



ISSN : 2549-4031

Volume 3 No 2 (Juli 2019)

# Jurnal

## Ilmiah Kesehatan BPI

Gambaran Asupan Makan Pada Pasien Hiv/Aids Di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur Jakarta Timur Tahun 2018

Muhlisin Nalahudin

Perbedaan Pengetahuan Ibu Hamil Sebelum Dan Sesudah Mengikuti Kelas Ibu Hamil Di Puskesmas Wundulako 2018

Woro Nurul Seftianingtyas; Hj.Ella Nurlelawati

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017

Pipih Salanti

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Berisiko Pada Anak Jalanan Di Sekolah Masjid Terminal Depok Tahun 2013

Dewi Rakhmawati

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Rendahnya Cakupan K4 Di Puskesmas C Kabupaten Bogor Tahun 2014

Widi Sagita, Suswati

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Ibu Terhadap Keberhasilan Menyusui Di Rumah Sakit Aulia Jakarta Tahun 2017

Niky Wahyuning Gusti, Nina Karmila

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Anemia Pada Ibu Hamil Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur

Anggarani Prihantiningasih

Gambaran Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Siswa/I Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kabupaten Bekasi Periode Maret – April Tahun 2019

Siti Umamah' Indah Fauziah

## **DAFTAR ISI**

Gambaran Asupan Makan Pada Pasien Hiv/Aids Di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur Jakarta Timur Tahun 2018

**Muhlisin Nalahudin..... 1-22**

Perbedaan Pengetahuan Ibu Hamil Sebelum Dan Sesudah Mengikuti Kelas Ibu Hamil Di Puskesmas Wundulako 2018

**Woro Nurul Seftianingtyas; Hj.Ella Nurlelawati..... 23-31**

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017

**Pipih Salanti ..... 32-42**

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Berisiko Pada Anak Jalanan Di Sekolah Masjid Terminal Depok Tahun 2013

**Dewi Rakhmawati ..... 43-51**

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Rendahnya Cakupan K4 Di Puskesmas C Kabupaten Bogor Tahun 2014

**Widi Sagita, Suswati..... 52-58**

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Ibu Terhadap Keberhasilan Menyusui Di Rumah Sakit Aulia Jakarta Tahun 2017

**Niky Wahyuning Gusti, Nina Karmila ..... 59-66**

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Anemia Pada Ibu Hamil Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur

**Anggarani Prihantiningih..... 67-81**

Gambaran Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Siswa/I Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kabupaten Bekasi Periode Maret – April Tahun 2019

**Siti Umamah' Indah Fauziah..... 82- 86**

## SUSUNAN DEWAN REDAKSI

Penanggung Jawab	: Hj. Rosmiati, S.Si.T.,SKM.,M.Kes
Pimpinan Umum Redaksi	: Hj. Ella Nurlelawati, S.Si.T.,SKM.,M.Kes
Dewan Redaksi	: Hj. Rosmiati, S.Si.T.,SKM.,M.Kes Hj. Ella Nurlelawati, S.Si.T.,SKM.,M.Kes
Mitra Bestari	: Dra. Dedeh Rodiah, S.Si.T.,M.Kes (Politeknik KHJ) Nur Handayani, S.Si.T.,M.Kes (Politeknik KHJ) Hj. Lilik Susilowati,M.Kes,MARS(Akbid Bakti Asih)
Redaksi Pelaksana	: Novy Ernawati, SKM.,M.Kes Vepti Triana Mutmainah, S.Si.T.,M.Kes Kursih Sulastriningsih, S.Si.T.,M.Kes Anggarani Prihantiningasih, S.S.T.,M.Kes
Alamat Redaksi	: Jl Jagakarsa Raya No 37 Jagakarsa jakarta Selatan Telepon : (021) 7888 4853 Fax : (021) 7270 840
Frekuensi Terbit	: Setiap 6 Bulan

**GAMBARAN ASUPAN MAKAN PADA PASIEN HIV/AIDS  
DI RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT  
CIBUBUR JAKARTA TIMUR  
TAHUN 2018**

**ABSTRAK**

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif dan kualitatif untuk menggambarkan secara sistematis, akurat, dan karakteristik mengenai populasi atau mengenai bidang tertentu. Data yang dikumpulkan semata-mata bersifat deskriptif sehingga tidak bermaksud untuk mencari penjelasan, menguji hipotesis, membuat prediksi ataupun mencari implikasi. Pengambilan variabel dilakukan dengan cara cross sectional yaitu semua variabel diambil dalam waktu bersamaan. Hasil penelitian asupan makan pasien HIV/AIDS yang menjadi responden, hanya 10% yang termasuk kategori normal, 60% kategori kurang dan 30% kategori lebih. Seluruh responden berjenis kelamin pria dan berusia produktif yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%. Responden dengan pendidikan tinggi termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 66.7%, responden yang tidak bekerja termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 66.7%, seluruh responden berpenghasilan di bawah UMR termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%, responden yang berpengetahuan kurang baik termasuk dalam kategori kurang sebanyak 75.5%, responden yang berpola makan kurang baik termasuk kategori kurang sebanyak 85.7%, responden yang tidak ada dukungan termasuk dalam kategori kurang sebanyak 42,9%, seluruh responden mengalami keluhan lain termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%. Responden yang memiliki IMT normal ada 3 orang, gemuk tingkat ringan 2 orang, gemuk tingkat berat 1 orang, kurus tingkat berat 3 orang, dan kurus tingkat ringan 1 orang. Faktor resiko pasien HIV/AIDS sebanyak 8 orang yang berasal dari pemakaian jarum suntik secara bergantian. Tes CD 4 pasien HIV/AIDS sebanyak 9 orang yang telah lebih dari 1 kali menjalani tes. Menjalankan terapi ARV sebanyak 8 orang. Informasi yang didapat pasien dari VCT sebanyak 7 orang.

**Kata kunci : Asupan Makan Pada Pasien HIV/AIDS**

*Description Of Eating Intake In Hiv / Aids Patients In Drug Hospital Cibubur  
Jakarta Timur 2018*

**ABSTRACT**

*This research is descriptive quantitative and qualitative to describe systematically, accurately, and characteristics regarding the population or about a particular field. The data collected is merely descriptive so that it does not intend to seek explanations, test hypotheses, make predictions or look for implications. Variable retrieval is done by cross sectional method, ie all variables are taken at the same time. The results of the study of food intake of HIV / AIDS patients who were respondents, only 10% were included in the normal category, 60% in the less category and 30% in the more categories. All respondents of male and productive age who were included in the category of food intake were less than 60%. Respondents with higher education included in the category of lack of food intake as much as 66.7%, respondents who did not work included in the category of lack of food intake as much as 66.7%, all respondents with income below the minimum wage included in the category of less food intake as much as 60%, respondents who lacked knowledge included in the category of less as much as 75.5%, respondents with poor food patterns included in the less category as much as 85.7%, respondents who did not have support included in the less category as much as 42.9%, all respondents experienced other complaints including the category of lack of food intake as much as 60%. Respondents who have a normal BMI have 3 people, a mild level of fat 2 people, fat weight level 1 person, thin weight level 3 people, and a mild level of skinny 1 person. Risk factors for HIV / AIDS patients are as many as 8 people who come from the use of syringes alternately. CD test of 4 HIV / AIDS patients as many as 9 people who had more than 1 test. Running eight ARV therapies. Information obtained by patients from VCT was 7 people.*

*Keywords: Feeding For HIV / AIDS*

## PENDAHULUAN

Berdasarkan Data HIV-AIDS Dunia (Informasi Dasar HIV/ AIDS, 2007: Slide 2), pada Mei 2006 jumlah kasus ada 45 juta, kasus baru 7 juta, meninggal 19 juta. Kemudian terjadi lebih dari 50% berusia remaja. Setiap menitnya ada 5 remaja yang tertular yang berarti >6000/hari.

Sejak berdirinya Komite Nasional Penanggulangan HIV/ AIDS pada tahun 1994, jumlah Orang Dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Indonesia menunjukkan kecenderungan meningkat. Keadaan ini membawa Negara kita kepada situasi untuk mengambil langkah konkrit dalam perawatan dan pengobatan penderita. Penanggulangan penyakit HIV/ AIDS juga termasuk dalam salah satu diantara 8 tujuan MDGs atau Millenium Development Goals atau Tujuan Pembangunan Milenium. (Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI, 2009: 4)

Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1987 di Bali yang terjadi pada seorang laki-laki asing yang kemudian meninggal pada April 1987. Orang Indonesia pertama yang meninggal karena AIDS dilaporkan di Bali pada Juni 1988. Sejak itu masalah HIV di Indonesia mulai menjadi perhatian terutama oleh kalangan tenaga kesehatan. (Strategi Nasional Penanggulangan HIV/ AIDS, 2003- 2007: 1)

Rate kumulatif kasus AIDS sampai dengan September 2006 adalah 8,15 per 100.000 penduduk berdasarkan data BPS 2006 yang menyatakan jumlah penduduk Indonesia 227.132.350 jiwa. Penderita tertinggi terjadi pada kelompok usia 20-29 tahun (49,57 persen), disusul kelompok umur 30-39 tahun (29,84 persen) dan kelompok umur 40-49 tahun (8,71 persen). Proporsi kasus AIDS yang dilaporkan telah meninggal adalah 20,1 persen. (<http://toorestpoenya.blogspot.com>)

Menurut UNAIDS, Indonesia termasuk negara dengan peningkatan infeksi baru HIV tercepat di Asia. Pada

akhir September 2009, dilaporkan sejumlah 18.442 kasus, meningkat dibanding tahun 2008 yaitu 16.110 dan tahun 2007 yaitu 11.141. Dari kasus yang dilaporkan, 88% merupakan penduduk usia produktif yaitu 20-49 tahun. (Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI, 2009: 3)

Dr. Ronald Jonathan, MSc, dari National Trainer Care, Support, and Treatment IMAI HIV/AIDS, pada seminar "Global Diseases 2nd Continuing Professional Development", menyatakan,

*"Jumlah penderita HIV/ AIDS digambarkan sebagai fenomena gunung es, yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil daripada jumlah penderita yang sebenarnya. HIV/AIDS di seluruh kabupaten/kota di Indonesia pada tahun 2010 diperkirakan mencapai 130 ribu orang. Angka itu berdasarkan perkiraan pengaduan penderita HIV/AIDS ke sejumlah rumah sakit yang berjumlah tak lebih dari sepersepuluh seluruh korban terinfeksi." Prinsip fenomena gunung es yang berlaku mengatakan, jumlah penderita HIV/AIDS yang tampak hanyalah 5-10 persen dari jumlah keseluruhan. Jumlah penderita HIV/AIDS di seluruh Indonesia yang terdata Departemen Kesehatan sejak 1980-an hingga September 2009 mencapai 18.442 penderita."* (<http://www.satudunia.net>)

Menurut Dirjen Pengendalian Penyakit dan Pengendalian Lingkungan Depkes, Prof dr. Tjandra Yoga Aditama SpP (K) DTM & H. DTCE MARS, jumlah penderita penyakit menular AIDS di Indonesia terus bertambah. Jumlah penderita HIV/AIDS di seluruh Indonesia yang terdata Departemen Kesehatan sejak 1980-an hingga September 2009 sama dengan yang dilaporkan UNAIDS mencapai 18.442 penderita orang dengan ratio kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1. (<http://toorestpoenya.blogspot.com>)

Kebanyakan ODHA menunjukkan penurunan berat badan sebelum meninggal. Hal ini tidak dapat dihindari sebagai konsekuensi dari infeksi HIV/AIDS. Agar berat badan tidak menurun secara drastis dan masih dapat beraktivitas seperti sediakala, asupan gizi harus diperhatikan dengan baik.

Yang diserang HIV/AIDS yaitu sel kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh kehilangan daya tahan dan mudah terserang berbagai penyakit. Seseorang yang telah terinfeksi HIV belum tentu terlihat sakit. Secara fisik, dia akan sama dengan orang yang tidak terinfeksi HIV. Infeksi human immunodeficiency virus hingga kini masih menjadi momok karena bisa berujung kematian.

Umumnya, ODHA mengkonsumsi zat gizi di bawah optimal. Biasanya mereka hanya mengonsumsi 70% kalori dan 65% dari total yang diperlukan tubuh. Konsumsi zat gizi yang demikian tidak memenuhi kecukupan kalori yang meningkat karena peningkatan proses metabolisme sehubungan dengan infeksi akut. Jika seorang ODHA mempunyai status gizi yang baik, maka daya tahan tubuh akan lebih baik. Oleh karena itu penanganan gizi pada ODHA merupakan sesuatu yang sangat penting. Meningkatkan daya tahan tubuh ODHA adalah dengan makanan yang baik. Tujuannya untuk menghambat virus HIV dan menambah respon ARV karena beberapa obat ARV mempengaruhi asupan makanan. (<http://www.aids-ina.org>)

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur menjadi lokasi penelitian yang dipilih penulis dikarenakan dengan pertimbangan adanya ODHA di Rumah Sakit tersebut. Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Cibubur menaruh perhatian besar pada kasus HIV/AIDS. Dalam *Republika*, 27 Mei 2007, Wakil Direktur RSKO dr. Sugiyanto Hadibrata menyatakan sekitar 10-20 persen pasiennya terkena HIV/AIDS dan rata-rata pasien mengalami gangguan asupan makan. (<http://www.aids-ina.org>)

HIV adalah kependekan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyerang sel kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh kehilangan daya tahan dan mudah terserang penyakit. Seseorang yang telah terinfeksi HIV belum tentu terlihat sakit. Secara fisik dia akan sama dengan orang yang tidak terinfeksi HIV. (<http://spiritia.or.id>)

Sedangkan AIDS adalah singkatan dari *Aquired Immune Deficiency Syndrome* yang artinya kumpulan berbagai penyakit yang menyerang tubuh karena melemahnya daya tahan tubuh akibat terserang virus HIV. Seseorang baru disebut AIDS apabila sudah menampakkan berbagai gejala penyakit yang menyerang tubuh karena hilangnya daya tahan tubuh. (<http://spiritia.or.id>)

#### **A. Kebutuhan Gizi Penderita HIV/AIDS**

Ketika dinyatakan terinfeksi virus HIV/AIDS, kebanyakan orang akan cemas akan kelangsungan hidupnya. Memang tidak mudah menerima kenyataan bahwa ada virus HIV/AIDS di dalam tubuhnya. Kebanyakan ODHA menunjukkan berat badannya menurun sebelum meninggal. Menurunnya berat badan, tidak dapat dihindarkan sebagai konsekuensi dari infeksi HIV/AIDS. (<http://www.eurekaindonesia.org>)

Yang harus diperhatikan agar ODHA mengurangi kontaminasi dari bahan makanan dan minuman yang berisiko keracunan atau tertular infeksi, seperti tidak makan makanan kaleng kadaluarsa, hindari daging, ikan dan telur mentah, daging ayam termasuk unggas setengah matang. Hindari konsumsi sayur mentah/lalapan, sedapat mungkin hindari jajan. Penyebab malnutrisi pada penderita HIV/AIDS, karena asupan makanan atau zat gizi yang rendah, rendahnya daya cerna makanan (malabsorpsi) dan perubahan metabolisme. (<http://www.eurekaindonesia.org>)

Gizi yang adekuat pada ODHA dapat memberikan efek yang positif terhadap ODHA berupa:

1. Mencegah malnutrisi dan muscle wasting
2. Mempertahankan berat badan dan tenaga yang optimal
3. Meningkatkan imunitas tubuh dan menangkal penyakit oportunistik
4. Menghambat berkembangnya virus HIV dalam tubuh ODHA
5. Memperbaiki efektivitas pengobatan ARV
6. Memperbaiki kualitas hidup ODHA (<http://www.eurekaindonesia.org>)

#### **B. Asuhan gizi pada Odha**

Asuhan gizi merupakan komponen penting dalam perawatan individu yang terinfeksi HIV/AIDS. Mereka akan mengalami penurunan berat badan dan hal ini berkaitan erat dengan kurang gizi. Penyebab kurang gizi bersifat multifaktoral antara lain karena hilangnya nafsu makan, gangguan penyerapan sari makanan pada alat pencernaan, hilangnya cairan tubuh akibat muntah dan diare, dan gangguan metabolisme. Akibat gangguan tersebut kesehatan umum mereka cepat menurun. Sekitar 97% Odha menunjukkan kehilangan berat badan sebelum meninggal. Kehilangan berat badan tidak dapat dihindarkan sebagai konsekuensi dari infeksi HIV/AIDS. Jika seseorang dengan infeksi HIV mempunyai status gizi yang baik maka daya tahan tubuh akan lebih baik sehingga memperlambat memasuki tahap AIDS. (<http://spiritia.or.id>)

#### **C. Tujuan asuhan gizi**

Dalam buku Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha (2003: 108), tujuan asuhan gizi bagi Odha secara umum adalah mempertahankan kesehatan dan status gizi serta meningkatkan kekebalan tubuh

sehingga kualitas hidup akan lebih baik.

Menurut Dr. Sunita Almatsier (Penuntun Diet, 2004: 204), tujuan umum asuhan gizi:

1. Memberikan intervensi gizi secara cepat dengan mempertimbangkan seluruh aspek dukungan gizi pada semua tahap dini penyakit HIV.
  2. Mencapai dan mempertahankan berat badan serta komposisi tubuh yang diharapkan, terutama jaringan otot (*Lean Body Mass*).
  3. Memenuhi kebutuhan energi dan semua zat gizi.
  4. Mendorong perilaku sehat dalam menerapkan diet, olahraga dan relaksasi.
- Menurut Dr. Sunita Almatsier (Penuntun Diet, 2004: 204), tujuan khusus asuhan gizi:
1. Mengatasi gejala diare, intoleransi laktosa, mual dan muntah
  2. Meningkatkan kemampuan untuk memusatkan perhatian, yang terlihat pada: pasien dapat membedakan antara gejala anoreksia, perasaan kenyang, perubahan indera pengecap dan kesulitan menelan.
  3. Mencapai dan mempertahankan berat badan normal.
  4. Mencegah penurunan berat badan yang berlebihan (terutama jaringan otot).
  5. Memberikan kebebasan pasien untuk memilih makanan yang adekuat sesuai dengan kemampuan makan dan jenis terapi yang diberikan.

#### **D. Asuhan gizi pada bayi dari ibu dengan HIV/AIDS**

Dalam buku Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha (2003: 116), ibu dengan HIV/AIDS dianjurkan untuk tidak menyusui bayinya, untuk mencegah penularan HIV/AIDS kepada bayinya melalui ASI. Oleh karena itu bayi

diberikan Pengganti Air Susu Ibu sesuai dengan anjuran dokter.

Namun dalam keadaan tertentu di mana pemberian PASI tidak memungkinkan dan bayi akan jatuh ke dalam keadaan kurang gizi, ASI masih dapat diberikan dengan cara diperas dan dihangatkan terlebih dahulu pada suhu di atas 66°C untuk membunuh virus HIV/AIDS.

Semakin lama pemberian ASI, akan semakin besar kumulatif resiko penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi. Dengan demikian, memperpendek masa pemberian ASI dapat mengurangi resiko bayi terinfeksi. (Maryunani dan Ummu Aeman, 2009: 156)

Rekomendasi terkait menyusui untuk ibu dengan HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

1. Menyusui bayinya secara eksklusif selama 4-6 bulan untuk semua ibu yang tidak terinfeksi atau ibu yang

tidak diketahui status HIV/AIDS - nya.

2. Ibu dengan HIV-positif dianjurkan untuk tidak memberikan ASI dan sebaiknya memberikan susu formula (PASI) atau susu sapi atau kambing yang diencerkan.
3. Bila PASI tidak memungkinkan disarankan pemberian ASI eksklusif selama 4-6 bulan kemudian segera dihentikan untuk diganti dengan PASI.

Pemberian makanan pada bayi harus memenuhi kalori bayi per hari, sebagai berikut:

1. Bayi usia 0 – 3 bulan memerlukan 120 kal/ kg bb
2. Bayi usia 4 – 9 bulan memerlukan 110 kal/ kg bb
3. Bayi usia 10 – 12 bulan memerlukan 100 kal/ kg bb

(Maryunani dan Ummu Aeman, 2009: 157)

Tabel 1 Bahan Makanan Yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

<b>Bahan Makanan</b>	<b>Dianjurkan</b>	<b>Tidak Dianjurkan</b>
Sumber karbohidrat	Semua bahan makanan yang menimbulkan gas	Bahan makanan yang menimbulkan gas spt ubi jalar
Sumber protein hewani	Susu, telur, daging, dan ayam tidak berlemak, ikan	Daging dan ayam berlemak, kulit ayam
Sumber protein nabati	Tempe, tahu dan kacang hijau	Kacang merah
Sumber lemak	Minyak, margarin, santan, dan kelapa dalam jumlah terbatas	Semua makanan yang mengandung lemak tinggi (digoreng, bersantan kental)
Sayuran	Sayuran yang tidak menimbulkan gas seperti labu kuning, wortel, bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, dan tomat.	Sayuran yang menimbulkan gas seperti kol, sawi dan ketimun.
Buah – buahan	Pepaya, pisang, jeruk, apel, dsb.	Buah – buahan yang menimbulkan gas seperti nangka dan durian
Bumbu	Bumbu yang tidak merangsang, seperti bawang merah, bawang putih, daun salam, ketumbar, laos, kecap.	Bumbu yang merangsang seperti cabe, lada, asam, cuka, dan jahe.
Minuman	Sirup, teh, kopi	Minuman bersoda dan beralkohol.



### **E. Faktor - faktor yang berhubungan dengan asupan makan ODHA**

Asupan makan adalah suatu batasan nilai yang menunjukkan jumlah zat gizi yang diperlukan dan dikonsumsi untuk hidup sehat setiap hari bagi hampir semua penduduk menurut kelompok umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiologis, seperti kehamilan dan menyusui, atau mengalami suatu penyakit tertentu. (Amsirman, 2001)

Penilaian konsumsi makan bertujuan untuk mengetahui konsumsi makan seseorang atau sekelompok orang baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian kualitatif biasanya menggunakan frekwensi menurut jenis bahan makanan yang dikonsumsi serta mengetahui kebiasaan makan seseorang serta cara mendapatkannya. (Amsirman, 2001)

Penelitian yang dimaksudkan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi, selanjutnya dihitung zat gizi dari makanan yang dikonsumsi tersebut dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM) atau nutri survey, dan hasilnya dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) atau Kebutuhan Total seseorang. Salah satu cara untuk mengumpulkan data konsumsi makanan secara kuantitatif adalah dengan food recall (24 hours). Metode dilakukan dengan wawancara dan ditanyakan konsumsi makanan 2-8 hari yang lalu sehingga diketahui jenis dan jumlahnya makanan yang dikonsumsi. (Amsirman, 2001).

Untuk mengetahui bagaimana kecukupan gizi pasien HIV/AIDS dapat dihasilkan dengan menghitung Kebutuhan Total pasien HIV/AIDS dibandingkan

dengan asupan makan pasien HIV/AIDS sehari – hari dengan metode food recall. Bagi seseorang yang sedang sakit, kalori ditentukan berdasarkan rumus tertentu per individu dengan mempertimbangkan jenis kelamin, umur, kebutuhan dasar, aktivitas, dan faktor infeksi. (<http://spiritia.or.id>)

Asupan makan adalah Asupan Zat Gizi Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat yang dikonsumsi dan dapat diketahui dengan metode food recall selama 3 hari berturut-turut. (Handayani, 2009:17). Kriteria asupan makan menurut Suharjo, 1992 (dalam Handayani, 2009:18) adalah sebagai berikut:

1. Asupan zat gizi kurang apabila mencapai <90% dari total kebutuhan.
2. Asupan zat gizi normal apabila 90-110% dari total kebutuhan.
3. Asupan zat gizi lebih apabila mencapai >110% dari total kebutuhan.

Berikut ini beberapa faktor-faktor yang berhubungan dengan asupan makan, yaitu:

#### **1. Jenis Kelamin**

Dalam Informasi Dasar HIV/AIDS, 2007: Slide 19 disebutkan pada Desember 2006 penderita HIV/AIDS yaitu sejumlah 1.138 orang penderita adalah pria dan 234 orang wanita. Hal ini disebabkan karena pria lebih rentan terhadap penularan virus HIV jika dilihat dari pergaulan, pekerjaan, maupun kesadaran terhadap perilaku seksual yang disinyalir pria lebih banyak yang melakukan seks bebas, penyalahgunaan napza, maupun faktor resiko penyakit lainnya. (<http://www.aids-ina.org>).

Pada asupan makan, sebenarnya pria tidak terlalu sulit dibandingkan dengan para wanita yang lebih sering memikirkan untuk menjaga

kestabilan berat badan. Dalam kasus ini, Odha justru sebaliknya. Pria lebih sulit untuk mengonsumsi makan yang dianjurkan dibanding wanita, bukan karena menjaga berat badan. Namun lebih pada sikap pria yang sering menjadikan keluhan yang menyerang sebagai alasan bahwa mereka tidak mampu baik mengonsumsi, menelan, mencerna, maupun mencium aroma makanan yang seharusnya dikonsumsi. (www.aids-ina.org)

## 2. Usia

Dari kasus yang dilaporkan, 88% merupakan penduduk usia produktif yaitu 20- 49 tahun. Karena pada usia ini, biasanya seseorang akan memiliki rasa ingin tahu yang lebih besar untuk mencoba-coba sesuatu dan masih mudah terbawa arus pergaulan sekitar. (Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI, 2009: 3).

Semakin tua umur manusia maka kebutuhan energi dan zat –zat gizi semakin sedikit. Pada usia dewasa, zat gizi diperlukan untuk penggantian jaringan tubuh yang rusak, meliputi perombakan dan pembentukan sel. Pada masa ini aktivitas fisik mulai meningkat, yaitu untuk melakukan pekerjaan atau bekerja. (Ratna, 2009: 16)

Bekerja memerlukan pengeluaran energi cukup besar sehingga harus diimbangi dengan masukan energi makanan. Sementara pada usia tua (manula) kebutuhan energi dan zat – zat gizi hanya digunakan untuk pemeliharaan. Setelah usia 20 tahun, proses metabolisme berangsur – angsur turun secara teratur. Pada usia 65 tahun, kebutuhan energi berkurang 20% dari kebutuhan pada usia 25 tahun. (Ratna, 2009: 16)

## 3. Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya baik mengenai hal umum maupun mengenai kebutuhan diri sendiri

seperti asupan nutrisi yang memadai. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya. Pendidikan suatu jenjang belajar formal terakhir yang ditempuh oleh seseorang, seperti pendidikan tinggi misalnya tamat SMA dan Perguruan tinggi sedangkan pendidikan rendah mulai dari tidak tamat SD, tamat SD, dan tamat SMP.

(www.sinarharapan.co.id)

Banyak kasus kesehatan di Indonesia sekarang bisa dikategorikan sebagai bom waktu.

Salah satunya mengenai masalah pendidikan kesehatan yang kurang diseriisi. Salah satu dari tiga pilar derajat kesehatan adalah perilaku sehat. (www.sinarharapan.co.id)

Timbulnya perilaku sehat, didasari pada pemahaman kesehatan yang berasal dari pendidikan. Jadi, tak mengherankan kalau banyak kasus kesehatan yang mencuat sekarang, bisa jadi disebabkan masih rendahnya pendidikan perilaku kesehatan yang diberikan pada masyarakat.

(www.sinarharapan.co.id)

Sebuah komunitas bisa dikatakan sehat, apabila telah memenuhi tiga pilar derajat kesehatan. Ketiga pilar tersebut merupakan perilaku sehat, lingkungan sehat, serta pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.

Perilaku sehat merupakan pilar paling utama. Karena komponen tersebut ternyata sangat berpengaruh pada kedua pilar lainnya. Seperti seseorang dengan perilaku sehat, tentu akan menjaga lingkungannya tetap sehat juga. Dan juga dengan perilaku sehat, seseorang akan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk memelihara kesehatannya.

Namun, pada kenyataannya, di Indonesia hal tersebut seperti

bertolak belakang. Peran ilmu pendidikan kesehatan sepertinya tidak terlalu diperhatikan. Akibatnya banyak kasus kesehatan merebak akhir-akhir ini. Yang kalau ditelusuri, sebenarnya berawal dari kurangnya pemahaman masyarakat mengenai kesehatan di sekitarnya. Yang didasarkan pada transfer pendidikan mengenai hal ini yang dianggap kurang. ([www.sinarharapan.co.id](http://www.sinarharapan.co.id))

#### **4. Pekerjaan**

Pengalaman empirik di banyak negara yang terlanda HIV/AIDS secara luas memperlihatkan dampak sosial-ekonomi yang memprihatinkan. Kerugian ekonomi timbul akibat beban ekonomi langsung yang harus ditanggung oleh keluarga dan masyarakat untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan HIV/AIDS yang amat mahal. Sedangkan kerugian ekonomi tersebut tidak langsung timbul akibat menurunnya produktifitas kerja dan meningkatnya angka kematian usia produktif akibat AIDS. (Strategi Nasional Penanggulangan HIV/ AIDS, 2003-2007)

Tetapi meskipun demikian, pada dasarnya mereka potensial untuk dilatih untuk bisa bekerja. Kendalanya ialah, mereka tidak memiliki ketrampilan khusus, kurang mempunyai relasi, dan tidak memiliki jiwa wiraswasta. Kondisi ekonomi yang cukup rendah sehingga tidak memiliki modal untuk memulai usaha dan belum memiliki semangat untuk kemandirian sehingga ada beberapa Odha yang masih meminta uang dari orang tua. Jika Odha memiliki pekerjaan, maka Odha kurang lebihnya akan berusaha memenuhi kebutuhan asupan makannya sehari-hari.

(<http://www.satudunia.net>)

ODHA dapat membuka sebuah peluang usaha sehingga dapat

mandiri secara ekonomi. Upaya dukungan terhadap Odha memang diperlukan bentuk program yang nyata. Dukungan yang bertujuan memberdayakan dan menciptakan kemandirian sesuai dengan prinsip GIPA (Greater Involvement of People with HIV dan AIDS). Odha didorong untuk mempersiapkan diri mampu mandiri dan lebih jauh lagi dapat berpartisipasi aktif dalam pembangunan ekonomi nasional.

(<http://www.satudunia.net>)

Semakin meningkatnya jumlah Odha, semakin meluasnya permasalahan yang kemudian berkembang. Salah satu masalah sering yang dihadapi Odha adalah masalah untuk memenuhi kebutuhan hidup. Sebagian besar Odha memiliki tingkat perekonomian yang rendah, diakibatkan oleh dampak epidemi HIV/AIDS pada individu dan ekonomi. Odha jarang yang bisa diterima kembali bekerja atau melakukan aktivitas yang menghasilkan imbalan baik itu berupa uang atau barang. Apabila dikaji dari sudut pandang individu, HIV/AIDS berarti tidak dapat masuk kerja, jumlah hari kerja yang berkurang, kesempatan yang terbatas untuk mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih baik dan umur masa produktif yang lebih pendek.

(<http://www.satudunia.net>)

#### **5. Penghasilan**

Penghasilan adalah penerimaan berupa uang maupun barang yang diterima atau dihasilkan (Badan Pusat Statistik, 2003: 8 dalam [http:// digilib.unnes.ac.id](http://digilib.unnes.ac.id))

Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi yang umum (Suhardjo, 2003 : 8 dalam Munawaroh, 2006: 33). Pada umumnya jika tingkat pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung untuk membaik juga (Suhardjo dkk, 1986: 25 dalam

Munawaroh, 2006: 33,  
<http://digilib.unnes.ac.id>

Masyarakat akan mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari termasuk asupan makan yang baik jika pendapatannya mencapai Upah Minimum Regional. Untuk DKI Jakarta, Upah Minimum Regional ditetapkan sebesar rp 1. 500. 000,-/ bulan. (<http://www.satudunia.net>) Jadi yang dimaksud dengan penghasilan keluarga adalah penerimaan berupa uang ataupun barang yang diterima/dihasilkan oleh semua anggota keluarga dalam waktu satu bulan untuk mencukupi kebutuhan hidup dalam waktu satu bulan tersebut.

(<http://www.satudunia.net>)

Dengan demikian dapat dilihat bahwa dengan pendapatan rendah, seseorang kurang dapat memenuhi kebutuhan makanan jika dibandingkan dengan orang yang pendapatannya sedang atau tinggi. Dengan keadaan seperti ini diharapkan mampu mengelola pendapatan dengan baik sehingga kebutuhan gizi ODHA dapat terpenuhi walaupun dengan bahan makanan yang harganya relatif murah tetapi memiliki kandungan gizi yang tinggi.

(<http://www.satudunia.net>)

## 6. Pengetahuan

Menurut Depdikbud, 1994: 991 (dalam Munawaroh, 2006: 25), pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui; kepandaian. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

Menurut Depdikbud, 1994: 320 (dalam Munawaroh, 2006: 25), gizi adalah zat makanan pokok yang diperlukan bagi pertumbuhan dan kesehatan badan. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

Menurut Notoatmodjo (2003: 122-123), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu sebagai berikut:

### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah

dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

### 2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai mengingat suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

### 3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

### 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

### 5) Sintesis (*synthetis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut Suhardjo dkk, 1986: 31 (dalam Lailatul Munawaroh, 2006: 26), suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan:

1) Status gizi yang cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan.

2) Setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal, pemeliharaan dan energi.

- 3) Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi kesejahteraan gizi. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

## 7. Pola Makan

Lie Goan Hong (dalam Soegeng Santoso dan Anne lies Ranti, 1999: 89) mengemukakan bahwa pola makan adalah berbagai informasi yang memberi gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu. Pola makan yang baik, hubungannya sangat erat dengan asupan makan yang menunjukkan jumlah zat gizi yang diperlukan dan dikonsumsi untuk hidup sehat. Pola makan tidak akan terlepas dengan asupan makan. Jika asupan makan adalah gambaran informasi yang dimakan, maka asupan makan adalah jumlah zat-zat gizi apa saja yang dimakan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sehari-hari. Menurut Suhardjo dkk, 1986: 251 (dalam Munawaroh, 2006: 27), pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang atau sekelompok orang untuk memilih makanan dan mengkonsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologi, psikologi, budaya dan sosial. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

## 8. Dukungan Dari Lingkungan

Faktor lingkungan meliputi faktor keluarga dan lingkungan pergaulan baik disekitar rumah, sekolah, teman sebaya maupun masyarakat. Adanya dukungan dari lingkungan mampu membuat ODHA akan merasa diperhatikan sehingga ODHA memiliki semangat hidup yang tinggi untuk melawan penyakit yang dialaminya. Namun yang terjadi, para ODHA dikucilkan dari lingkungan yang menyebabkan ODHA merasa rendah diri dan merasa tidak pantas berada di lingkungan tersebut.

Tidak ada orang yang lebih memerlukan dukungan dan cinta kasih keluarga dari anggota keluarga yang dinyatakan HIV positif. Perasaan tetap diterima dengan cinta kasih keluarga, dan merasakan bahwa keluarga tidak takut tertular, akan menjadi dukungan moral bagi pengidap HIV agar tidak bertambah jatuh dalam keputusan termasuk perhatian terhadap asupan makan yang berpengaruh terhadap gizinya. (Pedoman Penatalaksanaan, Perawatan, Pengobatan dalam Penanggulangan AIDS, 1997: 28) Dr. Michael Merson, Direktur Executive Program AIDS Global (GPA) menyatakan tentang pentingnya kehidupan keluarga sebagai fokus perhatian, yakni keluarga yang diikat oleh cinta kasih, kepercayaan, saling memberi dan keterbukaan yang berada pada posisi terbaik untuk melindungi anggotanya dari infeksi dan memberi perawatan dan dukungan penuh kasih sayang kepada mereka yang terinfeksi. Tindakan diskriminatif dan pengucilan terhadap penderita HIV/ AIDS merupakan beban tambahan akibat penyakit yang belum ditemukan obatnya ini. (Berita AIDS Indonesia, 1994: 1)

## 9. Keluhan lain yang dialami pasien HIV/ AIDS

Keluhan yang dialami pasien biasanya selalu membuat pasien mengalami penurunan nafsu makan. Sebab keluhan tersebut biasanya menyerang bagian tubuh Odha yang berfungsi untuk melakukan proses mengkonsumsi makan. Namun beberapa keluhan yang ada juga sering terjadi karena efek samping meminum obat-obatan baik itu pengobatan dasar, oportunistik, maupun antiretroviral. ([www.aids-ina.org](http://www.aids-ina.org))

## TBC

TBC menjadi perhatian ahli kesehatan dan epidemiologi dunia

karena erat kaitannya dengan infeksi oportunistik di kalangan Odha. TBC menjadi pembunuh terbesar di kalangan Odha. Sebanyak 40 persen Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) meninggal dunia karena infeksi tuberkulosis (TBC). "TBC menyebar lima kali lipat di negara-negara dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi," ujar dr. Titi Sundari, Spesialis Paru Rumah Sakit Penyakit Infeksi Sulianti Saroso kepada pers, rabu, 24 Oktober 2007. Ia menyebut negara-negara di kawasan Asia Tenggara Selatan memiliki prevalensi tinggi HIV/AIDS. (TEMPO Interaktif, <http://www.arsip.net>)

#### **Anoreksi dan disfagia**

Pada umumnya pasien AIDS mengalami penurunan nafsu makan. Hal ini dapat disebabkan oleh pengaruh obat-obatan ARV yang diminum. Di samping itu pasien AIDS sering mengalami kesulitan menelan karena infeksi jamur pada mulut. Keadaan tersebut memerlukan terapi diet khusus dengan memperhatikan kebutuhan asupan gizi pasien dan cara pemberiannya. (<http://spiritia.or.id>)

#### **Diare**

Adanya diare pada HIV/AIDS akan menyebabkan hilangnya zat gizi dalam tubuh seperti vitamin dan mineral, sehingga harus diberikan asupan gizi yang tepat, terutama yang mengandung larutan zat gizi mikro, untuk mengganti cairan tubuh yang hilang. Dianjurkan untuk mengkonsumsi buah-buahan yang rendah serat dan tinggi kalium dan magnesium seperti jus pisang, jus alpukat, banyak minum, teruskan makan seperti biasa, siapkan cairan rehidrasi, dan hindari makanan gorengan. (<http://spiritia.or.id>)

#### **Sesak nafas**

Dianjurkan makan makanan tinggi lemak dan rendah karbohidrat untuk mengurangi CO<sub>2</sub>, dengan

porsi kecil tetapi sering. Bila asupan makan dalam sehari tidak mencukupi kebutuhan kalori sehingga dapat menyebabkan pasien menjadi lemah, perlu diberikan makanan tambahan dalam bentuk formula (makanan suplemen). Pemberian makanan dapat dilakukan pada Odha dalam posisi setengah tidur agar aliran O<sub>2</sub> ke paru lebih optimal. (<http://spiritia.or.id>)

#### **Demam**

Pada pasien HIV/AIDS yang demam akan terjadi peningkatan pemakaian kalori dan kehilangan cairan. Untuk itu diberikan makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering dengan jumlah lebih dari biasanya dan dianjurkan minum lebih dari 2 liter atau 8 gelas/hari dan makan makanan tinggi energi dan zat gizi. (<http://spiritia.or.id>)

#### **Hepatitis**

Prevalensi ko-infeksi Hepatitis-HIV tinggi di kalangan HIV positif.

Terdapat perbedaan klinis antara pasien HIV dengan ko-infeksi Hepatitis-HIV. Misalnya, bagi ODHA yang terinfeksi Hepatitis-HIV, kerusakan hati lebih tinggi daripada orang HIV negatif. Kemudian beratnya penyakit HIV lebih besar pada ko-infeksi Hepatitis-HIV, dan hepatotoksitas ARV lebih banyak terjadi pada ko-infeksi Hepatitis-HIV. Studi EuroSIDA yang melibatkan 3048 ODHA menunjukkan bahwa 33% dari mereka terinfeksi Hepatitis. Pengobatan terhadap infeksi HIV pada pasien dengan infeksi hepatitis membutuhkan perhatian khusus karena adanya efek samping hepatotoksik dari obat antiretroviral.

(<http://www.satuportal.net>)

#### **Gangguan Ginjal**

Sebagaimana Odha hidup lebih lama akibat terapi antiretroviral (ART) yang efektif, mereka mempunyai lebih banyak waktu

untuk mengembangkan penyakit kronis, termasuk penyakit hati dan ginjal. Penyakit ginjal adalah komplikasi HIV yang penting, terutama dalam populasi minoritas. Antara 1999 dan 2003, lebih dari 4.000 kasus penyakit ginjal stadium akhir yang baru (*end-stage renal disease/ESRD*) dihubungkan dengan penyakit HIV di AS, dengan lebih dari 90% kasus ini terjadi pada orang berkulit hitam. Penyakit ginjal kronis tetap sebagai komplikasi infeksi HIV yang umum di masa ARV. (Chronic Kidney Disease, <http://www.hivandhepatitis.com>)

### **Candidiasis Oral**

Candidiasis oral merupakan infeksi oportunistik di rongga mulut yang disebabkan oleh pertumbuhan jamur *Candida albicans*. Kolonisasi *Candida* pada orofaring pada individu yang terinfeksi HIV/AIDS sering ditemukan. Candidiasis oral biasa terjadi karena daya tahan tubuh dan jumlah CD 4 menurun. Penelitian secara ilmiah membuktikan frekwensi penyakit mulut pada penderita HIV/AIDS meningkat. Candidiasis oral ditandai dengan bercak-bercak putih seperti krim dalam rongga mulut. Jika tidak diobati, candidiasis oral akan berlanjut mengenai esophagus dan lambung. Tanda dan gejala yang menyertai mencakup keluhan menelan yang sulit dan rasa sakit. Jamur *Candida albicans* biasanya tidak akan tumbuh atau menyebabkan infeksi pada daerah rongga mulut apabila tidak terjadi penurunan daya tahan tubuh, sehingga pada orang dewasa candidiasis oral khas pada penderita AIDS dewasa. (<http://www.odhaindonesia.org>)

### **Mual dan Muntah**

Mual dan muntah merupakan kondisi yang biasa terjadi pada orang dengan

HIV/AIDS dan merupakan salah satu efek samping pengobatannya. Perasaan mual dan keinginan untuk muntah berbeda-beda pada tiap orang. Kedua gejala tersebut seringkali terjadi bersamaan. Beberapa obat tertentu yang digunakan untuk mengobati HIV atau kondisi yang berkenaan dengan HIV dapat menyebabkan mual. Hal ini bisa membuat tubuh kehilangan zat gizi dan mengalami dehidrasi.

Muntah-muntah yang berkepanjangan dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius, seperti dehidrasi, ketimpangan zat dan bahkan koyaknya tenggorokan. Diet pisang, nasi, saus apel dan roti bakar dapat membantu mual, Hindari makanan panas, pedas, berbau tajam dan berminyak. Bila terjadi muntah, pulihkan cairan tubuh dengan kaldu, minuman berkarbonasi, jus, Jell-O atau es. (<http://www.odhaindonesia.org>)

### **METODE**

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif dan akan didukung dengan data secara kualitatif. Jenis penelitian deskriptif yaitu mempelajari kejadian dan distribusi penyakit atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan. (Lapau, 2007:125) Pengambilan variabel dilakukan dengan cara cross sectional yaitu semua variabel diambil dalam waktu bersamaan. Peneliti mengambil lokasi penelitian di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur Jakarta Timur untuk mengetahui deskripsi gambaran asupan makan pada pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur Jakarta Timur. Waktu penelitian ini dari bulan Maret 2010–Agustus 2011. Waktu pengumpulan data dilaksanakan pada bulan April 2011.

Populasi penelitian ini adalah s Bidadari (Komplikasi) kelas III, ruang perawatan Detoksifikasi kelas III, dan ruang perawatan rehabilitasi di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Sampel yang diteliti adalah total populasi yang bersedia untuk diwawancara yaitu berjumlah 10 orang. Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Data primer diperoleh langsung dari responden yang berasal dari wawancara, wawancara food recall

24 jam selama 3 hari berturut-turut, dan wawancara Kebutuhan Energi Total Pasien HIV/AIDS.

2. Data Sekunder diperoleh dari buku status pasien di RS Ketergantungan Obat untuk mengetahui diagnosa penyakit pasien dan diperoleh dari Instalasi Gizi yaitu daftar menu makanan serta standar porsi menu makanan pasien HIV/AIDS.

## HASIL

### A. Hasil Penelitian Univariat

Hasil penelitian ini meliputi variabel asupan makan, karakteristik, dukungan lingkungan, pola makan, dan keluhan lain yang dialami Odha.

Tabel 2  
Distribusi Frekwensi Asupan Makan Responden

Asupan Makan	Frekwensi	Persentase
Kurang (<90% KET)	6	60.0
Lebih (>110% KET)	3	30.0
Normal (90-110% KET)	1	10.0
Total	10	100.0

Responden yang kurang asupan makan sebanyak 6 orang (60%), responden yang asupan makan normal sebanyak 1

orang (10%), dan yang lebih sebanyak 3 orang (30%).

Tabel 3  
Distribusi Frekwensi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Frekwensi	Persentase
Pria	10	100.0
Wanita	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) berjenis kelamin pria.

Tabel 4  
Distribusi Frekwensi Usia Responden

Usia	Frekwensi	Persentase
Produktif	10	100.0
Non Produktif	0	0
Total	10	100.0



Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) berusia produktif.

Tabel 5  
Distribusi Frekwensi Pendidikan Responden

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekwensi</b>	<b>Persentase</b>
Rendah	1	10.0
Tinggi	9	90
Total	10	100.0

Sebanyak 9 responden (90%) yang berpendidikan tinggi dan 1 responden (10%) yang berpendidikan rendah.

Tabel 6  
Distribusi Frekwensi Pekerjaan Responden

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekwensi</b>	<b>Persentase</b>
Bekerja	1	10.0
Tidak Bekerja	9	90
Total	10	100.0

Responden yang tidak bekerja ada 9 orang (90%) dan hanya 1 orang saja yang bekerja (10%).

Tabel 7  
Distribusi Frekwensi Penghasilan Responden

<b>Penghasilan</b>	<b>Frekwensi</b>	<b>Persentase</b>
< UMR	10	100.0
≥ UMR	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) berpenghasilan di bawah UMR.

Tabel 8  
Distribusi Frekwensi Pengetahuan Responden

<b>Pengetahuan</b>	<b>Frekwensi</b>	<b>Persentase</b>
Baik	6	60.0
Kurang Baik	4	40.0
Total	10	100.0

Responden yang memiliki pengetahuan kurang baik sebanyak 4 orang (40%) dan

memiliki pengetahuan baik sebanyak 6 orang (60%).

Tabel 9  
Distribusi Frekwensi Pola Makan Responden

Pola Makan	Frekwensi	Persentase
Baik	3	30.0
Kurang Baik	7	70.0
Total	10	100.0

Responden yang memiliki pola makan kurang baik sebanyak 7 orang (70%) dan memiliki pola makan baik sebanyak 3 orang (30%)

Tabel 10  
Distribusi Frekwensi Dukungan Lingkungan

Dukungan	Frekwensi	Persentase
Ada Dukungan	3	30.0
Tidak Ada Dukungan	7	70.0
Total	10	100.0

Responden yang memiliki dukungan sebanyak 3 orang (30%) dan yang tidak memiliki dukungan sebanyak 7 orang (70%).

Tabel 11  
Distribusi Frekwensi Keluhan Lain

Keluhan Lain	Frekwensi	Persentase
Ada	10	100.0
Tidak Ada	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) mengalami keluhan penyakit lain.

#### B. Hasil Penelitian Tabulasi Data

Hasil penelitian ini meliputi variabel asupan makan, karakteristik (usia, jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan), dukungan lingkungan, pola makan, dan keluhan lain yang dialami Odha.

Tabel 12  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Pria	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
Wanita	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden berjenis kelamin pria, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (60%), kategori asupan makan lebih 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

Tabel 13  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Usia

Usia	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Produktif	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
Non Produktif	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden berusia produktif, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (60%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

Tabel 14  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pendidikan

Pendidikan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Rendah	0	1 (100.0%)	0	1 (100.0%)
Tinggi	6 (66.7%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang memiliki pendidikan rendah hanya termasuk kategori asupan makan lebih yaitu 1 orang (100%). Sedangkan responden dengan pendidikan tinggi yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (66.7%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 2 orang (22.2 %), dan yang termasuk kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (11.1%). Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang memiliki pendidikan tinggi lebih banyak yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 15  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pekerjaan

Pekerjaan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Bekerja	0	1 (100.0%)	0	1 (100.0%)
Tidak Bekerja	6 (66.7%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang bekerja hanya termasuk kategori asupan makan lebih yaitu 1 orang (100%). Sedangkan responden yang tidak bekerja, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (66.7%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 2 orang (22.2 %), dan yang

termasuk kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (11.1%). Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang tidak bekerja lebih banyak termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 16  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Penghasilan

Penghasilan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
< UMR	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
≥ UMR	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden berpenghasilan di bawah UMR, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (60%), yang termasuk

kategori asupan makan lebih sebanyak 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

Tabel 17  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pengetahuan

Pengetahuan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Baik	3 (50.0%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
Kurang Baik	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0	4 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang berpengetahuan

baik yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang yaitu 3 orang

(50.0%), yang termasuk dalam kategori asupan makan lebih sebanyak 2 orang (33.3%), dan yang termasuk dalam kategori asupan makan normal hanya 1 orang (16.7%). Sedangkan responden yang berpengetahuan kurang baik dapat dilihat yang termasuk dalam kategori kurang sebanyak 3 orang (75.5%), yang termasuk asupan makan lebih sebanyak 1 orang (25.0%), dan tidak ada yang termasuk kategori asupan makan

normal. Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang berpengetahuan kurang baik lebih banyak yang termasuk kategori asupan makan kurang. Namun responden yang berpengetahuan baik tetap berpotensi termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 18  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pola Makan

Pola Makan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Baik	0	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
Kurang Baik	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0	7 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang berpola makan baik, tidak ada yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang, yang termasuk dalam kategori asupan makan lebih yaitu 2 orang (66,7%), dan yang termasuk dalam kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (33.3%). Sedangkan responden yang berpola makan kurang baik dapat dilihat yang termasuk dalam kategori kurang

sebanyak 6 orang (85.7%), yang termasuk asupan makan lebih sebanyak 1 orang (14,3%), dan tidak ada yang termasuk kategori asupan makan normal. Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang berpola makan kurang baik lebih banyak yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 19  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Dukungan

Dukungan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Ada Dukungan	3 (100%)	0	0	3 (100.0%)
Tidak Ada Dukungan	3 (42.9%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	7 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang ada dukungan, yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang sebanyak 3 orang (100%) dan tidak ada yang termasuk dalam

kategori asupan makan lebih maupun normal. Sedangkan responden yang tidak ada dukungan dapat dilihat yang termasuk dalam kategori kurang sebanyak 3 orang (42,9%), yang

termasuk asupan makan lebih sebanyak 3 orang (42,9%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (14,3%). Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang tidak ada

dukungan, sangat berpotensi termasuk dalam kategori asupan makan kurang. Namun responden yang memiliki dukungan juga berpotensi tetap memiliki asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 20  
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Keluhan Lain Yang Dialami Pasien

Keluhan Lain	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Ada	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
Tidak Ada	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden mengalami keluhan lain, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang

(60%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

### KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan asupan makan pasien HIV/AIDS yang menjadi responden, sebanyak 60% termasuk kategori kurang.
  2. a. Berdasarkan karakteristik, responden 100% berjenis kelamin pria, 100% berusia produktif yaitu 27 tahun-41 tahun, 60% berpengetahuan baik, 90% berpendidikan tinggi, 90% tidak bekerja, 100% berpenghasilan di bawah UMR.
  - b. Berdasarkan pola makan responden, yang kurang baik sebanyak 70%.
  - c. Berdasarkan dukungan dari lingkungan responden, yang tidak mendapatkan dukungan dari lingkungannya seperti keluarga dan orang terdekat lainnya sebanyak 70%.
  - d. Berdasarkan keluhan, 100% mengalami keluhan, yang paling banyak dialami responden yaitu anoreksia & disfagia.
3. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan karakteristik pasien HIV/AIDS, yaitu:
    - a. Seluruh responden berjenis kelamin pria dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
    - b. Seluruh responden berusia produktif dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
    - c. Responden dengan pendidikan tinggi yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 66,7%.
    - d. Responden yang tidak bekerja termasuk kategori asupan makan kurang yaitu sebanyak 66,7%.
    - e. Seluruh responden berpenghasilan di bawah UMR dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
    - f. Responden dengan pengetahuan kurang baik yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang sebanyak 75,5%.
  4. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan pola makan, responden dengan pola makan

kurang baik yang termasuk kategori asupan makan kurang yaitu sebanyak 85,7%.

5. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan dukungan lingkungan, responden yang tidak ada dukungan termasuk kategori asupan makan kurang yaitu sebanyak 42,9%.
6. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan keluhan lain, seluruh responden mengalami dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
7. Berdasarkan kualitatif faktor pendukung karakteristik pasien HIV/AIDS, IMT dari data berat badan dan tinggi badan, responden yang memiliki IMT normal ada 3 orang, gemuk tingkat ringan 2 orang, gemuk tingkat berat 1 orang, kurus tingkat berat 3 orang, dan kurus tingkat ringan 1 orang. Faktor resiko penularan HIV/AIDS sebanyak 8 orang yang berasal dari pemakaian jarum suntik secara bergantian. Tes CD 4 pasien HIV/AIDS sebanyak 9 orang yang telah lebih dari 1 kali menjalani tes. Menjalankan terapi ARV sebanyak 8 orang. Informasi yang didapat pasien dari VCT sebanyak 7 orang.

## SARAN

Berdasarkan penelitian ini, beberapa saran dapat dikemukakan untuk meningkatkan asupan makan pasien HIV/AIDS:

1. Menambah menu makanan yang disajikan, meningkatkan variasi makanan, memperhatikan penampilan makanan baik tekstur maupun porsi makan, dan menambah cita rasa makanan untuk menghilangkan rasa bosan dan membangkitkan selera makan pasien tanpa menyimpang dari jenis ataupun bahan makanan apa saja yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan untuk dikonsumsi pasien.

2. Pemberian makanan disesuaikan dengan keadaan pasien dengan pendekatan perorangan dan melihat kondisi toleransi pasien seperti jadwal minum obat antiretroviral dimana ada obat yang diberikan saat lambung kosong, saat lambung penuh, atau diberikan bersamaan makanan dan bisa juga dilihat berdasarkan kebutuhan total yang dibutuhkan pasien sesuai dengan berat badan dan jenis aktifitas ataupun dihitung berdasarkan ada atau tidaknya gejala wasting yaitu terjadinya penurunan massa otot tubuh, gangguan fungsi metabolisme dan gangguan fungsi sistem imun dan penurunan berat badan.
3. Pola makan dan kepatuhan minum obat pasien harus selalu diperhatikan selain merupakan salah satu bentuk perhatian, semangat, dukungan, dan menimbulkan kepercayaan diri terhadap ODHA juga dilakukan untuk mengetahui perkembangan asupan makan dan mencegah resistensi virus HIV/AIDS dalam tubuh dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh guna menangkal virus penyakit lain menyerang tubuh.
4. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat berguna dalam meningkatkan pelayanan terhadap asupan makan guna memperbaiki gizi Orang Dengan HIV/AIDS.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Aeman, Ummu dan Maryunani. 2009. *Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi*. Jakarta: Trans Info Media.
2. Almatsier, Sunita. 2004. *Penuntun Diet*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
3. Amsirman. 2001. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Konsumsi Zat Gizi Dan Kaitan Dengan Status Gizi Putri di SLTPN 4 Pekan Baru". Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta.
4. Anwar, Rofiq. 2008. *Bom Aids Ancaman Senjata Biologi Yang Tak Disadari*. Jakarta: Yayasan Nurani.
5. Asuhan Gizi Pada ODHA. 15 Agustus 2006. Diunduh dari <http://www.spiritia.or.id/cst/bacacst.php?artno=1019&menu=polamenu&g=1>
6. Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ke Tiga.. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
7. Bom Waktu Pendidikan Kesehatan. 15 Maret 2008. Diunduh dari <http://www.sinarharapan.co.id/iptek/kesehatan-odha/2004/1022/kes1.html>
8. Chronic Kidney Disease in People with HIV. 2 Oktober 2007. Diunduh dari [http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/100207\\_b.html](http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/100207_b.html)
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia Pedoman untuk petugas kesehatan dan petugas lainnya. 2003. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan.
10. Departemen Kesehatan Republik Indonesia Subpokja Pengobatan dan Perawatan. 1997. *Pedoman Penatalaksanaan, Perawatan, Pengobatan dalam Penanggulangan AIDS*. Jakarta: Komite Nasional Penanggulangan HIV/AIDS.
11. Fitriana, 2010. "Gambaran Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Gizi di Ruang Rawat Inap RSUD Cibinong Tahun 2010 dengan Diagram Kartesius." Skripsi. S1 Kesehatan Masyarakat, Peminatan Manajemen Rumah Sakit, STIKes Mitra RIA Husada. Jakarta.
12. *Gizi dan Kesehatan*. 25 November 2008, diunduh dari <http://www.eurekaindonesia.org/gizi-yang-baik-untuk-orang-dengan-hivaids>
13. Handayani, Vynna Budi. 2009. "Gambaran Asupan Makan Zat Gizi Makro dan Status Gizi Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta." Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah. Surakarta.
14. Harahap, Syaiful W. 1999. Masalah TBC di Indonesia. *Warta AIDS*, no.40, 15 Maret 1999. Diunduh dari <http://edukasi.kompasiana.com/2010/11/02/masalah-tbc-di-indonesia/HIV/AIDS>. 20 April 2010. Diunduh dari <http://toorestpoenya.blogspot.com/2010/04/hiv-aids-20.html>
15. Informasi Dasar HIV/AIDS Slide. 2007. "Hidup Sehat Mencegah HIV/AIDS". Surakarta: Yayasan Pelita Ilmu.
16. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. 2003- 2007. *Strategi Nasional Penanggulangan HIV AIDS*. Komisi Penanggulangan AIDS.
17. Kilas Balik 30 Tahun Rumah Sakit Ketergantungan Obat. 2002. Jakarta: Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.
18. Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI. 2009. *Meningkatkan Komitmen, Membangun Sinergi*. Komite Penanggulangan AIDS.
19. Kompas. 2 September 2010. *Minum Obat Teratur Tantangan Odha*. Jakarta. Diunduh dari <http://health.kompas.com/read/2010/09/02/02470385/Minum.Obat.Teratur.Tantangan.ODHA>
20. Lapau, Buchari. 2007. *Prinsip Dan Metodologi Epidemiologi*. Jakarta: Uhamka Press.
21. Lembaran Informasi Pengobatan. 5 Maret 2007. Tips Pengelolaan Efek Samping Antiretroviral. Diunduh



- dari <http://www.odhaindonesia.org/content/tips-pengelolaan-efek-samping-arv>
16. Media Komunikasi dan Informasi. 1994. *Berita AIDS Indonesia*. Vol. III, no. 3.
  17. Moehji, Sjahmien. 2003. *Ilmu Gizi 2, Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Paps Sinar Sinanti.
  18. Munawaroh, Lailatul. 2006. "Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu, Pola Makan Balita Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan". Skripsi. Fakultas Ilmu Keolahragaan. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Negeri Semarang. Diunduh dari <http://digilib.unnes.ac.id/gsd/collect/skripsi/archives/HASH0116.dir/doc.pdf>
  19. Notoatmojo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
  20. Okezone Berita Komunitas HIV/AIDS. 14 Agustus 2007. Gizi Seimbang Bagi ODHA. Diunduh dari <http://www.aids-ina.org/modules.php?name=News&file=article&sid=440>
  21. Prevalensi HCV Pada ODHA Penasun Tinggi. 19 Oktober 2010. Diunduh dari <http://www.satuportal.net/content/indepth-report-prevalensi-hcv-pada-odha-penasun-tinggi>
  22. Ratna, Maya Riqi. 2009. "Evaluasi Manajemen Penyelenggaraan Makanan Institusi Di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta." Karya Tulis Ilmiah. Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Gizi. Universitas Muhamaddiyah. Surakarta.
  23. Ronald Jonathan. National Trainer Care, Support, and Treatment IMAI-HIV/AIDS. Seminar "Global Diseases 2nd Continuing Professional Development", Bandar Lampung. Minggu, 15 November 2009 diunduh dari <http://www.satudunia.net/content/tahun-2010-diperkirakan-130-ribu-orang-di-indonesia-positif-hiv-aids>
  24. Santoso, Soegeng dan Anne Lies Ranti. 1999. *Kesehatan Dan Gizi*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
  25. Simanjuntak, Richardo M. 2 Maret 2009. Membangun Ekonomi Odha. FISIP UNPAD: Bandung. Diunduh dari <http://www.satudunia.net/content/membangun-ekonomi-odha>
  26. Tempo Interaktif. 24 Oktober 2007. 40 Persen Odha Meninggal Karena TBC. Jakarta. Diunduh dari <http://www.arsip.net/id/link.php?lh=AQ8NUQ0PVQMD>
  27. Widianti, Efri. 2007. "Bahaya Merokok, Penyimpangan Seks, Dan Bahaya Penyalahgunaan Minuman Keras/Napza." Makalah. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Padjajaran. Bandung.

## PERBEDAAN PENGETAHUAN IBU HAMIL SEBELUM DAN SESUDAH MENGIKUTI KELAS IBU HAMIL DI PUSKESMAS WUNDULAKO 2018

<sup>1</sup> Woro Nurul Seftianingtyas,<sup>2</sup> Hj.Ella Nurlelawati

<sup>1,2</sup> Stikes Bhakti Pertiwi Indonesia, Jalan Jagakarsa Raya No 37 Tlp (021)78884853

### Abstrak

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di dunia masih terbilang tinggi, menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013, ada sekitar 800 ibu di dunia meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Di Indonesia terdapat AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (KH). Kelas ibu hamil adalah menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan cakupan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Tujuan Penelitian ini adalah Untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan ibu hamil trimester II sebelum dan sesudah mengikuti kelas ibu hamil di Puskesmas Wundulako Kabupaten Kolaka tahun 2018. Metodologi Penelitian dengan semu (*Quasi Experiment*) dengan *one group pretest and posttest design*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil berjumlah 20 ibu hamil. Hasil penelitian didapatkan Rata-rata nilai tingkat pengetahuan ibu hamil trimester II sebelum mengikuti kelas ibu hamil di Puskesmas Wundulako Kabupaten Kolaka Tahun 2018 adalah 13,90. Rata-rata nilai tingkat pengetahuan ibu hamil trimester II setelah mengikuti kelas ibu hamil di Puskesmas Wundulako Kabupaten Kolaka Tahun 2018 adalah 15,20. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu hamil trimester II sebelum dengan sesudah mengikuti kelas ibu hamil di Puskesmas Wundulako Kabupaten Kolaka Tahun 2018. Puskesmas diharapkan lebih rutin lagi dalam mengadakan kelas ibu hamil, sehingga ibu hamil selalu mendapatkan informasi terbaru.

**Kata Kunci** : pengetahuan, kelas ibu hamil

### Abstract

The maternal mortality rate (MMR) and infant mortality rate (IMR) in the world is still high, according to data from the World Health Organization (WHO) in 2013, around 800 mothers in the world die every day due to complications of pregnancy and childbirth. In Indonesia there is an MMR of 359 per 100,000 live births (KH). The class of pregnant women is reducing infant mortality and increasing the coverage of Early Breastfeeding Initiation (IMD). The purpose of this study was to determine the differences in the level of knowledge of second trimester pregnant women before and after taking classes in pregnant women at Wundulako Public Health Center in Kolaka Regency in 2018. Research methodology was quasi-experimental with one-group pretest and posttest design. The population in this study were all pregnant women totaling 20 pregnant women. The results obtained The average level of knowledge of second trimester pregnant women before attending classes for pregnant women in the Wundulako Puskesmas in Kolaka Regency in 2018 was 13.90. The average level of knowledge of second trimester pregnant women after attending pregnant mothers in the Wundulako Puskesmas Kolaka Regency in 2018 is 15.20. The conclusion of this study is that there is a significant difference between the level of knowledge of second trimester pregnant women before and after taking classes in pregnant women in Wundulako Public Health Center, Kolaka Regency in 2018. Puskesmas are expected to be more routine in holding classes for pregnant women, so that pregnant women always get the latest information.

Keywords: knowledge, class of pregnant women

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di dunia masih terbilang tinggi, menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013, ada sekitar 800 ibu di dunia meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Penyebab utama dari kematian ibu antara lain sumber daya yang rendah, perdarahan, hipertensi, infeksi, dan penyakit penyerta lainnya yang diderita ibu sebelum masa kehamilan. Wanita yang tinggal di negara berkembang memiliki resiko kematian 23 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tinggal di negara maju sehubungan dengan faktor yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan (WHO, 2013).

Selain angka kematian ibu, angka kematian anak di dunia juga masih tinggi. Meskipun begitu, menurut hasil pengamatan yang dilakukan oleh WHO terhadap program *Global Health Observatory* (GHO), terutama yang berisi tentang mengurangi angka kematian anak terlihat bahwa angka kematian anak di dunia mengalami penurunan sekitar 50% pada tahun 2013 bila dibandingkan dengan tahun 1990 (WHO, 2013).

Di Indonesia sendiri AKI masih terbilang tinggi bila di bandingkan dengan negara-negara tetangga, menurut survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 AKI yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup (KH). (Depkes RI, 2012).

Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (SKRT) penyebab langsung kematian di Indonesia 90% terjadi pada saat persalinan. Selain itu penyebab tidak langsung dari kematian ibu adalah faktor keterlambatan yaitu terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk ke tempat pelayanan kesehatan, sebagai contohnya adalah terlambat mengenali tanda bahaya sehingga ibu sampai di tempat pelayanan kesehatan sudah dalam kondisi darurat (Depkes RI, 2012).

Untuk mengurangi AKI dan AKB di Indonesia, pemerintah mengeluarkan beberapa program dan upaya antara lain

penerapan program Kelas Ibu Hamil, gerakan sayang ibu pada tahun 1996, Making pregnancy safe pada tahun 2000, bantuan operasional kesehatan (BOK) pada tahun 2010, jampersal yang di mulai pada tahun 2011, dan juga program *Expanding Maternal And Neonatal Safer* pada tahun 2012 (Kemenkes RI, 2013)

*United Nations Children's Fund* (UNICEF) menyatakan bahwa kesakitan dan kematian ibu dan neonatal sebagai indikator luaran dipengaruhi oleh faktor langsung, faktor yang mendasari di tingkat rumah tangga dan kabupaten/kota, serta penyebab mendasar di tingkat sosial. Penyebab mendasar ini meliputi pengetahuan yang kurang dan atau tidak sesuai.

Pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan penting untuk diketahui oleh ibu dan keluarganya agar bila terjadi kegawatdaruratan ibu dan keluarga dapat segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan yang terdekat untuk deteksi dini dan segera mendapatkan penanganan yang tepat. Pelayanan yang cepat dan tepat dapat menurunkan AKI dan AKB, namun tidak semua ibu hamil mengetahui adanya tanda bahaya pada kehamilannya.

Kelas ibu hamil adalah sarana untuk belajar tentang kesehatan bagi ibu hamil alam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu dan keluarga mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas penyakit atau komplikasi saat hamil-bersalin dan nifas, perawatan bayi baru lahir menggunakan buku KIA sebagai materi utama, dan senam ibu hamil.

Tujuan pertemuan kelas ibu hamil yaitu meningkatkan pengetahuan, keterampilan ibu-ibu dan keluarga mengenai perawatan kehamilan, persalinan, nifas, penyakit dan komplikasi saat hamil, bersalin dan nifas, perawatan bayi baru lahir, dan senam hamil menggunakan buku KIA

Keikutsertaan ibu hamil dan keluarga pada kelas ibu hamil diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku ibu hamil dan keluarga. Dengan

meningkatnya pengetahuan dan perubahan perilaku ini diharapkan kesadaran terhadap pentingnya perawatan kesehatan selama kehamilan dan pengenalan tanda komplikasi menjadi meningkat. Pengenalan tanda bahaya komplikasi kehamilan ini sebagai upaya kesiapsiagaan ibu dan keluarga dalam menghadapi kejadian komplikasi sehingga dapat mencegah terjadinya kasus kematian ibu.

Cakupan kepemilikan buku KIA di Kabupaten Kolaka tahun 2014 sudah mencapai 100 persen. Namun demikian berdasarkan laporan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA tahun 2016 jumlah kematian neonatal di kabupaten Kolaka sebanyak 47 jiwa dan kematian ibu 6 jiwa.

### TINJAUAN TEORITIS

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 4 minggu s/d 36 minggu (menjelang persalinan) dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, Flip chart (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil dan Buku senam Ibu Hamil (Kemenkes, 2011).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan melalui panca indra manusia yaitu indra penglihat, pendengar, penciuman, rasa dan raba. Sebagai besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Muhibbin, 2002).

Pengetahuan merupakan faktor penting dalam menentukan perilaku seseorang, karena pengetahuan dapat menimbulkan perubahan persepsi dan kebiasaan masyarakat. Pengetahuan yang meningkat dapat mengubah persepsi masyarakat tentang penyakit. Meningkatnya pengetahuan juga

dapat mengubah kebiasaan masyarakat dari yang positif menjadi yang lebih positif, selain itu juga pengetahuan akan membentuk kepercayaan (Notoatmodjo, (Muhibbin, 2002)

#### A. Pentingnya pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behaviour). Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan yakni :

1. *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya
4. *Trial*, sikap dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
5. *Adoption*, dimana subjek telah berpengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus ((Muhibbin, 2002).

#### B. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Muhibbin, 2002)

##### 1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

##### 2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap

objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap objek yang telah dipelajari, misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan yang bergizi.

3. Aplikasi (*aplication*)  
Aplikasi diartikan sebagaikemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang riil (sebenarnya).
  4. Analisis (*analysis*)  
Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
  5. Sintesis (*syntesis*)  
Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam satu bentuk keseluruhan yang baru.
  6. Evaluasi (*evaluation*)  
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.
- C. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.
1. Pengalaman
  2. Ekonomi (pendapatan)
  3. Lingkungan sosial
  4. Pendidikan
  5. Paparan media masa atau informasi
- Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara/angket yang menanyakan

tentang isi materi yang diukur dari subyek penelitian/responden.

Menurut Arikunto (2006) dalam (Wawan dan Dewi M, 2010).

pengukuran pengetahuan dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Pengetahuan baik = 76% - 100%
2. Pengetahuan cukup = 56% - 75%
3. Pengetahuan kurang = < 56% .

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah eksperimen semu (*Quasi Experiment*) dengan *one goup pretest and posttest design*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil berjumlah 20 ibu hamil di Puskesmas Wundulako. Teknik yang digunakan untuk pengambilan sampel adalah *Total Sampling* yaitu semua populasi. (Sugiyono, 2007) berjumlah 20 ibu hamil. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret-Mei 2018.

Instrumen pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner atau daftar pertanyaan yang diberikan pada responden.. Analisis univariabel dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti. Analisis bivariabel dilakukan untuk menganalisis hubungan antar variabel penelitian. Penentuan jenis analisis didasarkan pada jenis data atau skala pengukuran variabel, dan kemaknaan hasil ditentukan berdasarkan nilai  $p < 0,05$ . Analisis yang digunakan adalah *Paired-sample t-Test* dengan menggunakan derajat kepercayaan 95%.

## HASIL

Hasil penelitian ini disajikan dalam analisa Univariat dan Bivariat yang diuraikan sebagai berikut :

**Tabel 4.1 Uji Normalitas**

<b>Kelas Ibu Hamil</b>	<b>Nilai Skewness</b>	<b>SE</b>	<b>Kolmogorov</b>
<i>Pre test</i>	-0,287	0,512	0,20
<i>Post Test</i>	0,116	0,512	0,20

Berdasarkan Tabel 4.1 hasil uji normalitas didapatkan nilai skewness -0,287 dengan standar eror 0,512, bila nilai skewness (-0,287) dibagi standar erornya (0,512) menghasilkan **0,56**

Lebih kurang dari 3 artinya distribusinya normal, atau bila nilai kolmogorov menghasilkan 0,20 > 0,05 juga dikatakan distribusi normal.

**Tabel 2 Rata-rata Tingkat Pengetahuan Sebelum Dilakukan Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Wundulako Tahun 2018**

<b>Kelas Ibu Hamil</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Maks</b>
Sebelum	68,50	67,50	15,39	35-95

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil rata-rata pengetahuan responden sebelum dilakukan kelas ibu hamil sebesar 68,50

dengan nilai median 67,50, standar deviasi 15,39 dan nilai minimal 35 dan maksimal 95.

**Tabel 4 Distribusi Rata-rata Tingkat Pengetahuan Setelah Dilakukan Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Wundulako Tahun 2018**

<b>Kelas Ibu Hamil</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Maks</b>
Setelah	77,25	77,50	11,41	60-100

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil rata-rata pengetahuan responden setelah dilakukan kelas ibu hamil sebesar 77,25

dengan nilai median 77,50, standar deviasi 11,41 dan nilai minimal 60 dan maksimal 100.

**Tabel 5. Perbedaan Tingkat Pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Wundulako Kab. Kolaka Tahun 2018**

Kelas Ibu Hamil	Pengetahuan				
	Mean	n	Df	t	p Value
Sebelum	68,90	20	19	2,355	0,029
Sesudah	77,25				

Dari tabel 5 menunjukkan bahwa dari 30 sampel nilai rerata tingkat pengetahuan sebelum diberikan kelas ibu hamil adalah 68,90. lebih rendah dibandingkan dengan nilai rerata tingkat pengetahuan sesudah diberikan kelas ibu hamil yaitu 77,25, dengan nilai t sebesar 2,355.

#### PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada perbedaan yang signifikan antara nilai pengetahuan sebelum dan setelah diberikan kelas ibu hamil yaitu sebesar 68,90 menjadi 77,25. kelas ibu hamil merupakan suatu kegiatan belajar kelompok bagi ibu hamil dalam bentuk tatap muka yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, mitos, penyakit dan akta kelahiran (Kementrian Kesehatan RI, 2011).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sasnitiari (2017) yang berjudul “Hubungan Keikutsertaan Ibu Dalam Kelas Ibu Hamil Dengan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Tanda Bahaya Dalam Kehamilan Di Kota Bogor” dengan hasil penelitian terdapat hubungan keikutsertaan kelas ibu hamil dengan pengetahuan dan sikap.

Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI dalam Dewi (2012), kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20-33 minggu dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan jumlah peserta sekitar 10-15 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi, tukar pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak secara

Dari hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa nilai *p value* 0,029 lebih kecil dari nilai alpha 0.05 yang berarti ada pengaruh yang bermakna antara kelas ibu hamil terhadap tingkat pengetahuan responden di Puskesmas Wundulako Tahun 2018.

menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal, terkoordinir dan pemantauan berkesinambungan (Nurhayati, 2012).

Beberapa keuntungan kelas ibu hamil diantaranya materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman, waktu pembahasan materi menjadi efektif karena penyajian materi terstruktur dengan baik, ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan dan dilaksanakan secara berkesinambungan (Hani, 2010).

Responden dalam pengetahuan ini sebagian besar memiliki pengetahuan yang kurang tentang kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan melalui panca indra manusia yaitu indra penglihat, pendengar, penciuman, rasa dan raba. Sebagai besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Muhibbin, 2002).

Pengetahuan merupakan faktor penting dalam menentukan perilaku seseorang, karena pengetahuan dapat menimbulkan perubahan persepsi dan kebiasaan masyarakat. Pengetahuan yang meningkat dapat mengubah persepsi masyarakat tentang penyakit. Meningkatnya pengetahuan juga

dapat mengubah kebiasaan masyarakat dari yang positif menjadi yang lebih positif, selain itu juga pengetahuan akan membentuk kepercayaan (Notoatmodjo, (Muhibbin, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian ada kenaikan nilai pengetahuan dari sebelum dilakukan kelas ibu hamil menjadi sesudah dilakukan kelas ibu hamil dengan nilai p sebesar  $0,029 < 0,05$ . Melalui hasil kuantitatif yang didapatkan tentunya memberikan gambaran bahwa pengetahuan responden terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir relatif tergolong rendah. Masih rendahnya pengetahuan responden terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir ini diduga disebabkan oleh beberapa faktor yaitu, masih kurangnya paparan informasi kesehatan dari petugas kesehatan, kurangnya minat dari responden untuk menggali informasi dari berbagai media seperti TV, buku atau surat kabar. Selain faktor tersebut, faktor lingkungan yang kurang mendukung seperti kurangnya akses informasi mengenai kesehatan dari tokoh-tokoh masyarakat, mendapatkan informasi yang salah tentang kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dari keluarga atau teman menjadi salah satu pemicu akan rendahnya pemahaman yang baik terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irvani (2005) yang mengemukakan bahwa sebanyak 56% pengetahuan ibu masih tergolong rendah tentang kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

Upaya peningkatan peran aktif secara *sustainable* (berkelanjutan) oleh para tenaga kesehatan melalui penyuluhan secara langsung dalam memberikan pemahaman akan pentingnya pengetahuan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir sangat penting. Hal ini dapat meningkatkan pengetahuan mereka dari informasi yang mereka dapatkan. Semakin banyak sumber informasi yang diperoleh maka semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki sehingga tentunya pengetahuan yang mereka

miliki akan dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisa menggunakan uji *chi-square*, Ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu hamil sebelum dengan sesudah mengikuti kelas ibu hamil di Puskesmas Wundulako Kabupaten Kolaka Tahun 2018.

Saran yang diberikan untuk penelitian selanjutnya adalah diharapkan dapat dikembangkan menjadi penelitian dengan metode yang berbeda, variabel yang berbeda dan dapat mengembangkan penelitian ini lebih lanjut dari faktor lain.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Baston, Helen & Jennifer Hall. 2012. Antenatal volume 2. Jakarta : EGC
2. Bernard J. Brabin, Mohammad Hakimi & David Pelletier. 2015. An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. *Journal of Nutrition Sciences*, 6045
3. Bobak, Lowdemilk, dan Jensen. 2005. Buku Ujar Keperawatan Maternitas, alih bahasa Maria A. Wijayarini, Peter I. Anugrah (Eds.4). Jakarta : EGC
4. Chowdhury. 2009. Cause of Maternal Mortality Decline in Matlab Bangladesh. *Journal of Health Population and Nutrition*, 27(2), 108
5. Departemen, Kesehatan. 2013. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia
6. Departemen, Kesehatan. 2009. Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat
7. Departemen, Kesehatan. 2012. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia. Jakarta : BAPPENAS
8. Direktorat, Jenderal Bina Gizi dan KIA. 2011. Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu. Jakarta : Kemenkes RI



9. Direktorat, Jenderal Bina Gizi dan KIA. 2015. Kesehatan Dalam Kerangka Sustainable Development Goal's (SDGs). Jakarta : Kemenkes RI
10. Dwi, Aries saputro & Said, Junaidi. 2015. Pemberian Vitamin C Pada Latihan Fisik Maksimal Dan Perubahan Kadar Hemoglobin Dan Jumlah Eritrosit. *Journal of Sport Sciences and Fitness*, JSSF 4 (3).
11. Elise M. 2011. Maternal Hemoglobin Concentration and Pregnancy Outcome: A Study of the Effects of Elevation in El Alto, Bolivia. 13(1): 47.
12. Hastuti, Nugroho & Usnawati. 2017. Efektifitas Pelatihan Kelas Ibu Hamil Untuk Meningkatkan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kunjungan Antenatal Care. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* 2 (2): 122-134
13. Hoffbrand A.V, Pettit JE, Moss PAH. 2005. *Kapita Selekta Hematologi edisi 4*. Jakarta : EGC
14. Hotez PJ, Simon B. Jeffrey MB, Maria EB, Alex L, and Shuhua X,. 2004. Hookworm infection. *The new england journal medician*. 351(8) :799
15. Kementerian, Kesehatan Indonesia. 2010. Rencana Strategi Nasional Making Pregnancy Safer Di Indonesia. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia
16. \_\_\_\_\_, 2011. *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik indonesia
17. \_\_\_\_\_, 2013. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Indonesia
18. \_\_\_\_\_, 2014. *Pusat Data dan Informasi*. Jakarta :Kementerian Kesehatan Indonesia
19. \_\_\_\_\_, 2015. *Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Indonesia
20. Kumalasari,Intan. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal bayi baru lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta : Salemba Medika
21. Lowdermilk, Person & Cashion. 2013. *Keperawatan Maternitas (Eds.8)*. Singapura : Elsevier
22. Lindsay H Allen. 2000. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):1280S–4S. Printed in USA. © 2000 American Society for Clinical Nutrition
23. Manuaba, Ida Bagus Gede. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC
24. Maryunani, dkk. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : Trans Info Media
25. Medika, Widya. 2001. *Biokimia Eksperiment Laboratorium*. Jakarta : Biokimia FKUI
26. Meisita, Hesty & Wiharjo. 2015. *Konsumsi Tablet Fe pada ibu hamil*. *Jurnal Penelitian Kesehatan*
27. Pearce, Evelyn. 2009. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta :Gramedia
28. Philip J Steer. 2000. Maternal hemoglobin concentration and birth weight *Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):1285S–7S. Printed in USA. © 2000 American Society for Clinical Nutrition
29. Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan (Eds.3)*. Jakarta : PT Bina Pustaka
30. Ray Yip. 2016. Significance of an abnormally low or high hemoglobin concentration during pregnancy: special consideration of iron nutrition. *Am J Clin Nutr* 2000;72(suppl):272S–9S. Printed in USA. © 2000 American Society for Clinical Nutrition
31. Saifuddin, A. B. 2009. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : EGC
32. Setiawan, Lipoeto, & Izzah. 2013. Hubungan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester III Dengan Berat Bayi Lahir Di Kota Pariaman. *Jurnal Penelitian Kesehatan* 2 (1) : 34-37

33. Sharma. J.B. 2010. Anemia in Pregnancy. JIMSA. Vol. 23 No. 4. Department of Obstetrics & Gyneecology, All India Institute of Medical Science, Ansari Nagar, New Delhi, India
34. Sugiyono. 2011. Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung : Alfabeta
35. Sulistyarningsih, Sulastri & Suryandari. 2016. Gambaran Kebiasaan Cara Minum Tablet Fe dan Kejadian Kecacangan Pada Ibu Hamil yang Anemia. Jurnal Penelitian Kesehatan (3)
36. Sulistyawati, Ari. 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan. Jakarta :Salemba Medika
37. Sumantri, Arif. 2011. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Kencana Prenada Media Group
38. Uliyah, Musrifatul & Hidayat, Azis Alimui. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika
39. Wang J dkk. 2007. Study on the third trimester hemoglobin concentration and the risk of low birth weight and preterm delivery. Pubmed 28(1): 15-8
40. Winknjosastro, H. 2009. Ilmu Kebidanan Edisi 3. Jakarta : Bina Pustaka
41. World Health Organization (WHO). 2013. Maternal Mortality Database in World
42. World Health Organization (WHO). 2001. Iron deficiency anemia : assesment, prevention and control. WHO/NHD/01.3, Geneva.2001
43. Zarianis. 2006 . Efektifitas Suplementasi Besi-Vitamin C dan Vitamin C Terhadap Kadar Hemoglobin Anak Sekolah Dasar Yang Anemia Di Kecamatan Sayung Kabupaten Demak

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEBERHASILAN  
INISIASI MENYUSU DINI PADA IBU BERSALIN PUSKESMAS  
KECAMATAN SUKMAJAYA KOTA DEPOK TAHUN 2017**

**Pipih Salanti**  
STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia  
[pipihsalanti@yahoo.com](mailto:pipihsalanti@yahoo.com)

**ABSTRAK**

Inisiasi Menyusu Dini atau yang lebih dikenal dengan IMD merupakan program yang sedang gencar dianjurkan oleh pemerintah. Untuk mencapai tujuan tersebut maka salah satu yang dilakukan pemerintah adalah promosi IMD. Upaya ini dilakukan untuk mendukung keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif (Roesli Utami, 2010). Penelitian ini bertujuan Untuk mengetahui dan menganalisa faktor keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017, yang meliputi Umur, Paritas, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, Pelayanan Kesehatan. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan menggunakan kuesioner. Jumlah sampel 61 responden. Analisis data dengan univariat dan bivariat dengan uji Chi Square pada tingkat kemaknaan 5%. Hasil penelitian univariat menyatakan dari 61 responden angka tertinggi ada 95,1% di tingkat pengetahuan dan pelayanan kesehatan yang melakukan inisiasi menyusu dini, hasil penelitian bivariat hanya variabel paritas yang tidak ada hubungan dengan inisiasi menyusu dini dengan nilai  $p = 0.203$  ( $p > 0.05$ ). Kesimpulan dan Saran diharapkan inisiasi menyusu dini akan terus di tingkatkan demi meningkatkan angka kesehatan untuk bayi dan ibu.

Kata Kunci : Inisiasi Menyusu Dini

**ABSTRACT**

Early Initiation of Breastfeeding or better known as IMD is a program that is being intensively recommended by the government. To achieve this goal, one of the things the government does is promotion of IMD. This effort is carried out to support the success of the exclusive breastfeeding program (Roesli Utami, 2010). This study aims to determine and analyze the success factors of Early Breastfeeding Initiation (IMD) in Sukmajaya District Health Center, Depok City, which covers Age, Parity, Education, Employment, Knowledge, Health Services. This study used a cross sectional study design using a questionnaire. The number of samples was 61 respondents. Data analysis was univariate and bivariate with Chi Square test at a significance level of 5%. The results of the univariate study stated that of the 61 highest number respondents there were 95.1% at the level of knowledge and health services who carried out early breastfeeding initiation, the results of bivariate studies were only parity variables with no association with early breastfeeding with  $p = 0.203$  ( $p > 0.05$ ). Conclusions and Suggestions It is expected that early breastfeeding initiation will continue to be improved in order to improve health rates for infants and mothers.

Keywords: Early Breastfeeding Initiation.

## Pendahuluan

Inisiasi Menyusu Dini atau yang lebih dikenal dengan IMD merupakan program yang sedang gencar dianjurkan oleh pemerintah. Kebijakan ini dipelopori oleh *World Health Organization (WHO)* dan *United Nations Emergency Children's Fund (UNICEF)* sebagai tindakan "Penyelamatan Kehidupan" yang berperan dalam pencapaian tujuan Mellenium Development Goals (MDGs) yaitu membantu mengurangi Angka Kematian Bayi (AKB). Pelaksanaan IMD dapat menyelamatkan 22% dari bayi yang meninggal sebelum bayi usia 1 bulan (Frey Rutmina, 2012). Untuk mencapai tujuan tersebut maka salah satu yang dilakukan pemerintah adalah promosi IMD. Upaya ini dilakukan untuk mendukung keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif (Roesli Utami, 2010). Menurut *Protocol Eviden Based* yang baru diperbaharui oleh WHO dan UNICEF tentang asuhan bayi baru lahir untuk satu jam pertama menyatakan bahwa bayi harus mendapat kontak kulit ke kulit dengan ibunya segera setelah lahir minimal 1 jam, bayi harus dibiarkan untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan ibu dapat mengenal ibunya siap untuk menyusui, menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi sampai dengan Inisiasi Menyusu Dini selesai dilakukan. Hal ini dinyatakan sebagai indikator global (Kurniawan Bayu, 2013). Secara umum IMD dikenal sebagai proses ketika bayi menyusui segera setelah dilahirkan tetapi dilakukan dengan IMD yang maksimal akan sangat membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI Eksklusif dan lama menyusui, sehingga diharapkan terpenuhinya kebutuhan gizi hingga usia 2 tahun. Manfaat IMD juga mendukung bayi dari infeksi dan kematian sbab dengan IMD (dalam satu jam pertama sampai 2 jam pertama) bayi akan terhindar hipotermi karena adanya kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi (skin to skin contact). Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat bahwa Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2013 sebanyak 4,306 bayi lahir mati dan untuk tahun 2014 mengalami penurunan 3,810 bayi lahir mati (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2015). Begitu banyak

tindakan yang relatif mudah dan murah untuk dilakukan guna untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir, salah satunya adalah dengan pelaksanaan IMD. Hal ini didukung oleh penelitian di Jepang oleh Nakao et al (2011), menyebutkan bahwa keberhasilan ASI Eksklusif sampai 6 bulan berhubungan dengan IMD dalam 2 jam pertama kehidupan dan UNICEF dalam artikel WHO menuliskan sebanyak 30.000 bayi yang biasanya meninggal pada bulan pertama kelahirannya. Hasil penelitian (Baker dkk, 2010) di Bolivia dan Madagaskar, seperempat sampai setengah dari kematian bayi di Negara Berkembang terjadi pada minggu pertama kehidupan. Menurut penelitian (Dashtidia at all, 2010) di Negara Timur Tengah hanya 6% ibu menyusui pada 5 jam pertama kelahiran, 71,6% setelah 36 jam kelahiran dan sebagian besar 90% dua hari setelah kelahiran. Tingginya tingkat IMD yang tertunda sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan budaya. Hasil penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa IMD dapat mengurangi Angka Kematian Neonatal sebesar 22%. Di Negara-Negara Berkembang IMD dapat mengurangi sebanyak 1,45 juta jiwa setiap tahun (Baker et all, 2010).

Menurut data UNICEF, 2009 menguraikan bahwa Angka cakupan praktik IMD di Indonesia dari tahun 2008 hingga tahun 2012 sebesar 39%. Angka tersebut masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan Negara-Negara Berkembang IMD dapat mengurangi sebanyak 1,45 juta jiwa setiap bulan (Baker at all, 2010).

Menurut data UNICEF, 2015 menguraikan bahwa Angka cakupan praktik IMD di Indonesia dari tahun 2008 hingga tahun 2012 sebesar 39%. Angka tersebut masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan Negara-Negara Berkembang lainnya seperti Oman (85%) Srilangka (75%) Filipina (54%) dan Turki (54%). (BPS, BKKBN, DEPKES, ORCMacro. USA : SDKI : 2015).

Sementara hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2012) presentase IMD di Indonesia adalah 29,3% lebih rendah dari tahun 2015. Untuk Provinsi Jawa Barat cakupan IMD < 1 jam : 34,5%, 1-6 jam : 35,2%, 7-32 jam : 3,7%, 24-74 jam

:13,0%, >= 48 jam 13,7% (RISKESDAS, 2013).

Data yang diperoleh berdasarkan survey data di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya pada tahun 2017 periode Mei-Juni terdapat 61 persalinan dengan IMD adalah 54 persalinan. Terdapat 7 persalinan yang tidak melakukan IMD.

Berdasarkan data di atas, IMD di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok masih ada yang belum berhasil melakukan IMD. Tetapi masih banyak tempat terutama di Provinsi Jawa Barat secara keseluruhan. Hal tersebut tidak sesuai dengan usaha pemerintah yang sudah maksimal dalam mendukung program tahun 2012 yang dibacakan langsung oleh Ibu Negara. Dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) IMD juga merupakan langkah penting yang harus dilakukan petugas kesehatan dalam membantu proses persalinan (DEPKES, 2012). Serta disahkannya Peraturan Pemerintah (PP) No. 33/2012 mengenai Pemberian ASI Eksklusif tanggal 1 Maret 2012, didalam peraturan tersebut berisi tentang program IMD, peraturan penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya, sarana menyusui tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten/kota dalam serta pendanaannya.

Usaha pemerintah untuk mensukseskan program IMD tidak hanya pada PP tetapi juga dengan adanya Jaminan Persalinan (Jampersal) ditolong oleh tenaga kesehatan yang dimulai sejak tahun 2011 bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang telah memahami prinsip pelaksanaan IMD (SDKI, 2012).

Hal ini dilakukan bertujuan untuk mensukseskan target MDGs yakni menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Tetapi berdasarkan (SDKI, 2012) menguraikan bahwa AKB sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup hanya turun sedikit dibandingkan 2012 yaitu 34 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan target MDGs AKB 23 per 1.000 kelahiran hidup.

Diperlukan kerja keras untuk menurunkan AKB tersebut untuk mencapai MDGs tahun 2015. Sehingga kesadaran untuk menerapkan program IMD akan sangat

dipengaruhi oleh banyak faktor yang menyebabkan rendahnya praktek IMD di Indonesia diantaranya disebabkan oleh tingkat pendidikan, sikap, motivasi ibu menyusui yang kurang, serta dipengaruhi oleh perilaku dan tindakan bidan yang tidak melakukan konseling mengenai IMD pada masa kehamilan dan tidak mendukung penatalaksanaan IMD dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) serta dukungan keluarga (Margawati dalam Sutriyani N, Lumula, 2012).

Keberhasilan pelaksanaan IMD merupakan tanggung jawab semua praktisi kesehatan yang dalam pelaksanaannya mengikutsertakan masyarakat (pihak ibu dan keluarga). Dengan memberikan informasi kepada calon ibu dan keluarga tentang IMD maka diharapkan adanya perubahan pengetahuan dan sikap dan persepsi yang mendukung keberhasilan program IMD.

Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok adalah salah satu Puskesmas yang telah menerapkan IMD pada setiap persalinan normal. Program ini diharapkan dapat berperan penting untuk mengurangi Angka Kematian Bayi dan meningkatkan keberhasilan pemberian ASI Eksklusif.

Meskipun IMD telah diketahui banyak manfaat, target Nasional pelaksanaan IMD sebesar 80%, namun pelaksanaan IMD berdasarkan data yang ada tidak mencapai target 100% program IMD di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya hanya 91% yang berhasil melakukan IMD dan 9% masih belum berhasil melakukan IMD. Mengacu pada hal di atas maka dipandang perlu melakukan analisis keberhasilan IMD di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok.

### **Tinjauan Teori Inisiasi Menyusu Dini**

Inisiasi menyusu dini adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan, dimana bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri (tidak disondorkan ke puting susu). Inisiasi menyusu dini akan sangat membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI Eksklusif (ASI saja) dan lama menyusui. Dengan demikian, maka bayi akan terpenuhi kebutuhan hingga usia 2 tahun dan mencegah anak kurang gizi (Maryunani, anik 2012).

Inisiasi menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Pada

satu jam pertama bayi harus disusukan pada ibunya, bukan untuk pemberian nutrisi tetapi untuk belajar menyusu atau membiasakan menghisap puting susu dan mempersiapkan ibu untuk mulai memproduksi ASI kolostrum ([www.depkes.co.id](http://www.depkes.co.id)).

Inisiasi menyusu dini merupakan program yang sedang dianjurkan pemerintah pada bayi baru lahir, untuk segera menyusu sendiri pada ibunya dengan cara meletakkan bayi pada dada ibu, dan dibiarkan merayap untuk mencari puting susunya sendiri. Untuk melakukan program ini harus dilakukan langsung setelah lahir, tidak boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi (Aziz, 2013).

Inisiasi menyusu dini (Early Initiation) adalah permulaan kegiatan menyusu dalam satu jam pertama setelah bayi lahir. Inisiasi dini juga bisa diartikan sebagai cara bayi menyusu satu jam pertama setelah lahir dengan usaha sendiri dengan kata lain menyusu dikan disusui. Cara bayi melakukan inisiasi menyusu dini ini dinamakan The Best Crawl atau merangkak mencari payudara (Roesli Utami, 2012). Pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus ada suatu saat (*point timer approach*), artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. (No toadmodjo, 2012 : 86).

Populasi dari penelitian ini adalah ibu bersalin dipuskesmas sukrajaya.

#### Hasil Penelitian

Pada bab ini disajikan hasil penelitian tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keberhasilan IMD di Puskesmas Kecamatan Sukrajaya Kota Depok Tahun 2017.

#### Analisis Univariat

Inisiasi menyusu dini yaitu bayi yang baru lahir setelah tali pusat dipotong, dibersihkan agar tidak terlalu basah dengan cairan dan segera diletakkan diatas perut atau dada ibi, biarkan minimal 30 menit sampai 1 jam, bayi akan merangkak sendiri mencari puting ibu untuk menyusu (Rulina, 2013).

Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah perilaku pencarian puting payudara ibu sesaat setelah bayi lahir ( Dwi Sunar Prasetyono, 2012)

#### Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan survey dengan desain analitik yaitu untuk mendapatkan gambaran dan hubungan antara sebab dan akibat yang terjadi pada objek penelitian yang diukur dalam waktu singkat atau bersamaan (potong lintang) yang dapat memberikan informasi mengenai situasi yang ada. Kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut. Selain program analitik penelitian ini juga menggunakan *survey cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara Berdasarkan data yang didapat dipuskesmas sukrajaya ibu bersalin berjumlah 61 orang. Dengan demikian, sampel dari penelitian ini adalah total populasi

Pada penelitian ini dengan populasi ibu bersalin sebanyak 61 orang. Variabel yang diteliti meliputi :Umur, Paritas, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, Pelayanan Kesehatan.

Tabel 1

**Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Di Puskesmas Kecamatan Sukrajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Berhasil	54	88.5%
2.	Tidak Berhasil	7	11.5%
Jumlah		61	100%

Berdasarkan tabel 1 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini pada ibu bersalin yang berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 54 ibu

bersalin (88.55%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 7 ibu bersalin (11.5%).

**Tabel 2****Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Berdasarkan Umur Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Tidak Beresiko	47	77.0%
2.	Beresiko	14	23.0%
	Jumlah	61	100%

Berdasarkan tabel 2 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini berdasarkan umur pada ibu bersalin yang berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini

berjumlah 47 ibu bersalin (77.0%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 14 ibu bersalin (23.0%).

**Tabel 3****Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Berdasarkan Paritas Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Primipara	20	32.8%
2.	Grande Multipara	41	67.2%
	Jumlah	61	100%

Berdasarkan tabel 3 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini berdasarkan paritas pada ibu bersalin yang berhasil melakukan Inisiasi

Menyusu Dini berjumlah 20 ibu bersalin (32.8%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 41 ibu bersalin (67.2%).

**Tabel 4****Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Berdasarkan Pendidikan Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Rendah	8	13.1%
2.	Tinggi	53	86.9%
	Jumlah	61	100%

Berdasarkan tabel 4 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini berdasarkan pendidikan pada ibu bersalin yang berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 8 ibu bersalin

(13.1%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 53 ibu bersalin (86.9%).

**Tabel 5****Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Berdasarkan Pekerjaan Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Bekerja	40	65.6%
2.	Tidak Bekerja	21	34.4%
	Jumlah	61	100%

Berdasarkan tabel 5 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini berdasarkan pekerjaan pada ibu bersalin

yang berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 40 ibu

bersalin (65.6%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini

berjumlah 21 ibu bersalin (34.4%).

**Tabel 6**  
**Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Berdasarkan Pengetahuan Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Tahu	58	95.1%
2.	Tidak Tahu	3	4.9%
	Jumlah	61	100%

Berdasarkan tabel 6 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini berdasarkan pekerjaan pada ibu bersalin yang berhasil melakukan Inisiasi

Menyusu Dini berjumlah 58 ibu bersalin (95.1%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 3 ibu bersalin (4.9%).

**Tabel 7**  
**Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Terhadap Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Berdasarkan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

No	Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini	Frekuensi	Presentase
1.	Iya	58	95.1%
2.	Tidak	3	4.9%
	Jumlah	61	100%

Berdasarkan tabel 7 distribusi frekuensi keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini berdasarkan pelayanan kesehatan pada ibu bersalin yang berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 58 ibu

bersalin (95.1%), dan yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini berjumlah 3 ibu bersalin (4.9%).

### Analisis Bivariat

**Tabel 1**  
**Hubungan Umur Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

Umur	Keberhasilan IMD		Jumlah		OR	P Value
	Berhasil	%	Tidak Berhasil	%		
Tidak Beresiko	47	77.0%	0	0%	88.5	0.000
Beresiko	7	11.5%	7	11.5%	(0.065 - 0.259)	
Total	54	88.5%	7	11.5%	100.0%	

Berdasarkan tabel 1 mengenai hubungan umur ibu bersalin berhasil melakukan Inisiasi

Menyusu Dini sebanyak 54 (88.5%) ibu berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini



dan dengan umur ibu tidak beresiko sebanyak 7 (1.5%). Sedangkan umur ibu yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 7 (11.5%) ibu bersalin dan ibu bersalin yang tidak beresiko sebanyak 0 (0%) dan umur ibu yang beresiko sebanyak 7 (11.5%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.000$

yang berarti  $P < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antar umur ibu bersalin terhadap keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017.

**Tabel 2**  
**Hubungan Paritas Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

Paritas	Keberhasilan IMD		Tidak Berhasil		Jumlah		OR	P Value
	Berhasil	%	Berhasil	%	N	%		
Primipara	16	26.2%	4	6.6%	20	32.8%	0.316 (0.063 – 1.575)	0.203
Grande Multipara	38	62.3%	3	4.9%	41	67.2%		
Total	54	88.5%	7	11.5%	61	100.0%		

Berdasarkan tabel 2 mengenai hubungan paritas ibu bersalin berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 54 (88.5%) ibu berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan dengan paritas ibu primipara sebanyak 16 (26.2%). Sedangkan paritas ibu grande multipara yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 38 (62.3%). Sedangkan ibu bersalin dan ibu bersalin yang tidak beresiko sebanyak 7

(11.5%) dan dengan paritas ibu primipara sebanyak 4 (6.6%) dan ibu multipara dan grande multipara sebanyak 3 (4.9%) Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.203$  yang berarti  $P > 0,05$  maka  $H_0$  gagal ditolak dan  $H_a$  ditolak. Artinya, tidak ada hubungan antar paritas ibu bersalin terhadap keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017.

**Tabel 3**  
**Hubungan Pendidikan Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

Pendidikan	Keberhasilan IMD		Tidak Berhasil		Jumlah		OR	P Value
	Berhasil	%	Berhasil	%	N	%		
Rendah	2	3.3%	6	9.8%	8	13.1%	0.006 (0.000 – 0.082)	0.000
Tinggi	52	85.2%	1	1,6%	53	86.9%		
Total	54	88.5%	7	11.5%	61	100.0%		

Berdasarkan tabel 3 mengenai hubungan pendidikan ibu bersalin berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 54 (88.5%)

ibu berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan dengan pendidikan ibu rendah

sebanyak 2 (3.3%) dan dengan pendidikan Sedangkan pendidikan ibu yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 7 (11.5%). Dan dengan pendidikan rendah sebanyak 6 (9.8%) dan dengan pendidikan tinggi sebanyak 1 (1,6%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.000$  yang berarti  $P < 0,05$  maka  $H_0$

tinggi sebanyak 52 (85.2%). ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antar pendidikan ibu bersalin terhadap keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017.

**Tabel 4**  
**Hubungan Pekerjaan Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

Pekerjaan	Keberhasilan IMD		Tidak Berhasil		Jumlah		OR	P Value
	Berhasil	%	Berhasil	%	N	%		
Bekerja	39	63.9%	1	1.6%	40	65.6%	15.600 (1.730 – 140.67 )	0.005
Tidak Bekerja	15	24.6%	6	9.8%	21	34.4%		
Total	54	88.5%	7	11.5%	61	100.0%		

Berdasarkan tabel 4 mengenai hubungan pekerjaan ibu bersalin berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 54 (88.5%) ibu berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan dengan bekerja sebanyak 39 (63.9%) dan dengan yang tidak bekerja sebanyak 1 (1.6%). Sedangkan pekerjaan ibu yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 7 (11.5%). Dan

dengan yang bekerja sebanyak 1 (1.6%) dan dengan yang tidak bekerja sebanyak 6 (9.8%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.005$  yang berarti  $P < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antar pekerjaan ibu bersalin terhadap keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017.

**Tabel 5**  
**Hubungan Pengetahuan Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

Pengetahuan	Keberhasilan IMD		Tidak Berhasil		Jumlah		OR	P Value
	Berhasil	%	Berhasil	%	N	%		
Tahu	54	85.0%	4	6.6%	58	95.1%	17.500 (0.921 – 3.324)	0.001
Tidak Tahu	0	0%	3	4.9%	3	4.9%		
Total	54	88.5%	7	11.5%	61	100.0%		

Berdasarkan tabel 5 mengenai hubungan pengetahuan ibu bersalin berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 54 (88.5%) ibu berhasil melakukan Inisiasi Menyusu

Dini dan dengan tahu sebanyak 54 (88.5%) dan dengan yang tidak tahu sebanyak 0 (0%). Sedangkan pengetahuan ibu yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini

sebanyak 7 (11.5%). Dan dengan yang tahu sebanyak 4 (6.6%) dan dengan yang tidak tahu sebanyak 3 (4.9%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.001$  yang berarti  $P < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antar pengetahuan ibu bersalin terhadap keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017.

**Tabel 6**  
**Hubungan Pelayanan Kesehatan Dengan Keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017**

Pelayanan Kesehatan	Keberhasilan IMD		Tidak Berhasil		Jumlah		OR	P Value
	Berhasil	%	Berhasil	%	N	%		
Iya	54	85.0%	4	6.6%	58	95.1%	17.500 (0.921 - 3.324)	0.001
Tidak Tahu	0	0%	3	4.9%	3	4.9%		
Total	54	88.5%	7	11.5%	61	100.0%		

Berdasarkan tabel 6 mengenai hubungan pengetahuan ibu bersalin berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 54 (88.5%) ibu berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan dengan iya sebanyak 54 (88.5%) dan dengan yang tidak sebanyak 0 (0%). Sedangkan pelayanan kesehatan ibu yang tidak berhasil melakukan Inisiasi Menyusu Dini sebanyak 7 (11.5%). Dan dengan yang

iya sebanyak 4 (6.6%) dan dengan yang tidak sebanyak 3 (4.9%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.001$  yang berarti  $P < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antar pelayanan kesehatan ibu bersalin terhadap keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya Kota Depok Tahun 2017.

## PEMBAHASAN

### Analisis Bivariat

**Umur** : Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD berdasarkan umur terbanyak adalah pada umur ibu 20-35 tahun berjumlah 47 orang (77.0%) sedangkan umur ibu < dari 20 > dari 35 tahun berjumlah 14 orang (23.0%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.000$  yang berarti  $P > 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antara umur ibu bersalin terhadap keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017. Terdapat kesenjangan dengan teori Nelvi, 2009.

**Paritas** : Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD berdasarkan paritas terbanyak adalah ibu multipara dan grande multipara berjumlah 41 orang (67.2%) sedangkan pada ibu primipara berjumlah 20 orang (32.8%). Berdasarkan uji statistik yang diperoleh nilai  $P = 0.203$  yang berarti  $P > 0.05$  maka  $H_0$  gagal ditolak dan  $H_a$  ditolak. Artinya, tidak ada hubungan antara paritas terhadap keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017. Pada penelitian ini terdapat kesenjangan dengan teori prawirohardjo yang menyatakan berdasarkan jumlah paritas, ibu dengan paritas > 3 kali cenderung tidak berhasil melakukan IMD karena biasanya akan menghadapi kesulitan dalam kehamilan dan persalinannya

terutama kelelahan yang berlebihan sehingga mempengaruhi kestabilan emosinya untuk melakukan IMD.

**Pendidikan** : Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD berdasarkan pendidikan terbanyak adalah ibu yang berpendidikan tinggi berjumlah 53 orang (86.9%) sedangkan pada ibu yang berpendidikan rendah berjumlah 8 orang (13.1%). Berdasarkan uji statistic yang diperoleh nilai  $P = 0.000$  yang berarti  $P > 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antara pendidikan terhadap keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017.

Pada penelitian ini terdapat kesenjangan dengan teori Helsing dan King (2001) dalam Amalia (2011) frekuensi menyusui lebih tinggi diantara wanita terpelajar. Ibu yang terpelajar lebih menyadari keuntungan fisiologis dan psikologis menyusui sejak dini. Ibu terpelajar lebih termotivasi memiliki kesempatan lebih banyak untuk mendapatkan informasi serta mempunyai fasilitas yang diperolehnya ditempat kerja.

**Pekerjaan** : Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD berdasarkan pekerjaan terbanyak adalah ibu yang bekerja berjumlah 39 orang (63.9%) sedangkan ibu yang tidak bekerja berjumlah 15 orang (24.6%). Berdasarkan uji statistic yang diperoleh nilai  $P = 0.005$  yang berarti  $P > 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antara pekerjaan terhadap keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017.

Teori menyebutkan bahwa didalam lingkungan pekerjaan juga memungkinkan untuk lebih banyak mendapatkan informasi tentang pelaksanaan inisiasi menyusui dini. Ternyata berdampak pada IMD

**Pengetahuan** : Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD berdasarkan pengetahuan terbanyak adalah ibu yang tahu berjumlah 54 orang (88.5%) sedangkan ibu yang tidak tahu berjumlah 7 orang (11.56%). Berdasarkan uji statistic yang diperoleh nilai  $P = 0.001$  yang berarti  $P > 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antara pekerjaan terhadap keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017.

Penelitian yang dilakukan oleh Sutriyani (2011), yaitu ibu yang berpendidikan cukup berpeluang besar untuk mau melakukan suatu pekerjaan, sehingga ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan keberhasilan IMD, seperti pernyataan Notoadmojo (2009), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

**Pelayanan Kesehatan** : Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD berdasarkan pelayanan kesehatan terbanyak adalah ibu yang datang ke pelayanan kesehatan berjumlah 54 orang (88.5%) sedangkan ibu yang tidak datang ke pelayanan kesehatan berjumlah 7 orang (11.5%). Berdasarkan uji statistic yang diperoleh nilai  $P = 0.001$  yang berarti  $P > 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  gagal ditolak. Artinya, ada hubungan antara pekerjaan terhadap keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017.

Menurut WHO dalam Linkages (2009) ada beberapa kewajiban untuk menolong ibu menyusui bayinya petugas kesehatan harus memiliki kewajiban tertulis mengenai pemberian ASI secara rutin, memberitahu pada ibu hamil tentang IMD tentang manfaat dan proses IMD yang berhasil untuk program ASI

### Kesimpulan

1. Distribusi frekuensi berdasarkan keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017 terbanyak adalah pada pengetahuan 58 (95.1%) dan pelayanan kesehatan 58 (95.1%).
2. Distribusi frekuensi ibu bersalin yang berhasil melakukan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017 berdasarkan umur ibu tertinggi pada umur 20-35 tahun sebanyak 47 (77.0%), ibu dengan paritas multipara dan grande multipara sebanyak 41 (67.2%), ibu dengan pendidikan tinggi sebanyak 53 (86.9%), ibu dengan pekerjaan sebanyak 40 (65.6%), ibu dengan pengetahuan yang baik sebanyak 58 (95.1%) dan ibu dengan pelayanan kesehatan sebanyak 58 (95.1%).
3. Hubungan antara keberhasilan IMD di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2017 dengan umur ibu **ada hubungan** nilai  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), paritas ibu **tidak ada hubungan** nilai  $p = 0.203$  ( $p > 0.05$ ), pendidikan ibu **ada hubungan** nilai  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), pekerjaan ibu **ada hubungan** nilai  $p = 0.05$

( $p < 0.05$ ), pengetahuan ibu **ada hubungan** nilai  $p = 0.001$  ( $p < 0.05$ ), pelayanan kesehatan ibu **ada hubungan** nilai  $p = 0.001$  ( $p < 0.05$ )

### Saran

1. Bagi Puskesmas  
Mempertahankan pelayanan kesehatan yang sudah baik terutama dalam keberhasilan IMD dan pendidikan kesehatan kepada ibu-ibu hamil untuk mempersiapkan mental, pikiran, emosional untuk menghadapi kehamilan yang baik dan sehat.
2. Bagi Pendidikan  
Untuk mempertahankan mutu pembelajaran yang sudah baik dan diharapkan institusi pendidikan membuat metode pembelajaran dengan ide ide yang lebih baik lagi dan lebih update sehingga memotivasi mahasiswinya satu langkah lebih maju dari yang lain.
3. Bagi Peneliti  
Diharapkan ada peneliti selanjutnya yang akan lebih mendalam lagi penelitiannya tentang inisiasi menyusui dini

### DAFTAR PUSTAKA

1. Manuaba, Ida Bagus Gede. 2012. *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB*. Jakarta : EGC.
2. Prawirohardjo, Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
3. Saifuddin, Abdul Bari. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
4. Saifuddin, Abdul Bari. 2010. *Buku panduan praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
5. Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Renika Cipta.
6. Wiknjosastro, Hanifah. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

# Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Berisiko Pada Anak Jalanan Di Sekolah Masjid Terminal Depok Tahun 2013

**Dewi Rakhmawati**

STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia

Jl. Jagakarsa Raya No. 37 Jakarta Selatan Rt. 14/Rw. 01 Jagakarsa, Jakarta Selatan 12620

e-mail: [dewi.rakhmawati@stikes-bhaktipertiwi.ac.id](mailto:dewi.rakhmawati@stikes-bhaktipertiwi.ac.id)

[dewirakhmawati1231@gmail.com](mailto:dewirakhmawati1231@gmail.com)

---

## Abstrak

Penelitian ini tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada anak jalanan di Sekolah Masjid Terminal Depok. Merupakan penelitian kuantitatif dengan desain potong lintang. Populasi dan sampel adalah seluruh anak jalanan yang terdaftar sebagai siswa di Sekolah Masjid Terminal Depok, dengan cara *snow balling* sampling didapat jumlah sampel minimal sebanyak 87 anak. Hasil penelitian didapat 33% anak jalanan berperilaku seksual berisiko, faktor-faktor yang berhubungan bermakna adalah umur, pendidikan, riwayat pacaran, hubungan dengan orang tua, riwayat perlakuan salah seksual, pemakaian zat psikoaktif dan perilaku berkelahi. Pemakaian zat psikoaktif merupakan faktor paling dominan, dengan nilai  $p < 0,001$  dan OR 6. Meskipun secara kuantitatif jumlah anak jalanan yang berperilaku seksual berisiko kecil, namun perilaku seksual belum saatnya dilakukan oleh anak-anak, sehingga secara kualitatif hal tersebut merupakan hal yang serius.

**Kata kunci** : Perilaku seksual berisiko, anak jalanan, Sekolah Masjid Terminal Depok

## Abstract

This research is about the factors related to a risky sexual behavior on the street children in *Sekolah Masjid Terminal Depok*. This is a quantitative study with cross-sectional design. The population and the sample were all street children enrolled as students in *Sekolah Masjid Terminal Depok*, by way of snow balling sampling obtained 87 midwives in minimum as the sample. The results showed that 33% of street children have a risky sexual behavior, those related factors are age, education, history of courtship, relationships with parents, history of misconducted-sexual, psychoactive substances usage and fighting behavior. Psychoactive substances usage becomes the most dominant factor, with  $p$  values of 0.001 and OR 6. Quantitatively, the number of street children having a risky sexual behavior is a little. Nevertheless, sexual behavior should not be done by the children, so that qualitatively it becomes a serious thing to be concerned of.

**Keywords** : Risky sexual behaviour, street children, Sekolah Masjid Terminal Depok

---

## Pendahuluan

Anak jalanan merupakan suatu fenomena yang lazimnya dijumpai di kota-kota besar seperti Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, Bekasi maupun kota-kota besar lainnya di Indonesia maupun di dunia. Jumlah anak jalanan ini sangat sulit untuk dipastikan, tapi diperkirakan terdapat lebih da

10.000.000 anak di seluruh duni (UNICEF, 2006). Jumlah anak jalanan ini terus meningkat tiap tahun pada suatu negara dan wilayah tertentu. Misalnya saja Indonesia, jumlah anak jalanan di Indonesia mengalami peningkatan pesat dalam beberapa tahun belakangan. Pada tahun 1998, Kementerian Sosial menyatakan bahwa terjadi peningkatan jumlah anak jalanan sampai dengan 400%. Pada tahun 2009 diperkirakan jumlah anak jalanan di Indonesia sekitar 109.454 anak dimana 10% diantaranya adalah perempuan (Kemensos, 2009).

Dilihat dari jumlah anak jalanan yang semakin meningkat dari tahun ke tahun, baik di Jakarta maupun daerah lain, anak jalanan di kota Depok juga mengalami peningkatan. Pada tahun 2009 jumlah anak jalanan Depok sekitar 160 orang, sedangkan pada tahun 2010 sekitar 270 orang dan pada tahun 2011 tercatat sebanyak 733 orang anak jalanan. Peningkatan jumlah anak jalanan kota Depok disebabkan karena kota Depok memiliki akses masuk yang mudah untuk anak jalanan karena adanya jalur kereta api listrik (KRL) Jakarta-Bogor (Disnakersos Depok, 2012).

Peningkatan jumlah anak jalanan ini tidak diimbangi dengan pelayanan yang memadai untuk pemberdayaan anak jalanan. Hal ini dapat terlihat dari kurangnya jumlah rumah singgah yang ada di kota Depok. Hanya ada satu

rumah singgah di kota Depok, yakni rumah singgah "Master" (Masjid Terminal). Rumah singgah ini berbeda dengan rumah singgah yang ada pada umumnya. Jika biasanya rumah singgah menjadikan anak jalanan untuk "dirumahkan", maka di master tidak demikian adanya. Anak-anak jalanan di rumah singgah ini bisa memilih untuk tinggal di rumah singgah dan masih bisa bekerja atau pun datang semau hatinya saja. Namun biasanya pihak rumah singgah akan berusaha mencari anak didiknya untuk kembali jika ujian paket kesetaraan akan dilaksanakan. Rumah singgah master, saat ini telah berkembang menjadi suatu sekolah untuk anak yatim, piatu dan dhuafa.

Anak jalanan secara umum menghadapi lingkungan dan risiko yang dapat menimbulkan dampak serius terhadap kesehatan dan tumbuh kembang mereka. Secara umum mereka menghadapi risiko kecelakaan atau penyakit akibat bekerja dan berada di jalanan. Mereka juga berisiko kehilangan hak pendidikan, hak untuk bermain, mengalami perlakuan salah serta mengalami paparan terhadap berbagai perilaku sosial yang tidak baik. Perilaku tersebut diantaranya adalah merokok, penggunaan obat-obatan terlarang maupun zat psikoaktif lainnya, melakukan hubungan seksual pra nikah, kehamilan yang tidak diinginkan serta sikap antisosial. Hal tersebut merupakan ancaman terhadap pencapaian tumbuh kembang yang optimal sebagai interaksi anak dengan lingkungannya.

Salah satu risiko anak jalanan yang paling banyak dibahas adalah tingginya kemungkinan anak jalanan mendapatkan perlakuan salah, baik secara fisik, emosi maupun seksual (Friedrich, 2004). Faktor biologis dan lingkungan adalah dua faktor yang berperan dalam

perkembangan dan perilaku seksual seorang anak yang dapat membawa dampak sampai umur dewasa (Duncan, 2003). Lingkungan hidup di jalan bersifat kondusif bagi anak untuk melakukan hubungan seksual di umur yang sangat muda karena tidak ada hambatan normatif yang berarti dalam komunitas mereka untuk melakukan hubungan seksual. Kebiasaan lain seperti penggunaan obat-obatan terlarang dan zat psikoaktif lain serta merokok, yang juga banyak terdapat di kehidupan jalanan dapat berhubungan dengan fungsi kognitif, emosi dan perilaku seksual berisiko (Nurharjadm, 1999). Latar belakang keluarga yang bermasalah dan kehidupan jalanan yang keras juga merupakan faktor yang dapat menimbulkan gangguan emosi dan perilaku yang mengarahkan mereka pada perilaku seksual berisiko atau bahkan membuat mereka memilih untuk menjadi pekerja seks anak (Dharmono, 1999).

Perilaku seksual merupakan perilaku yang bertujuan untuk menarik perhatian lawan jenis dan terkait dengan aktivitas hubungan seksual. Aktivitas seksual merupakan kegiatan yang dilakukan dalam upaya memenuhi dorongan seksual. Perilaku seksual berisiko (PSR) merupakan aktivitas seksual yang berisiko mengancam kesehatan seseorang akibat terpaparnya berbagai macam penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual. Perilaku seksual berisiko adalah hubungan seksual yang dilakukan tanpa perlindungan (kondom) dan atau dilakukan dengan banyak pasangan (promiskuitas). Aktivitas seksual yang termasuk kedalam perilaku seksual berisiko antara lain berciuman, menyentuh payudara, menyentuh alat kelamin, menyentuh sekitar alat

kelamin, melakukan *oral sex*, *anal sex* atau *vaginal sex*. Perilaku seksual berisiko pada anak dan remaja telah menjadi perhatian banyak pihak karena makin tingginya penularan virus hepatitis B, hepatitis C, *Human Immunodeficiency virus* (HIV) dan berbagai macam penyakit menular seksual lainnya (Fortenberry, *et al*, 2011).

Masalah yang tidak kalah penting yang timbul akibat dari adanya PSR adalah kehamilan umur dini. Ibu dengan umur yang terlalu muda berisiko terhadap rendahnya status kesehatan baik fisik maupun psikis, gagal dalam pendidikan dan ketergantungan hidup yang besar pada pihak lain serta akibat-akibat lainnya jika melakukan aborsi yang tidak aman. Jika melahirkan anak, anak yang dilahirkan berisiko terhadap gagalnya pencapaian potensi tumbuh kembang yang optimal yang pada akhirnya akan memperburuk kemiskinan dan keterbelakangan yang sudah ada dalam masyarakat kita.

Rikawarastuti pada penelitiannya tahun 2003 tentang anak jalanan di kota Jakarta, Bandung, Surabaya dan Medan menyatakan bahwa 6,9% anak jalanan menyatakan pernah melakukan hubungan seksual dan dilakukan dengan pasangan yang tidak tetap seperti dengan pekerja seks sebesar 12,4%, ganti-ganti pasangan sesama anak jalanan sebesar 41,6% dan ada pula yang melakukan hubungan seksual dengan sesama jenis yakni sebesar 12,4% serta ada 2 anak jalanan yang mengaku bekerja sebagai pekerja seks. Untuk aspek keamanannya 83,1% mengaku tidak menggunakan kondom sebagai pengaman. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian 12,4% responden mengaku pernah mengalami kehamilan.



Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Handy (2006) tentang anak jalanan di lima rumah singgah di Jakarta menyatakan bahwa sebanyak 17,3% pernah melakukan hubungan seksual dan sebanyak 10,5% memiliki perilaku seksual berisiko. Dimana rerata umur pertama kali melakukan hubungan seksual adalah 14,4 tahun dengan pasangan seksual terbanyak adalah heteroseksual dan cara hubungan seksual terbanyak adalah alat kelamin dengan alat kelamin. Sebanyak 15 dari 36 subyek pernah melakukan hubungan seksual dengan pekerja seks komersil. Penggunaan kondom hanya didapatkan pada dua dari 22 anak jalanan dan jumlah pasangan dalam 6 bulan terakhir antara satu sampai dengan sepuluh orang.

### Metode

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang. Penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai dengan April 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak jalanan di Sekolah Masjid Terminal Depok, sedangkan sampelnya adalah anak jalanan dengan 5 umur sampai dengan 19 tahun yang belajar di Sekolah Masjid Terminal Depok.

Sampel diambil dengan cara *snowballing sampling*, yaitu anak-anak yang telah menjadi responden pada hari

pertama harus memberi tahu teman-temannya yang lain untuk menjadi responden dihari-hari berikutnya. Sebanyak 200 orang anak jalanan menjadi sampel penelitian ini. Pengukuran dan pengamatan variabel penelitian dilakukan dengan wawancara dimana pertanyaan wawancara berasal dari kuesioner telah diuji cobakan terlebih dahulu.

Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat, bivariat dengan uji Chi-square dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik. Pada penelitian ini data diproses menggunakan perangkat lunak statistika.

### Hasil

Rentang umur responden yaitu 7 sampai dengan 19 tahun, dengan jumlah responden laki-laki 118 (59%) dan perempuan 82 (41%), dimana 45,5% responden masih tinggal bersama orang tua di rumah serta pekerjaan yang paling banyak dilakukan responden adalah mengamen (62,6%). Dari 200 responden 12 diantaranya pernah melakukan hubungan seksual. Dari 12 responden yang pernah berhubungan seksual, 5 diantaranya adalah perempuan dan dari 5 responden perempuan, 3 diantaranya pernah mengalami kehamilan.

**Tabel 1. Perilaku Seksual Berisiko**

Variabel Aktivitas Seksual	f	%
<b>Perilaku seksual tidak berisiko</b>		
Ngobrol	145	92,4
Jalan/makan/nonton	118	75,2
Berpegangan tangan	107	68,2
Berpelukan	74	47,1
<b>Perilaku seksual berisiko</b>		
Berciuman	65	41,4

<i>Petting</i>	17	10,8
Hubungan seksual	12	6

Dari hasil pada tabel 1 diketahui bahwa sebanyak 33% responden memiliki perilaku seksual berisiko, yakni pernah melakukan ciuman, menggesekkan alat kelamin dengan alat kelamin dengan dan atau tanpa pelapis pakaian (*petting*) serta melakukan hubungan seksual. Aktivitas seksual yang diperlihatkan pada tabel diatas dilakukan lebih dari satu kegiatan.

Dari 10 variabel yang diteliti yaitu, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pekerjaan, status pendidikan, riwayat pacaran, pemakaian zat psikoaktif, hubungan dengan orang tua, perilaku berkelahi, dan riwayat perlakuan salah seksual, yang berhubungan bermakna dengan perilaku seksual berisiko dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat**

Variabel	Nilai p	OR	95% CI
Umur	0,029	0,366	0,149-0,903
Status pendidikan	0,234	0,556	0,212-1,461
Riwayat pacaran	0,997	-	-
Hubungan dengan orang tua	0,085	0,502	0,229-1,099
Riwayat perlakuan salah seksual	0,396	1,422	0,631-3,203
Pemakaian zat psikoaktif*	0,0001	6,044	2,526-14,466
Perilaku berkelahi	0,057	4,657	0,954-22,743

Umur, status pendidikan, riwayat pacaran, hubungan dengan orang tua, riwayat perlakuan salah seksual, pemakaian zat psikoaktif dan perilaku berkelahi mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku seksual berisiko pada anak jalanan di Sekolah Masjid Terminal Depok.

Variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku seksual berisiko adalah pemakaian zat psikoaktif. anak jalanan yang menggunakan zat psikoaktif akan memiliki kemungkinan untuk lebih berperilaku seksual berisiko 6 kali dibandingkan dengan anak jalanan yang tidak menggunakan zat psikoaktif.

### Pembahasan

Dari 200 responden yang diteliti, diketahui bahwa 12 diantaranya pernah melakukan hubungan seksual. Dari 12 responden yang pernah melakukan hubungan seksual, 5 diantaranya adalah perempuan. Dari 5 responden perempuan yang telah berhubungan seksual, 3 diantaranya pernah mengalami kehamilan.

Dari aktivitas seksual yang dilakukan tersebut telah dijelaskan oleh Fortenberry (2011) aktivitas seksual merupakan kegiatan yang dilakukan dalam upaya memenuhi dorongan seksual. Perilaku seksual berisiko (PSR)

merupakan aktivitas seksual yang berisiko mengancam kesehatan seseorang akibat terpaparnya berbagai macam penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual. Perilaku seksual berisiko adalah hubungan seksual yang dilakukan tanpa perlindungan (kondom) dan atau dilakukan dengan banyak pasangan (promiskuitas). Aktivitas seksual yang termasuk kedalam perilaku seksual berisiko antara lain berciuman, menyentuh payudara, menyentuh alat kelamin, menyentuh sekitar alat kelamin, melakukan *oral sex*, *anal sex* atau *vaginal sex*.

Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh dari penelitian-penelitian sejenis yang dilakukan pada anak jalanan seperti yang dilakukan Handy (2006), Rikawarastuti (2004), Sitawati (2004) dan Pramono, dkk. (2001). Dari data tersebut diketahui bahwa anak jalanan dapat dengan mudah melakukan hubungan seks dengan pekerja seks dan ganti-ganti pasangan sesama anak jalanan baik yang statusnya hanya teman maupun pacar. Dari lima anak jalanan perempuan dalam penelitian ini yang pernah berhubungan seks, tiga diantaranya mengaku pernah hamil di umur muda. Hal tersebut membuktikan bahwa masih rendahnya penggunaan kondom di kalangan anak jalanan.

Meskipun secara kuantitatif jumlah anak jalanan yang berperilaku seksual berisiko kecil, namun perilaku seksual belum saatnya dilakukan oleh anak-anak, sehingga secara kualitatif hal tersebut merupakan masalah yang serius. Menurut UNICEF (2006) di Indonesia ditemukan anak jalanan yang terjerat penyalahgunaan seksual atau eksploitasi seksual komersil yang menempatkan

mereka berisiko tinggi terjangkit penyakit menular seksual (PMS) serta HIV/AIDS. Penelitian terkait dan hasil penelitian ini telah membuktikan bahwa belum ada perubahan yang berarti terkait dengan perilaku seksual berisiko pada anak jalanan dalam 10 tahun terakhir.

Umur pada penelitian ini dibedakan menjadi dua kategori yaitu umur kurang dari atau sama dengan 14 tahun (anak dan remaja awal) dan umur lebih dari 14 tahun (remaja menengah dan akhir). Dari 91 orang responden yang tergolong anak dan remaja awal ( $\leq 14$  tahun) ada sebanyak 18,7% (17) yang memiliki perilaku seksual berisiko, sedangkan pada responden yang tergolong remaja menengah dan akhir ( $> 14$  tahun) yang berjumlah 109 orang, ada 49 orang (45%) memiliki perilaku seksual berisiko.

Terlihat bahwa semakin dewasa umur seorang anak, semakin banyak peluang untuk berperilaku seksual berisiko. Terlebih lagi pada umur 14 tahun, rata-rata anak sudah mengalami pematangan organ seksual primer (ditandai menarche pada anak perempuan dan mimpi basa pada anak laki-laki). Pada umur tersebut, dorongan untuk melakukan hubungan seksual pun meningkat. Jika anak kurang mendapatkan dukungan dari orang tua maupun orang dewasa lainnya untuk melewati masa transisi tersebut, maka dengan mudah mereka terjerumus pada perilaku seksual berisiko.

Penelitian-penelitian sebelumnya tidak secara konsisten menyatakan satu jenis kelamin sebagai suatu faktor risiko terhadap perilaku seksual (Handy, 2006). Pada penelitian ini diketahui bahwa jumlah anak laki-laki lebih banyak dari pada jumlah anak

perempuan. Selain itu juga anak perempuan yang mengaku pernah berhubungan seksual hanya 5 orang saja, dimana 3 diantaranya pernah hamil. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya bias normatif yang ada di masyarakat sehingga anak perempuan cenderung memberikan jawaban yang lebih dapat diterima oleh lingkungan sosial (Pramono,dkk., 2001). Sehingga pada penelitian ini juga tidak dapat memberikan kesimpulan jenis kelamin tertentu berhubungan bermakna dengan perilaku seksual berisiko sama seperti dengan penelitian-penelitian sebelumnya.

Pada penelitian Pramono, dkk. (2001) mendapatkan hasil yaitu mereka yang sudah tinggal dengan orang tuanya 2,7 kali lebih rentan untuk memiliki perilaku seksual berisiko. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa tempat tinggal tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap perilaku seksual berisiko anak jalanan. Hal ini mungkin disebabkan karena jumlah responden yang tidak lagi tinggal dengan keluarganya terlalu sedikit jika dibandingkan dengan yang masih tinggal bersama dengan keluarga.

Hasil yang di dapat dalam penelitian ini untuk pekerjaan anak diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perilaku seksual berisiko pada anak jalanan, hal ini disebabkan oleh jenis pekerjaan yang dilakukan, anak yang berumur lebih dari 14 tahun dan memiliki penghasilan yang lebih dari cukup akan berkecenderungan menghambur-hamburkan uangnya terlebih untuk melakukan hubungan seksual. Hal ini dibuktikan dengan adanya 2 responden yang mengaku pernah menyewa pekerja seks komersil untuk melakukan hubungan seksual.

Pendidikan dalam penelitian ini tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku seksual berisiko. Anak jalanan yang memiliki hubungan seksual memiliki rerata pendidikan yang lebih lama. Hal ini mungkin sekali terkait dengan masalah umur. Mereka yang memiliki riwayat hubungan seksual berumur lebih tua sehingga memiliki rerata pendidikan yang lebih lama. Sama dengan penelitian yang dilakukan Pramono, dkk. (2001), Sitawati (2004) dan Handy (2006) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan formal dengan perilaku seksual berisiko pada anak jalanan. Mungkin saja putus sekolah berhubungan dengan kerentanan seorang anak jalanan untuk memiliki perilaku seksual. Namun, hal ini perlu dibuktikan lebih lanjut dengan penelitian selanjutnya.

Pramono, dkk. (2001) mendapatkan zat psikoaktif yang sering digunakan anak jalanan di Jakarta antara lain alkohol, ganja dan lem Aica Aibon®. Pada penelitian ini zat psikoaktif yang paling banyak digunakan adalah alkohol, pil koplo dan ngelem. Hal ini menunjukkan bahwa zat psikoaktif yang paling banyak digunakan dalam kurun waktu 13 tahun masih sama. Kehidupan anak jalanan yang sebagian waktunya dihabiskan di jalan menyebabkan mereka terjerumus ke dalam perilaku kesehatan yang berisiko. Salah satu alasan mereka mengonsumsi rokok dan zat psikoaktif adalah sebagai strategi ekonomi, jika ia mabuk maka timbul rasa tidak peduli pada hukum bahkan ada yang menganggap mabuk dapat menghilangkan rasa malu, sehingga obat dianggap sebagai salah satu jalan untuk mengatasi ketegangan dalam dirinya.

Dalam penelitian ini, anak yang mengalami perlakuan salah seksual lebih rentan untuk memiliki riwayat hubungan seksual, akan tetapi secara statistik hal ini tidak bermakna. Bila perlakuan salah seksual dianalisis secara terpisah, maka percobaan hubungan seksual atau pemerkosaan merupakan faktor risiko yang paling berperan untuk terjadinya perilaku seksual berisiko pada anak jalanan. Berdasarkan hal ini diketahui bahwa riwayat perlakuan salah seksual dapat menjadi suatu hal pencetus trauma yang akhirnya membentuk perilaku seorang anak menjadi berisiko secara seksual.

Pacaran merupakan dari aktualisasi masa pubertas. Dalam penelitian ini sebagian besar anak jalanan mengaku pernah berpacaran, dengan variasi jenis pacaran yang beraneka ragam. Pacaran merupakan suatu faktor pencetus seorang anak untuk melakukan hubungan seksual. hal ini diketahui dari hasil penelitian bahwa dari 12 anak yang mengaku pernah melakukan hubungan seksual, 10 diantara mengaku melakukannya pertama kali dengan pacar mereka. Walaupun secara statistik antara perilaku pacaran dengan hubungan seksual tidak bermakna akan tetapi anak yang memiliki pacar akan lebih mudah dan berkecenderungan untuk melakukan hubungan seksual.

Sebagian besar anak jalanan dalam penelitian ini masih tinggal dengan keluarga mereka, maka dengan begitu mereka masih bertemu dengan orang tua mereka hampir setiap hari. Tempat tinggal tidak memiliki hubungan bermakna dengan perilaku seksual berisiko anak jalanan, maka hubungan dengan orang tua juga tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan

perilaku seksual berisiko. Hal ini disebabkan karena, biarpun anak pulang ke rumah dan bertemu dengan orang tua, namun hubungan yang tercipta antara keduanya kurang berkualitas. Tidak ada ikatan emosional antara orang tua dengan anak.

Perilaku antisosial memiliki definisi longgar, bahkan cenderung masih dalam ranah perdebatan para ahli psikologi. Namun, sebagian besar setuju dengan ciri-ciri perilaku antisosial yang dikenal umum, seperti berkelahi dan membuat keributan di tempat umum, mengebut di jalan raya, dan perilaku yang dianggap menyimpang lainnya. Secara sederhana, perilaku antisosial bisa digambarkan sebagai perilaku yang tidak diinginkan sebagai akibat dari gangguan kepribadian dan merupakan lawan dari perilaku prososial (Depsos, 2010).

## Kesimpulan

1. Diketahui bahwa 33% responden berperilaku seksual berisiko atau mengaku pernah berciuman, melakukan *petting* dan bahkan hubungan seksual, sedangkan 67% responden mengaku tidak pernah melakukannya.
2. Responden dalam penelitian ini 59% adalah laki-laki dan 41% adalah perempuan dengan umur responden paling kecil 7 tahun dan paling besar 19 tahun. Sebesar 45,5% responden masih tinggal di rumah bersama orang tua dengan pekerjaan yang paling banyak dilakukan adalah mengamen. Tingkat pendidikan responden tidak tamat SMP sebesar 73,5%.
3. Sebesar 39,5% responden mengaku pernah menggunakan zat psikoaktif dalam 6 bulan terakhir dimana jenis

yang paling sering di konsumsi adalah alkohol, pil koplo dan lem aica aibon.

4. Sebesar 67,5% responden mengaku pernah mengalami perlakuan salah seksual dan perlakuan salah seksual paling banyak dilakukan oleh orang dewasa dari pada teman jalanan.
5. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual berisiko adalah umur, pendidikan, perilaku pacaran, pemakaian zat psikoaktif, hubungan dengan orang tua, perilaku berkelahi, dan riwayat perlakuan salah seksual.
6. Faktor dominan yang berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada anak jalanan adalah penggunaan zat psikoaktif dan umur.

### Ucapan Terima Kasih

Saya mengucapkan terima kasih kepada dr. Agustin Kusumayati, M.Sc, Ph.D, selaku dosen pembimbing, dr. Mieke Savitri, M.Kes, DR. Dra. Evi Martha, M.Kes, Drs. Ade Pamudji, MM, Dra. Rachmalina Soerahan, MSc.PH, selaku penguji. Terima kasih saya ucapkan kepada kak Wanto selaku pendamping anak jalanan di Sekolah Masjid Terminal serta untuk Kedua orang tua saya yang telah memberi dukungan moril maupun materil

### DAFTAR PUSTAKA

1. Dharmono S., Darmabrata W. (1999). *Hubungan faktor-faktor psikososial dengan berkembangnya perilaku antisosial pada kelompok anak jalanan di Jakarta*. Indon Psychiat Quart ; 32:45-53
2. Fortenberry et. al. (2011). *Human Sexuality from Cell to Society*. Belmont, CA: Wadsworth
3. Handy, Fransisca. (2006). *Profil Perilaku Seksual Berisiko Pada Anak Jalanan Umur 12-18 tahun Di Lima Rumah Singgah Di Jakarta dan Faktor-faktor yang Berhubungan*. [Tesis]. Jakarta. FKUI
4. Kemensos RI. (2009). Diunduh dari [www.kemensos.org](http://www.kemensos.org) diakses tanggal 23 mei 2012
5. Pramono,dkk., H., Ajikusumo, Prasadja H., Sitohan S. (2001). *Baseline Survey Untuk Program Dukungan dan Pemberdayaan Anak Jalanan Di Perkotaan Jakarta*. Jakarta. Save The Children Federation Inc.
5. Rikawarastuti. (2003). *Perilaku Seksual Pada Anak Jalanan di Jakarta, Bandung, Surabaya dan Medan (Analisis Survei Untuk Program Dukungan dan Pemberdayaan Anak Jalanan di Perkotaan)*. Jakarta. FKMUI.
6. Sitawati L. (2004). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seks Pada Anak Jalanan Umur Remaja Di Sepanjang Jalur Kereta Api Jakarta-Bogor [Skripsi]*. Depok. FKMUI.
7. UNICEF. (2006). Street Children. *The State of the world's children: exclude and invisible*. Diunduh dari [www.unicef.org/sowc06/profiles/street.php](http://www.unicef.org/sowc06/profiles/street.php). diakses tanggal 23 mei 2012
8. UNICEF. (2006). *Street Children in Zambia*. Diunduh di [www.unicef.org](http://www.unicef.org). diakses pada tanggal 23 Mei 2012.
9. WHO. (1993). PPDGJ di Indonesia III. Jakarta: Departemen Kesehatan RI: h.83. [www.disnakersos.depok.go.id](http://www.disnakersos.depok.go.id) (diakses tanggal 8 Februari 2013)

## FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RENDAHNYA CAKUPAN K4 DI PUSKESMAS C KABUPATEN BOGOR TAHUN 2014

<sup>1</sup>Widi Sagita, <sup>2</sup> Suswati

<sup>1</sup> Stikes Bhakti Pertiwi Indonesia Jalan Jagakarsa Raya No 37 Tlp (021)78884853  
[widi.sagita08@yahoo.co.id](mailto:widi.sagita08@yahoo.co.id)

### ABSTRAK

Kematian Ibu (AKI) masih menjadi masalah utama dalam bidang kesehatan terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Upaya yang dilakukan untuk menekan AKI seperti program *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang merupakan komponen dari prakarsa *Safe Motherhood*. Salah satu pilarnya adalah pelayanan *Antenatal Care* (ANC), ANC yaitu pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dengan minimal pemeriksaan 4 kali. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan umur, pendidikan, pekerjaan, jarak rumah ke pelayanan kesehatan terhadap upaya pemeriksaan kehamilan (K4) sesuai standar. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan cara pendekatan secara *cross sectional* (potong silang), yaitu pengukuran terhadap variabel independen dan variabel dependen dilakukan dalam waktu yang bersamaan dan dilakukan secara simultan pada satu saat atau sesekali waktu. Populasi dan sampel penelitian ini adalah ibu hamil trimester 3 sebanyak 86 orang. Penarikan sampel dilakukan dengan cara "*Simple Random Sampling*". Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemeriksaan kehamilan K4 sedangkan variabel independennya adalah umur, pendidikan, pekerjaan, jarak (waktu tempuh). Kesimpulan hasil penelitian adalah analisa univariat menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan K4 (76,0%), distribusi frekuensi umur sebagian besar umur tidak berisiko (73,2%), sebagian besar berpendidikan rendah (82,6%), sebagian besar tidak bekerja (79,0%) dan sebagian besar jarak (waktu tempuh)  $\leq 30$  menit (67,4%) sedangkan hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa variabel umur ( $p=0.05$ ), pendidikan ( $p=0,001$ ), pekerjaan ( $p=0.001$ ), Jarak ( $p=0.931$ ) dari 4 variabel yang diteliti yang berhubungan adalah pendidikan, pekerjaan. Sedangkan umur, jarak tidak berhubungan terhadap pemeriksaan kehamilan (K4) saran untuk Puskesmas C agar meningkatkan penyuluhan dan informasi mengenai pemanfaatan ANC.

Kata Kunci : Cakupan K4 Daftar bacaan : 29 bacaan (2008- 2014)

### ABSTRACT

Maternal Mortality (MMR) is still a major problem in the health sector, especially in developing countries including Indonesia. One of the pillars is the Antenatal Care (ANC) service, ANC, namely pregnancy checks by health workers in health facilities with a minimum of 4 examinations. The purpose of this study was to determine the relationship of age, education, employment, distance of home to health services for antenatal care (K4) according to the standard. This study uses a descriptive analytical method by means of a cross sectional approach, namely the measurement of independent variables and dependent variables carried out at the same time and carried out simultaneously at one time or occasionally. The population and sample of this study were 86 trimester 3 trimester pregnant women. Sampling is done by "Simple Random Sampling". The dependent variable in this study was pregnancy examination K4 while the independent variables were age, education, occupation, distance (travel time), the conclusion of the study was that univariate analysis showed that pregnant women who did not have a pregnancy examination K4 (76.0%), frequency distribution most of the age groups are not at risk (73.2%), most are low educated (82.6%), most do not work (79.0%) and most distance (travel time)  $\leq 30$  minutes (67.4%) while the results of bivariate analysis show that the age variable ( $p = 0.05$ ), education ( $p = 0.001$ ), employment ( $p = 0.001$ ), distance ( $p = 0.931$ ) of the 4 variables that are examined that are related are education, employment. , distance not related to prenatal care (K4) advice for Puskesmas C to increase counseling and information regarding utilization of ANC. Keywords: K4 Coverage Reading list: 29 readings (2008-2014)

## Pendahuluan

Pada Sistem Kesehatan Nasional tahun 2004 terdapat tujuan pembangunan yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Selain itu para pimpinan Departemen Kesehatan telah melakukan diskusi mendalam untuk merumuskan visi dan misi baru pembangunan kesehatan (Depkes RI, 2011).

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan penurunannya yang lambat merupakan masalah prioritas yang belum teratasi. Penanganan masalah ini tidaklah mudah, karena faktor yang melatarbelakangi kematian ibu dan bayi baru lahir sangat kompleks. Penyebab kematian ibu yang terbanyak (90%) disebabkan oleh komplikasi obstetri diantaranya perdarahan 40-50%, pre-eklamsi 15-20%, infeksi 10-15%. Komplikasi obstetri ini tidak selalu dapat diramalkan sebelumnya dan mungkin saja terjadi pada ibu hamil yang telah diidentifikasi normal. (Manuaba, 2010).

Tingginya AKI di dunia merupakan masalah yang perlu ditangani dengan serius. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 500.000 perempuan meninggal saat hamil dan bersalin. Tahun 2007 Laporan Badan Pusat Statistik menyebutkan AKI di Indonesia 228/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih tergolong tinggi apabila dibandingkan dengan Angka Kematian Ibu di negara tetangga, seperti Thailand, Malaysia, dan Singapura, maka Indonesia memang masih cukup jauh tertinggal, karena Singapura sudah 6/100.000 dan angka tersebut dikatakan sebagai suatu keadaan yang sangat ideal. Pada tahun 2009, diharapkan pemerintah mampu menurunkan AKI menjadi 226/100.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Bayi Baru Lahir (AKBBL) 15/1000 kelahiran hidup pada tahun 2009.

Angka Kematian Ibu di Jawa Barat pada tahun 2014 tercatat sebesar 321 per 100.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Barat pada tahun 2006 sebesar 40,26 per 1000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2010). Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bogor pada tahun 2014 terdapat 42 kasus yang disebabkan karena komplikasi kehamilan (31%), karena proses persalinan (38%) dan komplikasi pada saat nifas (31%). Sedangkan Angka Kematian Bayi sebanyak 399 kasus. Penyebabnya antara lain karena asfiksia 27%, Berat Badan Lahir Rendah BBLR 32%, dan

karena kelainan congenital/cacat bawaan 38% (Profil Kesehatan Kabupaten Bogor, 2014). Angka Kematian Ibu di Puskesmas UPF C tahun 2014 terdapat 1 kasus yang disebabkan karena perdarahan, sedangkan Angka Kematian Bayi sebanyak 4 kasus (Profil Puskesmas C, 2014).

Berbagai upaya telah dilaksanakan untuk menurunkan AKI, termasuk diantaranya Program *Safe Motherhood* yang telah dilaksanakan di Indonesia berhasil menurunkan AKI dari 334 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 1997 menjadi 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006. Walaupun menunjukkan penurunan yang bermakna, namun target nasional untuk menurunkan AKI menjadi 125 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 masih jauh untuk dicapai. Target tersebut bukan merupakan tanpa perhitungan, tetapi merupakan komitmen global yang tertuang dalam *Millennium Development Goals*/MDGs (DepkesRI, 2007).

Penyusunan Rencana Strategis (Renstra) jangka panjang upaya penurunan AKI sebesar tiga perempatnya antara tahun 1995 sampai 2015 dan kematian bayi baru lahir, kegiatannya difokuskan atas dasar sistem kesehatan yang mantap untuk menjamin pelaksanaan intervensi dengan biaya yang efisien berdasarkan bukti ilmiah yang dikenal dengan sebutan "*Making Pregnancy Safer* (MPS)" melalui tiga pesan kunci. Tiga pesan kunci MPS itu adalah setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat dan setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (Depkes RI, 2011).

Mulyana dalam Surachman (2007), ibu yang melakukan ANC, yaitu pemeriksaan kehamilan sebanyak minimal 4 kali selama kehamilannya berpeluang untuk melakukan persalinan oleh tenaga kesehatan, mengingat banyak hal yang dibicarakan ketika pemeriksaan dilakukan pada trimester 3, seperti kondisi kehamilan, risiko komplikasi dan rencana untuk melakukan persalinan.

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil (ANC) menurut laporan dalam Profil Kemenkes (2010), menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan yaitu cakupan K4 mengalami peningkatan dari 88,25% di tahun 2009



menjadi 90,40% pada tahun 2010 (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan data Dinkes Jawa Barat, cakupan K4 sebesar 76,37% tahun 2006 meningkat menjadi 79,74% (Dinkes Jabar, 2007). Di Kabupaten Bogor pada tahun 2014 cakupan K4 sebesar 85,97% (Dinkes Kab Bogor, 2014). Sementara itu, di Puskesmas UPF C pada tahun 2012 cakupan K4 sebesar 69%, tahun 2013 sebesar 60,4% tahun 2014 cakupan K4 76,7%, hasil ini lebih rendah dibandingkan dengan Puskesmas Babakan madang.

Rendahnya kunjungan pemeriksaan kehamilan atau status ANC dalam bentuk K4 di Puskesmas C, menjadi salah satu penyebab AKI dan AKB yang masih tinggi. Pada hakekatnya penyebab kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan pemeliharaan dan pengawasan antenatal sedini mungkin dan secara teratur oleh tenaga kesehatan, pertolongan persalinan dan pelayanan nifas sesuai standar. Angka kematian ibu dan bayi merupakan salah satu indikator penting dan yang menjadi acuan dalam menilai derajat kesehatan suatu bangsa.

### Metode

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan cara pendekatan secara *cross sectional* (potong silang), yaitu pengukuran terhadap variabel independent dan variabel dependent dilakukan dalam waktu yang bersamaan dan dilakukan secara simultan pada satu saat atau sesekali waktu. Instrumen pengumpulan data berupa data dari kohort ibu dan buku KIA. Semua aspek diambil secara bersamaan pada satu waktu sehingga tidak dapat menunjukkan hubungan sebab akibat secara pasti dan hanya menunjukkan keterkaitannya saja. Dalam penelitian ini yang ingin diketahui adalah mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan rendahnya cakupan k4 di puskesmas C kabupaten bogor .

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang datang ke puskesmas C untuk memeriksakan kehamilannya sebanyak 650. Besar sampel yang menjadi objek penelitian dihitung dengan menggunakan rumus slovin sehingga didapatkan sampel sebanyak 86 responden.

### Hasil

**Tabel 1**

Distribusi frekuensi Berdasarkan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan K4 di Puskesmas C,

Variabel	F	%
<b>Pemeriksaan kehamilan K4</b>		
Tidak Lengkap	65	76,0
Lengkap	21	24,0
Total	86	100

Berdasarkan tabel 1 responden yang melakukan pemeriksaan kehamilan k4 tidak lengkap sebanyak 65 orang (76%) dan yang lengkap (24%).

**Tabel 2**

Distribusi frekuensi Berdasarkan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan K4 di Puskesmas C berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan. Jarak (tempuh waktu).

Variabel	F	%
<b>Umur</b>		
Tidak berisiko	63	73,3
Berisiko	23	26,7
<b>Pendidikan</b>		
Pendidikan rendah	71	82,6
Pendidikan tinggi	15	17,4
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	68	79,0
Bekerja	18	20,9

Jarak (Tempuh Waktu)		
<30 menit	58	67,4
≥ 30 menit	28	32,5

Distribusi Frekuensi pemeriksaan kehamilan k4 di puskesmas C berdasarkan umur, umur yang tidak beresiko yang memeriksakan kehamilan k4 sebanyak 63 (73,3%), umur yang beresiko yang berpendidikan tinggi sebanyak 15 (17,4). Berdasarkan pekerjaan ibu yang memeriksakan kehamilan k4, ibu yang tidak bekerja sebanyak 68 (79%) dan ibu yang bekerj sebanyak 18 (20%). Berdasarkan jarak (waktu tempuh) yang memeriksakan kehamilan k4 dengan waktu

sebanyak 23 (26,7%). Berdasarkan pendidikan ibu yang memeriksakan kehamilan k4 pada ibu berpendidikan rendah sebanyak 71 (82,6) dan

tempuh <30 menit sebanyak 58 (67,4) dan ≥ 30 menit sebanyak 28 (32,5%).

**Tabel 3**  
**Faktor – faktor yang berhubungan dengan pemeriksaan kehamilan K4 berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, jarak (waktu tempuh)**

No	Variabel	P value	OR (95% CI)
1	Umur	0,055	2.732 (0.959 – 7.786)
2	Pendidikan	0,000	128.000 (14.562-1125.133)
3	Pekerjaan	0,001	6.477 (2.089 - 20.087)
4	Jarak (Waktu Tempuh)	0,931	1,048 (0,368 - 2.981)

Hasil penelitian diketahui proporsi ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan K4 lengkap hanya mencapai 24% dan yang tidak lengkap 76%. Hasil penelitian ini terlihat bahwa ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya secara lengkap jauh lebih sedikit bila dibandingkan dengan hasil penelitian yang oleh Apong (2009) di Puskesmas Maripari menyebutkan, ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilannya (ANC) secara rutin terutama di Posyandu mencapai 41,9%.

Masih rendahnya K4 tersebut, bila dibandingkan dengan target Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bogor pada tahun yang samayaitu K4 sebesar 90%. Kondisi tersebut membuktikan bahwa masih banyak terdapat ibu hamil yang belum memanfaatkan fasilitas dan tenaga kesehatan dalam upaya memeriksakan kehamilannya. Dengan demikian, masih terdapat ibu yang belum mengetahui tentang kesehatan dirinya serta kesehatan anak yang dikandungnya. Padahal pentingnya pemeriksaan kehamilan seperti

#### Umur

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi status ANC lengkap (sesuai standar) pada ibu

dijelaskan Syaefuddin (2011), untuk memantau kemajuan kehamilan dengan demikian kesehatan ibu dan janin dapat dipastikan keadaannya, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental ibu, mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, mempersiapkan ibu agar dapat melahirkan dengan selamat, mempersiapkan agar masa nifas berjalan normal, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima bayi.

berumur tidak berisiko sebesar 7,56% lebih banyak bila dibandingkan dengan ibu yang berumur berisiko sebesar 2,07%. Akan tetapi, perbedaan proporsi tersebut secara analisis uji

statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan status ANC.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Prasmusinto (2005), umur ibu hanya sedikit atau tidak sama sekali berpengaruh terhadap perilaku ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan. Hal ini berarti semakin tua umur ibu belum tentu tidak bisa melakukan ANC dengan baik, dan sebaliknya ibu yang berumur lebih muda juga belum tentu mampu melakukan ANC yang ideal di fasilitas kesehatan. Semua ini tergantung dari faktor pendukung dan sosial ekonomi pada ibu tersebut.

Menurut Ningsih (2008), umur berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku sehat. Menurut Surahman (2008) ibu dengan umur muda, cenderung kurang memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam pemeriksaan kehamilannya, sehingga perilaku dalam pemeriksaan kehamilan didasarkan pada pengalaman orang tua terdahulu, selain itu usia muda juga cenderung menjadikan ibu untuk mendahulukan kepentingan ibu sendiri daripada kepentingan untuk memeriksakan kehamilannya.

**Pendidikan,** Pada penelitian ini didapatkan bahwa ibu hamil yang berpendidikan rendah 71 (82,6%) dan yang berpendidikan tinggi sebanyak 15 (17,4%). Pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang sangat penting untuk mengembangkan diri, dengan pendidikan yang tinggi seseorang dapat memiliki pengetahuan yang sangat tinggi pula. Dalam pemilihan tenaga penolong persalinan, faktor pendidikan diklasifikasikan sebagai faktor predisposisi individu untuk memilih atau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, dikarenakan adanya perbedaan dalam pengetahuan tentang kesehatan nilai dan sikap individu tersebut (Kroeger, 2011).

Hasil studi ini diketahui bahwa pendidikan ibu merupakan variable yang tidak berhubungan dengan pemeriksaan kehamilan K4. Hal ini dapat dijelaskan, mungkin peranan pendidikan terhadap pemeriksaan kehamilan K4 sangat besar dalam hal kesehatan reproduksi, ibu berpendidikan tinggi cenderung akan mempunyai suatu pemikiran yang lebih baik untuk peningkatan kesehatan sedangkan ibu yang berpendidikan rendah mempunyai pengetahuan yang kurang tentang kesehatannya dan lebih bersifat pasrah, menyerah pada keadaan tanpa ada dorongan untuk memperbaiki nasibnya. Selain itu, ibu yang

berpendidikan tinggi akan senantiasa menentukan keputusannya lebih rasional dalam hal ini perilaku pemeriksaan kehamilannya. Hasil yang sama dijelaskan oleh Suprpto (2002) bahwa tidak ada perbedaan antara tingkat pendidikan ibu dalam pemeriksaan kehamilan.

**Pekerjaan,** Dari hasil penelitian Ibu yang hamil berstatus tidak bekerja terdapat 7,48% yang kunjungan K4 nya sesuai standar. Sedangkan ibu yang hamil dengan status bekerja kunjungan K4 nya lebih sedikit yaitu 1,8%. Hasil uji statistic diperoleh  $p\text{-value} = 0.001$ , artinya terdapat perbedaan antara status ibu yang tidak bekerja dengan bekerja dalam kunjungan K4 atau terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan kunjungan K4.

Dengan demikian dapat dijelaskan bahwa ibu yang berstatus bekerja karena dengan kesibukan pekerjaannya tidak memeriksakan kehamilan sesuai standar sehingga bisa mempengaruhi kualitas ANC.

Hasil sesuai dengan penjelasan bangsu (2001), bahwa status pekerjaan ibu akan sedikit banyak berpengaruh terhadap pemanfaatan fasilitas dan sarana kesehatan. Hal tersebut dijelaskan, oleh karena ibu berstatus bekerja akan banyak disibukan dengan aktifitas kesehariannya untuk bekerja, sementara waktu untuk memeriksakan kesehatannya cukup terbatas. Dengan demikian kondisi fisik terutama kehamilan dan kesehatan janinnya seringkali kurang terdeteksi apabila ada kelainan atau komplikasi kehamilan. Hasil yang sama dijelaskan pula oleh Apong (2009), tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara ibu yang berstatus tidak bekerja dengan bekerja dalam melakukan pemeriksaan kehamilannya.

**Jarak (Waktu Tempuh),** Dari hasil penelitian ini didapatkan  $P\text{ Value } 0,931$  artinya tidak ada hubungan antara jarak (waktu tempuh) dengan pemeriksaan kehamilan K4 di puskesmas C.

Jarak merupakan hal yang penting untuk menjangkau tempat pelayanan kesehatan. Menurut Green (2005), ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan merupakan salah satu faktor yang memberikan kontribusi terhadap perilaku sehat.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara waktu tempuh dengan pemeriksaan kehamilan K4. Kondisi membuktikan bahwa jarak dan waktu tempuh bukan menjadi predictor terhadap aksesibilitas pada pelayanan kesehatan, artinya

baik ibu yang memiliki persepsi waktu tempuh lama maupun dekat atau relative cepat menjangkau tempat pelayanan memiliki peluang yang sama untuk berstatus pemeriksaan kehamilannya tidak lengkap (tidak sesuai standar).

Hasil berbeda dengan penelitian Sumiarsih (2007) menemukan bahwa ibu yang memiliki jarak ke pelayanan kesehatan memiliki hubungan yang bermakna dengan kelengkapan pemanfaatan layanan antenatal. Perbedaan dalam kemampuan tersebut akan mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan meskipun pelayanan kesehatan telah tersedia dan merata secara geografis. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sumartijah (2010) mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak tempat tinggal dengan kunjungan K4.

Dengan demikian, maka dapat dijelaskan bahwa di Puskesmas C meskipun jaraknya jauh dari sarana dan fasilitas kesehatan akan tetapi apabila dilihat dari segi transportasi sudah memadai untuk menjangkau tempat pelayanan kesehatan, dimana keberadaan rodadua (ojek) sudah tersebar di seluruh desa.

### Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan melalui data sekunder dan telaah dokumen kohort ibu hamil dengan 86 data ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas C di dapatkan hasil bahwa ibu hamil yang memeriksakan kehamilan K4nya lengkap sebanyak 21(26,7%) orang dan yang tidak lengkap sebanyak 65 (73,3%) orang. Adapaun dari hasil analisis bivariat atau yang berhubungan dari 4 variabel yang berhubungan ada 2 variabel yaitu pendidikan dan pekerjaan, sedangkan yang tidak berhubungan adalah umur dan jarak (waktu tempuh).

### Saran

Disarankan pada masyarakat agar ikut aktif hadir atau berperan serta apabila ada kegiatan penyuluhan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan dari Puskesmas khususnya penyuluhan tentang pemeriksaan kehamilan. Untuk umur ibu hamil yang berisiko maupun umur ibu hamil tidak berisiko harus tetap rutin memeriksakan kehamilan. Ibu hamil yang tidak bekerja karena banyak waktu luang diharapkan lebih peduli untuk memeriksakan kehamilan. Bagi tenaga kesehatan lebih memotivasi lagi kepada ibu hamil dan keluarganya agar dapat

berperan aktif dan peduli kepada ibu hamil khususnya dalam hal pemeriksaan kehamilan.

### Daftar Pustaka

1. Afriliyanti, 2008. *Tesis: Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam melakukan Antenatal di 4 Puskesmas (simpur, korpri, pasar ambon, kedaton) kota bandar lampung propinsi lampung*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Andra, 2007. *Safe Motherhood, Racikan Khusus*, Majalah Farmacia edisi Juli, Vol 6 No 12, Jakarta.
3. Apong, 2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status ANC di Puskesmas Maripari Kabupaten Garut*, 2009.
4. Butsinawati, I, 2009. *Analisis Faktor Pemanfaatan Pelayanan ANC*, Karsa Husada, Garut, 2009
5. Depkes RI, 2011. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta
6. Depkes RI, 2011. *Standar Pelayanan Kebidanan*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1999.
7. \_\_\_\_\_, 2004. *Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan*, Jakarta : Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan
8. \_\_\_\_\_, 2007, *Buku Acuan Persalinan Normal*, Jakarta, JNPK-KR/POGI
9. \_\_\_\_\_, 2008, *Pedoman Oprasional Pelayanan Terpadu Kesehatan Reproduksi di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
10. \_\_\_\_\_, 2010. *Buku Saku Metode Penelitian Untuk Mahasiswa Diploma Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
11. \_\_\_\_\_, 2011. *Dibalik Angka Pengkajian Kematian Maternal Dan Komplikasi, Untuk Mendapatkan Kehamilan Yang Lebih Aman*. Jakarta, Kemenkes
12. Dinkes Bogor, 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2010*, Bogor. 2014

13. \_\_\_\_\_, 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2013*, Bogor. 2013
14. Puskesmas Cijayanti (2014). *Profil Kesehatan Puskesmas Cijayanti, 2014*.
15. Green, Lawrence. W and Kreuter, Marshall, W, 2005. *Health Program planning An Education And Ecological Approach*.
16. Hastono, 2010. *Statistik Kesehatan, Rajagrafindo Persada. Jakarta. 2006*
17. Kemenkes RI, 2011. *Laporan Kinerja Kemeterian Kesehatan RI*, Jakarta. 2010.
18. Khalimah, Umi 2007. *Hubungan Antara Karakteristik dan Sikap Ibu dengan Pemeriksaan Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Sindur, Bogor*. Skripsi UIN.
19. Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta, 1999
20. Maulana, 2007. *Cara Cerdas Menghadapi Kehamilan*, Kata Hati, Yogyakarta, 2007
21. Mulyono, Trisno. 2004. *Skripsi: Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Kecamatan Palmerah Jakarta Barat Tahun 2004*. Depok: Fakultask Kesehatan Masyarakt Universitas Indonesia
22. Ningsih, Rina. 2008. *Analisis Perilaku Pemanfaatan Kesehatan Serta Hubungannya Dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Di Desa Babakan Kabupaten Bogor*. Skripsi. UIN.
23. Notoatmodjo, Soekidjo, 2008, *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
24. \_\_\_\_\_, 2008, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta
25. \_\_\_\_\_, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan* Rineka Cipta, Jakarta
26. Prapto. A, 2002. *Analisis Terhadap Pemilihan Tenaga Penolong Persalinan*, [http://digilib.unikom.ac.id/go.php?id=jkpkb\\_ppk-gdl-res-2002-agus-876-penolong](http://digilib.unikom.ac.id/go.php?id=jkpkb_ppk-gdl-res-2002-agus-876-penolong)
27. Puspita, Rahma. 2004. *Skripsi: Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pemeriksaan Kehamilan K4 Di Puskesmas Kecamatan Pakuhaji Tahun 2003*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
28. Saefudin, A, 2008. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka, Jakarta, 2002
29. Sumiarsih, Mimi. 2007. *Skripsi: Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pemanfaatan Layanan Antenatal (K4 Murni) Di Kabupaten Tangerang Tahun 2006 (Aanalisis Data Sekunder Survei Kinerja Berdasarkan Indikator Kabupaten Tangerang Sehat 2010*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Masyarakat
30. Surachman, A, 2008. *Determinan Unmet Need Persalinan di Kabupaten Garut Tahun 2007*, FKM-UI, Jakarta, 2008
31. Trisna putri, Yanita. 2011. *Skrepsi: Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan K4 di Puskesmas IV Koto Mudik Kabupaten Pesisir Selatan*. kultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

---

# FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TUMBUH KEMBANG BALITA ( 1- 24 BULAN) DI POSYANDU KELURAHAN BOJONG GEDE

<sup>1</sup>Niky Wahyuning Gusti, <sup>2</sup>Hagana Ambina Kasih

<sup>1,2</sup> Program Studi Diploma III Kebidanan Stikes Bhakti Pertiwi Indonesia Jalan Jagakarsa Raya No 37, Jagakarsa, Jakarta Selatan  
[email: nikyakaan@yahoo.com](mailto:nikyakaan@yahoo.com)

## ABSTRAK

Permasalahan pertumbuhan dan perkembangan balita adalah salah satunya tentang status gizi. Berdasarkan data penelitian tentang pertumbuhan dan perkembangan balita menunjukkan 25,7% balita di dunia mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan. Sedangkan di Indonesia sendiri sekitar 75% balita yang mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan, status gizi dan peran nakes terhadap tumbuh kembang anak. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dan populasi dalam penelitian ini adalah balita di Posyandu Mawar Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017 dengan jumlah sampel 63 balita. Hasil menunjukkan 57,1% pertumbuhan dan perkembangan balita baik. Hasil uji statistik *chi square* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ . Hasil analisis bivariat didapatkan Pengetahuan (OR= 3,782; P Value= 0,024), Status Gizi (OR = 3,400; P Value = 0,038), Peran Nakes (OR = 4,462; P Value = 0,015). Kesimpulan :ada hubungan pengetahuan, status gizi dan peran nakes terhadap tumbuh kembang balita (1-24 bulan). Diharapkan agar semua pihak baik petugas kesehatan maupun kader posyandu tetap meningkatkan pelayanan kesehatan dan selalu melakukan penyuluhan kesehatan agar wawasan dan pengetahuan ibu bertambah mengenai pentingnya asupan gizi yang seimbang untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.

Kata kunci : Pengetahuan, Status Gizi, Peran Nakes dan Tumbuh Kembang  
Referensi : 21 (2012-2015)

## ABSTRACT

The problem of growth and development of toddlers is one of them about nutritional status. Based on research data on growth and development of toddlers shows 25.7% of toddlers in the world experience obstacles to growth and development. Whereas in Indonesia alone around 75% of children under five are experiencing barriers to growth and development. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge, nutritional status and the role of health workers on child development. The research design used was cross sectional and the population in this study were toddlers at Posyandu Mawar, Bojong Gede Village, July 2017 period with a sample of 63 toddlers. The results show 57.1% of growth and development of toddlers is good. The results of the chi square statistical test with a significance level of  $\alpha = 0.05$ . Bivariate analysis results obtained Knowledge (OR = 3.782; P Value = 0.024), Nutritional Status (OR = 3.400; P Value = 0.038), Role of Health Workers (OR = 4.462; P Value = 0.015). Conclusion: there is a relationship between knowledge, nutritional status and the role of health workers on toddler growth and development (1-24 months). It is hoped that all parties, both health workers and posyandu cadres, will continue to improve health services and always carry out health education so that mothers' insights and knowledge increase regarding the importance of balanced nutrition for children's growth and development.

Keywords: Knowledge, Nutritional Status, Role of Health and Growth  
References: 21 (2012-2015)

## Pendahuluan

Masa balita sering disebut sebagai periode kritis. Pada periode tersebut diperlukan rangsangan atau stimulasi yang berguna agar potensi balita berkembang. Pada perkembangan balita dilakukan pantauan kesehatan secara dini, termasuk pemahaman mengenai karakteristik tumbuh kembang balita dan keterampilan dalam mendeteksi secara dini (Sianturi dkk, 2013).

Tumbuh kembang dikatakan terlambat apabila seorang anak tidak mencapai tahap pertumbuhan dan perkembangan yang diharapkan pada umur yang semestinya. *Dudley* melakukan studi yang mencatat bahwa sekitar 3,3% - 17% anak mengalami keterlambatan tumbuh kembang (Kusuma, 2012).

Berdasarkan data statistik WHO (2016) yang menyatakan bahwa Prevalensi stunting (masalah kurang gizi kronis ) pada anak di bawah usia 5 tahun di Indonesia pada tahun 2005-2015 sebanyak 36,4%.

Data UNICEF menyatakan bahwa masih tingginya angka kejadian gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia balita khususnya gangguan perkembangan motorik didapatkan 23,5 (27,5%)/5 juta anak mengalami gangguan (Rahmat, 2015).

Departemen kesehatan RI melaporkan bahwa 0,4 juta (16%) balita Indonesia mengalami gangguan perkembangan, baik perkembangan motorik halus dan kasar, gangguan pendengaran, kecerdasan kurang dan keterlambatan bicara. Sedangkan menurut Dinas Kesehatan sebesar 85.779 (62,02%) anak usia prasekolah mengalami gangguan perkembangan. (Rahmat, 2015). Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kemenkes RI 2015 yang menyatakan bahwa cakupan pelayanan kesehatan anak balita pada tahun 2014 terdapat 6 provinsi yang mencapai target 85 % yaitu Bali, Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Barat, dan Lampung. Sedangkan pada provinsi Jawa Barat cakupan pelayanan kesehatan anak balita sebanyak 77,13% dan belum mencapai target.

Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2014 menemukan bahwa balita Indonesia prevalensi gizi kurang dengan indikator Berat Badan/Umur (BB/U) sebesar 17,9% dari 18,4% pada tahun 2012 di Indonesia diketahui prevalensi balita gizi buruk 5,4%, gizi kurang

13,00%, gizi baik 77,20% dan gizi lebih 4,30%.

Profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2012 cakupan pelayanan kesehatan anak balita (1-4) tahun sebesar 79,8%, sementara target yang harus dicapai 90%. Pencapaian Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita tahun 2012, ternyata sebanyak 7 Kabupaten/Kota yang sudah mencapai target 90% dengan kisaran 99,5% - 91%, sedangkan Kabupaten Bogor cakupan pelayanan kesehatan anak balita sebanyak 71,8% dan belum mencapai target.

Dari data yang di dapat dari posyandu mawar Rw. 10 Kelurahan Bojong Gede pada bulan Juli 2017 jumlah anak yang berusia 1-24 bulan adalah 84 orang dan dari posyandu melati sebanyak 86 orang, sehingga dari kedua di posyandu Kelurahan Bojong Gede jumlah anak yang berusia 1-24 bulan adalah 170 orang, tetapi dari kedua posyandu tersebut balita yang rutin melakukan pemeriksaan dan penimbangan ke posyandu ada 43 orang. Dari 43 orang balita yang rutin melakukan pemeriksaan dan penimbangan ke posyandu hanya ada 10 orang balita yang pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan grafik KMS dan 33 orang balita pertumbuhan dan perkembangannya tidak sesuai dengan grafik KMS.

Kurangnya pengetahuan tentang stimulasi tumbuh kembang akan berdampak pada sikap yang tidak mendukung terhadap pemberian stimulasi anak. Tumbuh kembang anak pada masa balita, kreativitasnya semakin meningkat dan rasa ingin tahunya juga besar. Apabila tumbuh kembang anak tidak terpenuhi dan pengetahuan ibu kurang, maka anak akan mengalami gangguan berbagai hal misalnya kurang gizi, gangguan bahasa yang digunakan kurang jelas, dan gangguan perilaku yang menyebabkan anak autisme karena ibu tidak tahu tentang tumbuh kembang anaknya sendiri (Rahmat, 2015).

Dalam memantau tumbuh kembang balita bukan hanya dari asupan nutrisi saja melainkan suatu perhatian sepenuhnya baik secara perkembangan sikap atau perilaku balita yang menjadi tanggung jawab dari keluarga. Untuk itu, Ibu harus menyiapkan diri untuk memahami tahap-tahap perkembangan balita, sehingga dapat mengantisipasi terjadinya gangguan perkembangan selama proses pemantauan dan pembinaan (Kurniawati & Hanifah, 2014).

Upaya untuk meningkatkan kualitas anak diantaranya dilakukan melalui program perkembangan anak yang pelaksanaannya ternyata dirasa masih kurang. Pengetahuan dan kesadaran para ibu balita khususnya serta masyarakat pada umumnya sangat perlu dalam melaksanakan pemantauan perkembangan dan memberikan rangsangan terhadap perkembangan anak (Wangi, 2012).

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 284/MENKES/SK/III/2004 menyatakan bahwa buku KIA merupakan alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah kesehatan ibu dan anak, alat komunikasi dan penyuluhan mengenai informasi yang penting bagi ibu dan keluarga dan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk rujukannya, gizi, imunisasi dan tumbuh kembang balita. Penerapan buku KIA secara benar akan berdampak pada peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga akan kesehatan ibu dan anak (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan Hal tersebut dapat dibuktikan dengan pernyataan ibu yang mengatakan bahwa hanya dengan menimbang anak ke posyandu setiap bulannya sudah cukup dan tidak pernah membaca buku-buku tentang tumbuh kembang anak. Untuk itulah peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan terhadap tumbuh kembang balita (1 – 24 bulan) di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017, dengan memanfaatkan buku KIA. Dengan memanfaatkan buku KIA tersebut, pemantauan tumbuh kembang balita oleh ibu lebih terarah.

### Hasil

Dari penelitian yang telah dilakukan pada Juli 2017 di Posyandu Kelurahan Bojong Gede dengan pengambilan data primer pada tahun 2017, didapatkan hasil penelitian dengan analisa bivariat sebagai berikut:

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Tumbuh Kembang Balita (1 - 24 Bulan)**

No	Tumbuh Kembang Balita	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Kurangbaik	27	42,9%
2.	Baik	36	57,1%
Total		63	100%

Berdasarkan tabel diatas dari responden yang memiliki anak tumbuh kembang kurang baik dan baik, menunjukkan bahwa tumbuh kembang balita baik di posyandu kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017 memiliki nilai yang lebih besar yaitu

sebesar 36 responden (57,1%) , namun pada anak tumbuh kembang kurang baik memiliki nilai sebesar 27 responden (42,9%) sehingga distribusi frekuensi tumbuh kembang anak baik lebih besar dari tumbuh kembang balita tidak baik.

**Tabel 2. Hasil Analisa Hubungan Antara Pengetahuan Terhadap Tumbuh Kembang Balita (1-24 Bulan)**

Pengetahuan	Tumbuh Kembang Balita				Total		P value	OR	CI 95 %
	Kurang baik		Baik		F	%			
	F	%	F	%					
Rendah	16	61,5	10	38,5	26	100	0,024	3,782	1,312-10,903
Tinggi	11	29,7	26	70,3	37	100			
Jumlah	27	42,9	36	57,1	63	100			



Dari tabel diatas hasil analisis hubungan antara pengetahuan terhadap tumbuh kembang balita (1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017 diperoleh bahwa ada sebanyak 26 responden (70,3%) yang memiliki pengetahuan tinggi terhadap tumbuh kembang balita baik, sedangkan 10 responden (38,5%) memiliki pengetahuan rendah terhadap tumbuh kembang anak.

Hasil uji statistic didapatkan nilai P value = 0,024 berarti p value < (0,05)

sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan terhadap tumbuh kembang balita(1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017. Dari hasil analisis nilai OR 3,782 artinya ibu yang pengetahuan tinggi tentang tumbuh kembang anak berpeluang 3,7 kali tumbuh kembang anak baik dibandingkan pengetahuan rendah.

**Tabel 3. Hasil Analisa Hubungan Paritas Status Gizi Terhadap Tumbuh Kembang Balita (1-24 Bulan)**

Status Gizi	Tumbuh Kembang Balita				Total		P value	OR	CI 95%
	Kurang baik		Baik		F	%			
	F	%	F	%					
Kurang baik	17	58,6	12	41,4	29	100	0,038	3,400	1,197-9,660
Baik	10	29,4	24	70,6	34	100			
Jumlah	27	42,9	36	57,1	63	100			

Dari tabel diatas hasil analisis hubungan antara status gizi terhadap tumbuh kembang balita (1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017 diperoleh bahwa ada sebanyak 24 responden (70,6%) yang memiliki status gizi baik terhadap tumbuh kembang anak, sedangkan 12 responden (41,4%) yang memiliki status gizi kurang baik terhadap tumbuh kembang anak.

Hasil uji statistik di dapatkan nilai P value = 0,038 berarti p value <  $\alpha$ (0,05) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara status gizi terhadap tumbuh kembang balita (1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017. Dari hasil analisis nilai OR 3,400 artinya balita yang status gizi baik tentang tumbuh kembang anak berpeluang 3,4 kali tumbuh kembang anak baik dibandingkan status gizi kurang baik

**Tabel 4. Hasil Analisa Hubungan Peran Tenaga Kesehatan Terhadap Tumbuh Kembang Balita (1-24 Bulan)**

Peran Tenaga Kesehatan	Tumbuh Kembang Balita				Total		P value	OR	CI 95%
	Kurang baik		Baik		F	%			
	F	%	F	%					
Kurang baik	14	66,7	7	33,3	21	100	0,015	4,462	1,458-13,654
Baik	13	31	29	69	42	100			
Jumlah	27	42,9	36	57,1	63	100			

Dari tabel diatas hasil analisis hubungan antara peran tenaga kesehatan terhadap tumbuh kembang balita (1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017 diperoleh bahwa ada sebanyak 29 responden (69%) yang mendapatkan peran tenaga kesehatan baik terhadap tumbuh kembang anak, sedangkan 7 responden (33,3%) yang

mendapatkan peran tenaga kesehatan kurang baik terhadap tumbuh kembang anak.

Hasil uji statistik didapatkan nilai P value = 0,015 berarti p value <  $\alpha$ (0,05) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara peran tenaga kesehatan terhadap tumbuh kembang balita(1-24 Bulan) Di Posyandu

---

Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017. Dari hasil analisis nilai OR 4,462 artinya balita yang mendapatkan peran tenaga kesehatan baik

**Pembahasan.** Berdasarkan hasil penelitian analisa bahwa Tumbuh Kembang Balita (1-24 Bulan) di Posyandu kelurahan Bojong Gede didapatkan dari keseluruhan sebanyak 63 responden, anak dengan tumbuh kembang baik sebanyak 36 responden dan anak dengan tumbuh kembang kurang baik sebanyak 27 responden. Hal ini sesuai dengan teori Pertumbuhan dan perkembangan berkaitan dengan perubahan besar, jumlah, ukuran dan fungsi tingkat sel, organ maupun individu yang diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik. Sedangkan Perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. (Supriasa, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki status gizi balita baik dengan tumbuh kembang anak baik sebanyak 24 responden (70,6%), sedangkan 12 responden (41,4%) yang memiliki status gizi kurang baik terhadap tumbuh kembang anak. Hasil uji analisis Chi-Square diperoleh p value = 0,038 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara status gizi balita terhadap tumbuh kembang balita (1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede Periode Juli 2017, Dari hasil analisa diperoleh pula nilai OR = 3,400 (1,197-9,660) artinya status gizi balita baik mempunyai pengaruh sebesar 3,400 dibandingkan status gizi kurang baik.

Hal ini sesuai dengan teori Soegianto (2013) yang mengatakan bahwa Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara asupan (*intake*) dan kebutuhan (*requirement*) zat gizi. Untuk menilai status gizi seseorang atau masyarakat dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.

Hal ini sesuai dengan penelitian Sri Sudarsih yang berjudul Hubungan Antara status gizi dengan tumbuh kembang anak usia 1-24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Gondang Kec. Gondang kabupaten Mojokerta tahun 2013 dengan p value 0,018 Hal tersebut menunjukkan bahwa ada Hubungan Antara status gizi dengan tumbuh kembang anak usia 1-24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Gondang Kec. Gondang kabupaten Mojokerta tahun 2013.

Hal ini sesuai dengan penelitian bahwa balita dengan status gizi baik akan

tentang tumbuh kembang anak berpeluang 4,4 kali tumbuh kembang anak baik dibandingkan peran tenaga kesehatan kurang baik.

mengalami tumbuh kembang baik atau lebih cepat dibandingkan dengan balita yang memiliki status gizi kurang baik. Hal tersebut dikarenakan dengan asupan nutrisi dan ASI dari ibu yang diberikan seimbang sehingga memiliki daya tahan tubuh yang tinggi dan dapat mencegah dari berbagai macam penyakit serta terhindar dari malnutrisi.

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan peran tenaga kesehatan baik dengan tumbuh kembang anak baik sebanyak 29 responden (69%), sedangkan 7 responden (33,3%) yang mendapatkan peran tenaga kesehatan kurang baik terhadap tumbuh kembang anak. Hasil ujian analisis Chi-Square diperoleh p value = 0,015 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara peran nakes terhadap tumbuh kembang balita (1-24 Bulan) Di Posyandu Kelurahan Bojong Gede Periode Juli 2017, Dari analisis diperoleh pula nilai OR = 4,462 (1,458-13,654) artinya peran tenaga kesehatan baik mempunyai pengaruh sebesar 4,462 terhadap tumbuh kembang balita.

Hal ini sesuai dengan teori Soetjiningsih (2012) yang mengatakan bahwa Peran petugas kesehatan yang sangat penting dalam melindungi, meningkatkan dan mendukung usaha memantau tumbuh kembang anak harus dapat dilihat dalam segi keterlibatan yang luas dalam aspek sosial.

Penelitian diatas sejalan dengan hasil penelitian Ayu Agustin dengan judul Hubungan Karakteristik Peran Nakes Di Posyandu Desa Cipacing Tentang Perkembangan Pada Balita Tahun 2012. Hasil uji analisis Chi-Square diperoleh p value = 0,001 sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara peran nakes Di Posyandu Desa Cipacing Tentang Perkembangan Pada Balita Tahun 2012.

Hal ini sesuai dengan penelitian bahwa peran nakes baik akan mempengaruhi tumbuh kembang balita baik dibandingkan dengan peran nakes yang kurang baik. Hal tersebut dikarenakan petugas kesehatan yang selalu memberikan pelayanan kesehatan yang baik, memberikan konseling kepada ibu yang mempunyai bayi yang bermasalah tumbuh kembang dan selalu memeberikan penyuluhan tentang kesehatan pada ibu yang memiliki bayi dan balita.

**Kesimpulan.** Distribusi Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan oleh peneliti tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan pengetahuan, status gizi dan peran nakes terhadap tumbuh kembang balita(1-24 bulan) di posyandu Kelurahan Bojong Gede, dari 63 responden maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa: Distribusi frekuensi tumbuh kembang balita (1-24 bulan) dengan status baik sebanyak 36(57,1%), tumbuh kembang anak dengan status kurang baik 27 (42,9%) di Posyandu Kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017.

Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan tumbuh kembang balita(1-24 bulan) di posyandu kelurahan Bojong Gedeperiode Juli 2017Dengan nilai *p value*  $0,024 < 0,05$  serta nilai OR 3,782dan 95% CI 1,312-10,903. Dengan frekuensi pengetahuan rendah 16 (61,5%) dan pada pengetahuan tinggi 11 (29,7%).

Ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan tumbuh kembang balita (1-24 bulan) di posyandu kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017Dengan nilai *p value*  $0,038 < 0,05$  serta nilai OR 3,400dan 95% CI 1,197-9,660. Dengan frekuensi status gizi kurang baik 17 (58,6%) dan pada status gizi baik sebesar 10 (29,4%).

Ada hubungan yang bermakna antara peran nakes dengan tumbuh kembang balita (1-24 bulan) di posyandu kelurahan Bojong Gede periode Juli 2017Dengan nilai *p value*  $0,015 < 0,05$  serta nilai OR 4,462dan 95% CI 1,458-13,654.Dengan frekuensi peran nakes yang kurang baik sebesar 14 (66,7%) dan peran nakes baik sebesar 13 (31%).

## Daftar Pustaka

1. Ai Yeyeh Rukiyah. 2012, *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Trans Info Media
2. Almtsier, Sunita. 2010, *Prinsip dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : PT. Gramedia Utama
3. Ambarwati FR Nasution N. 2012, *Buku Pintar Asuhan Keperawatan Bayi dan Balita*. Jakarta: Cakra Wala
4. Andriani, M. Wirjatmadi, B. 2012, *Gizi dan Kesehatan Balita*. Jakarta :Kencana Prenadamedia Group
5. Departemen Kesehatan RI. 2015, *Pedoman Pelaksanaan Stimulus, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta:Depkes RI
6. Depkes, RI.2012, *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta:Depkes RI
7. Dona L.Wong. 2012, *Pedoman Klinik Keperawatan Anak*.(Edisi Terjemahan Oleh Monica Ester,S.Kp) Jakarta: EGC
8. Elizabert B Hurlock. 2012, *Perkembangan Anak*. Edisi Terjemahan Oleh Meitasari Tjandrasa,dr.Med,Muslichah Zarkasih,(Dra.) Jakarta :Erlangga
9. Ferdinan, Agusty. 2013, *Metode penelitian Manajemen :Pedoman Untuk Penulisan Skripsi, Tesis dan disertai Ilmu Menejemen*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang
10. Ghozali, Imam. 2013, *Aplikasi Analisis Multivariate dengan program SPSS*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang
11. Hammond, K. 2012,Assessment : Dietary and Clinical Dana. In : *Mahan, L.K, Sylvia Escott Stump, ed. Krause's Food & Nutrition Therapy*, Canada : Elsevier
12. Marmi.2012, *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita danAnak Prasekolah*. Jakarta :Pusaka Pelajar
13. Notoatmodjo, S. 2012,*Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta :Rineka Cipta
14. Notoatmodjo.2012, *Metodologi Penelitian Kesehatan*.Jakarta :Rineka Cipta
15. Nursalam. 2012, *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta :Salemba Medika
16. Rahayu Budi.2012,*Buku Pegangan Kader Posyandu*. Surabaya: Dinkes Propinsi Jawa Timur
17. Sugiono. 2012, *Memahami penelitian Kualitatif*.Bandung. ALFABET
18. Suhartono,S. 2010, *Filsafat Ilmu Pengetahuan Edisi 1*, Jogjakarta : AR-RUZZ
19. Supriasa.2012, *Pengertian Pertumbuhan*. Jakarta: EGC
20. Soegianto, Benny dkk. 2013, *Penilaian Status Gizi dan Buku Antropometri*. WHONCHS.Surabaya : Buku Prima Airlangga
21. Soetjningsih.2012, *Petunjuk Untuk Tenaga kesehatan*.Jakarta:EGC

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN ANEMIA PADA  
IBU HAMIL PENGUNJUNG PUSKESMAS KRAMAT JATI, KEC.  
KRAMAT JATI, JAKARTA TIMUR  
TAHUN 2011**

<sup>1</sup>Anggarani Prihatiningsih, <sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Program Studi Diploma III Kebidanan Stikes Bhakti Pertiwi Indonesia Jalan  
Jagakarsa Raya No 37, Jagakarsa, Jakarta Selatan

[email:](#)

**ABSTRAK**

Badan kesehatan dunia (WHO) melaporkan bahwa prevalensi ibu-ibu hamil mengalami defisiensi zat besi sekitar 35--75% serta semakin meningkat seiring dengan usia kehamilan. Di Indonesia prevalensi anemia pada ibu hamil masih tinggi yaitu sekitar 40,1%. (SKRT, 2001). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya anemia gizi pada ibu hamil di Puskesmas Kramat Jati. Sampel pada penelitian ini berjumlah 94 responden yang didapat menggunakan teknik analitik kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah *Cross Sectional* dan data dikumpulkan dari responden menggunakan kuesioner. Distribusi umur ibu hamil yang paling banyak yaitu umur yang tidak berisiko sebesar 78,7%. Distribusi status kesehatan (ANC) ibu hamil yang paling banyak yaitu status kesehatan (ANC) cukup sebesar 72,3%. Distribusi paritas yang paling banyak yaitu paritas primipara sebesar 71,3%. Distribusi usia kehamilan yang paling banyak yaitu yang berisiko sebesar 78,7%. Distribusi pendapatan ibu hamil yang paling banyak yaitu yang kurang memadai sebesar 52,1%. Distribusi pendidikan ibu hamil yang paling banyak yaitu pendidikan lanjut sebesar 58,5%. Distribusi pengetahuan ibu hamil yang paling banyak yaitu kelompok pengetahuan kurang sebesar 72,3%.

**Kata kunci :** Anemia pada ibu hamil

**ABSTRACT**

*The World Health Organization (WHO) reports that the prevalence of pregnant women experiences iron deficiency of around 35-75% and increases with the age of pregnancy. In Indonesia the prevalence of anemia in pregnant women is still high at around 40.1%. (SKRT, 2001). The purpose of this study was to determine the factors associated with the occurrence of nutritional anemia in pregnant women at Kramat Jati Health Center. The sample in this study amounted to 94 respondents obtained using quantitative analytical techniques. The research design used was Cross Sectional and data were collected from respondents using a questionnaire. The most age distribution of pregnant women is the age that is not at risk of 78.7%. The highest distribution of health status (ANC) of pregnant women is that the health status (ANC) is sufficient at 72.3%. The most parity distribution is primipara parity of 71.3%. The distribution of the most pregnant age is at risk of 78.7%. The highest distribution of maternal income is inadequate at 52.1%. The biggest distribution of education for pregnant women is advanced education at 58.5%. The highest distribution of knowledge of pregnant women is the lack of knowledge group of 72.3%.*

**Keywords :** *Anemia in pregnant women*

## Pendahuluan

Masalah-masalah kesehatan yang dihadapi bangsa Indonesia sekarang ini adalah masih tingginya angka kematian ibu dan bayi, penyakit infeksi, penyakit degeneratif, dan masalah gizi. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan masalah yang menjadi prioritas di bidang kesehatan, *World Health Organization* (WHO) memperkirakan di seluruh dunia AKI mencapai 500.000 jiwa per tahun. Di Indonesia masalah kematian ibu masih merupakan masalah yang besar, terlihat dari masih tingginya Angka Kematian Ibu dibandingkan dengan Negara-negara lain di kawasan ASEAN. Salah satu penyebab Angka Kematian Ibu (AKI) adalah Anemia. (Saefuddin,2001). Badan kesehatan dunia (WHO) melaporkan bahwa prevalensi ibu-ibu hamil mengalami defisiensi zat besi sekitar 35--75% serta semakin meningkat seiring dengan usia kehamilan. Di Indonesia prevalensi anemia pada ibu hamil masih tinggi yaitu sekitar 40,1%. (SKRT, 2001). Dari 31 orang ibu hamil pada trimester II didapati 23 (74%) menderita anemia, dan 13 (42%) menderita kekurangan besi. Mengingat besarnya dampak buruk dari anemia defisiensi zat besi pada ibu hamil, oleh karena itu perlu kiranya perhatian yang cukup terhadap masalah ini. (<http://www.padusi.com> 2006). Hasil identifikasi terhadap ibu hamil pengunjung Puskesmas Kramat Jati diperoleh data jumlah ibu hamil yang menderita Anemia sebanyak 42 orang tahun 2010. Ada beberapa faktor yang menyebabkan anemia pada ibu hamil berdasarkan informasi puskesmas diantaranya karena faktor sosial ekonomi keluarga yang rendah. Untuk memenuhi kebutuhan gizi diperlukan sumber keuangan yang memadai, daya beli keluarga yang rendah dalam memenuhi gizi kemungkinan asupan nutrisi juga berkurang, kemudian faktor pengetahuan yang merupakan masalah umum penyebab terjadinya anemia. (Pengetahuan tersebut meliputi ketidakmauan dan ketidakmampuan

tentang penyebab). Faktor lain adalah karena faktor lingkungan. Berdasarkan informasi petugas puskesmas didapatkan hasil sebagian ibu hamil berpantang terhadap makanan tertentu seperti ikan, sayuran dan buah-buahan, kebiasaan minum teh, kopi bersamaan dengan makan, serta kebiasaan minum obat penenang dan beralkohol. Dan sebagian kecil faktor yang teridentifikasi penderita anemia ibu hamil di Puskesmas Kramat Jati karena faktor umur ibu. Berdasarkan identifikasi masalah yang telah dilakukan maka, peneliti tertarik untuk meneliti mengenai Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Anemia pada ibu hamil di Puskesmas Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011.

## Metode

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik kuantitatif yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya anemia gizi pada ibu hamil di Puskesmas Kramat Jati. Sedangkan disainnya adalah cross sectional. Dalam penelitian ini mengambil waktu selama 3 bulan yaitu dari bulan April s/d Juni tahun 2011. Waktu pengambilan data dilaksanakan pada bulan Mei. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu-ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas Kramat Jati selama bulan Mei tahun 2011 sebanyak 94 responden yang didapat menggunakan teknik analitik kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah *Cross Sectional* dan data dikumpulkan dari responden menggunakan kuesioner.

## Hasil

Analisis univariat pada penelitian ini meliputi 8 variabel yaitu : Anemia gizi, Umur ibu, Status kesehatan (ANC), Paritas, Usia kehamilan, Pendapatan, Pendidikan, Pengetahuan. Terdiri dari Analisis Univariat dan Analisis Bivariat

**Analisis Univariat**

Analisis univariat pada penelitian ini meliputi 8 variabel yaitu : Anemia gizi, Umur ibu, Status kesehatan (ANC), Paritas, Usia kehamilan, Pendapatan, Pendidikan, Pengetahuan

**Tabel 1 Anemia Gizi Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Anemia pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011.**

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Anemia	25	26,6
Tidak Anemia	69	73,4
Total	94	100

Berdasarkan tabel 5.2.1 responden paling banyak adalah tidak menderita anemia yaitu sebanyak 69 orang (73,4%). Sedangkan responden yang menderita anemia ada 25 orang (26,6%). Distribusi, patokan kadar Hb ibu hamil

yang normal yaitu 11 g%. Dari hasil penelitian ditemukan kadar Hb ibu hamil yang terendah yaitu 6 g%, sedangkan kadar Hb ibu hamil yang tinggi yaitu 15 g%

**Tabel 2 Umur Ibu Distribusi Responden Berdasarkan Umur Ibu Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Berisiko (<20 tahun atau >35tahun)	20	21,3
Tidak Berisiko (20--35 tahun)	74	78,7
Total	94	100

Dari hasil penelitian umur ibu pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 5.2.2 responden paling sedikit yang berisiko yaitu 20 orang (21,3%). Sedangkan responden

yang tidak berisiko ada 73 orang (77,6%). Penilaian umur ibu sesudah dikelompokkan memiliki nilai rata-rata 21,4, umur terendah yaitu 19 tahun, sedangkan umur tertinggi yaitu 45 tahun.

**Tabel 3 Status Kesehatan (ANC) Distribusi Responden Berdasarkan Status Kesehatan (ANC) Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang (bila TM 1 < 1x, TM 2 < 1x, dan TM 3 < 2x)	26	27,7
Cukup	68	72,3
Total	94	100

Berdasarkan hasil penelitian responden paling sedikit adalah memiliki status kesehatan kurang yaitu 26 orang (27,7%). Sedangkan responden yang memiliki status kesehatan cukup ada 68 orang (72,3%). Jumlah rata-rata

kunjungan ibu setelah dikelompokkan yaitu 1,72. Jumlah kunjungan ibu hamil yang terendah yaitu 1 kali, sedangkan jumlah kunjungan ibu hamil yang tertinggi yaitu 9 kali

**Tabel 4 Paritas Distribusi Responden Berdasarkan Paritas Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Multipara	27	28,7
Primipara	67	71,3
Total	94	100

Berdasarkan tabel 5.2.4 responden paling sedikit adalah paritas multipara yaitu 27 orang (28,7%). Sedangkan responden yang memiliki paritas

primipara ada 67 orang (71,3%). Nilai paritas tertinggi yaitu 4, sedangkan terendah 1.

**Tabel 5 Usia Kehamilan Distribusi Responden Berdasarkan Usia Kehamilan Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Berisiko	74	78,7
Tidak Berisiko	20	21,3
Total	94	100

Hasil penelitian usia kehamilan pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 5.2.5, bahwa responden paling banyak adalah

usia kehamilan yang berisiko yaitu 74 orang (78,7%). Sedangkan responden yang memiliki usia kehamilan tidak berisiko ada 20 orang (21,3%).

**Tabel 6 Pendapatan Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang Memadai (< 1290000)	49	52,1
Memadai (≥1290000)	45	47,9
Total	94	100

Dilihat dari tabel 5.2.6, bahwa responden paling banyak adalah pendapatan yang kurang memadai yaitu 49 orang (52,1%) sedangkan responden yang memiliki pendapatan memadai ada

45 orang (47,9%). Rata-rata pendapatan responden yaitu Rp 1000000. Pendapatan terendah responden yaitu Rp 500000, sedangkan pendapatan tertinggi responden yaitu Rp 450000

**Tabel 7 Pendidikan Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
----------	---------------	----------------

Dasar ( SD-SLTP )	39	41,5
Lanjut ( SLTA-SARJANA )	55	58,5
Total	94	100

Dilihat dari hasil penelitian pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011, bahwa responden paling sedikit yang memiliki pendidikan dasar yaitu 39 orang (41,5%). Sedangkan responden yang memiliki pendidikan lanjut ada 55 orang (58,5%). Rata-rata pendidikan responden yaitu SLTA. Pendidikan terendah responden yaitu Tak Tamat SD, sedangkan pendidikan tertinggi responden yaitu AKADEMI.

**Tabel 8 Pengetahuan Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Pertanyaan	Jawaban Benar		Jawaban Salah	
	n	%	n	%
1. Pengetahua n 1	59	62,7	35	37,23
2. Pengetahua n 2	66	70,21	28	29,79
3. Pengetahua n 3	68	72,34	26	27,66
4. Pengetahua n 4	27	28,72	67	71,28
5. Pengetahua n 5	60	63,83	34	36,17
6. Pengetahua n 6	73	77,66	21	22,34
7. Pengetahua n 7	20	21,28	74	78,72
8. Pengetahua n 8	67	71,28	27	28,72
9. Pengetahua n 9	70	74,47	24	25,53

Berdasarkan tabel 5.2.8 responden paling banyak adalah jawaban benar ada di pengetahuan 6 yaitu 73 orang (77,66%). Sedangkan responden yang memiliki jawaban salah ada di pengetahuan 7 yaitu ada 74 orang

(78,72%). Penilaian pengetahuan responden, nilai rata-rata pengetahuan yaitu 5,43. Data pengetahuan memiliki distribusi tidak normal, sehingga dikelompokkan berdasarkan median dengan nilai skor 6.



**Tabel 8.1 Distribusi Responden Berdasarkan pengelompokan Pengetahuan Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	68	72,3
Baik	26	27,7
Total	94	100

Berdasarkan hasil pengetahuan yang dikelompokkan, bahwa responden paling banyak memiliki pengetahuan

kurang yaitu 68 orang (72,3%). Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik ada 26 orang (27,7%).

**Analisis Bivariat**

Analisis Bivariat dilakukan untuk membuktikan Variabel anemia gizi pada ibu hamil berhubungan dengan umur

ibu, status kesehatan (ANC), paritas, usia kehamilan, pendapatan, pendidikan, pengetahuan.

**Tabel 1 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Umur Ibu Hamil dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Umur	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	n	%	n	%		
Berisiko (<20 tahun atau >35tahun)	6	23,5	15	76,5	21	100
Tidak Berisiko(20--35 tahun)	19	26,0	54	74,0	73	100

Pvalue : 0.551

PR : 0.900 (95% CI 0.289--

2.799)

Berdasarkan tabel 5.3.1 Responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang berada di kelompok umur yang tidak berisiko yaitu 19 responden (26,0%) daripada ibu hamil

yang berada di kelompok umur berisiko yaitu 6 responden (23,5%). Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian Anemia dengan umur Ibu Hamil (Pvalue 0.551).

**Tabel 2 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Status Kesehatan (ANC) dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Status Kesehatan (ANC)	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	n	%	n	%		
Kurang(bila TM 1 <1x, TM 2 <1x, dan TM 3 <2x)	5	19,2	21	80,8	26	100
Cukup	20	29,4	48	70,6	68	100

Pvalue : 0.233 PR : 0.571 (95% CI 0.189--1.727)

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang berada di kelompok status kesehatan (ANC) cukup yaitu 20 responden (29,4%) daripada ibu hamil yang berada di status kesehatan (ANC)

kurang yaitu 5 responden (19,2%). Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian Anemia dengan status kesehatan (ANC) (Pvalue 0.233).

**Tabel 5.3.3 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Paritas dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Paritas	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	n	%	n	%		
Multipara	8	29,6	19	70,4	27	100
Primipara	17	25,4	50	74,6	67	100

Pvalue : 0.428 PR : 1.238 (95% CI 0.459--3.341)

Dilihat dari hasil penelitian, responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang paritasnya multipara yaitu 29,6% dari total 27 orang ada 8 orang yang anemia, sedangkan yang primipara hanya 25,4%

yaitu 17 orang dari 67 orang. Jadi hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian Anemia dengan paritas (Pvalue 0.428).

**Tabel 5.3.4 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Usia Kehamilan dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Usia Kehamilan	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	n	%	n	%		
Berisiko	18	24,3	56	75,7	<b>74</b>	<b>100</b>
Tidak Berisiko	7	35,0	13	65,0	<b>20</b>	<b>100</b>

Pvalue : 0.246 PR : 0.597 (95% CI 0.207--1.725)

Hasil penelitian, usia kehamilan pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 5.3.4. Responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang usia kehamilannya berisiko yaitu 18

responden (24,3%) daripada ibu hamil yang usia kehamilannya tidak berisiko yaitu 7 responden (35,0%). Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian Anemia dengan usia kehamilan (Pvalue 0.246).

**Tabel 5.3.5 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Pendapatan dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Pendapatan	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	n	%	N	%		
Kurang Memadai (<1290000)	19	38,8	30	61,2	<b>49</b>	<b>100</b>
Memadai (≥1290000)	6	13,3	39	86,7	<b>45</b>	<b>100</b>

Pvalue : 0.005 PR : 4.117 (95% CI 1.464--11.576)

Berdasarkan tabel 5.3.5 Responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang pendapatannya kurang memadai yaitu 19 responden (38,8%)

daripada ibu hamil yang pendapatannya memadai yaitu 6 responden (13,3%). Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan antara kejadian Anemia

dengan pendapatan (Pvalue 0.005). Hasil perhitungan *Prevalensi Ratio* menunjukkan ibu hamil yang pendapatannya kurang memadai

berpeluang 4.117 kali untuk menderita Anemia dibandingkan ibu hamil yang pendapatannya memadai (95% CI 1.464--11.576).

**Tabel 6 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Pendidikan dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Pendidikan	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	N	%	n	%		
Dasar (SD-SLTP)	18	46,2	21	53,8	<b>39</b>	<b>100</b>
Lanjut (SLTA-SARJANA)	7	12,7	48	87,3	<b>55</b>	<b>100</b>

Pvalue : 0.000 PR : 5.878 (95% CI 2.135--16.178)

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang tingkat pendidikannya dasar yaitu 18 responden (46,2%) daripada ibu hamil yang tingkat pendidikannya lanjut yaitu 7 responden (12,7%). Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan antara

kejadian Anemia dengan pendidikan ibu hamil (Pvalue 0.000). Hasil perhitungan *Prevalensi Ratio* menunjukkan ibu hamil yang pendidikannya dasar berpeluang 5.878 kali untuk menderita Anemia dibandingkan ibu hamil yang pendidikannya lanjut (95% CI 2.135--16.178).

**Tabel 7 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Anemia Pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur Tahun 2011**

Pengetahuan	Kejadian Anemia				Total	
	Anemia		Tidak Anemia		n	%
	n	%	n	%		
Kurang	20	29,4	48	70,6	<b>68</b>	<b>100</b>
Baik	5	19,2	21	80,8	<b>26</b>	<b>100</b>

Pvalue :0.233 PR : 1.750 (95% CI 0.579--5.289)

Berdasarkan tabel 5.3.7 Responden yang menderita Anemia lebih banyak pada

ibu hamil yang pengetahuannya kurang yaitu 20 responden (29,4%) daripada ibu

hamil yang pengetahuannya baik yaitu 5 orang (19,2%). Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian Anemia dengan pengetahuan ibu hamil (Pvalue 0.233).

## **Pembahasan**

### **Anemia Gizi**

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kramat Jati Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami anemia hanya sedikit yaitu 25 orang (26,6%) sedangkan ibu hamil yang tidak mengalami anemia lebih besar yaitu 69 orang (73,4%). Karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya yaitu sebagian besar tingkat pengetahuan pada ibu hamil sudah baik, makanan yang dikonsumsi ibu hamil sudah memenuhi standar 4 sehat 5 sempurna, pendapatan dalam sebulan sudah dapat mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari sehingga ibu hamil dapat memeriksakan kandungannya secara rutin.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian andriyanil (2010) yang menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi terdapat pada anemia yaitu (76,3%). Sedangkan penelitian Buana di wilayah kerja Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros tahun 2004 menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang terkena anemia hanya sedikit yaitu (24,5%).

Dari penelitian di atas yang telah dilakukan tidak ada kesesuaian dengan teori bahwa masih tingginya ibu hamil yang mengalami anemia dan target yang diharapkan pada tahun 2011 angka kematian ibu hamil akibat anemia yaitu menjadi 115 per 100000 kelahiran hidup ([www.hanyawanita.com:2006](http://www.hanyawanita.com:2006))

### **Umur ibu**

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur menunjukkan bahwa ibu hamil yang menderita anemia lebih banyak pada umur 20--35 tahun yaitu 74 orang (78,7%), ini disebabkan pada ibu hamil yang berusia 20--35 tahun merasa

usia tersebut merupakan masa reproduksi yang aman sehingga aktivitasnya bisa lebih banyak, produktivitasnya tinggi tidak disertai dengan konsumsi makanan yang tinggi zat besi (Fe). Sedangkan ibu hamil yang mengalami anemia paling sedikit pada ibu hamil yang berusia < 20 dan > 35 tahun yaitu 20 orang (21,3%) karena usia tersebut merupakan faktor risiko pada kehamilan, sehingga ibu hamil selalu menjaga kesehatannya dengan membatasi, memperhatikan konsumsi makanannya.

Analisis bivariat menyimpulkan tidak ada hubungan antara kejadian anemia pada ibu hamil dengan umur. Hal ini sesuai dengan penelitian andriyanil (2010) yang menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi terdapat pada usia 20-35 tahun (51,25%). Sedangkan penelitian lain tahun 2004 di Puskesmas Kecamatan Bantimurung Kabupaten Maros oleh Amiruddin dan Wahyudin di dapatkan hasil bahwa umur ibu pada saat hamil sangat berpengaruh terhadap kejadian anemia. Kemungkinan pada penelitian tidak adanya hubungan antara umur dengan kejadian anemia dikarenakan jumlah sampel yang kurang memadai serta umur dari responden sebagian besar tergolong umur 20--35 tahun. Dari penelitian diatas yang telah dilakukan tidak ada kesesuaian dengan teori bahwa wanita hamil pada usia <20 dan >35 tahun 3--4 kali lebih tinggi yang mengalami anemia karena secara biologis belum optimal emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami keguguran dan mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan zat besi selama kehamilan (Artikel Iptek 2006). Sedangkan menurut Vaney (2001), ibu hamil yang berumur <20 tahun dan >35 tahun lebih jarang melakukan pemeriksaan kehamilan di bandingkan dengan ibu hamil pada umur produktif, hal ini dikarenakan bahwa ibu hamil yang berumur <20 tahun dan >35 tahun lebih sedikit di masyarakat

### **Status Kesehatan (ANC)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur mendapatkan hasil yang menunjukkan bahwa ibu hamil yang menderita anemia lebih banyak pada status kesehatan (ANC) cukup yaitu 68 orang (72,3%), sedangkan ibu hamil yang mengalami anemia paling sedikit pada ibu hamil yang status kesehatannya (ANC) kurang yaitu 26 orang (27,7%). Karena pada ibu hamil yang status kesehatannya (ANC) cukup konsumsi vitamin terutama zat besi (Fe) dapat terpenuhi, sedangkan ibu hamil yang status kesehatannya (ANC) kurang konsumsi vitamin zat besi (Fe) kurang terpenuhi.

Analisis bivariat menyimpulkan tidak ada hubungan antara status kesehatan (ANC) dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hal ini sesuai dengan penelitian Amiruddin dan Wahyudin tahun 2004 di Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status kesehatan (ANC) dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Sedangkan Buana yang melakukan penelitian di Lampung tahun 2004 dengan hasil yang berbeda yaitu didapatkan variabel yang berhubungan antara status kesehatan (ANC) dengan kejadian anemia Pada ibu hamil. Tidak ada hubungan antara status kesehatan (ANC) dengan kejadian anemia karena sebagian besar ibu telah melakukan ANC dengan teratur di Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur. Dari hasil penelitian Junadi (1998), menunjukkan bahwa semakin sering ibu hamil melakukan ANC semakin rendah persentase kejadian anemianya, baik anemia secara keseluruhan maupun bila dilihat berdasarkan tingkat anemia berat.

### **Paritas**

Paritas merupakan faktor yang penting dalam menentukan nasib ibu dan janin selama kehamilan maupun persalinan. Dilihat dari hasil penelitian, responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang paritasnya

multipara yaitu 29,6% dari total 27 orang ada 8 orang yang anemia, sedangkan yang primipara hanya 25,4% yaitu 17 orang dari 67 orang. Hasil penelitian diatas sesuai dengan teori (manuaba, 2007) dimana bahwa semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan semakin banyak kehilangan zat besi dan semakin anemia. Dan Menurut Prawirohardjo, yang menyatakan bahwa wanita yang telah melahirkan anak dengan banyaknya jumlah anak yang dilahirkan akan meningkatkan frekuensi anemia dalam kehamilannya yang disebabkan karena Hemodilusi yang tinggi sehingga kembalinya fungsi sel darah menjadi lambat. Seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi, karena selama hamil zat-zat gizi akan terbagi untuk ibu dan janin yang dikandungnya.

Analisis bivariat dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hal ini sesuai dengan penelitian andriyanil (2010) yang menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi terdapat pada multipara 42 orang (52,5%). Berbeda dengan penelitian Buana di wilayah kerja Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros tahun 2004 menunjukkan analisis hubungan paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Responden 25,4% memiliki anak kurang dari 2, hal ini sebagai penyebab tidak adanya hubungan antara paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil.

### **Usia Kehamilan**

Berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur di dapatkan paling banyak yang mengalami anemia pada trimester III yaitu sebanyak 74 orang (78,7%), dan yang paling rendah pada trimester II sebanyak 20 orang (21,3%). Semakin bertambah usia kehamilannya semakin bertambah pula kebutuhan zat besi (Fe) pada ibu hamil, karena pada usia kehamilan tersebut ibu mengalami

hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32--34 minggu.

Analisis bivariat dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hal ini sesuai dengan penelitian andriyanil (2010) yang menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi terdapat pada trimester III (45%) dan menjadi makin nyata dengan lanjutnya usia kehamilan sehingga frekuensi anemia dalam kehamilan menjadi meningkat pula. (Wiknjosastro, 2002). Sedangkan Riswan yang meneliti anemia pada 60 ibu hamil di beberapa praktek bidan swasta dalam Kotamadya Medan menemukan kasus anemia paling banyak pada usia kehamilan trimester II dan III, masing-masing 70%. Sementara hasil penelitian Notobroto pada ibu hamil trimester I sampai masa nifas menemukan kejadian anemia paling banyak pada usia kehamilan trimester II (92,4%).

### **Pendapatan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur di peroleh ibu hamil yang pendapatannya kurang memadai lebih banyak mengalami anemia yaitu 49 orang (52,1%), sedangkan pendapatan ibu hamil yang memadai lebih sedikit yaitu 45 orang (47,9%). Keluarga dengan pendapatannya kurang memadai besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanan yang mengandung gizi yang dibutuhkan tubuh. Setidaknya keanekaragaman bahan makanan kurang bisa dijamin, karena dengan uang yang terbatas itu tidak akan banyak pilihan. Banyak sebab yang turut berperan dalam menentukan besar kecilnya pendapatan keluarga. Pada keluarga yang hanya ayah saja yang mencari nafkah tentu berbeda dengan besar pendapatannya dengan keluarga yang mengandalkan sumber keuangan dari ayah dan ibu serta ditambah dengan usaha sendiri dirumah. (DPS Harahap, 2010). Kemampuan

keluarga untuk membeli bahan makanan dalam jumlah yang mencukupi juga amat dipengaruhi oleh harga bahan makanan. Bahan makanan yang harganya mahal biasanya jarang, bahkan tidak pernah dibeli. Hal ini menyebabkan suatu jenis bahan makanan bergizi mungkin tidak pernah dihidangkan dalam susunan makanan keluarga. (DPS Harahap, 2010)

Analisis bivariat menyimpulkan bahwa ada hubungan antara pendapatan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rini di Lampung tahun 2009 menunjukkan ada pengaruh antara pendapatan keluarga dengan kejadian anemia, sebaliknya tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian anemia pada ibu hamil menurut penelitian Sukowati tahun 2007 di Surakarta. Hasil penelitian di Puskesmas Kramat Jati ada hubungan karena sebagian besar responden memiliki pendapatan di bawah UMR. Berdasarkan kelompok tingkat pendapatan keluarga ditetapkan berdasarkan Upah Minimum Regional (UMR) DKI Jakarta yang ditetapkan sejak tahun 2009. Besaran UMR yang sedang berlaku sampai saat ini sebesar 1290000/bulan. (Upah Minimum Provinsi DKI Jakarta, 2010). Hal ini sesuai dengan teori, menurut teori bahwa pendapatan ibu hamil sangat menentukan dengan ekonomi yang rendah tentu akan terhambat dalam mendapatkan pelayanan untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan, selain itu sebagian besar ibu yang ekonominya rendah akan melahirkan di tenaga non kesehatan, hal itu tentu akan menambah angka kematian ibu.

### **Pendidikan Ibu Hamil**

Dilihat dari hasil penelitian, responden yang menderita Anemia lebih banyak pada ibu hamil yang pendidikannya dasar yaitu 46,2% dari total 39 orang ada 18 orang yang anemia, sedangkan yang pendidikannya lanjut hanya 12,7% yaitu 7 orang dari 55 orang. Karena

semakin rendahnya pendidikan seseorang memungkinkan informasi yang diterimanya pun kurang. Analisis bivariat menyimpulkan ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hal ini sesuai dengan penelitian Buana di wilayah kerja Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros tahun 2004, sedangkan penelitian Setiyo tahun 2010 mendapatkan tidak adanya hubungan yang berarti antara tingkat pendidikan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang sangat di perlukan untuk mengembangkan diri seperti halnya ibu hamil yang mencegah terjadinya anemia. Dengan pendidikan yang tinggi seorang ibu hamil akan memiliki pengetahuan yang tinggi pula dan lebih peduli tentang pentingnya kesehatan seperti bagaimana agar terhindar dari anemia. Secara umum dapat di artikan sebagai pengalaman yang terjadi karena interaksi manusia dan lingkungannya baik fisik maupun lingkungan sosial maupun secara efisien dan efektif. (Triharja dan Lasula, 2002)

### **Pengetahuan Ibu Hamil**

Hasil penelitian yang di lakukan di Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami anemia terbanyak pada pengetahuan kurang yaitu 68 orang (72,3%) dan pada kasus yang terkecil pada pengetahuan baik yaitu 26 orang (27,7%). Karena semakin kurang pengetahuan ibu hamil, maka semakin kurang juga keyakinan akan informasi yang benar untuk kesehatan dirinya. Analisis bivariat dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Hal ini sesuai dengan teori andriyanil (2010) yang menunjukkan frekuensi tertinggi terdapat pada pengetahuan kurang (45%), berbeda dengan hasil penelitian Buana sewaktu di wilayah kerja Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros tahun 2004 menunjukkan analisis

hubungan pengetahuan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Pada penelitian ini disimpulkan sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik tentang anemia. Hal ini sesuai dengan teori, menurut teori bahwa pengetahuan merupakan hasil “tahu” dari ibu hamil tentang anemia dan terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera ibu hamil, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan ibu hamil (Overt Behavior).

### **Kesimpulan**

1. Dari hasil penelitian dan pembahasan sebelumnya dapat diambil kesimpulan Faktor-faktor yang berhubungan dengan anemia pada ibu hamil pengunjung Puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur meliputi anemia gizi, umur ibu, status kesehatan (ANC), paritas, usia kehamilan, pendapatan, pendidikan dan pengetahuan sehingga dapat menjawab penelitian khusus dalam penelitian ini yaitu : Responden yang dianalisis dari 94 ibu hamil pengunjung puskesmas Kramat Jati, Kec. Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2011 hanya 26,6% yang menderita anemia.
2. Distribusi umur ibu hamil yang paling banyak yaitu umur yang tidak berisiko sebesar 78,7%. Distribusi status kesehatan (ANC) ibu hamil yang paling banyak yaitu status kesehatan (ANC) cukup sebesar 72,3%. Distribusi paritas yang paling banyak yaitu paritas primipara sebesar 71,3%. Distribusi usia kehamilan yang paling banyak yaitu yang berisiko sebesar 78,7%. Distribusi pendapatan ibu hamil yang paling banyak yaitu yang kurang memadai sebesar 52,1%. Distribusi pendidikan ibu hamil yang paling banyak yaitu pendidikan lanjut



sebesar 58,5%. Distribusi pengetahuan ibu hamil yang paling banyak yaitu kelompok pengetahuan kurang sebesar 72,3%.

3. Variabel yang berhubungan dengan kejadian anemia adalah variabel pendapatan dengan PValue 0.005 dan variabel pendidikan dengan PValue 0.000.

### Saran

Dari hasil penelitian ini, adapun hal-hal yang dapat peneliti sarankan adalah sebagai berikut :

1. Tingkat pendidikan ibu yang berhubungan dan bermakna secara statistik dengan status anemia pada ibu hamil pun memiliki korelasi dengan pengetahuan. Untuk meningkatkan pengetahuan ibu, perlu diadakan penyuluhan mengenai gizi yang seimbang bagi para ibu muda maupun ibu-ibu

### Daftar Pustaka

1. Andriyanil, Serra.2010. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil di Puskesmas Cileungsi-Bogor*.
2. Budiarto, E. 2002, *Metodologi Penelitian Kedokteran*, EGC: Jakarta.
3. Corwin, J Elizabeth. 2000, *Buku Saku PATOFISIOLOGI*. Cetakan pertama, EGC: Jakarta.
4. Depkes RI, 1995, *Pedoman Pemberian Tablet Besi Bagi Petugas, Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta.
5. Depkes RI, 1996. *Profil Kesehatan 1996*, Pusat Data Kesehatan, Depkes RI, Jakarta.
6. Depkes RI, 2006. *Latar Belakang Terjadinya Anemia Pada Ibu Hamil*.
7. Darmawan, Yuyun. 2003. *Faktor – faktor yang berhubungan dengan Anemia pada ibu hamil*, Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
8. Erliyana, 2007. *Penelitian Tentang Anemia dalam Kehamilan*. [Http://www.google.com](http://www.google.com)
9. Fitriyani, Venny, 2002. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Anemia Ibu Hamil di Kec. Luragung Kabupaten Kuningan, Jawa Barat*.
10. Hellen, Varney, 2006. *Asuhan Kebidanan*. Edisi 4: 2006.
11. Junadi, 1995. *Strategi Operasional Penanggulangan Anemia Gizi Indonesia, FKM-UI*, Jakarta.
12. Junqueira, dkk. 1998. *Definisi Anemia*. Jakarta

rumah tangga yang masih dalam usia reproduktif agar risiko anemia saat masa kehamilan dapat dikurangi.

2. Meningkatkan frekuensi dan kualitas promosi kesehatan tentang penanggulangan anemia gizi besi pada ibu hamil, KB, makanan bergizi untuk ibu hamil dan suplementasi TTD.
3. Keluarga dengan pendapatan kurang yang berhubungan dan bermakna secara statistik dengan status anemia pada ibu hamil mempunyai korelasi dengan kemampuan keluarga untuk memenuhi konsumsi makanan yang tinggi zat besi (Fe). Maka keluarga harus berupaya mencari pekerjaan tambahan agar pendapatannya dapat mencukupi untuk memenuhi kebutuhan zat besi (Fe) pada ibu hamil.

13. Manuaba, I Gede, 2007. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, Jakarta : EGC.*
14. Mochtar, Dr. Rustam (1995 : 164 ). *Sinopsis Obstetri.*
15. Muhilal dkk, 1991. *Masalah Anemia di Empat Propinsi Wilayah Indonesia Bagian Timur, Majalah Gizi Indonesia ; Persagi. P: 9--4.*
16. Muhilal, Karyadi, 2004. *Anemia Gizi serta Tinjauan Perspektif Teknologi Intervensinya.*
17. Notoatmojo, Soekidjo, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.*
18. Notoatmojo, Soekidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Jakarta: Rineka Cipta.*
19. Prawirohardjo, Sarwono, 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Balai Pustaka Sarwono Prawirohardjo.*
20. Prawirohardjo, Sarwono, 2007. *Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.*
21. Priyantini, Dini, 2002. *Prevalensi Anemia Ibu Hamil dan Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia di Kab. Bogor, Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.*
22. Saifuddin, 2001. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.*
23. Saifudin, Abdul Bari, 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2002.*
24. Setyowati, Wiwied, 2007. *Faktor-Faktor yang Menyebabkan Anemia Pada Kehamilan. [Http://www.google.com](http://www.google.com).*
25. Soeleman, J. H, 1999. *Kebidanan Komunitas. Jakarta.*
26. Suryadi, 1990. *Penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia Suatu Tinjauan Metodologi dan Faktor yang di Teliti. Kelompok Studi Kesehatan Perkotaan, Jakarta.*
27. Susilowati H, 1993. *Anemia Pada Wanita Hamil dan Hubungan dengan beberapa Faktor, Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Depkes. RI; Bogor.*
28. Varney, 2002. *Buku Saku Bidan, EGC, Jakarta.*

# **GAMBARAN PENGETAHUAN REMAJA TENTANG BAHAYA HIV/AIDS PADA SISWA/I KELAS XI DI SMK ATTAQWA 05 KABUPATEN BEKASIPERIODE MARET – APRIL TAHUN 2019**

**Siti Umamah<sup>1</sup>, Indah Fauziah<sup>2</sup>**  
**Jurusan Diploma Tiga Kebidanan STIKes Prima Indonesia**  
**Email : thiyuumamah@gmail.com**

## **Abstrak**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh yang melemah atau menurun bisa terkena AIDS karena HIV adalah suatu virus yang menyebabkan AIDS. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrom*) yang berarti kumpulan gejala penyakit yang mematikan akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh. peringkat Kabupaten Bekasi menjadi urutan ketiga tertinggi di Provinsi Jawa Barat. Jumlah pengidap HIV di wilayah Bekasi pada 2016 mencapai 1.363 orang. Jumlah naik hingga November 2018 jumlahnya sebanyak 1.551 kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa-siswi kelas XI SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi. Jumlah sampel sebanyak 69 orang. Cara pengumpulan data menggunakan kuesioner sedangkan hasil penelitian pada analisa menggunakan Analisa univariat. Hasil penelitian didapatkan untuk tingkat pengetahuan remaja tentang bahaya HIV/AIDS paling banyak pada memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 40 responden (58%), pengetahuan cukup sebanyak 23 responden (33,3%), dan pengetahuan baik 6 responden (8,7%). Dari penelitian didapatkan tingkat pengetahuan remaja tentang bahaya HIV/AIDS pada siswa-siswi kelas XI SMK ATTAQWA 05 secara umum kurang yaitu 40 responden (58%). Diharapkan guru-guru dan tim tenaga kesehatan bekerja sama dalam melakukan penyuluhan tentang kesehatan khususnya HIV/AIDS disekolah atau kalangan remaja.

Kata kunci : Pengetahuan, Remaja, HIV/AIDS.

## **DESCRIPTION OF YOUTH KNOWLEDGE ABOUT THE HIV / AIDS DANGER IN CLASS XI STUDENTS AT ATTAQWA 05 VOCATIONAL SCHOOL, BEKASIDISTRICT MARCH PERIOD - APRIL 2019**

### **Abstract**

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) is a virus that weakens the immune system that weakens or de- creases can get AIDS because HIV is a virus that causes AIDS. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syn- drome*) which means a collection of symptoms of a deadly disease due to a decrease in the immune sys- tem. Bekasi Regency ranks the third highest in West Java Province. The number of people with HIV in the Bekasi area in 2016 reached 1,363 people. The number up to November 2018 was 1,551 cases. This study aims to determine the description of the level of adolescent knowledge about the dangers of HIV / AIDS in ATTAQWA 05 Kebalen Vocational School, Bekasi Regency. This type of research is quantitative descriptive. The population in this study were students of class XI SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Bekasi Regency. The total sample is 69 people. How to collect data using a questionnaire while the results of the study on the analysis using univariate analysis. The results obtained for the level of knowledge of adoles- cents about the dangers of HIV / AIDS at most in having less knowledge that is as much as 40 respond- ents (58%), enough knowledge as many as 23 respondents (33.3%), and good knowledge 6 respondents (8.7%) . From the research, it was found that the level of knowledge of adolescents about the dangers of HIV / AIDS in ATTAQWA 05 SMK XI students in general was less, namely 40 respondents (58%). It is expected that teachers and teams of health workers work together in conducting counseling about health, especially HIV / AIDS in schools or among adolescents.

Keywords: Knowledge, Youth, HIV / AIDS.

## PENDAHULUAN

*Human Immunodeficiency virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat secara global. Walaupun insiden HIV telah menurun dari 0,40 per 1000 populasi yang tidak terinfeksi pada tahun 2015 menjadi 0,26 per 1000 populasi yang tidak terinfeksi ditahun 2016 (UNAIDS,2018), namun kecenderungannya masih memprihatinkan. Hingga akhir tahun 2017, World Health Organization (WHO) melaporkan terdapatkan sekitar 36,9 juta orang dengan HIV/AIDS (odha), 940.000 kematian karena HIV, dan 1,8 juta orang terinfeksi baru HIV atau sekitar 5000 infeksi baru per harinya. (WHO, 2018)

Menurut data Kementerian Kesehatan RI tahun 2017 mencatat dari 48.300 kasus HIV positif yang ditemukan, tercatat sebanyak 9.280 kasus AIDS. Sementara data triwulan II tahun 2018 mencatat dari 21.336 kasus HIV positif, tercatat sebanyak 6.162 kasus AIDS. Adapun jumlah kumulatif kasus AIDS sejak pertama kali dilaporkan pada tahun 1987 sampai dengan juni 2018 tercatat sebanyak 108.829 kasus. Di Indonesia sejak pertama kali ditemukan sampai dengan juni 2018, HIV/AIDS telah dilaporkan keberadaannya oleh 433 (84,2%) dari 514 kabupaten/kota di 34 provinsi di Indonesia. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Juni 2018 sebanyak 301.959 jiwa (47% dari estimasi ODHA jumlah orang dengan HIV AIDS tahun 2018 sebanyak 640.443 jiwa) dan paling banyak ditemukan dikelompok umur 25-49 tahun dan 20-24 tahun. Adapun provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah DKI Jakarta (55.099), diikuti Jawa Timur (43.399), Jawa Barat (31.293), Papua (30.669), dan Jawa Tengah (24.757). Jumlah kasus HIV yang dilaporkan terus meningkat setiap tahun, sementara jumlah AIDS relatif stabil. Hal ini menunjukkan keberhasilan bahwa semakin banyak orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang diketahui statusnya saat masih dalam fase terinfeksi (HIV positif) dan belum masuk dalam stadium AIDS. (Kemenkes RI, 2018)

Kumulatif HIV di Jawa Barat sampai tahun 2016 yaitu sebanyak 23.301 kasus. Selama periode < 2004 – 2016 pola penemuan kasus HIV positif cenderung

meningkat, pada tahun 2015 tercatat sebesar 4.303 kasus, dan pada tahun 2016 menurun menjadi 3.672 kasus, dengan lokasi terjangkit tersebar di 27 Kabupaten/Kota. Kasus HIV tertinggi di Kota Bandung lalu kota-kota lainnya di Jawa Barat seperti Kota Bogor, Kota Bekasi, Kota Indramayu dan Kabupaten Bekasi. Kumulatif penderita AIDS di Jawa Barat tahun 2016 yaitu sebanyak 7.911 kasus. Pada tahun 2010 yaitu 337 kasus, dan pada tahun 2011 terjadi peningkatan tajam (265%) mencapai 892 kasus. Pada

tahun 2014 menurun menjadi 245 kasus namun pada tahun 2015 kembali meningkat hingga 300% 736 kasus AIDS. Dan pada tahun 2016 penemuan AIDS mencapai 1.689 meningkat 230%. Berdasarkan jenis kelamin dan umur Kasus AIDS terjadi pada laki-laki sebesar 5.354 orang (67,68%), perempuan 2.539 orang (32,09%) dan tidak diketahui 18 orang (0,23%), sebagian besar terjadi pada usia 20-39 tahun mencapai 80,89%. Faktor risiko 88,1% terjangkit pada Hetero Sex dan Pengguna Napza suntik, dengan perincian Homo Sex/Bisex 4,1%, Hetero Sex 40,3% Pengguna Napza Suntik 47,8%, Transfusi 0,2%, Tato 0,1%, Perinatal/Anak 4,2%, dan tidak diketahui 3,2%. (Dinkes Jawa Barat, 2016)

Penularan virus HIV di Kabupaten Bekasi terbilang tinggi. Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi dalam waktu kurang dari setahun saja bertambah 188 orang yang positif. Dampak kenaikan penderita HIV, peringkat Kabupaten Bekasi menjadi urutan ketiga tertinggi di Provinsi Jawa Barat. Jumlah pengidap HIV di wilayah Bekasi pada 2016 mencapai 1.363 orang. Jumlah naik hingga November 2018 jumlahnya sebanyak 1.551 kasus. Faktor penyebab kenaikan pengidap HIV dipicu seks bebas dan rata-rata pelaku seks bebas tidak memahami ancaman penyebaran virus mematikan tersebut, jadi penyebab penyebaran HIV itu dilakukan oleh pasangan berlainan jenis maupun sesama jenis. Dari sebanyak 1.551 penderita HIV, didominasi pria dengan jumlah 884 orang pengidap. Sedangkan, untuk kaum perempuan tercatat sebanyak 667 pengidap. Pemicu penyebaran HIV selain karena seks bebas, nomor dua karena pemakaian jarum suntik yang dilakukan secara sembarangan. Dan bayi yang baru

lahir juga terpapar virus HIV sejak ada didalam kandungan ibunya, penyebaran virus HIV melalui tali pusar manakala ibunya masuk kategori Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). (Dinkes Kabupaten Bekasi, 2018)

HIV/AIDS bisa dicegah dengan cara memberi pengetahuan dasar pada remaja tentang penyakit menular seksual HIV/AIDS karena informasi yang salah dapat menjuruskan remaja ke pergaulan bebas atau ke hal yang lain yang dapat mengarah terhadap penularan penyakit menular seksual HIV/AIDS. Pengetahuan dasar HIV/AIDS dapat membantu agar memahami dan menyadari seberapa berbahayanya HIV/AIDS sehingga remaja bisa memiliki sikap dan perilaku yang sehat untuk menghindari HIV/AIDS. (Lestari, 2014)

Maka secara garis besar dari latar belakang tentang HIV/AIDS dari data di Indonesia, saya selaku Mahasiswa STIKes Prima Indonesia tertarik untuk melakukan penelitian tentang Gambaran Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS pada Siswa/I kelas XI di SMK Attaqwa 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi.

Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan remaja tentang bahaya HIV/AIDS dan gambaran tingkat pengetahuan remaja tentang bahaya HIV/AIDS pada siswa/I kelas XI di SMK Attaqwa 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi.

## METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini menggunakan metode peneliti deskriptif yaitu penelitian yang hanya menggambarkan pengetahuan remaja tentang bahaya HIV/AIDS. Peneliti menggunakan jenis data kuantitatif, dimana proses pengumpulan data yang diperoleh langsung dari siswa-siswi dengan instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa-siswi kelas XI yang berjumlah 227 siswa-siswi di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi. Pengambilan sampel ini menggunakan rumus Slovin menurut Isaac dan Michael dari populasi terjangkau, yang meliputi remaja kelas XI di SMK ATTAQWA 05 sebanyak 69 responden. Berdasarkan metode analisis data peneliti menggunakan metode Analisa univariat yang hanya

mendeskripsikan gambaran atau karakteristik dengan hasil penelitian yang ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi yang hanya menjelaskan jumlah dan presentasi dari masing-masing variable yang diteliti oleh peneliti.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Untuk memberikan gambaran data penunjang mengenai Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS akan terlihat pada hasil analisis data yang ditampilkan dalam bentuk table distribusi frekuensi dibawah ini :

**Table 5.1**

**Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi**

Variable	<i>f</i>	%
Pengetahuan		
Baik	6	8,7%
Cukup	23	33,3%
Kurang	40	58%

Berdasarkan table 5.1 diatas dari 69 responden yang diteliti, sebagian besar siswa yang berpengetahuan kurang terdapat 40 responden (58%), sedangkan berpengetahuan cukup terdapat 23 responden (33,3%) dan sebagian kecil yang berpengetahuan baik terdapat 6 responden (8,7%).

**Table 5.2**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan umur Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi**

Umur	<i>f</i>	%
Remaja awal	2	2,9%
Remaja tengah	34	49,3%
Remaja akhir	33	47,8%

Berdasarkan table 5.2 diatas dari 69 responden yang diteliti, sebagian besar siswa yang remaja tengah terdapat 34 responden (49,3%), remaja akhir terdapat 33 responden (47,8%) dan sebagian kecil remaja awal terdapat 2 responden (2,9%).

Table 5.3

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi**

Jenis Kelamin	<i>f</i>	%
Perempuan	45	65,2%
Laki-laki	24	34,8%

Berdasarkan table 5.3 diatas dari 69 responden yang diteliti, sebagian besar siswa remaja yang berjenis kelamin perempuan terdapat 45 responden (65,2%) dan sebagian kecil yang berjenis kelamin laki-laki terdapat 24 responden (34,5%).

Table 5.4

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Orang Tua Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi**

Pendidikan	<i>f</i>	%
Orang tua		
SD	39	56,5%
SMP	12	17,4%
SMA	14	20,3%
Perguruan Tinggi	4	5,8%

Berdasarkan table 5.4 diatas dari 69 responden yang diteliti, sebagian besar Pendidikan orang tua SD terdapat 39 responden (56,5%), SMA terdapat 14 responden (20,3%), SMP terdapat 12 responden (17,4) dan sebagian kecil yang perguruan tinggi terdapat 4 responden (5,8%).

Table 5.5

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lingkungan Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi**

Lingkungan	<i>f</i>	%
Mendukung	47	68,1%
Tidak mendukung	22	31,9%

Berdasarkan table 5.5 diatas dari 69 responden yang diteliti, sebagian besar lingkungan yang mendukung 47 responden

(68,1%) dan sebagian kecil lingkungan yang tidak mendukung 22 responden (31,9%).

Table 5.6

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sumber Informasi Tentang Bahaya HIV/AIDS Pada Kelas XI di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi**

Sumber Informasi	<i>f</i>	%
Nakes	40	58%
Non nakes	9	13%
Media Informasi	20	29%

Berdasarkan table 5.6 diatas dari 69 responden yang diteliti, sebagian besar remaja yang mendapatkan informasi dari nakes 40 responden (58%), media informasi 20 responden (29%) dan sebagian kecil dari non nakes 9 responden (13%).

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan peneliti sesuai dengan Gambaran Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Bahaya HIV/AIDS di SMK ATTAQWA 05 Kebalen, Kabupaten Bekasi Tahun 2019, maka disimpulkan. Dapat diketahui distribusi frekuensi remaja yang memiliki pengetahuan baik tentang bahaya HIV/AIDS sebanyak 6 siswa-siswi (8,7%), yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 23 siswa-siswi (33,3%) dan sisanya yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 40 orang (58%). Bagi siswa-siswi SMK. Diharapkan lebih banyak membaca atau menceritakan informasi tentang kesehatan khususnya mengenai HIV/AIDS agar dapat meningkatkan pengetahuan menjadi baik. Dan diharapkan tim tenaga kesehatan bekerja sama dengan guru-guru dalam memberikan informasi dan penyuluhan tentang kesehatan khususnya HIV/AIDS di lingkungan sekolah atau kalangan remaja.

## DAFTAR PUSTAKA

Arini, Putri Ayu. 2014. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika

Direktorat Jendral. 2017. *Buku Saku HIV/AIDS dan IMS Pencegahan dan Pengendalian Penyakit*

Hidayat, A.A.A. 2014. *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika

Irianto, Koes. 2014. *Epidemiologi Penyakit Menular Dan Tidak Menular Panduan Klinis*. Bandung : Alfabeta

Katiandagho, Desmon. 2017. *Epidemiologi HIV-AIDS*. Bandung : Penerbit IN MEDIA

Kumalasari Intan APP, Dkk 2014. *Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : SalembaMedika

Kusmiran, Eni, 2012. *Kesehatan Reproduksi Kesehatan Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Kesehatan Masyarakat ilmu&seni*. Jakarta : Rineka Cipta, 2012

Novianan, Nana. 2016. *Konsep HIV/AIDS Seksualitas & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : TIM

Purwoastuti, Endang dan Walyani Siwi, Elisabeth. 2015. *Kesehatan Reproduksi Keluarga Berencana*. Pustaka Baru Press

Rohan, Hasan. Hasdianah.Dkk. 2017. *Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Intermedia

Setyaningrum, Erna, Julva, Aziz, 2015. *Keluarga Berencana Kesehatan Reproduksi*. PT. Bina Pustaka

<http://www.depkes.go.id/article/view/18120300001/hari-aids-sedunia-moment-stop-penularan-hiv-saya-berani-saya-sehat-.html>

<https://www.google.com/amp/s/m.jpnn.com/amp/news/penderita-hiv-di-bekasi-terus-bertambah>

<http://www.kemenpppa.go.id/indeks.php/pa/ge/ad/30/385/kasus/-HIV/AIDS-di-indonesia-meroket>