangan data yang cukup besar, terutama untuk data kematian balita (*event*). Setelah dilakukan penanganan *data missing*, diperoleh besar sampel sebanyak 8.175 responden. Sampel penelitian tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Pengambilan sampel dilakukan secara *random* dari *dataset* SDKI 2017 yang berjumlah sebanyak 184.090 orang responden.

Variabel dependen adalah kelangsungan hidup balita. Kelangsungan hidup balita adalah waktu yang dihitung sejak bayi dilahirkan

dan bertahan hidup sampai usia 59 bulan. Status *survival* balita selama pengamatan yang dikategorikan menjadi *event* dan *cencor* (sensor). *Event* yaitu kematian balita sedangkan sensor yaitu balita yang bertahan hidup sampai usia 59 bulan. Variabel independen terdiri dari faktor sosiodemografi yang meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tempat tinggal, penggunaan media massa dan *online*, dan kebiasaan merokok. Faktor ibu meliputi paritas pemeriksaan kehamilan dan komplikasi kehamilan. Faktor balita meliputi berat badan lahir, ASI eksklusif, IMD, dan pemeriksaan neonatus. Faktor pelayanan kesehatan yaitu tenaga pemeriksa kesehatan balita.

Penggunaan media massa dan *online* adalah intensitas akses media massa (televisi, surat kabar/majalah, dan radio) serta media *online* (menggunakan jaringan internet seperti *facebook*, *WhatsApp,* dan lain sebagainya) dalam 12 bulan terakhir. Dikategorikan menjadi sering yaitu selalu atau paling tidak seminggu sekali terpapar media massa dan *online*. Jarang yaitu kurang dari satu kali seminggu atau tidak pernah sama sekali menggunakan media massa dan media *online*. Kebiasaan merokok adalah perilaku ibu mengisap rokok setiap hari atau kadang-kadang merokok. Dikategorikan menjadi dua kategori yaitu merokok (ibu selalu atau kadang-kadang merokok) dan tidak pernah merokok.

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan ibu, baik yang masih hidup maupun yang telah meninggal dunia. Dikategorikan menjadi ≤2 anak dan >2 anak. Pemeriksaan kehamilan yaitu jumlah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu pada trimester 1, 2, dan 3. Dikategorikan menjadi ≥ 4 kali dan <4 kali.

Komplikasi kehamilan adalah ibu mengalami tanda-tanda bahaya selama kehamilan seperti muntah terus-menerus, perdarahan, demam tinggi, pre-eklamsi, kejang-kejang, dan sebagainya. Dikategorikan menjadi ada komplikasi (paling tidak satu tanda bahaya kehamilan) dan tidak ada komplikasi. Pemeriksaan neonatus adalah pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu 1 kali pada umur 6-48 jam (KN 1), 1 kali pada umur 3-7 hari (KN 2), dan 1 kali pada umur 8-28 hari. Dikategorikan menjadi ada pemeriksaan neonatus, dan tidak pernah melakukan pemeriksaan neonatus.

Tahapan pengolahan data SDKI 2017 adalah (1) Mempelajari variabel-variabel yang ada dalam data SDKI 2017 dengan mencocokkan variabel-variabel tersebut dengan daftar pertanyaan (kuesioner), (2) Memilih variabel-variabel yang sesuai dengan tujuan penelitian, (3) Melakukan proses seleksi terhadap data sesuai dengan kriteria sampel, (4) Variabel yang terpilih kemudian dilakukan pengodean ulang sesuai dengan klasifikasi penelitian. Pengolahan dan analisis data dengan menggunakan *software* SPSS.

Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui probabilitas kelangsungan hidup anak di Indonesia dan gambaran dari masing-masing variabel penelitian. Analisis bivariat adalah untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan juga untuk menyeleksi variabel kandidat yang akan ikut dalam analisis multivariat. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *Kaplan-Meier*. Uji kemaknaan menggunakan *logrank test.* Untuk mengetahui faktor yang paling berisiko yang berhubungan dengan kelangsungan hidup balita maka dilakukan analisis multivariat dengan dengan uji *cox regression*. Variabel kandidat yang diikut sertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai p<0,25 berdasarkan analisis bivariat. Sebelum dilakukan regresi cox, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan asumsi *proporsional hazard* terhadap variabel-variabel yang menjadi kandidat. Asumsi proporsional terpenuhi bila hasil uji *global test* semua variabel memiliki nilai

Tabel 1. Sebaran Sampel per Provinsi di Indonesia Berdasarkan SDKI 2017

Provinsi	Frekuensi (n)	Persentase %
Aceh	383	4,7
Sumatera Utara	402	4,9
Sumatera Barat	142	1,7
Riau	174	2,1
Jambi	137	1,7
Sumatera Selatan	216	2,6
Bengkulu	154	1,9
Lampung	230	2,8
Bangka Belitung	155	1,9
Kepulauan Riau	175	2,1
Jakarta	251	3,1
Jawa Barat	888	10,9
Jawa Tengah	566	6,9
Yogyakarta	114	1,4
Jawa Timur	681	8,3
Banten	305	3,7
Bali	152	1,9
Nusa Tenggara Barat	218	2,7
Nusa Tenggara Timur	326	4,0
Kalimantan Barat	177	2,2
Kalimantan Tengah	115	1,4
Kalimantan Selatan	147	1,8
Kalimantan Timur	201	2,5
Kalimantan Utara	104	1,3
Sulawesi Utara	98	1,2
Sulawesi Tengah	211	2,6
Sulawesi Selatan	256	3,1
Sulawesi Tenggara	231	2,8
Gorontalo	109	1,3
Sulawesi Barat	257	3,1
Maluku	253	3,1
Maluku Utara	154	1,9
Papua Barat	82	1,0
Papua	111	1,4
Total	**8.175**	**100,0**

p >0,05.[15]

HASIL

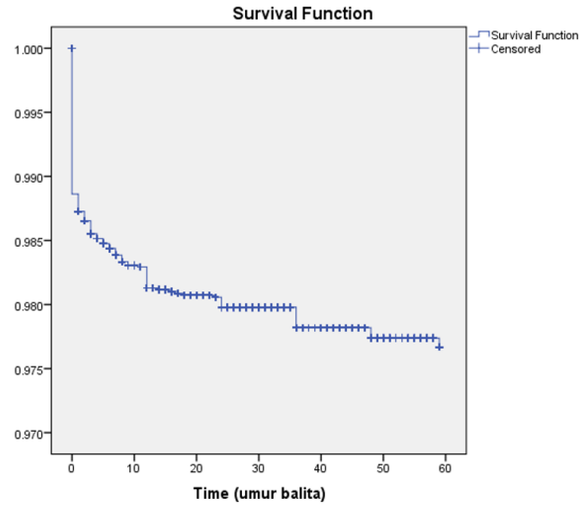
Sampel tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Sebaran sampel per provinsi disajikan pada Tabel 1.

Gambaran kelangsungan hidup balita (0-59 bulan) dapat diketahui dari *survival time*-nya yaitu probabilitas kelangsungan hidup dari status *survival*-nya. Status *survival* dilihat dari *event* dan *cencor*. *Event* adalah balita yang meninggal dunia pada usia 0-59 bulan, sedangkan *cencor* adalah balita yang tidak terjadi *event* (bertahan hidup sampai usia 59 bulan). Berdasarkan Tabel 2 diperoleh hasil bahwa dari 8.175 responden, didapatkan kematian balita sebanya 176 balita (2,2%). Probabilitas kelangsungan hidup balita (0-59 bulan) secara keseluruhan adalah 97,8%.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kematian Balita di Indonesia

Kelangsungan Hidup Balita	Frekuensi (n=8.175)	Persentase
Hidup *(cencor)*	7.999	97,8
Meninggal *(event)*	176	2,2

Berdasarkan grafik *survival* kelangsungan hidup balita di Indonesia, menunjukkan bahwa probablitas kelangsungan hidup semakin menurun seiring dengan bertambahnya waktu (Gambar 1).



Gambar 1. Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia Berdasarkan SDKI 2017 (Estimasi Kaplan-Meier)

Berdasarkan *logrank test* diperoleh hasil bahwa ada perbedaan yang signifikan probabilitas kelangsungan hidup balita di Indonesia berdasarkan faktor sosiodemografi yaitu pada variabel umur ibu, pendidikan ibu, tempat tinggal, dan penggunaan media, sedangkan dari faktor pelayanan kesehatan tidak ada perbedaan probabilitas kelangsungan hidup balita di Indonesia (Tabel 3).

Tabel 3. Probabilitas Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia Berdasarkan Faktor Sosiodemografi dan Pelayanan Kesehatan

Variabel dan Kategori	Total (n=8175)	*Survival*			*Logrank Test* (Mantel-Cox)
		Event (n=176)	Sensor (n=7999)	Probabilitas (%)	
Faktor Sosio Demografi					
Umur Ibu					0,003
20-35 Tahun	3.908	59	3.849	98,5	
> 35 Tahun	4.176	114	4.062	97,3	
≤ 20 Tahun	91	3	88	96,7	
Pendidikan Ibu					0,001
Perguruan Tinggi	1.103	10	1.093	99,1	
SMA	4.376	89	4.287	98,0	
SMP ke bawah	2.996	77	2.619	97,1	
Pekerjaan Ibu					0,309
Tidak Bekerja	3.474	66	3.408	98,1	
Bekerja	4.701	110	4.591	97,7	
Tempat Tinggal					<0,001
Perkotaan	4.076	63	4.013	98,5	
Pedesaan	4.099	113	3.986	97,2	
Media Massa dan Sosial					<0,001
Sering	3.848	54	3.794	98,6	
Jarang	4.327	122	4.205	97,2	
Kebiasaan Merokok					0,165
Tidak merokok	8.021	170	7.851	97,9	
Merokok	154	6	148	96,1	
Faktor Pelayanan Kesehatan					
Tenaga Pemeriksa Kesehatan Balita					0,769
Nakes	2.425	21	2.404	99,1	
Non Nakes	181	2	179	98,9	
Tidak diketahui	5.569	153	5.416	97,3	

Sig: p<0,05

Tabel 4. Probabilitas Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia Berdasarkan Faktor Ibu dan Balita

Variabel dan Kategori	Total (n=8175)	*Survival*			*Logrank Test* (Mantel-Cox)
		Event (n=176)	Sensor (n=7999)	Probabilitas (%)	
Faktor Ibu					
Paritas					<0,001
1-2 anak	4.836	63	4.773	98,7	
Lebih dari 2 anak	3.339	113	3.226	96,6	
Pemeriksaan Kehamilan					<0,001
ANC 4 kali atau lebih	3.494	64	3.430	98,2	
ANC kurang dari 4 kali	423	23	400	94,6	
Tidak diketahui	4258	89	4.169	97,9	
Komplikasi Kehamilan					
Tidak ada komplikasi	3.225	93	3.132	97,1	<0,001
Ada komplikasi	4.950	83	4.867	98,3	
Faktor Balita					
Berat Badan Lahir					<0,001
BBLN (≥2500 gr)	3.680	72	3.608	98,0	
BBLR (<2500 gr)	237	15	222	93,7	
Tidak diketahui	4.258	89	4.169	97,9	
ASI eksklusif					0,055
ASI eksklusif	1.937	21	1.916	98,9	
Tidak ASI eksklusif	1.720	9	1.711	99,5	
Tidak diketahui	4.518	146	4.372	96,8	
IMD					<0,001
IMD	2.300	24	2.276	99,0	
Tidak IMD	1.571	54	1.517	96,6	
Tidak diketahui	4.304	98	4.206	97,7	
Pemeriksaan Neonatus					<0,001
Ya	2.615	23	2.592	99,1	
Tidak	1.261	55	1.206	95,6	
Tidak diketahui	4.299	98	4.201	97,8	

Sig: p<0,05

Tabel 4 menyajikan probabilitas kelangsungan hidup balita di Indonesia berdasarkan faktor ibu dan faktor balita. Pada faktor ibu, variabel yang menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan probabilitas kelangsungan hidup balita yaitu pada variabel paritas, pemeriksaan kehamilan, dan komplikasi kehamilan. Dari faktor balita, variabel yang menunjukkan adanya perbedaan probabilitas kelangsungan hidup balita adalah berat badan lahir, IMD, dan pemeriksaan neonatus.

Pada analisis statistik dengan uji *logrank*, didapatkan variabel-variabel yang menjadi kandidat untuk ikut dalam analisis multivariat. Variabel yang dijadikan kandidat dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat awal adalah variabel independen dengan nilai p<0,25. Hasil uji *global test* variabel independen memenuhi asumsi uji *global test* (p>0,05), sehingga uji multivariat yang digunakan adalah *cox regression proportional hazard* (Tabel 5).

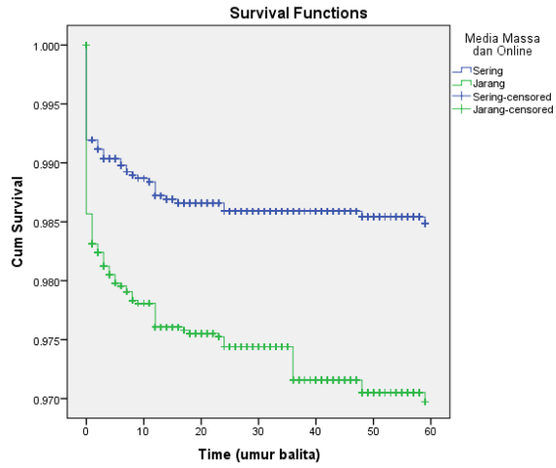
Tabel 5. Pemodelan Awal Faktor yang Berhubungan dengan Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia Menurut SDKI 2017

Variabel	B	SE	*Wald*	*P-value*	HR	95,0% CI for HR	
						Lower	*Upper*
Umur Ibu			3,116	0,211			
Kel. umur Ibu (1)	0,759	0,430	3,116	0,078	2,137	0,920	4,966
Kel. umur Ibu (2)	-10,811	450,212	0,001	0,981	0,000	0,000	.
Pendidikan Ibu	-0,120	0,320	0,141	0,707	0,887	0,473	1,660
Pekerjaan Ibu	0,734	0,425	2,980	0,084	2,083	0,905	4,792
Tempat Tinggal	0,337	0,433	0,604	0,437	1,401	0,599	3,276
Media Massa dan *Online*	1,013	0,521	3,782	0,052	2,755	0,992	7,649
Kebiasaan Merokok	1,164	1,054	1,218	0,270	3,201	0,405	25,288
Paritas	0,473	0,464	1,039	0,308	1,605	0,646	3,986
Pemeriksaan Kehamilan	-0,267	0,577	0,213	0,644	0,766	0,247	2,373
Komplikasi Kehamilan	-0,211	0,399	0,281	0,596	0,809	0,371	1,768
Berat Badan Lahir	0,091	0,739	0,015	0,902	1,095	0,257	4,661
ASI eksklusif	-0,713	0,411	3,012	0,083	0,490	0,219	1,097
IMD	0,919	0,408	5,076	0,024	2,508	1,127	5,581

Tabel 6. Pemodelan Akhir Faktor yang Berhubungan dengan Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia Menurut SDKI 2017

Variabel	B	SE	*Wald*	*P-value*	HR	95,0% CI for HR	
						Lower	*Upper*
Media Massa dan *Online*	1,185	0,472	6,289	0,012	3,270	1,295	8,257
Paritas	0,887	0,413	4,603	0,032	2,428	1,080	5,459
Pekerjaan Ibu	0,880	0,419	4,417	0,036	2,411	1,061	5,478
IMD	0,813	0,389	4,363	0,037	2,256	1,051	4,838
ASI Ekslusif	-0,726	0,405	3,215	0,073	0,484	0,219	1,070

Sig p<0,05 *Omnibus Test* p<0,001



Gambar 2. Media Massa dan *Online* dengan Kelangsungan Hidup Balita di Indonesia Berdasarkan SDKI 2017 (Estimasi Kaplan-Meier)

Pada pemodelan akhir diperoleh hasil bahwa variabel pekerjaan ibu, penggunaan media, paritas, dan IMD berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup balita ($p<0,05$) dikontrol oleh variabel *confounding* yaitu pemberian ASI eksklusif. Diperoleh nilai *omnibus test* ($p<0,001$) artinya pemodelan *cox regression* yang terbentuk sudah *fix*/layak sesuai dengan data yang dikumpulkan. Variabel yang paling berpengaruh terhadap kelangsungan hidup balita adalah penggunaan media massa dan *online*. Ibu yang jarang menggunakan media massa dan *online* mempunyai *hazard* 3,3 kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang sering menggunakan media massa dan sosial. Berdasarkan estimasi Kaplan Meier diperoleh hasil bahwa probabilitas kelangsungan hidup pada ibu yang sering terpapar media massa dan *online* lebih baik dibandingkan dengan ibu yang jarang menggunakan media massa dan *online* (Gambar 2).

Ibu yang bekerja mempunyai *hazard* 2,4 kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Ibu dengan paritas lebih dari dua anak mempunyai *hazard* 2,4 kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas kurang atau sama dengan dua anak. Ibu yang melakukan IMD mempunyai *hazard* 2,25 kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan IMD (Tabel 6).

PEMBAHASAN

Temuan studi menunjukkan bahwa penggunaan media massa dan *online* merupakan faktor tidak langsung yang paling berpengaruh terhadap kelangsungan hidup balita di Indonesia. Media massa merupakan salah satu alat promosi kesehatan yang popular dan hemat biaya.[16] Media massa seperti televisi, radio, dan surat kabar/majalah telah digunakan sebagai sumber informasi utama dalam penyampaian promosi kesehatan ibu dan anak. Media massa merupakan bentuk komunikasi strategis yang menjangkau

khalayak luas dan tersebar secara geografis, yang tidak dapat dilakukan oleh intervensi antarpribadi ataupun kelompok.[17]

Peran media massa sangat penting dalam menyebarkan informasi kesehatan masyarakat, meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keyakinan serta perilaku masyarakat.[16] Suatu studi *cluster randomized trial* (RCT) di Burkina Faso, membuktikan efektivitas media radio dengan kelangsungan hidup anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kampanye radio kesehatan anak meningkatkan konsultasi balita di pusat kesehatan primer untuk malaria, pneumonia dan diare (penyebab utama anak *postneonatal* kematian di Burkina Faso) dan mengakibatkan penurunan rata-rata 7,1% pada kematian balita per tahun. Temuan ini menunjukkan bahwa penurunan kematian balita dapat dicapai melalui peran media massa, terutama jika dilakukan pada skala nasional.[18] Tinjauan sistematis tentang efektivitas intervensi media massa untuk kelangsungan hidup anak di negara berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan bahwa intervensi media massa efektif untuk mengatasi berbagai perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelangsungan hidup anak.[19] Penggunaan media massa untuk mengatasi masalah kelangsungan hidup balita dapat menjadi salah satu dari sejumlah strategi intervensi potensial yang mungkin lebih tepat dalam kondisi dan keadaan tertentu.

Hasil penelitian menggunakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Bangladesh tahun 2011 yang merekomendasikan praktik penanganan diare lebih digalakkan dengan berbagai cara termasuk media massa dalam menurunkan angka kematian anak di Bangladesh.[20] Studi di Malawi menunjukkan bahwa wanita yang terpapar kampanye media massa berbasis komunitas di pedesaan Malawi lebih cenderung memanfaatkan layanan perawatan kesehatan ibu daripada rekan mereka yang tidak terpapar.[16] Studi intervensi berupa aplikasi jaringan media sosial perinatal di negara Kamerun, menunjukkan bahwa dengan membagikan pesan melalui *WhatsApps* dan SMS pada ibu yang baru melahirkan (kelahiran prematur, cukup bulan, dan berat badan kecil dari usia kehamilan) dalam melakukan rujukan dan perawatan sedini mungkin terbukti efektif dan efisien dalam pengelolaan rujukan pasien sehingga dapat mengurangi angka kematian bayi.[21] Kampanye melalui media massa dapat secara langsung dan tidak langsung memengaruhi perubahan perilaku seseorang tergantung dari paparan media yang diterimanya.[22] Promosi kesehatan melalui media massa dengan intensitas yang lebih lama terbukti menghasilkan perubahan positif atau mencegah perubahan negatif dalam perilaku terkait kesehatan pada jangkauan populasi yang lebih luas.[22] Paparan yang berulang sangat diperlukan dalam perubahan perilaku. Hal ini dapat dilakukan dengan perpaduan yang terkoordinasi antara media massa dengan media *online*/sosial. Pendekatan dengan memadukan media massa dan *online* belum optimal digunakan dalam kesehatan balita, tetapi apabila dikolaborasikan dan digunakan secara efektif, dapat menjangkau khalayak luas dan pengguna media sosial dapat berdialog satu dengan yang lain untuk berbagi informasi, interaksi dan bertukar konten satu dengan yang lainnya.[17]

Pada negara berkembang seperti Indonesia, sebagian besar kematian dini disebabkan oleh morbiditas yang terjadi pada usia balita. Penyebab kematian bayi dan balita, antara lain disebabkan oleh penyakit infeksi dan kegagalan pemberian ASI eksklusif. Berdasarkan penyebab tersebut, menjadi sasaran materi dalam kampanye media massa dengan beragam bukti keberhasilan. Contoh keberhasilan kampanye melalui media massa adalah program vaksinasi, ASI eksklusif, dan pengobatan diare efektif meningkatkan sasaran dan perubahan perilaku.[22]

Penelitian Yasya *et al*.[23] menunjukkan bahawa penggunaan media sosial seperti *Facebook* berhubungan positif dengan perilaku pemberian ASI. Intervensi melalui media massa

efektif untuk menangani berbagai perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelangsungan hidup anak.[19]

Pekerjaan ibu berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup balita. Pada penelitian ini sebanyak 57,5% ibu bekerja. Ibu merupakan pengasuh utama bagi anaknya. Ibu bekerja dapat membagi waktu antara pekerjaannya dan pengasuhan anak. Ibu bekerja biasanya menitipkan anak pada pengasuh yang berasal dari anggota keluarga sendiri maupun oleh orang lain. Pemberian informasi kesehatan kepada pengasuh ketika ibu bekerja sangat diperlukan, seperti informasi pola makan bayi dan balita dan perawatan ketika anak sakit. Teori Mosley dan Chen menyatakan bahwa faktor ibu berperan dalam kelangsungan hidup anak.[6] Risiko kematian tinggi lebih terlihat pada ibu yang bekerja di tempat pekerjaan yang berstatus rendah. Hal ini karena risiko kematian anak dari ibu yang bekerja muncul terutama setelah melahirkan kemungkinan besar karena pengasuhan anak yang tidak memadai.[24] Berdasarkan analisis survei demografi dan kesehatan di India diperoleh hasil bahwa pekerjaan ibu merupakan faktor risiko terhadap kematian balita di India.[25]

Pada penelitian ini, ibu dengan paritas lebih dari dua anak mempunyai *hazard* 2,4 kali lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita. Hal ini menunjukkan tingkat kematian yang tinggi terjadi pada paritas yang tinggi. Penelitian Sonneveldt *et al*.[26] mengunakan data survei demografi dan kesehatan di 10 negara dengan fertilitas tinggi menunjukkan bahwa kematian anak lebih banyak terjadi pada ibu yang mempunyai paritas tinggi. Penelitian Wegbom *et al.*[27] menunjukkan bahwa paritas berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup anak di Negara Nigeria. Penelitian Bado dan Susuman[28] melaporkan bahwa ibu yang mempunyai paritas tinggi dan berasal dari rumah tangga miskin merupakan penyumbang utama kematian balita di Burkina Faso. Untuk menurunkan kematian balita, maka perlu dilakukan tindakan untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan mengalakkan kembali konsep dua anak cukup pada program keluarga berencana melalui media massa dan *online*.

Faktor balita yang berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup IMD. Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya, bagi bayi kehangatan saat menyusu menurunkan risiko kematian karena *hypothermia* (kedinginan). Keterlambatan pemberian ASI secara dini akan meningkatkan risiko kematian bayi.[29,30] Penelitian Analinta[31] menunjukkan bahwa pemberian ASI secara eksklusif dapat mencegah bayi mengalami diare dan penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA).

Pada penelitian ini, tidak terdapat hubungan pelayanan kesehatan dengan kelangsungan hidup balita di Indonesia. Dari pengolahan data yang dilakukan, ditemukan lebih dari 70% data *missing*, sehingga tidak diperoleh informasi yang lengkap terkait dengan pelayanan kesehatan. Hal ini kemungkinan yang menyebabkan secara statistik tidak diperoleh hubungan yang signifikan kelangsungan hidup balita.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder, sehingga pemilihan variabel-variabel penelitian terhadap kelangsungan hidup balita harus disesuaikan dengan variabel-variabel yang ada pada SDKI 2017. Ada beberapa masalah yang ditemui dalam mengolah data SDKI 2017 antara lain adalah adanya *missing value.* Pada penelitian ini, terdapat variabel dengan *missing value* lebih dari 75% yaitu pada variabel imunisasi dan penyakit infeksi pada balita. Kedua variabel tersebut meskipun secara teoritis merupakan variabel yang berperan terhadap kelangsungan hidup balita, tidak diikutsertakan dalam penelitian, karena banyaknya data dengan *missing value.*

Meskipun ditemui adanya keterbatasan kualitas data, tetapi instrumen yang digunakan dalam SDKI 2017 dinilai mempunyai tingkat

reliabilitas yang cukup baik, instrumen yang digunakan konsisten, tersedia pedoman pengisian kuesioner, dilakukan *pretest* kuesioner, dilakukan pelatihan petugas lapangan, dan tersedianya supervisi yang terlatih, maka data yang ada dinilai cukup baik untuk dianalisis dan digeneralisasikan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa media massa dan *online* merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kelangsungan hidup balita di Indonesia. Ibu yang tidak pernah dan jarang menggunakan media massa dan *online* mempunyai *hazard* yang lebih tinggi untuk ketidakberkelangsungan hidup balita dibandingkan dengan ibu yang sering menggunakan media massa dan *online*. Variabel lain yang berhubungan signifikan dengan kelangsungan hidup balita adalah pekerjaan ibu, paritas, dan IMD.

SARAN

Kepada pemerintah, instansi kesehatan dan instansi pendidikan seperti Perguruan Tinggi dapat mengolaborasikan penggunaan media massa dengan media *online* untuk kegiatan promosi dan edukasi kesehatan supaya informasi yang diberikan mempunyai jangkauan yang lebih luas, namun dapat menyentuh level individu maupun kelompok masyarakat melalui perpaduan media massa seperti surat kabar dengan aplikasi *online* seperti aplikasi perpesanan. Media massa dan *online* menjadi wadah edukasi dalam pemberian materi tentang kesehatan ibu dan anak, perawatan ibu hamil dan bayi baru lahir, dan hal-hal lainnya yang terkait kelangsungan hidup balita. Perlu digalakkan kembali pemberian informasi dan edukasi kepada calon pengantin dan pasangan usia subur tentang konsep cukup dua anak saja dan pentingnya IMD untuk kelangsungan hidup balita melalui media massa dan media *online*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Yayasan Hang Tuah Pekanbaru yang telah memberikan dana pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia, Tujuan 4 : Menurunkan Angka Kematian Anak. Jakarta : Kemenkes RI; 2016.
2. BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan RI. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta : BPS; 2018.
3. Efendi F, Chen C, Kurniati A, Maniar S, Berliana. Determinants of Utilization of Antenatal Care Services among Adolescent Girls and Young Women in Indonesia. Women Heal. 2016;57(5):614-629. doi:10.1080/03630242.2016.1181136
4. Hodge A, Firth S, Marthias T, Jimenez-soto E. Location Matters : Trends in Inequalities in Child Mortality in Indonesia. Evidence from Repeated Cross-Sectional Surveys. PLoS One. 2014;9(7):1-10. doi:10.1371/journal.pone.0103597
5. Warrohmah ANI, Berliana SM, Nursalam N, et al. Analysis of the Survival of Children Under Five in Indonesia and Associated Factors. IOP Conf Ser Earth Environ Sci. 2018;3(1):1-7.
6. Mosley WH, Chen LC. An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. 1984. Bull World Health Organ. 2003;81(2):140-145. doi:10.1590/S0042-96862003000200012
7. BAPPENAS. Kajian Pembangunan Sektoral Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelangsungan Hidup Anak. Jakarta : BAPPENAS; 2009.
8. Djaja S, Sulistiyowati N. Pola Penyebab Kematian Kelompok Bayi dan Anak Balita Hasil Sistem Registrasi Kematian di Indonesia Tahun 2012. J Ekol Kesehat. 2014;13(3):265-272. http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/jek/article/view/5121/4325

9. Yuningsih R. Strategi Promosi Kesehatan dalam Menurunkan Angka Kematian Balita di Provinsi Gorontalo Tahun 2017. J Kaji. 2017;22(3):241-255. http://jurnal.dpr.go.id/index.php/kajian/article/view/1515
10. Matyjas B. Mass Media and Children. Globality in Everyday Life. Procedia-Social Behav Sci. 2015;174:2898-2904. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.1026
11. Gumilar G, Zulfan I. Penggunaan Media Massa dan Internet sebagai Sarana Penyampaian Informasi dan Promosi oleh Pengelola Industri Kecil dan Menengah di Bandung. J Kaji Komun. 2014;2(1):85-92.
12. Respati W. Transformasi Media Massa Menuju Era Masyarakat Informasi di Indonesia. Humaniora. 2014;5(1):39-51.
13. Khatimah H. Posisi dan Peran Media dalam Kehidupan Masyarakat. Tasamuh. 2018;16(1):119-136.
14. Azman. Penggunaan Media Massa dan Media Sosial di Kalangan Mahasiswa Komunikasi. J Peurawi. 2018;1(1):1-13.
15. Kleinbaum DG, Klein M. Survival Analysis a Self Learning Text Second Edition. Springer; 2005.
16. Zamawe COF, Banda M, Dube AN. The Impact of a Community Driven Mass Media Campaign on the Utilisation of Maternal Health Care Services in rural Malawi. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):1-8. doi:10.1186/s12884-016-0816-0
17. USAID. Scaling Up Child Survival Programs with Mass Media and Technology | Early Child Development. Res Brief, Heal Commun Capacit Callaborative. Published online 2011. http://www.comminit.com/early-child/content/scaling-child-survival-programs-mass-media-and-technology
18. Murray J, Head R, Sarrassat S, et al. Modelling the Effect of a Mass Radio Campaign on Child Mortality using Facility Utilisation Data and the Lives Saved Tool (LiST): Findings from a Cluster Randomised Trial in Burkina Faso. BMJ Glob Heal. 2018;3(4):1-13. doi:10.1136/bmjgh-2018-000808
19. Naugle DA, Hornik RC. Systematic Review of the Effectiveness of Mass Media Interventions for Child Survival in Low-and Middle-Income Countries. J Health Commun. 2014;19:190-215. doi:10.1080/10810730.2014.918217
20. Alam Z, Higuchi M, Sarker MAB, Hamajima N. Mass Media Exposure and Childhood Diarrhea : a Secondary Analysis of the 2011 Bangladesh Demographic and Health Survey. Nagoya J Med Sci. 2019;81(1):31-40. doi:10.18999/nagjms.81.1.31
21. Amani A, Nansseu JR, Mah EM, Vougmo CM, Moluh SM, Mbu R. Use of a Social Media Network to Reduce Early Neonatal Mortality: a Preliminary Report from a Quality Improvement Project in Yaoundé, Cameroon. Matern Heal Neonatol Perinatol. 2017;3(1):1-6. doi:10.1186/s40748-017-0064-y
22. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of Mass Media Campaigns to Change Health Behaviour. Lancet. 2010;376(9748):1261-1271. doi:10.1016/S0140-6736(10)60809-4
23. Yasya W, Muljono P, Seminar KB, Hardinsyah H. Pengaruh Penggunaan Media Sosial Facebook dan Dukungan Sosial Online terhadap Perilaku Pemberian Air Susu Ibu. J Stud Komun dan Media. 2019;23(1):71. doi:10.31445/jskm.2019.1942
24. Saabneh A. The Association between Maternal Employment and Child Survival in India, 1998–99 and 2005–06. Asian Popul Stud. 2017;13(1):67-85. doi:10.1080/17441730.2016.1239412
25. Singh R, Tripathi V. Maternal Factors Contributing to Under-Five Mortality at Birth Order 1 to 5 in India: A Comprehensive Multivariate Study. Springerplus. 2013;2(1):1-12. doi:10.1186/2193-1801-2-284
26. Sonneveldt E, Decormier Plosky W, Stover J. Linking High Parity and Maternal and Child Mortality: What is the Impact of Lower Health Services Coverage among Higher Order Births? BMC Public Health. 2013;13(SUPPL.3). doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S7

27. Wegbom AI, Essi ID, Kiri VA. Survival Analysis of Under-five Mortality and Its Associated Determinants in Nigeria: Evidence from a Survey Data. Int J Stat Appl. 2019;2019(2):59-66. doi:10.5923/j.statistics.20190902.03

28. Bado AR, Susuman AS. Determinants of Under-5 Mortality in Burkina Faso. J Public Health (Bangkok). 2019;41(3):1-11. doi:10.1093/pubmed/fdy168

29. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. Pediatrics. 2006;117(3). doi:10.1542/peds.2005-1496

30. Basha GW, Woya AA, Tekil AK. Determinants of Neonatal Mortality in Ethiopia: An Analysis of the 2016 Ethiopia Demographic and Health Survey. Afr Health Sci. 2020;20(2):715-723. doi:10.4314/ahs.v20i2.23

31. Analita A. Hubungan antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Diare pada Balita di Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya 2017 the Relationship between Exclusive Breastfeeding and the Incidence of Diarrhea in Toddlers in the Ampel Village, Subdis. Amerta Nutr. 2019;1(1):13-17. doi:10.20473/amnt.v3.i1.2019.13-17

Faktor Karakteristik Kepala Keluarga yang Berhubungan dengan Kepemilikan Jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak

Factors that Affect the Ownership of the Latrines in Bengawan Ampar Village, Landak Regency

Resky Nanda Pranaka* dan Edy Agustinus
[1,2]Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Kalimantan Barat, Jln. Dr. Sutomo No.01 Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat, Indonesia
*Korespondensi Penulis : resky171015@gmail.com

Submitted: 24-09-2021, *Revised*: 04-01-2022, *Accepted*: 08-02-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.5420

Abstrak

Kesehatan lingkungan masih menjadi masalah utama masyarakat Indonesia, terutama berkaitan dengan indikator rumah sehat yang meliputi kepemilikan jamban sehat, ketersediaan air minum, dan pengelolaan limbah rumah tangga. Masalah kesehatan lingkungan di Wilayah Kalimantan Barat adalah masih rendahnya rumah tangga yang memiliki sarana sanitasi (jamban) baik secara akses maupun jenis sarana yang layak. Rendahnya akses jamban tentu diikuti dengan sebagian masyarakat yang masih buang air besar baik di sembarang tempat. Tujuan penelitian potong lintang ini adalah menentukan determinan kepemilikan jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak dengan meliputi pendidikan kepala keluarga, pengetahuan kepala keluarga terkait jamban, dan perilaku hidup bersih keluarga. Populasi penelitian adalah penduduk Desa Bengawan Ampar dengan jumlah sampel sebanyak 73 KK yang diambil secara *proportional random sampling* dengan instrumen kuesioner terstruktur. Analisis data menggunakan uji *chi square* dan hasilnya menunjukkan hubungan antara pendidikan (p = 0,038), pengetahuan (p = 0,001), pendapatan (p = 0,005), dan tindakan (p = 0,000) terhadap kepemilikan jamban. Simpulan penelitian adalah terdapat hubungan yang siginifikan antara variabel pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan tindakan terhadap kepemilikan jamban. Saran dalam penelitian ini perlunya peningkatan pengetahuan, akses pendidikan, tindakan perilaku air bersih dan sehat, lapangan pekerjaan dalam meningkatkan pendapatan serta akses terhadap air bersih bagi masyarakat Desa Bengawan Ampar. Selain itu bagi pengelola sanitasi agar dapat memberikan pembinaan dan penyuluhan kepada masyarakat.

Kata kunci: kepala keluarga; faktor determinan; kepemilikan jamban; Bengawan Ampar

Abstract

Environmental health is the main problem experienced by Indonesian people, particularly related with indicators of healthy houses, including the availability of toilets, safe drinking water, and household waste management. The environmental health problems in West Kalimantan is also similar, including low number of households having both access and improved sanitation, ownership of the improved sanitation in each household. The low access to latrines certainly indicates that there are many people

who still defecate openly. The purpose of this study cross-sectional study is to determine factors related to the latrine ownership in Bengawan Ampar Village, Landak Regency. Variables of the study included education of householders, knowledge regarding toilet of householders, and healthy behavior of the family and ownership of a toilet. The population is residents of Bengawan Ampar Village, Kuala Behe District, Landak Regency, and the sample size from proportional random sampling was 73 households. The instrument used is a structured questionnaire and data collected were analyzed using chi square test. The results of the analysis showed a significant relationship between education (p = 0.038), knowledge (p = 0.001), income (p = 0.005), and actions (p = 0.000) on latrine ownership. The study suggested that there is a need to increase knowledge, education, cleans, and healthy behaviour, have more job options and have better access to clean water. In addition, sanitation managers should be able to provide guidance and counseling to the community.

Keywords: head of household; determinant factors; latrine ownership; Bengawan Ampar

PENDAHULUAN

Permasalahan kesehatan merupakan masalah yang sangat komplek dan saling terkait dengan permasalahan di luar konteks kesehatan. Beberapa faktor mempengaruhi kesehatan masyarakat berdasarkan teori Hendrik L. Blum yang menjabarkan ke dalam empat faktor yakni keturunan, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan dan saling berkaitan serta mempengaruhi satu sama lain.[1] Terkait pembangunan kesehatan menjadi tantangan tersendiri di Indonesia, khususnya higiene dan sanitasi. Untuk memberikan daya ungkit terkait perubahan perilaku higienis dan peningkatan akses sanitasi melalui pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan harapan jangka panjang dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat sanitasi yang kurang baik.[2]

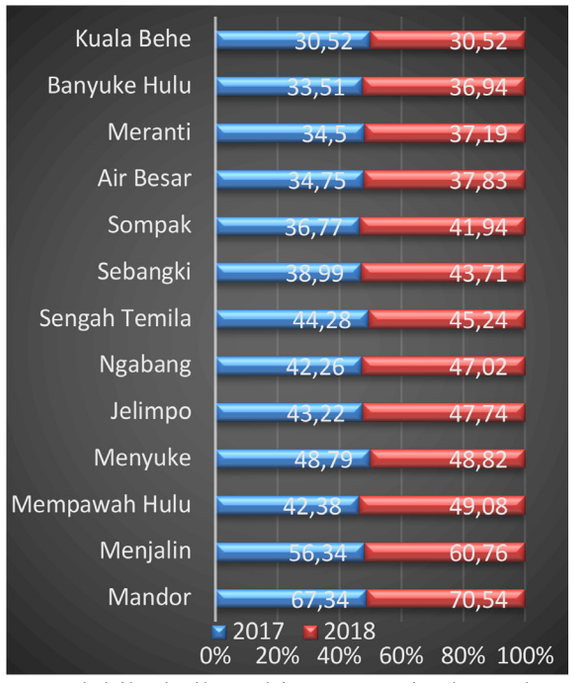
Berbagai masalah lingkungan terkait dengan beberapa aspek sanitasi baik berupa kepemilikan jamban dan tersedianya air bersih[3] selain itu air menjadi penopang kehidupan dengan memberikan manfaat kesehatan dan mengurangi risiko penyakit terhadap agen biologis seperti merebus atau memasak air minum,[4] berdasarkan hal tersebut tersebut dibuatlah sarana untuk dimiliki dan digunakan oleh seluruh anggota keluarga sebagai tempat penampungan dan mengumpulkan kotoran untuk mencegah tercemarnya lingkungan dan tidak menjadi sumber penyakit.[2] Kehidupan manusia tentunya tidak terlepas dengan kebutuhan air yang digunakan baik untuk mandi, mencuci, industri, pertanian, transportasi, serta lainnya.[5]

Program Indonesia Sehat memuat 12 indikator esensial sebagai penunjuk status kesehatan keluarga. Indikator tersebut salah satu diantaranya adalah setiap keluarga memiliki akses sanitasi yang layak atau memanfaatkan jamban sehat.[6] Selain itu program lingkungan terkait dengan komitmen global yang tertuang pada *Sustainable Development Goals* (SDG's) bahwa negara menghadapi tantangan yang besar akan potensi bonus demografi, pada *goal* 6 terjamin ketersediaan serta pengelolaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua, secara eksplisit berada pada target 6.2 diharapkan pada tahun 2030 akses sanitasi akan tercapai dan kebersihan yang baik dan merata bagi semua, dan menghentikan praktik buang air besar di sembarang tempat serta memberikan perhatian pada kebutuhan kaum perempuan, serta kelompok masyarakat rentan.[7]

Masalah kesehatan di Kalimantan Barat adalah terkait rendahnya rumah tangga yang mempunyai fasilitas sanitasi yang memenuhi kriteria kesehatan. Tahun 2018-2019 posisi akses sanitasi rumah tangga di Kalimantan Barat terhadap sanitasi masih di bawah persentase

nasional. Persentase rumah tangga di Kalimantan Barat terhadap sanitasi tahun 2018 yakni baru mencapai 53,97%, sementara persentase nasional adalah 69,71% dan menempatkan akses sanitasi rumah tangga Kalimantan Barat berada pada urutan 29 dari 34 provinsi.[8]

Pada tahun 2019, terdapat peningkatan persentase akses sanitasi rumah tangga di Kalimantan Barat menjadi 71,91%, namun masih di bawah persentase nasional yang telah mencapai 87,81%.[9] Meskipun terjadi peningkatan persentase tersebut, akan tetapi provinsi lain mengalami peningkatan yang lebih baik sehingga peringkat akses sanitasi rumah tangga di Kalimantan Barat menurun dibandingkan dengan tahun sebelumnya yakni dari posisi ke-29 menjadi posisi ke-33 dari 34 provinsi se-Indonesia.[9] Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan STBM di Kalimantan Barat yakni 47,28% sementara itu persentase nasional yakni 60, 9%.[8] Persentase tersebut menempatkan Kalimantan Barat di urutan 25 dari 34 provinsi se Indonesia, untuk wilayah Kabupaten Landak jumlah desa yang melaksanakan STBM 113 desa dari 156 desa dengan jumlah 3 desa stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS).[10]



Gambar 1. Akses Sanitasi

Di tingkat kabupaten/kota se-Kalimantan Barat, khususnya di tahun 2018, hanya terdapat 4 kabupaten/kota yakni Kabupaten Sambas, Kabupaten Sekadau, Kota Pontianak, dan Kota Singkawang yang rumah tangganya memiliki akses sanitasi layak (jamban sehat) di atas persentase Provinsi, sementara itu 10 kabupaten lainnya termasuk Kabupaten Landak (lokus penelitian) masuk dalam kategori di bawah persentase provinsi.[10]

Berikutnya tahun 2019, untuk wilayah Kabupaten Landak terjadi penurunan akses rumah tangga terhadap sanitasi dari 63,5% 2018 menjadi 46,16% di tahun 2019.[11] Pada tahun 2017-2018 berdasarkan Grafik 1 didapatkan bahwa daerah Kabupaten Landak yang memiliki akses sanitasi di bawah 50% adalah Kecamatan Mempawah Hulu, Menyuke, Jelimpo, Ngabang, Sengah Temila, Sebangki, Sompak, Air Besar, Meranti, Banyuke Hulu, dan Kuala Behe.[12] Lokasi penelitian yang dipilih berada di wilayah Kabupaten Landak yakni Kecamatan Kuala Behe dengan persentase sanitasi 30,52% dengan Desa Bengawan Ampar berdasarkan status Indeks Desa Membangun pada kategori Desa Tertinggal.[13]

Akses sanitasi yang tidak sehat akan memunculkan berbagai masalah kesehatan baik kesakitan maupun kematian yang tergolong *waterborne diseases* dan mudah berjangkit, seperti diare, tifoid, paratifoid, disentri, kolera, penyakit cacing, hepatitis A, dan lainnya. Selain itu potret masalah kesehatan lingkungan tersebut akan berdampak pada status gizi yakni salah satu penyebabnya adalah penyakit infeksi yang berulang yang disebabkan oleh sanitasi lingkungan yang tidak baik seperti stunting pada balita.[14] Bentuk pencegahan perkembangan penyakit dan menghasilkan lingkungan tetap bersih serta sehat dengan ketersediaan dan kepemilikan jamban di setiap rumah tangga.[15]

Selain itu sanitasi juga berhubungan dengan perilaku masyarakat terkait dengan kesadaran, yang dapat dibagi menjadi tiga hal yakni masyarakat yang telah memiliki jamban dan tidak BAB di sungai atau di luar WC,

kedua masyarakat yang tidak memiliki jamban sehingga BAB dilakukan di sungai atau di sekitar pekarangan mereka dan ketiga terdapat masyarakat yang telah memiliki jamban/WC namun kebiasaan BAB di sembarang tempat.

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka tujuan dari riset ini untuk melihat faktor yang memengaruhi kepemilikan jamban di Desa Bengawan Ampar Kabupaten Landak. Faktor kepala keluarga tersebut meliputi pendidikan kepala keluarga, pengetahuan kepala keluarga tentang jamban, perilaku hidup bersih keluarga, kepemilikan jamban, sarana air bersih, dan peranan petugas kesehatan).

METODE

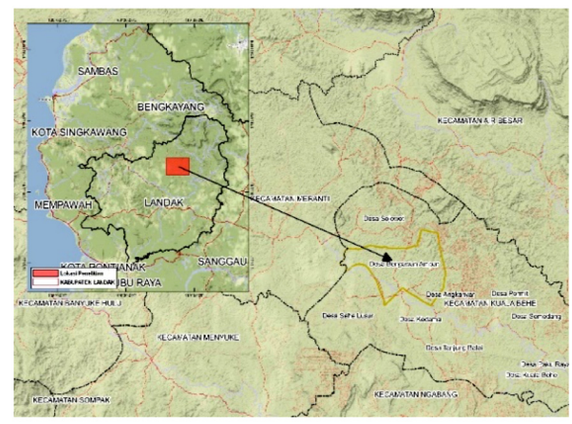
Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis kepemilikan akses sanitasi di wilayah Desa Bengawan Ampar dengan status desa tertinggal di Kalimantan Barat. Selain itu, memberikan gambaran tentang berbagai faktor yang berkaitan erat dengan kepemilikan jamban di lingkungan masyarakat Desa Bengawan Ampar.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei. Penelitian survei merupakan penelitian yang dapat dilakukan pada populasi besar maupun kecil, namun data yang diambil adalah sampel yang berasal dari populasi tersebut sehingga dapat ditemukan peristiwa-peristiwa relatif, distribusi serta hubungan dari variabel sosiologis maupun psikologis.[16] Penelitian ini dilakukan dalam bentuk penelitian deskriptif untuk mengetahui keadaan prevalensi penyakit atau masalah kesehatan untuk mengetahui sifat kejadian dalam sebuah kelompok masyarakat serta tendensi pada masa yang akan datang.[17]

Penelitian dengan desain potong-lintang telah dilaksanakan di Kabupaten Landak Kecamatan Kuala Behe Desa Bengawan Ampar selama lima bulan sejak bulan, yaitu Juli-November 2020. Populasi dari penelitian ini adalah kepala keluarga yang tinggal menetap di Desa Bengawan Ampar Kecamatan Kuala Behe Kabupaten Landak. Sampel yang merupakan bagian dari populasi dilakukan dengan perhitungan oleh Taro Yamane yang menggunakan tingkat presisi 10% dari 243 KK sebagai populasi dengan sampel 73 KK.[18] Sampel ini menggunakan kriteria inklusi, kriteria inklusi adalah rumah tangga yang menetap di wilayah Desa Bengawan Ampar dan bersedia menjadi responden serta memiliki maupun tidak memiliki jamban.

Variabel bebas adalah karakteristik Kepala Keluarga dan perilakunya, sedangkan variabel terikatnya adalah kepemilikan jamban. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *proportional random sampling*.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur yang disertai dengan observasi langsung kepada setiap rumah tangga terkait kepemilikan jamban di lingkungan Desa Bengawan Ampar. Analisis data yang dilakukan secara bertahap yakni analisis univariat untuk melihat distribusi dari frekuensi dari variabel yang diteliti yaitu umur, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, pendapatan, Tindakan dan kepemilikan jamban serta analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan tindakan terhadap kepemilikan jamban dengan uji *Chi-Square*.



Gambar 1. Lokasi Penelitian di Desa Bengawan Ampar

HASIL

Tabel 1. Distribusi Responden

No	Karateristik Responden	Frekuensi	Persentase
1	**Umur**		
	≥ 35 Tahun	41	56,2%
	< 35 Tahun	32	43,8%
2	**Pekerjaan**		
	Tidak Bekerja	8	11,0%
	Bekerja	65	89,0%
3	**Pendidikan**		
	Tidak Sekolah	20	27,4%
	Pendidikan Dasar	36	49,3%
	Pendidikan Menengah	16	21,9%
	Pendidikan Tinggi	1	1,4%
4	**Kepemilikan Jamban**		
	Tidak	46	63,0%
	Ya	27	37,0%

Pada Tabel 1 menunjukkan umur responden ≥ 35 Tahun sebanyak 56,2%, responden bekerja sebesar 89,0%, responden dengan pendidikan dasar 49,3% dan tidak memiliki jamban 63,0%.

Tabel 2. Analisis Bivariat

Variabel	Kategori	Frekuensi Kepemilikan Jamban				*p value*
		Tidak	%	Ya	%	
Pendidikan						
	Tidak Sekolah	13	65	7	35	0,038
	Dasar	27	75	9	25	
	Menengah	6	37.5	10	62.5	
	Tinggi	0	0	1	100	
Pengetahuan						
	Rendah	36	76.6	11	23.4	0,001
	Tinggi	10	38.5	16	61.5	
Pendapatan						
	Rendah	38	73.1	14	26.9	0,005
	Tinggi	8	38.1	13	61.9	
Tindakan						
	Kurang	39	97.5	1	2.5	0
	Baik	7	21.2	26	78.8	

Berdasarkan hasil analisis bivariat dengan variabel pendidikan menggunakan *Chi Square* menghasilkan nilai *p-value* 0,038 sehingga memperlihatkan signifikansi hubungan antara pendidikan dengan kepemilikan jamban.

Pada variabel pengetahuan masyarakat yang dikatakan rendah dan tidak memiliki jamban ada 76,6% responden sedangkan berpengetahuan tinggi 38,5% responden. Melihat hasil tersebut dapat dikatakan bahwa pengetahuan kepala keluarga tentang jamban mayoritas berpengetahuan rendah dan tidak memiliki jamban dengan hasil analisis data yaitu nilai *p-value* 0,001 membuktikan bahwa terdapat signifikansi hubungan antara pengetahuan dengan kepemilikan jamban.

Responden dengan pendapatan kepala keluarga per bulan berkategori rendah berjumlah 73,1% responden yang tidak memiliki jamban sedangkan berkategori pendapatan tinggi berjumlah 38,1% responden yang tidak memiliki jamban. Berdasarkan analisis data *chi-square* dihasilkan *p-value* (0,005) membuktikan terdapat signifikansi pendapatan dengan kepemilikan jamban yaitu.

Tindakan responden yang kurang saniter berjumlah 97,5% responden tidak memiliki jamban dan yang terklasifikasi baik berjumlah 21,2% responden tidak memiliki jamban. Berdasarkan hasil penelitian pada rumah tangga di Desa Bengawan Ampar dengan nilai *p-value* (0,000) sehingga terdapat signifikansi hubungan antara tindakan terhadap kepemilikan jamban.

PEMBAHASAN

Kepala keluarga mempunyai peran dominan dalam hal tanggungjawab dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dan dapat mempengaruhi setiap individu dalam sebuah keluarga dan sebagai penentu pengambil keputusan.

Berbagai alasan kepala keluarga di wilayah Desa Kuala Behe dalam membangun dan memiliki jamban terkait faktor ekonomi yang rendah dimana sebagian besar bekerja sebagai petani ladang menyebabkan masalah kesehatan tidak menjadi prioritas utama. Prioritas utama masyarakat adalah membangun rumah sebagai tempat berteduh dan diam sehingga mengabaikan unsur-unsur utama dalam mendirikan rumah yakni tersedianya jamban keluarga.

Rendahnya kesadaran ini dipengaruhi oleh kebiasaan yang telah ada di lingkungan masyarakat tersebut yakni dengan melakukan buang air besar di hutan serta kualitas pendidikan yang rendah pada kepala keluarga ikut andil dalam pembentukan pengetahuan.

Secara umum, berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi akses sanitasi terkait kepemilikan dan pemanfaatan jamban di Desa Bengawan Ampar sangat rendah, ini dilihat dari determinan yang mempengaruhi dibandingkan dengan daerah perkotaan. Ketimpangan ini terkait akses terhadap ketersediaan sarana dan prasarana jamban, penanganan sampah, penampungan air limbah dan air minum.[19]

Target SDGs tahun 2030 tertuang pada goal 6 yaitu menjamin ketersediaan dan pengelolaan air serta sanitasi berkelanjutan untuk semua kalangan terkait masalah air sanitasi, penipisan sumber daya alam, degradasi lingkungan, dan perubahan iklim.[20] Masyarakat Wilayah Desa Bengawan Ampar memiliki kebiasaan membuang kotoran dengan membuat lubang di tanah, hutan, sungai, dan praktik buang air besar secara sembarangan (*open defecation)*.

Kebiasaan ini menimbulkan risiko pencemaran terhadap tanah dan air. Penelitian yang dilakukan oleh Okullo dkk dan Mukherjee dkk.[21,22] terdapat pengaruh kualitas air tanah yang diakibatkan pencemaran oleh tinja disebabkan pembangunan sanitasi yang buruk, pendidikan yang buruk dan perilaku manusia yang tidak tepat selain itu buang air besar tidak hanya menurunkan kualitas air minum bahkan menjadikan air tidak layak untuk diminum.

Pendidikan sebagai bagian dari pembentukan watak hingga sikap dengan kemampuan, terampil, pengetahuan serta kecerdasan.[23] Selain itu, pendidikan sebagai bagian dari kebutuhan setiap manusia tentunya akan sangat penting dalam meningkatkan pengembangan diri, hal ini sejalan dengan pengetahuan akan bertambah.[24] Semakin tingginya pendidikan kepala keluarga akan berdampak pada penyerapan informasi serta menentukan solusi yang akan dihadapi karena akan mampu berpikir secara objektif dan logis.[25]

Hal ini selaras dengan riset oleh Novitry dkk.[26] terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepemilikan jamban yakni *p-value* 0,001. Penelitian lain menjelaskan kepemilikan jamban merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit diare yang mana keluarga tidak memanfaatkan jamban akan berisiko 17 kali lebih besar tertular diare dibandingkan dengan keluarga memiliki jamban.[27] Pada penelitian lain mengungkapkan bahwa risiko kejadian diare terkait kepemilikan jamban dengan jenis jamban tidak terstandar, ditambah kebiasaan buang air sembarangan, selain itu faktor lingkungan yang kotor, penularan melalui *fecal-oral* bahkan terkait pengelolaan dan pengolahan makanan serta minuman.[28,29,30]

Berdasarkan penjelasan menunjukkan pendidikan yang terpenting untuk membentuk pengetahuan yang akan mempermudah dalam penyampaian informasi yang baik pada saat pengambilan keputusan. Masyarakat mempunyai pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan memiliki jamban yang sehat dari pada yang berpendidikan rendah serta hal ini pendidikan bagian dari kunci dalam merubah kehidupan sosial dan budaya.

Berdasarkan hasil penelitian, pengetahuan kepala keluarga terkait jamban baik dari manfaat jamban, penyakit yang akan ditimbulkan hingga syarat membangun jamban yang sehat yang diukur menggunakan kuesioner, semakin

tinggi tingkat pengetahuan seseorang akan mempengaruhi tindakan dalam memiliki jamban sehat. Tetapi seseorang mempunyai pengetahuan baik atau tinggi belum tentu tindakan untuk memiliki jamban.[31] Seseorang dilihat bukan hanya berdasarkan pengetahuan namun akan terkait dengan sikap serta tindakan yang akan membawa pengaruh pada perilaku, pengetahuan yang baik tidak menjamin sikap dan tindakan akan berbanding lurus.[32]

Penelitian lain yang terkait dengan penggunaan jamban yakni oleh Astuti dkk. dimana dari hasil analisis statistik terdapat signifikansi antara pengetahuan dengan perilaku keluarga dengan memberikan pengetahuan serta informasi secara terus menerus dan berkelanjutan diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi seseorang mengubah dari yang tidak tahu menjadi tahu, sadar dan mengetahui menjadi ada dan tersedia serta dari bersedia mampu mengubah perilaku untuk memiliki jamban dan menggunakannya sehingga akan berdampak positif terhadap perilaku.[33,34]

Perkembangan pengetahuan manusia bersumber pada pengalaman, kedewasaan serta proses belajar dalam mengendalikan proses pembuangan kotoran, membedakan benar dan salah serta menggunakan hati nurani sebagai bagian dari tugas perkembangan manusia. Tingkat kematangan akan semakin tinggi sesuai dengan bertambahnya umur sesuai dengan tugas perkembangan.[35] Pada paradigma komunikasi atau persuasi, dimana transformasi pengetahuan dan sikap menjadi keharusan dalam mengubah perilaku kesehatan dan perilaku lainnya.[36]

Hasil wawancara peneliti dengan responden, bahwa diketahui pemahaman masyarakat yang memadai terkait informasi kesehatan sehingga membentuk pengetahuan di masyarakat Kuala Behe sangat terbatas. Pengetahuan masyarakat dimulai pada tahap *"cognitive domain"* yaitu tingkatan I, tingkat tahu (*know)* sehingga menghasilkan stimulus untuk melakukan tindakan yang sehubungan dengan penyakit akibat tidak menggunakan jamban dan dengan pengetahuan tersebut dapat membentuk praktik atau berupa tindakan kesehatan dengan lebih baik.[37,38,39,40] Hal ini terlihat dari proses sosialisasi dan penyuluhan tidak optimal dilakukan petugas kesehatan khususnya wilayah Desa Bengawan Ampar dan pemberdayaan masyarakat terkait sanitasi lingkungan yang sehat serta ketersediaan petugas kesehatan pada wilayah tersebut yang kosong.

Responden mengatakan bahwa mereka memerlukan informasi-informasi yang baik tentang pemanfaatan jamban dari penyuluhan maupun promosi yang disesuaikan dengan keadaan setempat dengan memperlihatkan bentuk nyata baik melalui selebaran atau *leaflet*. Wilayah Desa Bengawan Ampar belum mengalami tahapan kegiatan pemicuan oleh sanitarian kesehatan, sehingga diperlukan dorongan kepada kepala keluarga untuk memiliki jamban dengan cara memberikan rasa jijik terhadap kotoran dalam upaya merubah perilaku buang air besar secara sembarangan. Selain itu adanya ketergantungan masyarakat terhadap bantuan pemerintah dalam pembangunan jamban diselaraskan dengan diseminasi kepada masyarakat secara edukatif dalam hal penggunaan jamban.

Pekerjaan menjadi bagian tugas perkembangan manusia. Jenis mata pencaharian akan berpengaruh pada penyesuaian setiap individu dalam menyesuaikan perilaku menghadapi perubahan lingkungan. Pekerjaan seseorang akan berpengaruh terhadap status ekonomi. Status ekonomi menjadi faktor untuk memudahkan seseorang melakukan perubahan perilaku serta menentukan fasilitas dalam peningkatan derajat kesehatan. Hal ini selaras dengan riset widyastutik dkk.[41] bahwa terdapat signifikansi antara pendapatan yang rendah terhadap kepemilikan jamban yakni *p-value* = 0,037.

Kesimpulan dari hasil analisis tersebut bahwa pekerjaan menjadi ukuran tingkat kesejahteraan dan ekonomi seseorang, selain itu

menjadi pemenuhan kebutuhan salah satunya terkait dengan pemanfaatan jamban dan sebagai penentu perubahan perilaku masyarakat.[1] Hal ini dilihat dari lokasi geografis Desa Bengawan Ampar yang tidak bisa diakses melalui Kecamatan Kuala Behe dan harus dilakukan memutar melewati Kecamatan Ngabang, Kecamatan Meranti dan Kecamatan Darit dengan jarak tempuh memakan waktu ± 4,5 jam. Akses yang sangat terbatas termasuk jalan yang rusak (gambar 3) sehingga membuat biaya material pembuatan jamban sangat tinggi.

Gambar 2. Infrastruktur Jalan menuju Desa Bengawan Ampar

Selain itu bagi sebagian besar masyarakat yang tinggal di wilayah Desa Bengawan Ampar bermata pencaharian berladang atau bertani sehingga yang menjadi alasan yang muncul tidak tersedianya dana yang cukup untuk membangun jamban. Hal ini sejalan dengan penelitian Yusiana dkk.[42] bahwa pembuatan jamban yang sesuai syarat sehat akan menggunakan banyak biaya, sehingga masyarakat lebih memilih untuk menggunakan jamban murah dan tidak memerlukan *septictank*.

Aktivitas yang dilakukan manusia baik secara spontan ataupun tidak merupakan bagian dari tindakan, sehingga tingkah laku manusia memiliki lingkup yang luas mulai dari berjalan, berbicara, berekreasi, berpakaian dan lain lain.[43] Hasil wawancara peneliti dengan responden dan aparat desa, bahwa diketahui masalah utama masyarakat Desa Bengawan Ampar kesulitan membangun jamban baik hanya sekedar ada ataupun sesuai syarat kesehatan sebagian besar adalah terkait biaya pembangunan yang begitu tinggi, sehingga warga masyarakat lebih memilih membuang air di sungai atau hutan yang tidak memerlukan biaya. Bagi sebagian masyarakat yang telah membuat jamban sederhana baik itu cemplung atau pun leher angsa tanpa lubang pembuangan yang mana langsung mengarah ke sungai maupun ke kandang peliharaan (Gambar 3).

Gambar 3. Kondisi Eksisting Jamban Desa Bengawan Ampar

Penyuluhan dan pembinaan secara intensif menjadi hal yang sangat diperlukan dalam peningkatan pengetahuan dan tindakan baik secara perorangan maupun secara kelompok dalam pemanfaatan dan kepemilikan jamban. Peningkatan derajat kesehatan dapat dilakukan dengan peningkatan upaya promotif yang bersifat mencegah penduduk terhindar penyakit berasal dari lingkungan baik itu diare serta penyakit

lainnya.[14]

Berlandaskan hasil penelitian, menunjukkan sebagian besar sikap kepala keluarga dalam upaya memanfaatkan jamban sehat dapat dikatakan baik. Selain itu diperlukan dukungan dalam penyediaan sarana dan prasarana sehingga menghasilkan tindakan yang positif yakni terkait pemanfaatan jamban.

Tindakan akan sejalan sikap karena semakin baik sikap seseorang maka akan semakin baik dalam memanfaatkan jamban sesuai dengan kegunaanya. Faktor pembentuk sikap berasal dari pengalaman, tokoh panutan maupun disebabkan oleh kultur.[44]

Petugas kesehatan dan tokoh masyarakat merupakan figur panutan yang bisa didengar nasehatnya oleh masyarakat. Petugas kesehatan yang mempunyai keahlian dalam memberikan bimbingan maupun instruksi dibidang kesehatan dengan mempromosikan serta menyampaikan fundamental keberadaan jamban yang sehat melalui penyuluhan, namun hal ini membutuhkan dukungan dari tokoh masyarakat untuk meningkatkan perilaku masyarakat yang lebih baik. Dukungan tersebut dapat berupa keteladanan perilaku dari tokoh masyarakat yang memiliki jamban, bantuan dana maupun lahan yang besar sebagai *septic tank* komunal.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dihasilkan bahwa bagian terpenting dalam meningkatkan kesadaran terhadap kepemilikan jamban diperlukan kerja sama dan koordinasi yang baik dalam meningkatkan pengetahuan, pendidikan, serta meningkatkan pendapatan serta merubah tindakan perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat serta akses air bersih dan air minum.

Kepemilikan jamban di Desa Bengawan Ampar Kecamatan Kuala Behe Kabupaten Landak sebagai sarana buang air besar belum menjadi prioritas masyarakat. Mayoritas masyarakat belum mempunyai jamban dan lebih awam dengan memanfaatkan sungai dan hutan. Hal tersebut berhubungan dengan lingkungan sekitar dalam hal ketersediaan air bersih yang sangat mengandalkan air sungai, biaya material yang tinggi dengan akses jalan yang belum memadai, keputusan kepala keluarga terkait pendapatan serta pembinaan dan penyuluhan dari petugas kesehatan terkait kepemilikan jamban yang belum optimal untuk wilayah Desa Bengawan Ampar.

SARAN

Peningkatan pengetahuan, akses pendidikan, pendapatan, dan perbaikan tindakan serta akses terhadap air bersih sangat diperlukan bagi Desa Bengawan Ampar Kecamatan Kuala Behe sehingga diharapkan koordinasi yang baik dari pemerintah dan pihak swasta.

Kepada pengelola program sanitasi baik di Dinas Kesehatan maupun Puskesmas agar dapat memberikan pembinaan, penyuluhan kepada masyarakat melalui pendekatan lima pilar kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat agar masyarakat berubah perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu dilakukan pembinaan disertai pendampingan yang dapat dilaksanakan secara intens dan berkelanjutan untuk mengubah kebiasaan masyarakat untuk memiliki serta memanfaatkan jamban di lingkungan desa.

Program ini juga terintegrasi dengan *stakeholder* lainnya seperti aparat Desa Bengawan Ampar, Dinas PUPR Landak, Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa yang berkolaborasi terkait program-program sebagai bentuk upaya meningkatkan Indeks Desa Membangun di Wilayah Kalimantan Barat khususnya Kabupaten Landak.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini dapat dilaksanakan dengan baik berkat bantuan banyak pihak. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Kalimantan Barat, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Landak, Camat Kuala Behe, Kepala

Desa Bengawan Ampar serta masyarakat Desa Bengawan Ampar yang bersedia menjadi responden dan mendukung dan membantu dalam memberikan data maupun informasi dalam penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes RI No 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
3. Mundiatun D. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta: Garava Media; 2015.
4. World Health Organization. Guidelines for Drinking-water Quality : Fourth Edition Incorporating The First Addendum. Geneva : World Health Organization; 2017.
5. Pinontoan OR, Sumampouw OJ. Dasar Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta: Deepublish; 2019.
6. Moeloek NF. Sambutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Pada Peringatan Hari Kesehatan Nasional 14 November 2016. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
7. Alisjahbana AS, Murniningtyas E. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan Di Indonesia: Konsep Target Dan Strategi Implementasi. Bandung: Unpad Press; 2018.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
9. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat. Provinsi Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2018. Pontianak: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat; 2018.
11. Dinas Perumahan Rakyat dan Kawasan Pemukiman Cipta Karya. Persentase Akses Sanitasi Layak Kab/Kota Se-Kalbar Tahun 2019. Provinsi Kalimantan Barat; 2019.
12. Dinas Kesehatan Kabupaten Landak. Persentase Akses Sanitasi Layak Se-Kecamatan Landak. Kabupaten Landak; 2019.
13. Dirjen Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa. Peringkat Status Indeks Desa Membangun. Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Republik Indonesia. 2020.
14. Chandra B. Pengantar Kesehatan Lingkungan. Jakarta: EGC; 2006.
15. Mathofani PE. Determinan Pemanfaatan Jamban Pada Keluarga. Faletehan Heal J. 2020;7(1):7.
16. Riduwan. Metode dan Teknik Menyusun Tesis. Kesepuluh. 2014.
17. Noor NN. Epidemiologi. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2008.
18. Rakhmat J. Metode Penelitian Komunikasi. Bandung: Remaja Karya; 1998.
19. Nurzanah TN, Zakianis Z, Wispriyono B, Anwar A. Sanitasi Dan Air Minum Di Daerah Perkotaan Dan Pedesaan Di Provinsi Bengkulu (Analisis Data Potensi Desa 2018). J Ekol Kesehat. 2020;18(3):159–70.
20. United Nations. SDG 6 Synthesis Report 2018 on Water and Sanitation. UN WATER. 2018.
21. Mukherjee A, Duttagupta S, Chattopadhyay S, Bhanja SN, Bhattacharya A, Chakraborty S, et al. Impact of Sanitation and Socio-economy on Groundwater Fecal Pollution and Human Health Towards Achieving sustainable Development Goals Across India from Ground-Observations and Satellite-Derived Nightlight. Sci Rep [Internet]. 2019;9(1):1–11. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-50875-w
22. Okullo JO, Moturi WN, Ogendi GM. Open Defaecation and Its Effects on the Bacteriological Quality of Drinking Water Sources in Isiolo County, Kenya. Environ Health Insights. 2017;11.
23. Putra GS, Selviana S. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Sehat Di Desa Empakan Kecamatan Kayan Hulu. J Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa. 2017;4(3):238.

24. Pane E. Pengaruh Perilaku Keluarga terhadap Penggunaan Jamban. Kesmas Natl Public Heal J. 2009;3(5):229.
25. Murwati M. Faktor Host Dan Lingkungan Yang Mempengaruhi Perilaku Buang Air Besar Sembarangan/ (Open Defecation). Univ Diponegoro. 2012;
26. Novitry F, Agustin R. Determinan Kepemilikan Jamban Sehat di Desa Sukomulyo Martapura Palembang. Aisyah J Ilmu Kesehat. 2017;2(2):107–16.
27. Wijaya Y. Faktor Risiko Kejadian Diare Balita Di Sekitar TPS Banaran Kampus Unnes. Unnes J Public Heal. 2012;1(2):1–5.
28. Sidabalok DL, Samsudin S, Djaja IM. Relationship between Environmental Factors and Personal Hygiene with Diarrhea among Children Under Five in West Kotawaringin, Central Kalimantan. In: The 6th International Conference on Public Health. 2019. p. 40–40.
29. Gibson S, Sahanggamu D, White DF val CS. "Unfit for human consumption": a study of the contamination of formula milk fed to young children in East Java, Indonesia. Trop Med Int Heal. 2017;22(10):1275–82.
30. Suyitno, Chompikul J, Tiraphat S, Sandar Anye K. Prevalence and risk factors for diarrhea among children aged less than two years in Central Kalimantan Province , Indonesia. J Public Heal Dev. 2019;17(1):31–45.
31. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
32. Kamagi PSG, Akili RH, Joseph WBS. Gambaran Pengetahuan Sanitasi Lingkungan Pada Ibu Yang Memiliki Balita Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Pineleng Kabupaten Minahasa. J Kesmas. 2020;9(4):174–80.
33. Indrayani, Fitri WE, Rahmatiqa C. Factors Related to Open Defecation Behavior in Kenagarian Koto Rawang , Iv Jurai , Pesisir Selatan Regency the Year 2020. In: Proceedings of the 2nd Syedza Saintika International Conference nursing, Midwifery, Medical Laboratory Technology, Public Health, and Health Information Management (SeSICNiMPH 2021). 2021. p. 300–5.
34. Astuti NY, Kasmini OW, Indriyanti DR. The Effectiveness of KATAJAGA Health Education on the Changes of Knowledge , Attitudes , and Behavior of Defecation of Community in Tambakromo Bojonegoro. Public Heal Perspect J. 2021;6(2).
35. Bandura A. Social Learning Theory. Gr Organ Stud. 1977;2(3):384–8.
36. Glanz K, Rimer B k., Viswanath K. Health Behavior And Health Education :Theory, Reserch, and Practice. 4th Editio. San Fransisco: Jossey Bass; 2008.
37. Verawaty SJ, Simanjuntak NH, Simaremare AP. Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue dengan Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat di Kecamatan Medan Deli. Media Penelit dan Pengemb Kesehat. 2020;29(4):305–12.
38. Shinta N D, Mardoyo S, . M. Hubungan Perilaku Petugas Kebersihan Dengan Tindakan Penanganan Limbah Padat (Studi di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Tahun 2018). Gema Lingkung Kesehat. 2018;16(2).
39. Masjuniarty. Perilaku masyarakat tentang pemanfaatan jamban keluarga di wilayah kerja puskesmas cangadi kecamatan liliriaja kabupaten soppeng. Fakultas Ilmu Kesehatan Uin Alauddin Makassar. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar; 2010.
40. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Rineka Cipta; 2011.
41. Widyastutik O. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Sehat Di Desa Malikian, Kalimantan Barat. Ikesma. 2017;13(1).
42. Yusiana E, Indah MF, Chandra. Hubungan Status Ekonomi dan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dengan Kepemilikan Jamban Keluarga di Desa Tatah Mesjid Kecamatan Alalak Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020 [Internet]. 2020. Available from: http://eprints.uniska-bjm.ac.id/3967/
43. Notoatmodjo S. Pendidikan Kesehatan & Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.

44. Anggoro FF, Khoiron, Ningrum PT. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Jamban di Kawasan Perkebunan Kopi (Analysis of Factors Associated with the Use of Toilets At Coffee Plantation Region). e-Jurnal Pustaka Kesehat [Internet]. 2015;3(1):171–8. Available from: https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/2521

Determinan Kejadian Anemia pada Balita di Indonesia

Determinants of Anemia in Children Under Five Years in Indonesia

Sri Poedji Hastoety Djaiman,[1]*Nuzuliyati Nurhidayati,[1] dan Antonius Yudi Kristanto[2]

[1]Badan Riset dan Inovasi Nasional. Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta-Bogor, Pakansari, Cibinong, Kabupaten Bogor, Jawa Barat, Indonesia 16915

[2]Pusat Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis : pujihadi@yahoo.com

Submitted: 07-09-2021, *Revised*: 20-01-2022, *Accepted*: 30-03-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.5360

Abstrak

Prevalensi anemia anak balita cenderung menunjukkan kenaikan dari tahun ke tahun. Dampak terhadap kematian dan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang akibat kejadian anemia, mendorong pemerintah untuk melakukan penanganan yang lebih optimal. Ada banyak faktor yang menyebabkan tingginya prevalensi anemia pada anak balita, artikel ini bertujuan mencari determinan yang behubungan dengan anemia pada balita di Indonesia. Penyusunan artikel ini menggunakan data integrasi Riskedas 2018 dan Susenas bulan maret 2018. Sampel dalam analisis ini adalah anak balita yang menjadi sampel susenas dan riskesdas. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode PPS menggunakan *Two-Stage Systematic Sampling*. Untuk mengetahui determinan yang berhubungan dengan kejadian anemia pada anak balita digunakan *Regresi Logistics Binary*, secara *unadjusted dan adjusted*. *Unadjusted* melihat keterkaitan masing-masing variabel independen terhadap dependen variabel tanpa dipengaruhi variabel lain, sedangkan *adjusted* melihat keterkaitan seluruh variabel independen terhadap dependen variabel secara bersamaan. Hasil analisis didapatkan prevalensi anak balita anemia 40,4%, secara *unadjusted* diperoleh determinan yang berhubungan dengan anemia adalah usia balita, jumlah anggota rumah tangga (ART) dan status ekonomi keluarga, sedangkan dari analisis *adjusted* determinan yang berpengaruh adalah usia anak dan status ekonomi keluarga. Determinan pada kelompok usia anak dan status ekonomi baik secara *unadjusted* maupun *adjusted* mempunyai pola yang sama kelompok usia lebih muda mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami anemia dibandingkan dengan kelompok lebih tua, begitu pula berdasarkan status ekonomi keluarga, ekonomi keluarga mempunyai hubungan protektif terhadap kejadian anemia pada anak balita, keluarga dengan ekonomi lebih baik, dapat mencegah terjadinya anemia pada anak balita. Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan kejadian anemia pada anak balita di Indonesia diantaranya dengan menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil agar dapat menurunkan kejadian anemia anak di bawah 24 bulan. Untuk mengatasi permasalahan tesebut penyuluhan tentang pentingnya mengonsumsi makanan tinggi protein bagi anak balita baik di posyandu ataupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya baik secara aktif (melalui penyuluhan tatap muka) atau melalui penyuluhan tidak langsung (melalui poster ataupun *leaflet*).

Kata kunci: anemia; balita; determinan

Abstract

The prevalence of anemia in children under five tends to increase from year to year. The impact on mortality and the quality of human resources in the future due to the incidence of anemia, encourages

the government to carry out more optimal handling. There are many factors that cause the high prevalence of anemia in children under five, this article aimed to find the determinants associated with anemia in children under five in Indonesia. The preparation of this article uses data from the integration of Riskesdas 2018 and Susenas in March 2018. The samples in this analysis were children under five who were the samples of Susenas and Riskesdas. Sampling was carried out using the PPS method using Two-Stage Systematic Sampling. To find out the determinants related to the incidence of anemia in children under five, Binary Logistics Regression was used, unadjusted and adjusted. Unadjusted sees the relationship of each independent variable to the dependent variable without being influenced by other variables, while adjusted sees the relationship of all independent variables to the dependent variable simultaneously. The results of the analysis showed that the prevalence of anemia in children under five was 40.4%, unadjusted, the determinants related to anemia were the children under five, the number of household members (ART) and the economic status of the family, while from the adjusted analysis the influential determinants were the child's age and economic status. family. Determinants in the age group of children and economic status, both unadjusted and adjusted, have the same pattern, age groups are easier to have a higher risk of developing anemia compared to the older group, as well as based on family economic status, family economy has a protective relationship to the incidence of anemia in children. children under five, families with better economic conditions, can prevent anemia in children under five. Efforts that can be made to reduce the incidence of anemia in children under five in Indonesia include reducing the incidence of anemia in pregnant women in order to reduce the incidence of anemia in children under 24 months. To overcome this problem, there is counseling about the importance of consuming high-protein foods for children under five, either in posyandu or other health service facilities, either actively (through face-to-face counseling) or through indirect counseling (through posters or leaflets).

Keywords: anemia; children under five; determinant

PENDAHULUAN

Anemia adalah suatu kondisi di mana jumlah sel darah merah tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis tubuh. Kebutuhan fisiologis bervariasi tergantung usia, jenis kelamin, ketinggian tempat tinggal di atas permukaan laut, merokok, dan tahapan kehamilan.[1] Prevalensi anemia di Indonesia dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan, tahun 2007 prevalensi anemia anak balita 0-59 bulan 27,7%, tahun 2013 meningkat menjadi 28,1% dan pada tahun 2018 meningkat kembali menjadi 38,5%.[2,3,4] Kejadian anemia pada anak memberikan dampak yang sangat bermakna pada kualitas dan keberlangsungan hidup anak. Scott[5] melakukan meta analisis, dari 10 penelitian yang dianalisis diperoleh informasi OR gabungan dari risiko anak anemia terhadap kematian sebesar 0,76 (95% CI 0,62-0,93) artinya anak tidak anemia dapat mencegah kematian sebesar 1,3 kali dibandingkan dengan anak anemia, di bagian lainnya Scott mengungkapkan setiap peningkatan 1-g/dl Hb, menurunkan risiko kematian anak sebesar 24% (95% CI 7%-38%). Bila Scott menganalisis tentang pengaruh anemia terhadap kematian anak, Iannotti[6] melakukan penelitian pengaruh anemia terhadap perkembangan anak. Pada anak yang mengalami anemia mengurangi transportasi oksigen dalam tubuh mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan yang berpotensi *irreversible*. Hal yang sama ditemukan dalam tinjauan sistematik yang dilakukan oleh Hermoso,[7] status zat besi pada saat awal kehidupan berdampak serius pada bayi, kesehatan anak, dan perkembangan selanjutnya, yaitu perubahan status kekebalan, efek buruk pada mortalitas, penundaan perkembangan perilaku dan mental.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya anemia pada anak, beberapa penelitian yang telah dilakukan untuk membuktikan hal tersebut. Usia, semakin muda persentase anemia semakin tinggi.[8] Temuan tersebut sesuai

dengan analisis data sekunder the National Nutrition Survey di Pakistan tahun 2011-2012 yang dilakukan Habib,[9] anak di bawah 24 bulan mempunyai risiko 1,4 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibandingkan dengan anak di atas usia 24 bulan. Dalam analisis yang sama faktor risiko lain yang berkontribusi pada kejadian anemia pada anak adalah tingkat kesejahteraan keluarga, dua kuintil kekayaan terendah menyumbang 43,3% terhadap kejadian anemia. Hal yang sama dibuktikan oleh Gebreweld[10] yang melakukan penelitian di Guguftu Ethiopia dengan sampel 404 anak dihasilkan informasi anak usia 6-11 bulan dan 12-23 bulan mempunyai risiko mengalami anemia sebesar 4,5 dan 2,8 kali untuk mengalami anemia dibandingkan dengan anak usia di atasnya, begitu pula dengan tingkat kesejahteraan pada keluarga yang memiliki penghasilan di bawah 750 ETB (mata uang Ethiopia) memiliki risiko 5,2 kali dibandingkan dengan pendapatan perbulan lebih dari 1500 ETB.

Penelitian di beberapa negara menunjukkan kuatnya pengaruh antara usia anak dan tingkat kesejahteraan terhadap kejadian anemia pada anak balita. Artikel ini akan membahas determinan apa yang berpengaruh terhadap kejadian anemia pada anak balita dengan harapan dapat memberikan rekomendasi terhadap program perbaikan penanganan anemia pada anak balita.

METODE

Artikel ini menggunakan data sekunder integrasi Riskesdas 2018 dan Susenas bulan Maret 2018, yang dilakukan secara potong lintang. Dari data Riskesdas yang dianalisis adalah: usia balita, jenis kelamin, berat badan lahir, riwayat mengalami infeksi, jumlah ART, jumlah balita, pemantauan pertumbuhan, dan pendidikan KK, sedangkan dari data Susenas yang dianalisis adalah status ekonomi keluarga. Sampel balita yang dianalisis sebanyak 1.153 yang berasal dari 802 blok sensus. Inklusi sampel adalah balita yang memiliki hasil pengukuran kadar Hb, dan ekslusi sampel karena memiliki data hasil sampel di luar batas kewajaran (*outlier*).[4] Di dalam analisis ini dilakukan pembobotan untuk dapat memberikan gambaran data sesungguhnya di populasi**.**

Dependen variabel adalah balita dengan kasus anemia, anak dikatakan anemia bila kadar Hb dalam darah dibawah 11 mg/dl. Independen variabel yang dianalisis adalah jenis kelamin, berat badan lahir (berat badan lahir rendah bila anak dilahirkan dengan berat badan di bawah 2.500 gr), riwayat infeksi (anak dikatakan mengalami infeksi bila dalam 1 bulan terakhir pernah menderita salah satu dari penyakit pneumonia, TBC, ataupun malaria), jumlah anggota rumah tangga (jumlah anggota rumah tangga adalah jumlah seluruh individu dalam rumah tangga tersebut yang makan dalam dapur yang sama, jumlah anggota rumah tangga dianggap besar bila anggota dalam rumah tangga tersebut lebih dari 4 orang), jumlah balita dalam keluarga (jumlah balita dalam keluarga adalah jumlah anak di bawah 5 tahun dalam keluarga tesebut yang makan dalam dapur yang sama, jumlah balita banyak bila melebihi dari 2 orang), pemantauan pertumbuhan (pemantauan pertumbuhan adalah kegiatan yang dilakukan dalam monitoring pertumbuhan terhadap anak dari berbagai fasilitas, anak dikatakan melakukan pemantauan bila melakukan penimbangan berat badan 8 kali dalam 1 tahun), pendidikan kepala keluarga (pendidikan kepala keluarga adalah pendidikan formal terakhir yang telah ditamatkan oleh kepala rumah tangga tersebut), status ekonomi keluarga (status ekonomi keluarga berdasarkan pengeluaran rumah tangga yang dibagi dalam 5 kategori, rumah tangga miskin bila masuk dalam kategori 2 ke bawah, sedangkan di atas 2 dikatakan rumah tangga tidak miskin).

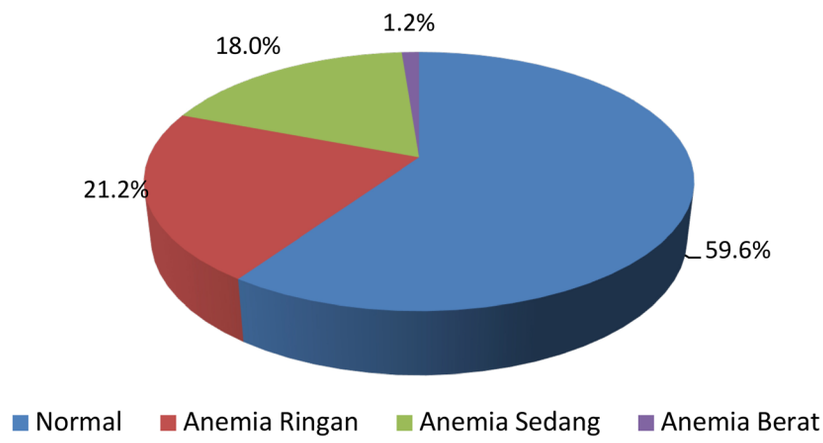
Untuk mengetahui determinan yang berpengaruh terhadap kejadian anemia lakukan analisis *regresi logistic binary*, karena dependen variabel dalam bentuk dua kategori yaitu anemia dan tidak anemia. Analisis dimulai dari melihat distribusi sampel berdasarkan karakteristik yang diduga berkaitan dengan terjadinya anemia pada anak balita, tahap selanjutnya dilakukan *analysis bivariate* selain untuk melihat pengaruh masing-masing determinan terhadap kejadian anemia

pada balita tanpa dipengaruhi determinan lain (*Crude OR*) juga untuk memilih determinan yang dapat masuk dalam *analysis multivariate.*

HASIL

Distribusi sampel berdasarkan tingkat keparahan anemia yang dialami balita seperti digambarkan dalam Gambar 1. Dari 1.153 sampel ditemukan sebanyak 40,4% (466 balita) mengalami anemia dengan tingkat keparahan: 245 (21,2%) anemia ringan/*mild anemia* dengan kadar Hb 10,0 sampai dengan 11 mg/dl, 207 (18,0%) mengalami anemia sedang /*moderate anemia* dengan kadar Hb 7,0 sampai dengan 9,9 mg/dl dan 14 (1,2%) mengalami anemia berat/ *severe anemia* dengan kadar Hb dalam darah dibawah 7 mg/dl. Dalam analisis ini peneliti mendefinisikan anemia jika anak memiliki kadar Hb di bawah 11 mg/dl (anemia ringan) hal ini dilakukan agar dalam penanganan anemia sudah dimulai dari anak mengalami anemia ringan sehingga deteksi dini dimulai sedini mungkin.

Tahap selanjutnya, oleh karena data yang dianalisis tidak terlalu banyak (1.153 sampel), untuk menghindarkan adanya sel kosong, maka anemia akan dibagi menjadi 2 kategori, balita anemia bila kadar Hb dalam darah di bawah 11 mg/dl, sedangkan anak dengan kadar Hb dalam darah di atas 11 mg/dl masuk dalam kategori tidak anemia. Tabel 1 menggambarkan distribusi sampel berdasarkan karakteristik. Dari total 1.153 sampel ditemukan sebanyak 466 (40,4%) sampel menderita anemia (anemia ringan, anemia sedang dan anemia berat). proporsi terbesar pada kelompok usia 36 sampai dengan 59 bulan sebanyak 531 (46,1%). Anak laki-laki sedikit lebih banyak 582 (50,5%) dibandingkan dengan anak perempuan, sampel yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) adalah 6,8%. Berdasarkan jumlah anggota rumah tangga (ART) 53,7% balita tinggal pada keluarga dengan jumlah tidak lebih dari 4 orang, hal yang sama dilihat berdasarkan jumlah balita dalam rumah tangga sebesar 99,3% balita tinggal pada keluarga dengan jumlah anak balita dalam rumah tangga di bawah dua anak. Sebagian besar sampel balita pernah mengalami penyakit infeksi dalam satu bulan terakhir (61,0%) dan sebagian besar (57,3%) tidak mempunyai kebiasaan memantau pertumbuhan anak. Sebagian besar anak balita tinggal dengan kepala keluarga hanya tamat SLTP ke bawah (61,0%) dan sebagian besar anak tinggal dengan keluarga dengan status ekonomi rendah (54,1 %).



Gambar 1: Distribusi Anemia Berdasarkan Tingkat Keparahan

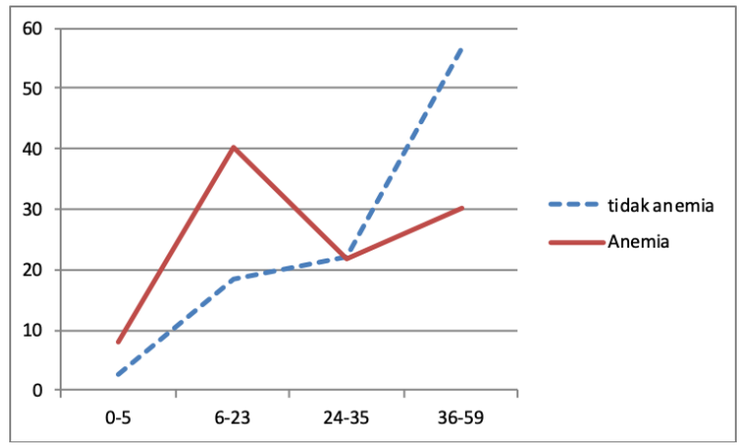
Tabel 1. Distribusi Sampel Berdasarkan Karakteristik

Determinan	N	%	Data *Missing*
Status Anemia	**1153**	**100**	0
Tidak Anemia	687	59,6	
Anemia	466	40,4	
Kelompok Usia (Bln)	**1153**	**100**	0
0-5	54	4,7	
6-23	315	27,3	
24-35	253	21,9	
36-59	531	46,1	
Jenis Kelamin	**1153**	**100**	**0**
Laki-laki	582	50,5	
Perempuan	571	49,5	
Berat Badan Lahir	**702**	**100**	**451**
Tidak BBLR	654	93,2	
BBLR	48	6,8	
Riwayat Infeksi	**1153**	**100**	**0**
Tidak Pernah	450	39,0	
Pernah	703	61,0	
Jumlah ART	**1153**	**100**	**0**
≤ 4	619	53,7	
>4	534	46,3	
Jumlah Balita	**1153**	**100**	**0**
≤ 2	1145	99,3	
>2	8	0,7	
Pantau Pertumbuhan	**1075**	**100**	**78**
Ya	459	42,7	
Tidak	616	57,3	
Pendidikan KK	**1153**	**100**	**0**
SLTA keatas	450	39,0	
SLTP kebawah	703	61,0	
Status Ekonomi Kel	**1153**	**100,0**	**0**
Tidak miskin	529	45,9	
Miskin	624	54,1	

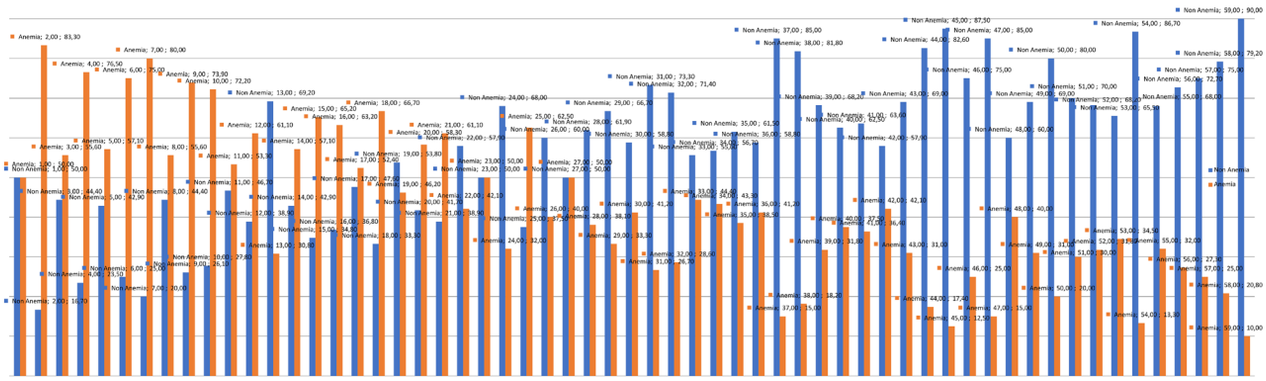
Tabel 2 menggambarkan distribusi sampel berdasarkan status anemia. Berdasarkan kelompok usia proporsi terbesar anak anemia ada pada 0-5 bulan (68,5%), semakin bertambah usia semakin kecil balita yang mengalami anemia. Anak laki-laki lebih banyak mengalami anemia (42,8%) dibandingkan dengan anak perempuan. Sebagian besar anak anemia terlahir dengan berat badan di atas 2.500 gr (43,3%), namun sebagian besar pula pernah mengalami penyakit infeksi dalam satu bulan terakhir (66,7%), masih ada 39,6% anak balita anemia tersebut tidak pernah memantau pertumbuhannya. Berdasarkan latar belakang sosial ekonomi keluarga balita anemia, 43,3% anak balita anemia terlahir dari keluarga dengan jumlah ART di atas 4, dan 40,4% anak balita terlahir dari keluarga yang memiliki anak balita di bawah 2. Dilihat dari tingkat pendidikan Kepala Keluarga (KK) sebagian anak balita anemia tinggal dengan KK berlatar belakang tingkat pendidikan SLTP ke bawah (41,8%) dan 44,1% dengan status ekonomi rendah.

Tabel 2. Distribusi Sampel Berdasarkan Status Anemia

Determinan	Status Anemia				Total	
	Tidak Anemia		Anemia			
	n	%	n	%	n	%
Kelompok Usia (Bln)						
0-5	17	31,5	37	68,5	54	100,0
6-23	128	40,6	187	59,4	315	100,0
24-35	152	60,1	101	39,9	253	100,0
36-59	390	73,4	141	26,6	531	100,0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100,0
Jenis Kelamin						
Laki-laki	333	57,2	249	42,8	582	100,0
Perempuan	354	62,0	217	38,0	571	100,0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100,0
Berat Badan Lahir						
Tidak BBLR	371	56,7	283	43,3	654	100,0
BBLR	32	66,7	16	33,3	48	100,0
Total	403	57,4	299	42,6	702	100,0
Riwayat Infeksi						
Tidak Pernah	685	59,7	462	40,3	1147	100,0
Pernah	2	33,3	4	66,7	6	100,0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100,0
Jumlah ART						
≤ 4	384	62,0	235	38,0	619	100,0
>4	303	56,7	231	43,3	534	100,0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100,0
Jumlah Balita						
≤ 2	682	59,6	463	40,4	1145	100,0
>2	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100,0
Pantau Pertumbuhan						
Ya	275	59,9	184	40,1	459	100,0
Tidak	372	60,4	244	39,6	616	100, 0
Total	647	60,2	428	39,8	1075	100, 0
Pendidikan KK						
SLTA keatas	278	61,8	172	38,2	450	100, 0
SLTP kebawah	409	58,2	294	41,8	703	100, 0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100, 0
Status Ekonomi Kel						
Tidak Miskin	338	63,9	191	36,1	529	100, 0
Miskin	349	55,9	275	44,1	624	100, 0
Total	687	59,6	466	40,4	1153	100, 0



Gambar 2. Distribusi Proporsi Balita Anemia Berdasarkan Kelompok Usia



Gambar 3. Distribusi Balita Anemia Berdasarkan Usia

Gambar 2 menunjukkan grafik dari kasus anak anemia dan tidak anemia berdasarkan kelompok usia. Kasus anak balita tidak anemia cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, namun berbeda dengan kasus anak balita anemia semakin bertambahnya usia semakin menurun proporsi kasus anemia. Hal tersebut juga tidak jauh berbeda bila dilihat dari setiap titik usia pada Gambar 3.

Pada Gambar 3 terlihat persentase balita anemia berdasarkan usia. Persentase tinggi pada usia muda semakin bertambah usia semakin rendah persentase anemia, sehingga dengan bertambahnya usia anak semakin kuat dalam menghindari kejadian anemia. Dari 9 determinan yang diduga berhubungan dengan kejadian anemia pada anak balita, hanya 3 determinan yang bepengaruh secara signifikan secara *crude,* yaitu kelompok usia, jumlah ART, dan status ekonomi keluarga. Risiko anak usia 6-23 bulan untuk mengalami anemia sebesar 6,0 kali, lebih besar dari usia 24–35 bulan dan 36–59 bulan (4,0 dan 1,8) kali dibandingkan dengan 0–5 bulan. Determinan jumlah ART, balita yang terlahir dari keluarga dengan jumlah ART di atas 4 orang mempunyai risiko sebesar 0,8 dibandingkan dengan balita yang memiliki ART di bawah 4 orang, artinya balita yang tinggal dalam rumah tangga dengan ART di bawah 4 orang, dapat mencegah agar balitanya tidak menderita anemia sebesar 1,3 kali dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah tangga dengan jumlah ART di atas 4 orang. Hal yang sama terjadi bila dilihat dari status ekonomi keluarga. Balita yang tinggal

dalam rumah tangga dengan status ekonomi rendah memiliki risiko 0,7 kali untuk mengalami anemia, artinya anak yang tinggal pada keluarga dengan ekonomi baik dapat mencegah 1,4 kali tidak mengalami anemia dibandingkan dengan anak balita yang tinggal pada keluarga dengan ekonomi rendah. Secara rinci gambaran tersebut dapat terlihat pada Tabel 3.

Pada Tabel 4 hasil analisis multivariat, ada dua determinan yang berpengaruh secara bersamaan terhadap kejadian anemia pada anak balita, kedua determinan tersebut adalah kelompok usia dan status ekonomi keluarga. Dengan memperhatikan pengaruh kelompok usia dan status ekonomi keluarga, besarnya risiko kelompok usia 6-23 bulan untuk mengalami anemia sebesar 6,1 dibandingkan dengan usia 0-5 bulan, sedangkan lebih tinggi dibandingkan dengan usia 24-35 bulan dan 36-59 bulan masing-masing 4,0 dan 1,9 kali dibandingkan dengan balita usia 0-5 bulan. Keluarga dengan status ekonomi rendah memiliki proteksi terhadap terjadinya diare sebesar 0,7 artinya keluarga dengan ekonomi baik dapat mencegah terjadinya anemia pada anak balita di keluarganya sebesar 1,4 kali dibandingkan dengan keluarga dengan ekonomi rendah.

Tabel 3. Besarnya *Crude OR* yang Berpengaruh terhadap Kejadian Anemia pada Balita

Variabel	OR	95% CI (OR)	P (OR)	F	P (F)
Kelompok Usia (bulan)				107,192	0,00
- 0-5	0				
- 6-23	6,0	3,3-11,0	0,00		
- 24-35	4,0	3,0-5,4	0,00		
- 36-59	1,8	3,0-2,5	0,00		
Jumlah ART				9,649	0,00
≤ 4	0				
>4	0,8	0,6-1,0	0,01		
Status Ekonomi Kel				8,734	0,00
Baik	0				
Rendah	0,7	0,6-0,9	0,00		

Tabel 4. *Adjusted OR* yang Berpengaruh terhadap Kejadian Anemia pada Balita

Variabel	OR	95% CI (OR)	P (OR)
Kelompok Usia (bulan)			
- 0-5	0		
- 6-23	6,1	3,3-11,2	0,00
- 24-35	4,0	2,9-5,4	0,00
- 36-59	1,9	1,4-2,5	0,00
Status Ekonomi Kel			
Baik	0		
Rendah	0,7	0,6-0,9	0,00

PEMBAHASAN

Prevalensi anemia pada anak 12-59 bulan di Indonesia tahun 2013 sebesar 28,1%,[3] pada tahun 2018 anemia pada usia 0-59 bulan meningkat menjadi 38,5%[4] meskipun mengalami peningkatan, namun masih di bawah beberapa negara ASEAN lainnya seperti Kamboja (49%) dan Timor Leste (46,3%).[11] Dari hasil analisis regresi logistik yang telah dilakukan secara *crude* (*unadjusted*), tiga hal yang terbukti berhubungan dengan kejadian anemia pada anak balita di Indonesia yaitu kelompok usia, jumlah ART, dan status ekonomi. Temuan tersebut sejalan dengan Borbor[12] yang mengungkapkan determinan kejadian anemia pada anak balita di Ghana diantaranya adalah usia anak, tingkat kesejahteraan, dan jumlah ART.

Gaston[8] melakukan analisis dengan menggunakan data *Demographic and Health Survey (DHS)* Afrika Selatan tahun 2009 dan 2014. Berdasarkan data DHS 2009 risiko anak usia 0-19 bulan lebih tinggi dari pada usia 20-39 bulan (2,9 dan 1,4) untuk menderita penyakit anemia, sama dengan analisis DHS tahun 2014 besarnya risiko anak usia 0-19 bulan lebih tinggi usia 20-39 bulan untuk mengalami anemia. Gambaran hubungan antara kejadian anemia dengan determinan usia anak juga digambarkan oleh Simbauranga[13] di Tanzania. Dari 239 sampel, besarnya risiko *unadjusted* anak usia di bawah 2 tahun untuk mengalami anemia lebih besar dari anak usia di atas 2 tahun (1,9) risko ini lebih besar dibandingkan dengan *OR adjusted* setelah dikendalikan dengan riwayat mengalami malaria, status gizi, dan status pekerjaan ayah, Artinya bahwa risiko usia terhadap kejadian anemia bisa dikendalikan bila beberapa determinan yang berhubungan dengan kejadian anemia lainnya dapat dikendalikan misalnya dengan eradikasi malaria, meningkatkan status gizi anak dan memberikan mata pencaharian (pekerjaan) ayah.

Tingginya risiko usia anak lebih muda untuk mengalami anemia di Indonesia dimungkinkan karena prevalensi anemia pada ibu hamil cukup tinggi ditunjukkan dengan adanya peningkatan prevalensi anemia pada ibu hamil dari tahun 2007 hingga 2018. Prevalensi anemia ibu hamil pada tahun 2007 sebesar 24,5%, tahun 2013 meningkat menjadi 37,1% dan tahun 2018 meningkat lagi menjadi 48,9%.[2,3,4] Tingginya prevalensi anemia pada ibu hamil menyebabkan prevalensi anemia pada anak di bawah 23 bulan (baduta) juga tinggi, karena dampak kekurangan gizi dimasa kehamilan menyebabkan terganggunya nutrisi anak yang dikandungnya, sehingga penurunan anemia pada ibu hamil diharapkan dapat menurunkan kejadian anemia pada anak di bawah dua tahun. Ntenda[14] di Afrika Selatan melakukan analisis di 4 negara Malawi, Mozambik, Namibia, dan Zimbabwe, besarnya risiko seorang ibu mengalami anemia pada masa kehamilannya untuk menjadikan anak balitanya menderita anemia sebesar: 1,69 di Malawi; 1,71 di Mozambik; 1,55 di Namibia dan 1,52 di Zimbabwe.

Di bagian lain penelitian menemukan, anak yang tidak mengonsumsi daging mempunyai risiko 6,4 kali dapat menderita anemia dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi daging, begitu pula dengan anak yang tidak mengonsumsi sayuran mempunyai risiko sebesar 2,1 kali dapat mengalami anemia dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi sayuran sedangkan anak yang tidak minum susu berisiko mengalami anemia sebesar 2,5 kali mengalami anemia dibandingkan dengan anak yang minum susu.[15] Daging atau protein hewani identik dengan konsumsi harga tinggi yang tidak dapat dijangkau oleh masyarakat ekonomi rendah. Novarista[16] melakukan survei dengan metode ekonometrika di 4 Kecamatan Kabupaten Sijunjung. Dari 100 rumah tangga (ruta) yang menjadi sampel, rata-rata pendapatan ruta dengan status ekonomi rendah adalah Rp 2.331.795,- dari pendapatan tersebut 74% digunakan untuk konsumsi pangan. Pada penelitian yang sama ditemukan adanya hubungan yang yang signifikan antara pendapatan dan jumlah konsumsi daging sapi dengan taraf nyata 5%. Dari uraian tersebut menunjukkan bahwa status ekonomi atau tingkat kesejahteraan keluarga sangat berperan terhadap kejadian anemia pada remaja karena gizi yang baik untuk mengatasi anemia dibutuhkan pembuktikan hal tersebut. Gebreweld[10] mengungkapkan pendapatan bulanan keluarga dibawah 750

ETB (mata uang Ethiopia) dan 750-1500 ETB mempunyai risiko untuk memiliki balita anemia dibandingkan dengan keluarga yang memiliki ETB di atas 1500.

KESIMPULAN

Tiga determinan *unadjusted OR (Crude OR)* yang berhubungan dengan kejadian anemia pada anak adalah usia anak, jumlah ART, dan status ekonomi keluarga, sedangkan *adjusted* OR yang berhubungan adalah usia balita dan status ekonomi keluarga. Secara *crude* besarnya OR usia anak terhadap kejadian anemia berkisar antara 1,8 hingga 6,0, untuk jumlah ART besarnya OR 0,8 dan untuk status ekonomi sebesar OR 0,7.

SARAN

Untuk menurunkan anemia pada anak balita ada 2 hal yang utama yaitu: 1) Menurunkan kejadian anemia pada ibu dimasa kehamilan dengan melakukan pencarian kasus ibu berisiko anemia karena dengan menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil dapat menurunkan anemia pada anak balita di bawah usia 2 tahun. 2) Memberikan PMT dengan tinggi protein hewani pada ibu anemia pada masa kehamilannya. 3) Memberikan subsidi untuk pembelian bahan pangan hewani atau memberikan PMT−dengan bahan dasar pangan tinggi protein.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Bapak Kepala Badan Litbang Kesehatan dan Tim Manajemen Data yang telah mengizinkan penggunaan data untuk dasar analisis artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. (http//www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin pdf, accessed [date]). :1–6.
2. Badan Litbang Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta : Badan Litbang Kesehatan; 2008.
3. Badan Litbang Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta : Badan Litbang Kesehatan; 2013.
4. Badan Litbang Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta : Lembaga Penerbit Balitbangkes; 2018.
5. Scott SP, Chen-edinboro LP, Caulfield LE, Murray-kolb LE. The Impact of Anemia on Child Mortality: An Updated Review. 2014;4:5915–32.
6. Iannotti LL, Delnatus JR, Odom AR, Eaton JC, Griggs JJ, Brown S, et al. Determinants of Anemia and Hemoglobin Concentration in Haitian School-Aged Children. 2015;93(5):1092–8.
7. Maria Hermoso. The Effect of Iron on Cognitive Development and Function in Infants , Children and Adolescents : 2011;154–65.
8. Gaston RT, Ramroop S, Habyarimana F. Rugiranka Tony Gaston, Shaun Ramroop & Faustin Habyarimana. :3893–902.
9. Habib MA, Black K, Soofi SB, Hussain I. Prevalence and Predictors of Iron Deficiency Anemia in Children under Five Years of Age in Pakistan , A Secondary Analysis of National Nutrition Survey Data 2011 – 2012. 2016;1–13.
10. Id AG, Ali N, Ali R, Fisha T. Prevalence of anemia and its associated factors among children under five years of age attending at Guguftu health center , South Wollo , Northeast Ethiopia. 2019;1–13.
11. WHO. The Global Health Observatory [Internet]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-(-)
12. Borbor M, Kumi-kyereme A, Yendaw E, Aduopong A. Development research. 2014;4:858–67.
13. Simbauranga RH, Kamugisha E, Hokororo A, Kidenya BR, Makani J. Prevalence and factors associated with severe anaemia amongst under-five children hospitalized at Bugando Medical. BMC Hematol [Internet]. 2015;1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12878-015-0033-5
14. Ntenda PAM, Nkoka O, Bass P, Senghore T. Maternal anemia is a potential risk factor for anemia in children aged 6 – 59 months in Southern Africa : a multilevel analysis. 2018;1–13.
15. Martin H, Kimanya ME, Mosha TCE. Prevalence and predictors of anemia among children under 5 years of age in Arusha. 2018;9–15.
16. Novarista N, Suprianti J. Analisis permintaan daging sapi pada konsumen rumah tangga di Kabupaten Sijunjung. J agrifo. 2020;5(2).

Efektivitas Program Pendampingan Ibu Hamil terhadap Peningkatan Sikap Ibu tentang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia

The Effectiveness of Accompaniment Program for Pregnant Women on The Improvement of Maternal Attitudes towards Maternal and Newborn Health in Seven Districts/Cities in Indonesia

Anissa Rizkianti,* Novianti, dan Suparmi
Pusat Riset Kependudukan, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jln. Gatot Subroto No. 10 Jakarta 12710, Indonesia
*Korespondensi Penulis : anis025@brin.go.id

Submitted: 24-09-2021, *Revised*: 04-01-2022, *Accepted*: 08-02-2022

DOI: https://doi.org/10.22435/mpk.v32i1.5420

Abstrak

Masih tingginya angka kematian ibu dan anak di Indonesia mendorong pemerintah untuk melakukan intervensi multisektor. Salah satu upaya terobosan yang dilakukan adalah melalui program pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa dan kader sebagai bentuk kerja sama antara Kementerian Kesehatan dan Perguruan Tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur adanya peningkatan sikap ibu terhadap kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebagai dampak dari pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa. Dengan menggunakan desain *quasi-experiment*, penelitian ini mengevaluasi perubahan sikap 280 orang ibu hamil pada kelompok intervensi dan 280 orang ibu hamil pada kelompok kontrol di tujuh kabupaten/kota di Indonesia, yakni Kota Bandar Lampung, Kota Palembang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Kawarang, Kota Semarang, Kota Surabaya, dan Kota Makassar. Intervensi adalah pendampingan kepada ibu hamil yang diberikan secara tatap muka oleh mahasiswa kebidanan dengan melibatkan kader. Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa pendampingan berpengaruh secara signifikan terhadap rata-rata skor sikap ibu (p = 0,000), dimana skor sikap ibu di masing-masing kelompok berbeda secara signifikan. Rata-rata skor sikap ibu sesudah pendampingan meningkat 5,7% pada kelompok intervensi (p = 0,000), dan meningkat 3,8% pada kelompok kontrol (p = 0,000). Namun, jika dibandingkan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, selisih skor sikap ibu sebelum dan sesudah pendampingan tidak berbeda secara signifikan (p = 0,655). Oleh karena itu, pendampingan oleh mahasiswa dapat menjadi alternatif sarana pendidikan bagi ibu hamil dan diharapkan dapat dilanjutkan secara berkesinambungan dengan melibatkan koordinasi lintas sektor.

Kata kunci: pendampingan; ibu hamil; sikap ibu; mahasiswa

Abstract

The high rate of maternal and child mortality in Indonesia has encouraged the government to implement multi-sectoral interventions. One of the breakthrough initative made is through prenatal accompaniment program as a form of collaboration between the Ministry of Health and universities. This study aimed to measure the increase in maternal attitudes towards maternal and newborn health as a result of students' accompaniment program for pregnant women. Using a quasi-experimental design, this study evaluated changes in the attitudes of 280 pregnant women in the intervention group and 280 pregnant women in the control group in seven districts/cities in Indonesia. Intervention is assistance to pregnant

women by midwifery students and cadres. The results of the regression analysis showed that mentoring had a significant effect on the average mother's attitude score (p = 0.000), where the mother's attitude score in each group was significantly different. The average score of maternal attitudes after mentoring increased by 5.7% in the intervention group (p = 0.000), and increased by 3.8% in the control group (p = 0.000). However, when compared between the intervention and the control group, the difference in the attitudes of mothers before and after mentoring was not significantly different (p = 0.655). Therefore, mentoring by students and cadres can be an alternative tool of education for pregnant women, and is expected to be conducted on the ongoing basis by involving cross-sectoral coordination.

Keywords: mentoring; pregnant women; mothers' attitudes; students

PENDAHULUAN

Kelangsungan hidup dan kesehatan anak pada dasarnya tidak dapat dipisahkan dari kesehatan ibu. Kualitas kesehatan ibu sebelum dan selama masa kehamilan dinilai memiliki peranan penting terhadap status kesehatan bayi baru lahir. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa perilaku ibu selama kehamilan tidak hanya memengaruhi kondisi kesehatan ibu sendiri, tetapi juga kondisi kesehatan janin dan bayinya saat lahir. Sebagai contoh, ibu yang merokok terbukti dapat meningkatkan risiko berat badan lahir rendah (BBLR) pada bayi.[1] Teori Becker menjelaskan bahwa perilaku sehat dapat terbentuk dari adanya perubahan pada tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan.[2] Ketiganya diketahui dapat memengaruhi perilaku. Namun demikian, faktor sikap seringkali sulit untuk dinilai karena manisfestasi sikap tidak dapat langsung dilihat. Menurut Alport, sikap dapat berupa kepercayaan / keyakinan, penilaian / evaluasi terhadap sesuatu atau kecenderungan seseorang dalam bertindak.[3] Sikap merupakan salah satu aspek psikologis penting yang sangat bervariasi antar individu. Perwujudan sikap seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, kebiasaan dan keyakinan terhadap suatu hal.[3]

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak (KIA), pendekatan promotif dan preventif dilakukan melalui peningkatan pengetahuan kesehatan ibu mengenai perawatan selama kehamilan, persalinan aman[4] serta tanda-tanda bahaya obstetrik baik selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.[5] Beberapa penelitian menemukan bahwa rendahnya sikap ibu mengenai tanda bahaya kehamilan dan hal lain seputar kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak. Selain itu, sejumlah studi menyebutkan bahwa rendahnya pengetahuan ibu hamil meningkatkan risiko terjadinya kesakitan dan kematian ibu dan anak,[5,6] sehingga perlu didorong oleh adanya program penyuluhan dan pendidikan kesehatan. Salah satu terobosan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam menyediakan pendidikan kesehatan bagi ibu hamil adalah melalui program pendampingan berkolaborasi dengan Perguruan Tinggi, khususnya di jurusan kedokteran, keperawatan, kebidanan, dan kesehatan masyarakat, sebagai wujud implementasi Tri Dharma Perguruan Tinggi. Program yang dibangun sejak tahun 2016 ini sekaligus melatih kemampuan mahasiswa untuk berkontribusi dalam peningkatan upaya kesehatan masyarakat melalui pengabdian masyarakat.[7] Program serupa juga pernah dilakukan oleh beberapa daerah, seperti Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Aceh. Program yang diberi nama *"One Student One Client"* atau OSOC ini merupakan program pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa jurusan kebidanan, keperawatan, dan kedokteran yang dilakukan secara holistik dan berkelanjutan menggunakan prinsip *continuity of care* guna

membangun kepercayaan, dukungan, dan pemahaman bersama antara mahasiswa dengan ibu sebagai klien.[8]

Sebuah studi melaporkan bahwa pendampingan melalui program OSOC menurunkan risiko ibu mengalami partus lama dan asfiksia.[9] Namun demikian, belum ada penelitian yang menganalisis perubahan sikap ibu terhadap kesehatannya, baik selama kehamilan, persalinan maupun masa nifas setelah mendapatkan pendampingan kehamilan. Adanya perubahan sikap yang positif pada ibu tentunya akan memperkuat terbentuknya perilaku kesehatan.[10] Oleh karena itu, studi ini dilakukan untuk mengukur adanya peningkatan sikap ibu terhadap kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebagai dampak dari pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa.

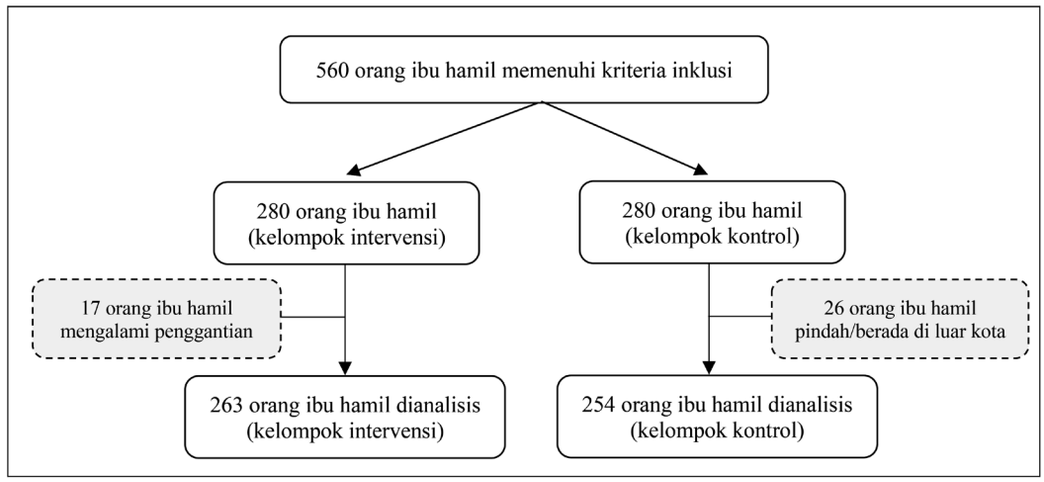
METODE

Penelitian ini merupakan bagian dari riset operasional berjudul "Pengembangan Model Pendampingan Ibu Hamil dalam Meningkatkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak" yang dilaksanakan oleh peneliti Badan Litbang Kesehatan pada tahun 2018. Persetujuan etik penelitian diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (nomor LB.02.01/2/KE.073/2018). Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment* pada dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Intervensi yang diberikan berupa pendampingan selama kehamilan yang dilakukan oleh mahasiswa dan kader.

Lokasi penelitian berada di tujuh kabupaten/kota yang termasuk dalam sembilan provinsi prioritas penurunan kematian ibu dan anak dan telah melaksanakan program pendampingan dari Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan pada tahun 2017, meliputi Kota Bandar Lampung, Kota Palembang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Kawarang, Kota Semarang, Kota Surabaya dan Kota Makassar. Lokasi penelitian kemudian dibagi menjadi lokasi intervensi dan lokasi kontrol berdasarkan wilayah kerja puskesmas dengan kriteria jumlah ibu hamil yang tinggi serta cakupan pelayanan KIA yang relatif rendah.

Populasi penelitian adalah semua ibu hamil yang tinggal di wilayah kerja puskesmas terpilih, sedangkan sampel adalah ibu hamil di wilayah kerja puskesmas yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu sebagai berikut: 1) memiliki usia kehamilan 24-32 minggu; 2) telah menetap minimal selama kurun waktu enam bulan; dan 3) bersedia mengikuti program pendampingan selama kehamilan. Sampel dipilih secara acak dari daftar *listing* ibu hamil yang tercatat di puskesmas, yaitu sebanyak 40 orang ibu hamil untuk masing-masing kelompok perlakuan di tiap kabupaten/kota. Dengan demikian, jumlah keseluruhan sampel di tujuh kabupaten/kota adalah 280 orang ibu hamil pada kelompok intervensi dan 280 orang ibu hamil pada kelompok kontrol. Namun demikian, jumlah sampel yang berhasil dianalisis hanya berjumlah 263 orang ibu hamil pada kelompok intervensi dan 254 orang ibu hamil pada kelompok kontrol (Gambar 1). Hal ini dikarenakan adanya penggantian responden selama proses pendampingan dan responden yang pindah tempat tinggal dan berada di luar kota. Di samping itu, tujuh orang ibu hamil yang berasal dari kelompok intervensi juga diambil menjadi informan kualitatif dalam penelitian ini, yakni masing-masing satu orang ibu hamil di tujuh kabupaten/kota.

Proses pendampingan terhadap ibu hamil dilakukan secara tatap muka, dimana setiap ibu hamil pada kelompok intervensi dikunjungi oleh satu orang mahasiswa jurusan kebidanan dan satu orang kader selama empat bulan dengan frekuensi kunjungan sebanyak satu kali dalam seminggu. Selama proses pendampingan, satu orang dosen ditunjuk untuk mengampu 10 orang mahasiswa. Dosen pembimbing bertugas mengawasi pelaksanaan program pendampingan yang dilakukan oleh mahasiswa. Selain itu, satu orang bidan puskesmas dan pegawai Dinas Kesehatan ditunjuk sebagai supervisor atau penyelia program pendampingan di wilayah kerjanya, sekaligus mengawasi pelaksanaan pendampingan. Sebagai



Gambar 1. *Flow chart* Sampel Penelitian

bentuk pengawasan, dosen, tenaga puskesmas dan pegawai Dinas Kesehatan tersebut melakukan supervisi sebanyak satu kali dalam sebulan.

Pendampingan diberikan melalui metode pembelajaran dan diskusi secara *one-on-one* oleh mahasiswa dengan menyampaikan sejumlah materi terkait kesehatan ibu dan bayi baru lahir menggunakan media buku Kesehatan Ibu Anak (KIA). Setelah penyampaian materi, sesi dilanjutkan dengan diskusi bersama mahasiswa dan kader untuk membahas seputar permasalahan kesehatan dan keluhan yang dialami oleh ibu hamil. Apabila ditemukan kasus kegawatdaruratan, maka ibu hamil harus segera dirujuk ke puskesmas dan ditangani oleh bidan pengawas.

Sementara itu, wawancara mendalam juga dilakukan terhadap tujuh orang informan ibu hamil untuk memperoleh informasi mengenai *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action,* dan *self-efficacy* pada ibu hamil, seperti yang dijelaskan dalam teori *Health Belief Model* (HBM).[11] Teori HBM adalah teori yang mendasari perubahan perilaku kesehatan seorang individu. Menurut teori tersebut, *perceived susceptibility* adalah persepsi akan adanya risiko bahaya atau penyakit yang dapat dialami oleh ibu, sedangkan *perceived severity* adalah persepsi terhadap tingkat keparahan dari risiko bahaya atau penyakit. Ibu hamil juga mungkin dapat memiliki persepsi atau keyakinan akan manfaat yang dapat dirasakan (*perceived benefits*) atau justru memiliki persepsi atau keyakinan akan hambatan yang mungkin dihadapi (*perceived barriers*), jika menerapkan perilaku tertentu. Selain empat persepsi di atas, perilaku kesehatan pada ibu hamil juga dipengaruhi oleh adanya isyarat untuk bertindak (*cues to action*) dan keyakinan untuk melakukan (*self-efficacy*), yang pada akhirnya dapat menggerakkan ibu hamil untuk mengubah perilakunya.[12]

Variabel yang dianalisis mencakup variabel dependen dan independen. Variabel dependen adalah sikap ibu yang diukur menggunakan total skor dari 10 rincian pernyataan tentang sikap ibu terhadap kesehatannya dan kesehatan bayi baru lahir yang ditunjukkan pada tabel 1. Variabel komposit dari sikap ibu juga dibentuk agar dapat dianalisis ke dalam model multivariat. Variabel komposit ini merupakan variabel *binary* atau dikotomik yang ditentukan berdasarkan nilai median skor sikap. Kategori "negatif" diberikan untuk ibu hamil yang memiliki total skor sikap lebih kecil dari nilai median (< 9), sedangkan kategori "positif" ditujukan untuk ibu hamil dengan nilai total skor sikap lebih besar atau sama dengan nilai median (≥ 9).

Tabel 1. Daftar Pernyataan Terkait Sikap Ibu

No.	Item Pernyataan	Nilai Skor	
		Setuju	Tidak setuju
1.	Bila tempat pelayanan kesehatan jauh, ibu hamil tidak perlu memeriksakan kehamilan	0	1
2.	Ibu hamil tidak boleh makan ikan dan telur karena berpengaruh pada janin atau pada proses persalinan	0	1
3.	Bayi kuning saat baru lahir adalah hal biasa sehingga tidak perlu dibawa ke tenaga kesehatan	0	1
4.	Jika ibu mengalami pecah ketuban sebelum waktunya perlu dibawa ke fasilitas kesehatan segera	1	0
5.	Selama kehamilan, ibu hamil sebaiknya minum 90 tablet tambah darah untuk mencegah anemia	1	0
6.	Suntik TT tidak perlu dilakukan selama kehamilan	0	1
7.	Saya lebih memilih melahirkan pada dukun yang berpengalaman daripada bidan yang masih muda	0	1
8.	ASI yang keluar pertama kali perlu dibuang karena tidak baik bagi kesehatan anak	0	1
9.	Surat keterangan lahir pada buku KIA dapat digunakan untuk mengurus akte kelahiran	1	0
10.	Ibu perlu mengatur jarak kehamilan berikutnya minimal 2 tahun	1	0

Sementara itu, variabel independen meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan kepemilikan jaminan kesehatan. Variabel umur dibagi ke dalam tiga kelompok yaitu $\leq$ 20 tahun, 21-34 tahun dan $\geq$ 35 tahun. Variabel pendidikan dan pekerjaan juga dibagi masing-masing menjadi tiga kelompok, yakni; 1) tidak sekolah/tamat SD, tamat SMP dan tamat SMA dan ke atas untuk variabel pendidikan; serta 2) tidak bekerja, pegawai, dan wiraswasta/sektor informal lainnya untuk variabel pekerjaan. Pekerjaan di sektor informal lainnya termasuk ibu yang bekerja sebagai buruh, petani, atau nelayan.

Analisis data kuantitatif dilakukan dalam beberapa tahap. Pada tahap pertama, analisis tabulasi silang dilakukan untuk mengetahui distribusi karakteristik ibu baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Selain itu, pada tahap ini, variabel skor sikap juga dianalisis secara deskriptif berdasarkan kelompok perlakuan (intervensi vs. kontrol) dengan melakukan *plotting* rata-rata skor sikap ibu sebelum dan sesudah pendampingan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Pada tahap selanjutnya, analisis *multi-level regression* dilakukan untuk menjawab hipotesis pertama dan kedua, yaitu: 1) apakah terdapat perbedaan rata-rata skor sikap ibu hamil sebelum dan sesudah pendampingan, baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol; dan 2) apakah perbedaan/selisih rata-rata skor tersebut berbeda jika dibandingkan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Variabel komposit skor kemudian dimasukkan dalam analisis pemodelan multivariat beserta variabel independen lainnya, seperti umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan kepemilikan jaminan kesehatan. Pada analisis ini, model regresi *Poisson* digunakan untuk menjawab hipotesis ketiga, yakni apakah pendampingan berhubungan secara bermakna dengan sikap ibu. Seluruh tahapan analisis data kuantitatif tersebut dilakukan menggunakan aplikasi Stata versi 15.1.

Sementara itu, hasil wawancara mendalam terhadap informan ibu hamil diubah menjadi transkrip dan diterjemahkan ke dalam matriks. Data kualitatif tersebut kemudian dianalisis

menggunakan teknik analisis interaktif yang dimulai dari tahap pengumpulan data, analisis substansi, dan analisis perbandingan melalui tahapan pemilahan data, penayangan data, dan penyampaian kesimpulan beserta verifikasi data.[1]

HASIL

Analisis Kuantitatif

Gambaran karakteristik ibu hamil pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada Tabel 2. Mayoritas ibu hamil berusia 21-34 tahun, baik pada kelompok intervensi (64,6%) maupun kontrol (72,8%). Namun demikian, proporsi ibu berusia muda (≤ 20 tahun) lebih besar pada kelompok kontrol (10,2%) dibanding kelompok intervensi (9,5%), sedangkan proporsi ibu hamil dengan usia ≥ 35 tahun lebih besar pada kelompok intervensi (25,9%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (17%). Jika dilihat dari tingkat pendidikan, lebih dari separuh ibu hamil telah menyelesaikan pendidikan minimal SMA, masing-masing 59,7% pada kelompok intervensi, dan 56,7% pada kelompok kontrol. Sementara itu, sebagian besar ibu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol merupakan ibu rumah tangga (72,4% vs. 76,7%), dan memiliki jaminan kesehatan (73,4% vs. 74,8%). Nilai $p \geq 0{,}05$ menunjukkan bahwa seluruh variabel karakteristik ibu tidak berbeda secara bermakna baik pada kelompok intervensi maupun kontrol.

Tabel 3 menunjukkan proporsi ibu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang menyatakan setuju atau tidak setuju terhadap 10 pernyataan sikap mengenai kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebelum dan sesudah intervensi. Pada masing-masing kelompok, proporsi ibu yang menjawab "setuju" untuk empat *item* pernyataan positif (nomor 4, 5, 9 dan 10) dan "tidak setuju" untuk enam *item* pernyataan negatif (nomor 1-3 dan 6-8) sedikit lebih besar sesudah dilakukan pendampingan, dengan rata-rata proporsi sekitar 90%. Namun demikian, proporsi ibu pada kelompok intervensi dan kontrol yang menjawab "tidak setuju" terhadap *item* pernyataan nomor 6 baik sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan hanya berkisar 70%.

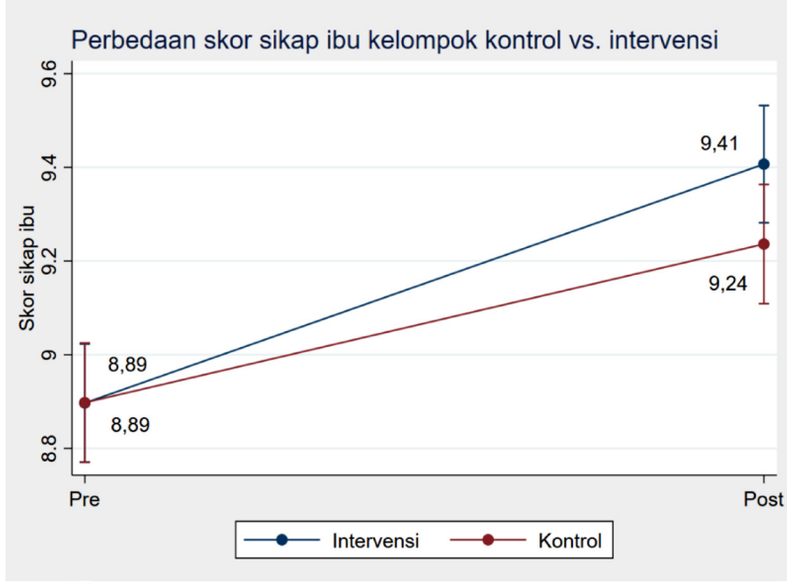
Tabel 2. Distribusi Frekuensi Ibu Hamil pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di 7 Kabupaten/kota, 2018

Karakteristik Ibu	Intervensi		Kontrol		*p*
	n	%	n	%	
Umur ibu					
≤ 20 tahun	25	9,5	26	10,2	0,047
21-34 tahun	170	64,6	185	72,8	
≥ 35 tahun	68	25,9	43	17,0	
Pendidikan ibu					
Tidak sekolah/tamat SD	45	17,1	52	20,5	0,611
Tamat SMP	61	23,2	58	22,8	
Tamat SMA atau ke atas	157	59,7	144	56,7	
Pekerjaan ibu					
Tidak bekerja	189	72,4	194	76,7	0,178
Pegawai/karyawan	35	13,4	21	8,3	
Wiraswasta/sektor informal lainnya	37	14,2	38	15,0	
Kepemilikan jaminan kesehatan					
Tidak	70	26,6	64	25,2	0,713
Ya	193	73,4	190	74,8	

Tabel 3. Distribusi Proporsi Pernyataan Sikap Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Setelah Intervensi di 7 Kabupaten/Kota, 2018

No.	*Item* Pernyataan	Intervensi (n=263)		Kontrol (n=254)	
		Pre (%)	*Post* (%)	*Pre* (%)	*Post* (%)
1.	Bila tempat pelayanan kesehatan jauh, ibu hamil tidak perlu memeriksakan kehamilan	94,6	97,3	95,7	97,2
2.	Ibu hamil tidak boleh makan ikan dan telur karena berpengaruh pada janin atau pada proses persalinan	92,3	97,3	93,3	96,1
3.	Bayi kuning saat baru lahir adalah hal biasa sehingga tidak perlu dibawa ke tenaga kesehatan	89,6	91,3	87,8	89,4
4.	Jika ibu mengalami pecah ketuban sebelum waktunya perlu dibawa ke fasilitas kesehatan segera	93,1	98,5	95,7	97,2
5.	Selama kehamilan, ibu hamil sebaiknya minum 90 tablet tambah darah untuk mencegah anemia	93,1	95,4	92,5	94,5
6.	Suntik TT tidak perlu dilakukan selama kehamilan	65,7	78,7	68,9	74,8
7.	Saya lebih memilih melahirkan pada dukun yang berpengalaman daripada bidan yang masih muda	94,2	97,7	93,7	95,3
8.	ASI yang keluar pertama kali perlu dibuang karena tidak baik bagi kesehatan anak	86,2	95,1	86,2	92,1
9.	Surat keterangan lahir pada buku KIA dapat digunakan untuk mengurus akte kelahiran	95,0	94,7	92,1	93,7
10.	Ibu perlu mengatur jarak kehamilan berikutnya minimal 2 tahun	85,8	94,7	83,9	94,9

Catatan: Proporsi merujuk pada jawaban "setuju" untuk *item* pernyataan 4, 5, 9 dan 10, serta jawaban "tidak setuju" untuk *item* pernyataan 1-3 dan 6-8.



Gambar 1. Perbedaan Skor Sikap Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Setelah Pendampingan di 7 Kabupaten/Kota, 2018

Tabel 4. Perbedaan Rata-rata Skor Sikap Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Setelah Intervensi di 7 Kabupaten/Kota, 2018

Kelompok	*Mean* (SD)		dy/dx	95% CI	*p*
	Pre	*Post*			
Intervensi	8,89 (1,13)	9,41 (0,84)	0,057	0,040 - 0,075	0,000
Kontrol	8,89 (1,15)	9,24 (1,01)	0,038	0,020 - 0,056	0,000
	Pre – Post (diff)				
Intervensi[a] vs. kontrol	0,42 (1,28)		-0,018	-0,094 - 0,064	0,655

Catatan:
Mean = rata-rata; SD = standar deviasi; *Pre* = sebelum intervensi; *Post* = setelah intervensi; *Pre – Post (diff)* = selisih sebelum dan sesudah intervensi
[a] Kelompok intervensi sebagai referensi

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi *Poisson* Pengaruh Pendampingan terhadap Rata-Rata Skor Sikap Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Setelah Intervensi di 7 Kabupaten/Kota, 2018

Variabel	Exp (β)*	SE**	95% *Confidence Intervals*		*p*
Pendampingan (ref: tidak)	1,04	0,007	1,02	1,05	0,000
Umur ibu (ref: ≤20 tahun)					
20-34 tahun	1,02	0,013	0,99	1,04	0,117
≥35 tahun	1,03	0,014	1,00	1,05	0,049
Pendidikan ibu (ref: tidak sekolah/tamat SD)					
Tamat SMP	1,04	0,013	1,01	1,06	0,003
Tamat SMA dan ke atas	1,05	0,012	1,03	1,08	0,000
Pekerjaan ibu (ref: tidak bekerja)					
Pegawai/karyawan	1,00	0,013	0,98	1,03	0,854
Wiraswasta/sektor informal lainnya	0,97	0,014	0,95	1,00	0,073
Kepemilikan jaminan kesehatan (ref: tidak)	1,02	0,010	1,00	1,04	0,044

Catatan: *exp (β): estimasi distribusi rata-rata skor yang dihitung dari fungsi exponensial koefisien (β);
**SE: *robust standard error*

Gambar 2 memperlihatkan bahwa rata-rata skor sikap ibu terhadap KIA pada kelompok intervensi meningkat dari 8,89 menjadi 9,41 setelah dilakukan pendampingan, sedangkan rata-rata skor sikap ibu pada kelompok kontrol meningkat dari 8,89 menjadi 9,24. Tabel 4 menunjukkan rata-rata skor sikap ibu sebelum dan sesudah pendampingan pada kelompok intervensi meningkat 5,7% ($p = 0,000$), sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata skor sikap ibu sesudah pendampingan meningkat 3,8% ($p = 0,000$) dari sebelum pendampingan. Dengan demikian, peningkatan rata-rata skor pada kelompok intervensi 1,8% lebih tinggi dibanding kelompok kontrol ($p = 0,655$).

Rata-rata skor sikap ibu sebelum dan sesudah pendampingan di masing-masing kelompok juga berbeda secara signifikan, dengan nilai $p < 0,05$. Sedangkan selisih skor sikap ibu sebelum dan sesudah pendampingan tidak berbeda secara signifikan jika dibandingkan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p \geq 0,05$).

Berdasarkan hasil analisis pemodelan regresi *Poisson* (Tabel 5) terlihat bahwa setelah dikontrol dengan variabel independen lainnya, pendampingan berpengaruh secara signifikan terhadap rata-rata skor sikap ibu, dimana ibu

yang didampingi berpeluang 4% lebih tinggi untuk memiliki rata-rata skor sikap yang lebih baik dibandingkan ibu yang tidak didampingi.

Analisis Kualitatif

Berdasarkan temuan kualitatif, diketahui bahwa sikap positif di antara ibu muncul karena pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa turut mendorong ibu untuk memiliki persepsi terhadap risiko yang mungkin terjadi selama masa kehamilan, persalinan dan nifas, serta risiko kesehatan pada bayi baru lahir. Dengan demikian, ibu hamil dan keluarga dapat merasakan adanya manfaat dari pendampingan yang dilakukan oleh mahasiswa terhadap ibu hamil yang didampingi.

Beberapa informan ibu hamil menyebutkan bahwa program pendampingan ibu hamil yang dilakukan oleh mahasiswa memberikan manfaat dalam menambah pengetahuan dan meningkatkan sikap kepedulian ibu terhadap kondisi-kondisi yang darurat dan penting seperti tanda bahaya kehamilan dan persalinan, pemantauan masa kehamilan sampai masa nifas melalui saluran telekomunikasi (baik telepon maupun media *Whatsapp*), praktik pemberian ASI eksklusif, serta pemanfaatan BPJS kesehatan. Manfaat lain yang dirasakan ibu dari program pendampingan ini adalah adanya solusi alternatif yang diperoleh ibu untuk berbagai kendala atau masalah yang dialami selama kehamilan, sebagaimana diungkapkan oleh informan ibu hamil dalam kutipan sebagai berikut:

"Ya suka aja senang aja ada pendampingan kayak gitu kan merasa diperhatikan lalu kita diingetin apa takutnya nanti ada apa apanya waktu hamil itu kan, bagus. perlu, merasa diperhatikan kan jadi kadang kan kita itu lupa walaupun sudah baca lupa terus sih ini yang ngingatin bagaimana caranya. Pokoknya baguslah" (R2, Ibu Hamil, Kota Palembang)

"Kesehatan setelah nifas itu kan penting juga, kalau dulu kan ndak didampingi aku yang pertama, kalau menurut aku perlu jadi kita tau kesehatan untuk ibu hamil ibu nifas kalau yang pertama kan ndak gitu loh" (R3, Ibu Hamil, Kab. Karawang)

Program pendampingan ibu hamil juga memberikan manfaat yang jauh lebih besar dalam mencegah terjadinya risiko keparahan dari kehamilan ibu berisiko tinggi yang didampingi. Hal ini seperti pernyataan salah seorang informan ibu hamil sebagai berikut:

"Saya didampingi kan karena saya termasuk ibu hamil risti karena umur saya sudah 38 tahun dan jarak dengan kelahiran anak pertama juga jauh, jadi kita tau oooo ternyata ada resikonya ya, banyak resikonya ...jadi kita tau jadi nambah ilmu..." (R6, Ibu Hamil, Kota Semarang)

Peningkatan sikap ibu hamil terhadap kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui program pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa juga didorong oleh kondisi sosial budaya lingkungan tempat tinggal ibu. Mitos yang berkaitan dengan ibu hamil dan bayi baru lahir juga menjadi hal yang perlu digali secara mendalam. Temuan kualitatif menunjukkan bahwa mitos budaya yang berkaitan dengan ibu hamil masih ditemukan di beberapa wilayah lokus penelitian meskipun sebagian besar ibu hamil mengakui tidak mempercayai mitos tersebut dan tidak melakukannya dalam praktik sehari-hari selama masa kehamilan sampai bayi baru lahir. Sebagian besar informan ibu hamil dan keluarga menyampaikan bahwa mereka lebih percaya pada ilmu medis daripada hal-hal yang bersifat mitos dan irasional, seperti yang diungkapkan oleh salah seorang infoman ibu hamil berikut ini:

"Ada cuma saya engga melakukan. Ya mungkin apa ya. Ibu hamil biasanya ada yang nyuruh pakai peniti. Cuma saya engga pakai. Anaknya juga, tapi saya engga lakuin juga. Lebih percaya ke medis saja" (R5, Ibu Hamil, Kota Semarang)

Beberapa mitos terkait perilaku ibu hamil selama masa hamil hingga melahirkan di antaranya adalah larangan mengonsumsi ikan dan penggunaan alat-alat tertentu yang dipercaya bisa melindungi bayi dari roh jahat (silet, gunting, dan jimat), seperti "Kariango" yang merupakan kayu yang dipasang di baju anak bayi dan ditempel dengan peniti sebagai tolak bala pada bayi. Temuan ini tentunya mendukung hasil wawancara kuantitatif bahwa masih ada ibu hamil yang menilai konsumsi ikan dan telur dapat berpengaruh pada janin atau pada proses persalinan. Berikut adalah beberapa kutipan informan ibu hamil mengenai mitos-mitos terkait

kehamilan yang beredar di wilayah penelitian.

"..kaya anak kecil kan dipakein peniti, dikasihin gunting terus, pas waktu hamil itu dikasih apa ya itu namanya..kaya jimat-jimat.." (R1, Ibu Hamil, Kota Palembang)

"Kariango" (R8, Ibu Hamil, Kota Makassar)

"Katanya kalau lagi hamil jangan keluar abis magrib jangan main-main di rumah aja" (R8, Ibu Hamil, Kota Makassar)

"Paling pantangan makan aja sih mba, gak boleh makan ikan nanti gatel..gak boleh makan pedes-pedes nanti mencret bayinya.." (R4, Ibu Hamil, Kab. Karawang)

Adanya sikap yang baik dan positif terhadap pelayanan kesehatan kehamilan dan bayi baru lahir juga secara tidak langsung dipengaruhi oleh pengetahuan ibu hamil yang telah cukup baik. Sebagian besar informan ibu hamil di tujuh lokus penelitian pendampingan sudah memahami apa yang harus dilakukan ketika menemui tanda bahaya kehamilan. Sebagian besar dari informan ibu hamil juga sudah secara rutin memeriksakan diri ke bidan selama masa kehamilan, termasuk mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) untuk mencegah anemia pada kehamilan. Beberapa ibu hamil juga baru mengetahui informasi terkait kesehatan masa nifas yang belum pernah diketahui sebelumnya selama mengikuti kegiatan pendampingan. Pengetahuan tentang masa nifas ini yang kemudian mendorong ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan masa nifas pada tenaga kesehatan atau puskesmas setelah melahirkan. Di samping itu, beberapa ibu juga pada akhirnya dapat memberikan ASI kepada bayi mereka dengan bantuan sugesti dan dukungan dari mahasiswa yang mendampingi mereka, sebagaimana disampaikan oleh salah seorang informan ibu hamil berikut ini:

"Nanya mbak bagaimana ASInya takut ndak keluar, dibilangin sama dia jangan sugesti ndak ada ASI harus yakin karena kita ada Allah harus yakin ASI aku harus keluar alhamdulillah banjir, dia kasih pemahaman seperti itu.." (R10, Ibu Hamil, Kota Bandar Lampung)

PEMBAHASAN

Secara keseluruhan, skor sikap ibu terhadap pelayanan KIA mengalami peningkatan secara signifikan sebelum dan sesudah pendampingan, baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok perlakuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Tangerang bahwa sikap ibu mengenai penyulit maternal sebelum dan sesudah pendampingan baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi berbeda secara signifikan.[13] Perubahan sikap pada ibu hamil dapat terjadi karena adanya dukungan yang diberikan, baik oleh keluarga[14] maupun tenaga kesehatan seperti bidan.[15] Sebuah studi menyebutkan bahwa bentuk dukungan yang seringkali diterima oleh ibu hamil adalah peningkatan pengetahuan dan kemampuan (*skills*) melalui pendidikan dan konseling kesehatan.[14]

Program pendampingan yang dilakukan oleh mahasiswa dan kader dapat menjadi salah satu sarana pendidikan dan konseling kesehatan bagi ibu hamil. Hal ini dikarenakan pendampingan mampu meningkatkan pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan, nifas dan bayi baru lahir.[7] Sebagaimana tergambar dari penelitian ini, pendampingan membantu ibu hamil dalam memantau kesehatan kehamilannya serta mengatasi kendala atau masalah yang dialami selama kehamilan. Hasil studi lain juga menemukan bahwa pendampingan oleh mahasiswa berhasil meningkatkan perilaku kesehatan pada ibu hamil, seperti mengonsumsi tablet besi (Fe),[16,17] mengikuti kelas ibu hamil[16] serta mempersiapkan persalinan melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).[16,18]

Pada penelitian ini terlihat bahwa peningkatan sikap pada ibu hamil dapat dipengaruhi oleh tradisi dan kondisi budaya setempat. Sebagian *item* pertanyaan yang ditanyakan kepada ibu hamil terkait praktik budaya seputar kehamilan antara lain pantangan mengonsumsi protein seperti telur dan ikan selama hamil, serta pantangan memberikan kolostrum pada bayi baru lahir. Meskipun masih banyak masyarakat yang memercayai dan mengikuti tradisi tersebut, penelitian ini justru memperlihatkan bahwa mayoritas ibu yang didampingi oleh mahasiswa dan kader mengaku tidak setuju dan percaya. Kepercayaan dan praktik budaya tradisional yang berkaitan dengan kehamilan memang dapat berdampak negatif

pada ibu hamil. Sebagai contoh, ibu hamil yang mematuhi pantangan untuk tidak mengonsumsi jenis makanan tertentu seperti ikan, telur, atau nanas, tentunya akan kehilangan nutrisi baik bagi janinnya.[19,20]

Dengan demikian, program pendampingan dapat dikatakan memberikan dampak pada peningkatan sikap ibu terhadap kesehatan ibu selama kehamilan sampai dengan persalinan dan masa nifas, serta kesehatan bayi baru lahir. Hal ini terlihat dari hasil regresi yang menunjukkan hubungan positif antara pendampingan dengan sikap ibu terhadap KIA. Informasi dan pengetahuan baru yang diperoleh ibu hamil selama pendampingan oleh mahasiswa terbukti mendorong ibu hamil untuk bertindak lebih baik terhadap kehamilannya yang sedang berlangsung. Dalam *Theory of Reasoned Action* dijelaskan bahwa sikap seorang individu terhadap suatu hal dipengaruhi oleh keyakinannya terhadap dampak yang timbul dari tindakan yang dilakukan. Jika seseorang yakin bahwa tindakan yang akan dilakukan berdampak positif pada dirinya (*self-efficacy*), maka ia akan cenderung bersikap setuju untuk melakukan tindakan tersebut (*cues to action*).[21]

Hasil analisis regresi juga memperlihatkan bahwa ibu berpendidikan lebih tinggi (SMP dan SMA ke atas) berpeluang memiliki skor sikap yang lebih tinggi 4-5%, sedangkan ibu yang memiliki jaminan kesehatan berpeluang 2% lebih tinggi untuk memiliki skor sikap lebih baik. Serupa dengan studi lain di Etiopia, ibu hamil dengan tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki sikap dan perilaku KIA yang lebih baik.[22] Sikap negatif ibu terhadap KIA banyak dipengaruhi oleh ketidaktahuan serta persepsi ibu yang salah terhadap informasi kesehatan yang diperoleh dari orang-orang di sekitarnya.[23] Sementara itu, ibu dengan kepemilikan jaminan kesehatan cenderung lebih banyak mengakses pelayanan KIA, termasuk konseling kehamilan.[24] Konseling kehamilan bertujuan tidak hanya untuk meningkatkan literasi ibu yang terkait dengan KIA, tetapi juga menumbuhkan kepercayaan diri ibu dalam mengambil tindakan yang tepat untuk keberhasilan proses kehamilan, persalinan, dan perawatan di masa nifas[25]. Pelaksanaan konseling kehamilan sendiri dapat dilakukan pada saat kunjungan *antenatal care* (ANC) atau pada saat mengikuti kelas ibu hamil. Dengan adanya pendampingan oleh mahasiswa dan kader, ibu hamil memiliki kesempatan lebih besar untuk memperoleh konseling kehamilan, sehingga diharapkan ibu hamil memiliki sikap positif terhadap kesehatan diri dan bayinya.

KESIMPULAN

Pendampingan ibu hamil yang dilakukan oleh mahasiswa meningkatkan sikap ibu terhadap kesehatan ibu dan anak secara signifikan, dengan peningkatan skor sikap yang lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dengan demikian, pendampingan ibu hamil dapat menjadi alternatif sarana pendidikan bagi ibu hamil yang dapat mendorong perubahan sikap ibu terhadap kesehatan ibu dan anak ke arah positif.

Untuk itu, program pendampingan ibu hamil yang telah berjalan diharapkan dapat dilanjutkan secara berkesinambungan dengan melibatkan koordinasi lintas sektor, baik Dinas Kesehatan maupun pihak Poltekkes. Mengingat keberhasilan yang diperoleh dari program ini, pelaksanaan program pendampingan dapat diperluas ke daerah-daerah lain, khususnya daerah dengan tingkat kemiskinan yang relatif tinggi, dimana ibu cenderung memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Selain itu, program pendampingan juga dapat dimasukkan ke dalam kurikulum pendidikan bagi mahasiswa kebidanan tingkat akhir sebagai salah satu bentuk pengabdian mahasiswa kepada masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih diberikan kepada Dr. dr. Julianty Pradono, M.Kes., Dr. Yekti Widodo, M.Kes., dan Tin Afifah, SKM., MKM. selaku pembimbing penelitian. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Direktorat Kesehatan Keluarga-Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan di Kabupaten/Kota terpilih, puskesmas terpilih, Poltekes Kementerian Kesehatan di Kabupaten/Kota terpilih, mahasiswa jurusan kebidanan, kader, responden, serta seluruh pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. California US : Sage; 1994.
2. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. Health Commun. 2015;30(6):566-576. doi:10.1080/10410236.2013.873363
3. Schwarz N, Bohner G. The Construction of Atitudes. Blackwell Handb Soc Psychol Intraindividual Process. 2001;1:436-457.
4. Indriyani D, Asmuji A. The Integrated Maternity Management Model Through Promoting and Preventive Encouragement in the Attempts of Lowering the Maternal and Infant Mortality Rates. J Ners. 2014;9(2):159-172.
5. Ogu R, Orazulike N. Reducing Maternal Mortality: Awareness of Danger Signs in Pregnancy. Asian J Med Heal. 2017;6:1-8. doi:10.9734/AJMAH/2017/35022
6. Aden JA, Ahmed HJ, Östergren P-O. Causes and Contributing Factors of Maternal Mortality in Bosaso District of Somalia. A Retrospective Study of 30 Cases Using a Verbal Autopsy Approach. Glob Health Action. 2019;12(1):1672314. doi:10.1080/16549716.2019.1672314
7. Suparmi S, Masitoh S, Rizkianti A, et al. Pendampingan Mahasiswa dan Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia. J Ekol Kesehat. 2019;18(3):192-200.
8. Sandhi SI, Uniska M-AK. Penerapan Model Pelayanan Maternitas One Student One Client sebagai Upaya Pencegahan Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Kendal. IJMS-Indonesian J Med Sci. 2018;5(2).
9. Rildayani R, Nurjannah N, Saputra I, Yeni CM, Usman S. The Effect of the Comprehensive Midwifery Care Model with the One Student One Client (OSOC) approach to Birth Outcomes in North Aceh Regency. Budapest Int Res Critics Inst Humanit Soc Sci. 2020;3(3):1676-1682.
10. Irwan. Etika dan Perilaku Kesehatan. Yogyakarta: CV. Absolute Media; 2017.
11. Green EC, Murphy EM, Gryboski K. The Health Belief Model. Wiley Encycl Heal Psychol. Published online 2020:211-214.
12. Abraham C, Sheeran P. The Health Belief Model. Predict Heal Behav Res Pract with Soc Cogn Model. 2015;2:30-55.
13. Mesra E. Pendampingan Ibu Hamil tentang Penyulit Maternal terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil di Tangerang. J Med (Media Inf Kesehatan). 2018;5(2):174-181.
14. Zinsser LA, Stoll K, Wieber F, Pehlke-Milde J, Gross MM. Changing Behaviour in Pregnant Women: a Scoping Review. Midwifery. 2020;85:102680. doi:https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102680
15. Sjöblom I, Idvall E, Lindgren H. Changing Attitudes–Women's Experiences of Negative Reactions to Their Decision for Home Birth: a Population-Based Study. Sex Reprod Healthc. 2012;3(1):55-56.
16. Wuriningsih AY, Wahyuni S, Rahayu T, et al. Pendampingan Ibu Hamil Melalui Program One Student One Client (OSOC) di Wilayah Kerja Puskesmas Genuk, Semarang. In: Seminar Nasional Publikasi Hasil-Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat. Vol 1. Universitas Muhammadiyah Semarang; 2017.
17. Wuwuh S. Pengaruh Pendampingan Kader Pada Ibu Hamil Terhadap Kepatuhan Minum Tablet Fe. J Ilm Bidan. 2016;1(3):1-6.
18. Yanuarini TA, Kristianti S. Pendampingan Kader pada Ibu Hamil Preeklamsi. Jurnal Ilmu Kesehatan. 2021; 9(2).
19. Cukarso SNA, Herbawani CK. Traditional Beliefs and Practices Among Pregnant Women In Javanese Communities: A Systematic Review. J Public Heal Res Community Heal Dev. 2020;4(1):71-80.
20. Tino RA. Menjawab Mitos-Mitos Kehamilan & Menyusui. Yogyakarta: Media Pressindo; 2013.
21. Zuchdi D. Pembentukan sikap. J Cakrawala Pendidik. 1995;3(3).
22. Zelalem A, Endeshaw M, Ayenew M, Shiferaw S, Yirgu R. Effect of Nutrition Education on Pregnancy Specific Nutrition Knowledge and Healthy Dietary Practice among Pregnant Women in Addis Ababa. Clin Mother Child Heal. 2017;14(3):265.
23. Chandrakala M. Knowledge and Attitude of Mothers towards MCH Services Provided by the Primary Health Centers. Asian J Nurs Educ Res. 2012;2(1):15-17.
24. Wang W, Temsah G, Mallick L. The Impact of Health Insurance on Maternal Health Care Utilization: Evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda. Health Policy Plan. 2017;32(3):366-375. doi:10.1093/heapol/czw135
25. Renkert S, Nutbeam DON. Opportunities to Improve Maternal Health Literacy Through Antenatal Education: an Exploratory Study. Health Promot Int. 2001;16(4):381-388.

PETUNJUK PENULISAN ARTIKEL MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

KETENTUAN

1. Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan hanya menerima manuskrip yang belum pernah dan tidak akan dipublikasikan pada media lain berupa hasil penelitian, kajian/review di bidang kesehatan.
2. Manuskrip yang diserahkan belum pernah dipublikasikan, tidak sedang dalam proses review di jurnal / media lain, dan selama dalam proses penerbitan di Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tidak akan dicabut/dialihkan ke jurnal/media yang lain. Hal ini dinyatakan dengan Surat Pernyataan yang ditandatangani di atas materai dibuat oleh semua penulis.
3. Hak cipta seluruh isi naskah yang telah dimuat beralih kepada penerbit jurnal dan seluruh isinya tidak dapat dilakukan reproduksi dalam bentuk apapun tanpa izin penerbit.
4. Manuskrip mengenai penelitian yang menggunakan subyek manusia maupun hewan harus melampirkan Lolos Kaji Etik (*Ethical Clearance*).
5. Seluruh pernyataan dalam artikel menjadi tanggung jawab penulis.
6. *Softcopy* manuskrip disertai lembar pernyataan etik penulis dan fotokopi *Ethical Clearance* penelitian, dikirimkan kepada Redaksi Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui OJS Media Litbang Kesehatan https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/mpk/submissions
7. Manuskrip yang tidak memenuhi syarat akan dikembalikan kepada penulis untuk diperbaiki / dilengkapi sebelum diproses lebih lanjut (dikirimkan kepada *peer reviewer*).
8. Tiap manuskrip akan ditelaah oleh paling sedikit dua orang anggota dewan redaksi. Manuskrip yang diterima dapat disunting atau dipersingkat oleh redaksi. Manuskrip yang tidak memenuhi ketentuan dan tidak dapat diperbaiki oleh redaksi akan dikembalikan kepada penulis.

SISTEMATIKA PENULISAN

1. Manuskrip diketik dengan program *Mirosoft Word versi* 2003-2007, huruf *Times New Roman* berukuran 12 *point*, jarak 2 spasi, diberi *line numbers (continues),* ukuran A4, dengan garis tepi 3 cm, maksimal 20 halaman termasuk abstrak, gambar/tabel olahan.
2. Sistematika penulisan manuskrip hasil penelitian meliputi: judul, nama penulis (lengkap tanpa singkatan), instansi dan alamat, korespondensi penulis (E- mail dan nomor kontak penulis), abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, kesimpulan, saran, ucapan terimakasih, daftar pustaka (min. 15, tidak lebih dari 10 tahun terakhir).
3. Sistematika penulisan manuskrip kajian/review meliputi: judul, nama penulis (lengkap tanpa singkatan), instansi dan alamat, korespondensi penulis (E-mail dan nomor kontak penulis), abstrak, pendahuluan, subjudul-subjudul (sesuai kebutuhan), metode, pembahasan, kesimpulan, saran, ucapan terimakasih, daftar pustaka (min. 25 rujukan, tidak lebih dari 10 tahun terakhir).
4. Judul ditulis singkat, jelas, informatif, tidak menggunakan singkatan, dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Maksimal 15 kata, bila terlalu panjang bisa dipotong menjadi anak judul.
5. Nama penulis ditulis lengkap tanpa singkatan, jika lebih dari satu instansi bedakan dengan nomor.
6. Cantumkan alamat email untuk korespondensi. Beri tanda bintang pada nama penulis yang digunakan sebagai koresponden.
7. Abstrak ditulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, berkisar antara 200-250 kata, tanpa subjudul, diketik mengalir dalam 1 alinea, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3-5 kata kunci (*keywords*).
8. Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian.
9. Metode untuk manuskrip hasil penelitian ditulis tanpa sub judul menjelaskan tentang materi/komponen/objek yang diteliti, design, sampel, metode sampling, teknik analisis.
10. Metode untuk manuskrip kajian berisi tentang strategi pencarian literatur, kriteria inklusi/eksklusi, cara memperoleh artikel, metode review (klasifikasi artikel, lembar pencatatan data), presentasi data.
11. Hasil berisi temuan penelitian / kajian.
12. Tabel, grafik dan gambar disisipkan dalam naskah, tidak terpisah di halaman tersendiri, maksimal 5 tabel dan 3 grafik/gambar, dengan resolusi minimal 300 dpi. Beri nomor dan keterangan yang jelas di atas tabel dan di bawah gambar/grafik.
13. Pembahasan berisi tentang diskusi temuan termasuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengupas hal-hal terkait dengan tujuan penelitian dibandingkan/diselaraskan dengan hasil penelitian lain. Jangan mengulang hasil di butir 9.
14. Kesimpulan berisi tentang pernyataan ringkas terkait dengan hasil untuk menjawab tujuan penelitian, dibuat dalam bentuk narasi paragraf, bukan poin-poin.
15. Saran diarahkan untuk menyelesaikan masalah sesuai temuan.
16. Ucapan terima kasih disampaikan kepada lembaga dan/atau pihak yang membantu penelitian dan pemberi dana penelitian.
17. Daftar pustaka ditulis sesuai dengan nomor pemunculan dalam teks, tidak lebih dari 10 (sepuluh) tahun terakhir, 80% berupa acuan primer (dari artikel jurnal) menggunakan sistem Vancouver dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Artikel yang bersumber dari jurnal

- Nama penulis. Judul artikel. Singkatan nama jurnal. Tahun, bulan (bila ada), tanggal (bila ada), volume, nomor, halaman.
- Nama penulis disebutkan nama keluarga lalu (tanpa koma) singkatan inisial nama diri dan (given name) nama panjang (middle name) yang tidak dipisahkan spasi. Misal: Halpern SD, Ubel PA. Halpern adalah nama keluarga, SD adalah singkatan inisial nama depan dan nama panjang.
- Bila penulis jumlahnya 6, maka semua nama dicantumkan. Bila jumlahnya melebihi 6,maka hanya 6 pertama yang dicantumkan, selanjutnya dituliskan sebagai *et al*.
- Gunakan huruf besar seminim mungkin, hanya pada huruf pertama maupun kata–kata yang memang harus menggunakan huruf besar.
- Gunakan singkatan nama jurnal yang dibakukan pada situs web NML (national medical library), di http://www.nlm.nih.gov.tsd/serials/lji/html tanpa titik di akhir setiap singkatan, kecuali di akhir.
- Singkatan bulan jurnal diterbitkan adalah tiga huruf pertama
- Gunakan tanda semicolon tanpa spasi setelah pencantuman tanggal atau tahun (bila tidak ada tangga/bulan), dan colon setelah volume dan nomor.
- Gunakan rentang jumlah halaman, yaitu halaman pertama dan terakhir tanpa pengulangan angka yang tidak ada gunanya. Misal: 284–7 dan bukan 284–287.

  Contoh:

  1. Artikel jurnal secara umum

     Misal:

     1. Kasapis C, Thompson PD. The effects of physical activity on serum C–reactive protein and inflammatory markers. A systematic review. J Am Coll Cardiol.2005;45(10):1563–9.

  2. Atau (bila jurnal tersebut memiliki paginasi yang berkesinambungan)

     Misal:

     1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV–infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284–7.

  3. Penulis lebih dari 6 orang:

     Misal:

     1. Ennis JL, Chung KK, Renz EM, Barillo DJ, Albrecht MC, Jones JA, et al. Joint theater trauma system implementation of burn resuscitation guidelines improves outcomes in severely burned military casualties. J Trauma. 2008;64:S146–S152.

  4. Bila terdapat identifikasi unik, maka informasi tersebut dapat dicantumkan pada daftar pustaka:

     1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV–infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284–7. PubMed PMID: 12140307.

  5. Untuk jurnal yang penulisnya adalah suatu organisasi:

     Misal:

     1. EAST Practice Guideline Committee. Resuscitation endpoints. J Trauma.2004;57(4):898–912.

b. Artikel yang bersumber dari buku:

- Sebagaimana artikel pada jurnal, bila jumlah penulis lebih dari 6 orang, maka penulis ke 6 dan seterusnya dicantumkan sebagai et al.
- Bila penulisnya adalah suatu organisasi, dituliskan dengan tatacara sebagaimana penulisan daftar pustaka pada artikel.
- Judul buku ditulis dengan huruf besar minimal sebagaimana penulisan daftar pustaka pada artikel.
- Nomor edisi hanya dicantumkan untuk edisi kedua dan atau seterusnya.
- Titik hanya dicantumkan di akhir singkatan inisial nama depan dan nama panjang penulis terakhir, setelah judul buku, setelah nomor edisi, dan di akhir penulisan halaman.
- Personal author(s) dituliskan sebagai berikut. Penulis, judul buku, edisi (bila ada, dan bukan yang pertama), kota, tahun diterbitkan.

  Misal:

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

c. Artikel yang bersumber dari suatu bab dalam buku:

- Penulis yang artikelnya disitasi, judul bab, editor, judul buku, tempat diterbitkan, penerbit, tahun, volume (bila ada) dan halaman. Catatan: halaman menggunakan p. (untuk page atau pages); tidak digunakan pada artikel jurnal.
- Misal:

  1. Salyapongse AN, Billiar TR. Nitric oxide as a modulator of sepsis: therapeutic possibilities. In: Baue AE, Faist E, Fry DE, editors. Multiple organ failure: pathophysiology, prevention and therapy. New York: Springer; 2000. p. 176–87.

d. Artikel yang bersumber dari suatu thesis/disertasi:

- Penulis, judul thesis/disertasi diikuti jenisnya dalam kurung kotak, kota, nama universitas, tahun.

  Misal:

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

e. Artikel yang bersumber dari surat kabar

- Penulis (bila ada), judul artikel, judul surat kabar, tahun, bulan, tanggal, section (bila ada), halaman, kolom.
- Singkatan baku untuk surat kabar: Sect. untuk section, col. untuk kolom, untuk bulan digunakan singkatan tiga huruf pertama.
- Tanggal diikuti semicolon (tanpa spasi sesudahnya) dan section diakhiri dengan colon (tanpa spasi sesudahnya). Misal:

2. Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drops in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

f. Artikel yang bersumber dari audiovisual

- Untuk referensi audiovisual seperti pita rekaman, kaset video, slides dan film, ikuti format seperti pada buku dengan mencantumkan media (jenis material) dalam kurung kotak setelah judul.
- Misal:

3. Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secausus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

g. Artikel yang bersumber dari media elektronik

1. Internet
   - Untuk referensi artikel yang dipublikasi di internet, ikuti detil bibiliografi sebagai jurnal yang dicetak dengan tambahan sebagai berikut:
     - Setelah judul jurnal (dalam singkatan), tambahkan internet dalam kurung kotak.
     - Tanggal melakukan sitasi materi bersangkutan dengan tahun, bulan tanggal (dalam singkatan) dalam kurung kotak tanpa tanda titik dan diikuti oleh semicolon [cited 2002 Aug12];
     - Setelah volume dan nomor issue, tambahkan jumlah halaman layar dalam kurung kotak [about 1p.].
     - Gunakan kalimat 'available from:'yang diikuti URL (alamat web)

     Misal:

     1. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1p.]. Available from http://www.nursingworld.org/AJN/2002/June/Wawatch.htm

2. Artikel dengan identifikasi digital (digital object identifier, DOI)
   - Untuk artikel yang memiliki DOI, maka informasi tersrbut harus dicantumkan setelah halaman.

   Misal:

   2. Roberts I, Alderson P, Bunn F, Chinnock P, Ker K, Schierhout G. Colloids versus rystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No: CD000567. DOI: 0.1002/14651858.CD000567.pub2.

3. Home page / situs web
   - Referensi dari situs web harus menyertakan home page / situs web diikuti [internet], nama dan lokasi organisasi, beserta tanggal dan masa berlakunya copyright. Tanggal update dan saat materi disitasi dicantumkan dalam kurung kotak. URL dicantumkan setelah 'Available from:'

   Misal:

   3. Cancer–Pain.org [internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, In.;c2000–01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: http://www.cancer–pain.org/

Contoh lebih detil untuk referensi menurut sistem Vancouver dapat ditelusuri pada situs web: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Disarankan untuk menyusun daftar pustaka dengan menggunakan aplikasi seperti Mendeley, End Note, Zotero, dll.

SURAT PERNYATAAN ETIKA
Ethical Statement

Judul Artikel :
Article Title

Nama Seluruh Penulis :
Names of All Authors :

No. HP/Telp. :
Telephone Number :

Alamat Email :
Email Address

Alamat Kantor :
Institution Address

Dengan ini kami menyatakan bahwa :
We here by state that

1. Artikel yang kami kirimkan adalah hasil asli yang ditulis oleh nama-nama penulis yang tercantum di atas dan belum pernah dipublikasi pada media manapun;
   The article we have submitted to the journal for review is original, has been written by the stated authors and has not been published elsewhere.
2. Artikel terlampir telah ditulis dan diserahkan atas sepengetahuan dan ijin dari tim penulis lainnya (penulis kedua, ketiga, dst)
   This article has been written and submitted with with the knowledge and consent of the other writers team (the second author, the third author, etc.).
3. Artikel terlampir tidak sedang dalam proses pertimbangan/review di jurnal/media lain, dan tidak akan dikirimkan ke jurnal/media yang lain selama dalam proses penelaahan oleh Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
   This article is not currently being considered/reviewed for publication by any other journal and will not be submitted for such review while under review by Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
4. Artikel terlampir bebas dari fabrikasi, falsifikasi, plagiasi, dan duplikasi.
   This article does not contain fabrication, falsification, plagiarism, and duplication.
5. Penelitian yang bersangkutan telah lolos uji etik (dibuktikan dengan melampirkan *fotocopy Ethical Clearance Statement*).
   The research used in this article has passed the test of ethics (proven by attaching a copy of Ethical Clearance Statement).
6. Kami telah memperoleh izin tertulis dari pemilik hak cipta setiap pernyataan atau dokumen yang diperoleh dari produk-produk ber-hak cipta, serta telah menyebutkan sumber refernsi yang digunakan dalam artikel ini.
   We have obtained written permission from copyright owners for any excerpts from copyrighted works that are included and have credited the sources in this article.

Tanda tanggan :
Author signature(s)

Materai 6000

Tanggal :
Date

Nama :
Name

Sekretariat Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Bagian Umum, Dokumentasi, dan Jejaring Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560
Website: https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/mpk
Email: medialitbangkes@gmail.com ; media@litbang.depkes.go.id

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta Pusat 10560,
Indonesia
E-mail: media@litbang.depkes.go.id

Pernyataan Hak Cipta
(Copyright Statement)

Naskah yang berjudul:
……

……

.

Penulis (sebutkan semua):
1) …….
2) ……..
3) ……..
4) ……..
5) ……..
6) ……..
7) ……..

Penulis menyatakan bahwa:
1) Kutipan data berbentuk kata, angka, gambar, tabel yang merupakan barang hak cipta (*copyright*), disalin (*reproduce*), digambar (*redrawn*), ditabelkan (*reuse*) dalam versi sendiri, sudah seijin pemegang hak cipta (pengarang, penerbit, organisasi) dan sudah menyebutkan referensi sesuai format pengutipan data.
2) Naskah ini asli, belum pernah dipublikasikan dan/atau tidak sedang dalam proses pengajuan di jurnal lain
3) Penulis mempunyai wewenang penuh untuk mengalihkan hak cipta (*transfer of copyright*) naskah ini kepada Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dan penulis bertanggung jawab atas kemungkinan konflik kepentingan dalam artikel ini.

……,……
Disetujui oleh
Penulis utama

……

Untuk diisi oleh Pemimpin Redaksi
Naskah ini diterbitkan pada Volume ……..., Nomor ……, Tahun……..

KEMENKES
MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

SURAT *PERSETUJUAN* PENERBITAN

Letter of Approval to Publish

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ……
Instansi : ……
Alamat : ……
No Tlp : ……
Email : ……..

Dengan ini menyatakan bahwa saya SETUJU/TIDAK SETUJU*) artikel:

Ref. No : ……..
Judul **) : ……
……
Nama penulis ***) : ……

Telah kami baca dengan seksama dan menyetujui artikel versi final tersebut untuk dimuat pada Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Volume ... Nomor ... Tahun ..... yang diterbitkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Selain itu, saya juga menyatakan bahwa saya bertanggung jawab penuh terhadap isi artikel, baik secara ilmiah maupun hukum apabila dikemudian hari terdapat tuntutan terhadap artikel ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat, agar menjadi maklum.

……,…… …

Yang membuat pernyataan
Penulis pertama

……

Keterangan :

*) Coret yang tidak perlu
**) Isi dan format tulisan sesuai dengan yang dikirimkan setelah direvisi oleh reviewer
***) Ditulis seluruh penulis

Judul dalam Bahasa Indonesia, Ditulis Singkat, Jelas, Informatif, Tidak Menggunakan Singkatan ← 18 pt, bold, times new roman

Judul dalam Bahasa Inggris, Ditulis Singkat, Jelas, Informatif, Tidak Menggunakan Singkatan ← 11 pt, bold, italic, times new roman

Sri Lestari[1]*, Susi Annisa[2], Rini Sekarsih[2] ← 11 pt, bold, times new roman

[1]Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat, Indonesia ← 10 pt, times new roman

[2]Fakultas Kedoketeran Universitas Indonesia, Jl. Salemba Raya, Jakarta Pusat, Indonesia ← 10 pt, times new roman

*Korespondensi Penulis : sri-lestari@litbang.depkes.go.id ← 10 pt, times new roman

***Abstrak* ← 10 pt, bold, italic, arial**

Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 ─ 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 .

Kata kunci : Abstrak, Bahasa, Indonesia

***Abstract* ← 10 pt, bold, italic, arial**

Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring.

Keywords : Abstrak, Bahasa, Inggris

PENDAHULUAN ← 11 pt, bold, times new roman

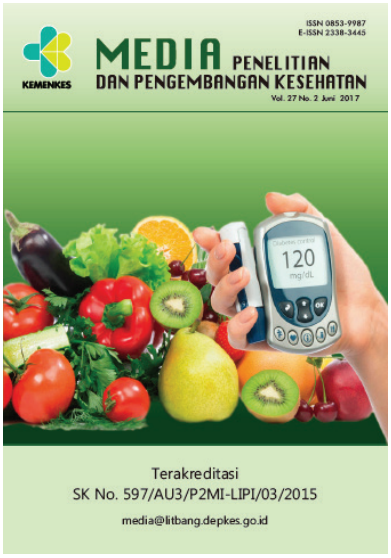
Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify. Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify. Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

METODE ← 11 pt, bold, times new roman

Metode untuk manuskrip hasil penelitian ditulis tanpa sub judul menjelaskan tentang materi/komponen/objek yang diteliti, design, sampel, metode sampling, teknik analisis. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Metode untuk manuskrip kajian berisi tentang strategi pencarian literature, kriteria inklusi/eksklusi, cara memperoleh artikel, metode review (klasifikasi artikel, lembar pencatatan data), presentasi data. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.



Gambar 1. Jurnal Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

HASIL ← 11 pt, bold, times new roman

Hasil berisi temuan dari penelitian atau kajian yang telah dilakukan. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

PEMBAHASAN ← 11 pt, bold, times new roman

Pembahasan berisi tentang diskusi temuan termasuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengupas hal-hal terkait dengan tujuan penelitian dibandingkan/diselaraskan dengan hasil penelitian lain. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Pembahasan berisi tentang diskusi temuan termasuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengupas hal-hal terkait dengan tujuan penelitian dibandingkan/diselaraskan dengan hasil penelitian lain. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Tabel 1. Format Tabel Jurnal Media

Objek	Ukuran Huruf	Jenis Huruf	Penjajaran
Judul Bahasa Indonesia	18 pt	TNR, Bold	Rata Kiri
Judul Bahasa Inggris	11 pt	TNR, bold, italic	Rata Kiri
Abstrak	10 pt	Arial, italic	Justify
Isi	11 pt	TNR	Justify

KESIMPULAN ← 11 pt, bold, times new roman

Kesimpulan berisi tentang pernyataan ringkas terkait denganhasil untuk menjawab tujuan penelitian, dibuat dalam bentuk narasi paragraf, bukan poin-poin. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

SARAN ← 11 pt, bold, times new roman

Saran diarahkan untuk menyelesaikan masalah sesuai temuan. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

UCAPAN TERIMA KASIH ← 11 pt, bold, times new roman

Ucapan terima kasih disampaikan kepada lembaga dan/atau pihak yang membantu penelitian dan pemberi dana penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

DAFTAR PUSTAKA ← 10 pt, bold, times new roman

Daftar pustaka ditulis sesuai dengan nomor pemunculan dalam teks, minimal 15 rujukan untuk manuskrip hasil penelitian/ minimal 25 rujukan untuk manuskrip kajian/review, tidak lebih dari 10 (sepuluh) tahun terakhir, 80% berupa acuan primer (dari artikel jurnal), dan menggunakan sistem Vancouver, contoh :

1. Kasapis C, Thompson PD. The effects of physical activity on serum C-rective protein and inflammatory markers. A systematic review. J Am Coll Cardiol.2005;45(10:1563-9.
2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284-7