



ISSN 2549-4031

e-ISSN 2962-9721

Volume 7 No 1, Februari 2023

Jurnal Ilmiah Kesehatan BPI

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Ibu Hamil Dengan Kejadian Anemia Di RSUD C Kab. Bogor Tahun 2021,
Pipih Salanti 1-15

Hubungan Pemberian MP-Asi Dini Dengan Obesitas Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Di Wilayah Kerja
Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu, Lety Arlenti, Rismayani, Erli Zainal 16-20

Perbandingan Kohort Ibu Digital Dibandingkan Dengan Kohort Ibu Manual Terhadap Kinerja Bidan Di
Puskesmas Jalan Gedang Kota Bengkulu, Nurul Maulani, Lolli Nababan, Rismayani 21-26

Gambaran Unsafe Action Pada Pekerja Keramik M di Proyek R, Aninditya NS 27-38

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Makanan Pendamping Asi (MP ASI) Dini Pada Ibu Yang
Memiliki Bayi Usia 7-24 Bulan, Rosi Septina, Sri Erlina 39-49

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidakberhasilan Dalam Pemberian Asi Eksklusif Pada Ibu Yang
Memiliki Bayi Usia 0-6 Bulan Di Klinik Pratama Spn Polda Metro Jaya Periode 06 Juni – 06 Juli 2022, Zakia
Hary Nisa, Okky Merben 50-59

Pengaruh Edukasi Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Melalui Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Dan Sikap
Seksual Pranikah Di Smks Mutiara Bangsa Purwakarta, Vepti Triana M, Dedeh Rodiyah 60-71

Pengelolaan Pendidikan Berbasis Agama, Filsafat, Psikologi Dan Sosial Study Kasus Pada Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan X Jakarta Selatan, Dr. A Saefurrijal, Dr. Faiz Karim F, Arsita Pratiwi, Zakia Hary Nisa 72-80

Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan Di RS. PKT Bontang, Niky Wahyuning Gusti,
Arsita Pratiwi, Ulfiah Sufie 81-91

Efektifitas Pemberian Tablet Fe Dan Jus Jambu Biji Merah (Psidium Guajava) Terhadap Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil
Trimester III Yang Mengalami Anemia Ringan Di Kedaung Pamulang Tangerang Selatan Tahun 2021 Novy Ernawati,
Muhamad Rizki, Sutrisni 92-100

**HUBUNGAN PEMBERIAN MP-ASI DINI DENGAN OBESITAS PADA BAYI
USIA 0-6 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PASAR IKAN KOTA BENGKULU**

Lety Arlenti¹, Rismayani², Erli Zainal³
Program Studi D III Kebidanan
STIKes Sapta Bakti Bengkulu
Email: Lentiarlety@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Makanan pendamping ASI adalah makanan yang diberikan kepada bayi/anak disamping ASI untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI diberikan mulai umur 6-24 bulan dan merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga. Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlah. Hal ini dimaksudkan untuk menyesuaikan kemampuan alat cerna bayi dalam menerima MP-ASI. **Tujuan** Penelitian mengetahui pengaruh hubungan pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi usia 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu. **Metode** Penelitian ini adalah metode *Analitik* menggunakan desain *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 70 Ibu yang memiliki bayi usia 6-12 bulan yang memberikan MP-ASI dini pengambilan sampel dengan teknik *total sampling* yaitu cara pengambilan sampel data dengan menggunakan lembar koesioner dan lembar ceklis menggunakan uji T-test. Data yang diperoleh dianalisis dengan uji data statistic analitik dengan bantuan program SPSS. **Kesimpulan** penelitian ini yaitu adanya hubungan pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi usia 0-6 bulan. **Saran** Penelitian ini hendaknya dapat bermanfaat kemampuan untuk memperluas wawasan dan pengalaman ibu-ibu dalam pemberian MP-ASI pada bayinya khususnya meningkatkan ilmu pengetahuan belajar dalam meningkatkan kemampuan menjaga pertumbuhan bayinya
Kata kunci : MP-ASI dini; pertumbuhan; Obesitas

ABSTRACT

Background: Complementary food for breastfeeding is food given to infants/children in addition to breast milk to meet their nutritional needs. MP-ASI is given from 6-24 months of age and is a transitional food from breast milk to family food. The introduction and administration of MP-ASI must be carried out in stages both in form and quantity. This is intended to adjust the ability of the baby's digestive system to receive MP-ASI. **Purpose** the study was to determine the effect of the relationship between early complementary feeding and obesity in infants aged 0-6 months in the Working Area of the Fish Market Community Health Center in Bengkulu City. **This research method** is an analytical method using a cross-sectional design. The population in this study were 70 mothers who had babies who gave early MP-ASI. Sampling was taken using the total sampling technique, namely the method of data sampling using questionnaires and checklists using the T-test. The data obtained were analyzed by statistical analytic data test with the help of the SPSS program. **The conclusion** of this study is that there is a relationship between early complementary feeding and obesity in infants aged 0-6 months. **Suggestions** This research should be able to benefit the ability to broaden the insights and experience of mothers in giving MP-ASI to their babies, especially increasing learning knowledge in increasing the ability to maintain the growth of their babies
Keywords: Early MP-AS; growth; Obesity

LATAR BELAKANG

Salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia adalah cakupan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif yang belum berhasil. United Nation Children Fund (UNICEF) dan World Health Organization (WHO) menganjurkan usaha penurunan angka kesakitan dan kematian anak dengan cara pemberian ASI yang sebaiknya diberikan minimal 6 bulan lamanya. ASI dapat diberikan kepada anak hingga usia 2 tahun dan diselingi dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) setelah anak usia 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jenis makanan padat dan semi padat boleh diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sebagai makanan pendamping selain ASI (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2014). Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. ASI hanya memenuhi kebutuhan gizi bayi sebanyak 60% pada bayi usia 6-12 bulan. Sisanya harus dipenuhi dengan makanan lain yang cukup jumlahnya dan baik gizinya. Oleh sebab itu pada usia enam bulan keatas bayi membutuhkan tambahan gizi lain yang berasal dari MP-ASI (Mufida, Widyarningsih and Maligan, 2015).

Namun disisi lain, sering juga bayi yang diberi susu formula mengalami marasmus (kurang gizi). Hal ini terjadi karena pengenceran susu dengan air melebihi ketentuan yang bukan saja menurunkan kadar kalori, tetapi juga protein sehingga kebutuhan bayi akan kedua zat gizi utama tidak terpenuhi (Khasanah, 2011)

Berat badan bayi pada tahun pertama perlu terus dipantau tujuannya, ketika ada gangguan pertambahan berat badan, dapat segera ditangani dengan berturut-turut

tidak naik (3T), artinya balita mengalami gangguan pertumbuhan,

sehingga harus langsung dirujuk ke Puskesmas/ Rumah Sakit. salah satu pita wama atau pindah ke pita wama diatasnya (Kemenkes,2014)

Obesitas merupakan keadaan yang menunjukkan ketidakseimbangan antara tinggi dan berat badan akibat jaringan lemak didalam tubuh sehingga terjadi kelebihan berat badan yang melampaui ukuran ideal (Sumanto, 2009).

Kelebihan berat badan pada bayi yang mendapatkan susu formula diperkirakan karena kelebihan air dan komposisi lemak tubuh yang berbeda dibandingkan bayi yang mendapat ASI. Selain itu, berbagai penelitian menunjukkan bahwa bayi yang mengkonsumsi ASI dapat mengatur asupan kalori sesuai dengan kebutuhannya masing-masing. Kemampuan tersebut diperkirakan menjadi alasan bayi yang mengonsumsi ASI cenderung kurang memiliki masalah obesitas dikemudian hari. Namun disisi lain, sering juga bayi yang diberi susu formula mengalami marasmus (kurang gizi). Hal ini terjadi karena pengenceran susu dengan air melebihi ketentuan yang bukan saja menurunkan kadar kalori, tetapi juga protein sehingga kebutuhan bayi akan kedua zat gizi utama tidak terpenuhi (Khasanah, 2011).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi analitik dengan desain secara *cross-sectional*, dimana dalam penelitian ini variabel bebas (faktor resiko) adalah Obesitas dan variabel terikat (efek) adalah MP-ASI dini. Diamati/diukur pada saat yang sama, tetapi tiap subjek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Nova, 2015).

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki bayi yang berusia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu berjumlah 70 orang. Sampel dalam penelitian ini yaitu teknik *total sampling* yang digunakan yaitu dengan menggunakan *Total Sampling* yaitu cara pengambilan sampel secara keseluruhan pada ibu yang memiliki bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu sebanyak 70 orang

HASIL PENELITIAN

Data yang telah terkumpul diolah menggunakan komputerisasi dan disajikan dalam bentuk tabel.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah pemberian MP-ASI dan jumlah obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
MP-ASI		
MP-ASI dini	48	68,6%
MP-ASI sesuai usia	22	31,4%
Jumlah	70	100%
Obesitas		
Obesitas	48	68,6%
Tidak Obesitas	22	31,4%
Jumlah	70	100%

Berdasarkan tabel 4.1. menunjukkan bahwa pemberian MP-ASI dari 70 Responden yang memberiakn MP-ASI dini hampir sebagian besar 48 (68,6%) bayinya mengalami obesitas. Sedangkan diketahui pemberian MP-ASI sesuai usia hampir sebagian kecil 22 (31,4 %) bayinya tidak obesitas.

hubungan pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi usia 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Pemberian MP-ASI	Obesitas pada bayi 0-6 bulan		Total		F	%	Nilai p	X ²
	Obesitas	Tidak Obesitas						
MP-ASI dini	39	18,8%	9	18,8%	48	68,6	0,001	11,392
	9	40,9%	13	59,1%	22	31,4		
MP-ASI sesuai usia								
TOTAL	48	68,6%	22	31,4%	70	100		

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 48 responden yang memberikan MP-ASI dini hampir semua 39 (81,3%) bayinya mengalami obesitas, Dan sebagian kecil 9 (18,8%) responden bayinya tidak mengalami obesitas. Dari 22 responden yang memberikan MP-ASI sesuai usia terdapat terdapat hampir sebagian kecil 9 (40,9%) bayinya mengalami obesitas, dan hampir sebagian besar 13 (59,1%) responden tidak mengalami obesitas pada bayi usia 0-6 bulan. Selanjutnya sesuai uji statistik *chi-square* yang digunakan didapatkan nilai $P = 0,001 < \alpha = 0,05$ yang berarti ditemukannya hubungan yang bermakna antara pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

PEMBAHASAN

Hasil analisa univariat Berdasarkan tabel 4.1 menjelaskan bahwa distribusi responden penelitian pada kelompok variabel independen. menunjukkan bahwa dari 70 Responden yang memberikan MP-ASI dini hampir sebagian besar 48 (68,6%) bayinya mengalami obesitas. Sedangkan diketahui pemberian MP-ASI sesuai usia hampir sebagian kecil 22 (31,4 %) bayinya tidak obesitas.

Air susu ibu benar-benar bergizi sehingga tidak memerlukan tambahan. Komposisinya juga unik bagi bayi serta bervariasi sesuai dengan pertumbuhannya. ASI mudah dicerna dan langsung terserap. Kekurangan gizi, alergi, kolik, konstipasi (sembelit), dan obesitas (kegemukan) tampak lebih kecil kemungkinannya terjadi pada bayi yang mengonsumsi ASI Makanan utama bayi yaitu air susu ibu (ASI) sehingga perlu dipersiapkan sebelum bayi lahir, ASI hendaknya sudah dipersiapkan sejak janin masih dalam kandungan dengan cara merawat payudara selama masa kehamilan, terutama pada 2- 3 bulan sebelum ibu melahirkan. Waktu pemberian ASI adalah sedini dan sesering mungkin sampai anak umur 2 tahun (Wirada, 2009).

Hasil analisa bivariat pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 70 responden yang memberikan MP-ASI dini hampir sebagian besar 39(81,3%) bayinya mengalami obesitas dari uji tersebut juga didapat nilai $p=0,001 < (\alpha) 0,05$, berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

Penelitian ini didukung oleh Khasanah (2011) bahwa pemberian ASI eksklusif memiliki peran awal dalam mengurangi obesitas pada anak. Anak-anak yang diberi ASI memiliki risiko berat badan berlebih atau obesitas lebih rendah ketimbang anak yang diberi susu formula, karena Proses menyusui cukup berbeda dengan pemberian susu formula. Seorang bayi yang menyusui cenderung mengambil ASI sesuai dengan kebutuhannya dan berhenti

ketika ia sudah merasa cukup (Khasanah, 2011).

Kelebihan berat badan pada bayi yang mendapatkan susu formula dan bubur tim berbeda dibandingkan bayi yang mendapat ASI. Bayi yang mengkonsumsi ASI dapat mengatur sesuai dengan kebutuhannya masing-masing. Kemampuan tersebut diperkirakan menjadi alasan bayi yang mengonsumsi ASI cenderung kurang memiliki masalah obesitas dikemudian hari. Namun disisi lain, sering juga bayi yang diberi susu formula mengalami marasmus (kurang gizi) (Khasanah, 2011).

Selain itu, Saat bayi berumur 6 bulan keatas, sistem pencernaannya sudah relatif sempurna dan siap menerima MP-ASI. Beberapa enzim pemecah protein seperti asam lambung, pepsin, lipase, enzim amilase, dan sebagainya baru akan diproduksi sempurna pada saat ia berumur 6 bulan. Sehingga mengakibatkan penambahan berat badan pada bayi yang diberi MP-ASI sesuai usia lebih lambat di banding dengan bayi yang diberikan MP-ASI dini. Hal ini disebabkan karena proses pemecahan sari-sari makanan yang belum sempurna pada bayi kurang dari 1 bulan yang telah diberikan MP-ASI. Sehingga menunda pemberian MP-ASI sampai 6 bulan dapat melindungi bayi dari obesitas dikemudian hari (Luluk, 2005).

Hasil penelitian ini menunjukkan juga bahwa dari 70 responden yang dijadikan sampel, terdapat bayi yang diberikan MP-ASI dini tidak mengalami obesitas sebagian kecil (18,8%). Hal ini terjadi karena banyaknya faktor bukan dari faktor pemberian MP-ASI saja tetapi adanya faktor lain yang mempengaruhi seperti ibu kurang menjaga kebersihan terutama pada saat menyediakan dan memberikan makanan pada anak, menyimpan makan matang tanpa tutup, dan kurang mengamati perilaku kebersihan dari pengasuh anaknya.

Bagi para orang tua yang telah memberikan MP-ASI dini pada bayi > 6bulan hendaknya melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat, semua perilaku yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga dapat menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan masyarakat. Tentang kebersihan lingkungan dan bagi para ibu-ibu lebih berhati-hati dalam pemberian MP-ASI. Misalkan, cuci tangan sebelum memberikan makanan pada anak. Karena hal ini akan memicu gangguan pencernaan oleh kotoran yg masuk ke makanan melalui tangan. Selain itu juga, pemberian susu formula yang akan diberikan pada bayi harus disesuaikan dengan takaran pembuatan dan kemampuan bayi untuk mengkonsumsinya. Bekerja sama dengan tim gizi untuk pemantauan penambahan berat badan pada bayi di tiap bulannya.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan tujuan penelitian hubungan pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi usia 0-6 bulan. maka dapat dibuat simpulan hampir Sebagian besar 48 (68,6%) responden di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu yang memberikan MP-ASI dini. Hampir seluruh (81,3 %) anak usia 0-6 bulan diberikan MP-ASI dini di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu mengalami obesitas. ada hubungan antara pemberian MP-ASI dini dengan obesitas pada bayi usia 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu.

SARAN

Bagi peneliti selanjutnya

Agar dapat melaksanakan seminar pada tenaga kesehatan khususnya bidan tentang manfaat pemberian ASI eksklusif 6 bulan sehingga diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan informasi pada masyarakat luas tentang pemanfaatan dari pemberian ASI eksklusif tersebut. Hal ini bisa dilakukan dengan cara memberikan selebaran kepada ibu, membuat spanduk, dan lain-lain.

Bagi Ibu

Diharapkan ibu dapat memberikan MP-ASI sesuai dengan usia bayi agar tidak terjadi obesitas pada bayi.

Tempat Penelitian

Meningkatkan kerja sama dengan tim gizi atau petugas kesehatan untuk lebih memantau pertambahan berat badan bayi ditiap bulannya dan memberikan penyuluhan pada ibu yang memiliki bayi untuk memberikan MP-ASI sesuai dengan usia yaitu usia > 6 bulan. Agar dapat mencegah berat badan yang lebih (obesitas). Selain itu, para tenaga kesehatan hendaknya memberikan KIE kepada ibu hamil, bersalin, dan menyusui tentang MP-ASI sesuai usia dan bervariasi untuk mencegah berat badan yang lebih dikemudian hari.

DAFTAR PUSTAKA

1. Chomaria, Nurul. 2015. *Tumbuh Kembang Anak Usia 0-5 Tahun*. Surakarta: Cinta Menebar Cinta Menuai Hikmah
2. Dinkes Kota Bengkulu, 2010. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Bengkulu Tahun 2010*. Bengkulu: Dinkes Provinsi Bengkulu.
3. Indiarti,dkk. 2015.*Nutrisi janin dan bayi*.Yogyakarta: Parama Ilmu
4. Kemenkes RI, 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
5. Khasanah, N. 2011. *ASI Atau Susu Formula Ya?*. Yogyakarta: Flash Book
6. Luluk, 2005. *Resiko Pemberian MPASI Terlalu Dini*. <http://wrm-Indonesia.org/content/view/647/>
7. Monika, F. 2014. *Buku Pintar ASI dan Menyusui*. (K. Sulistiyani, Ed.). Jakarta: Noura Books.
8. Mufida, L., Widyaningsih, T. D., & Maligan, J. M. 2015. *Prinsip Dasar Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk Bayi 6-24 Bulan*: Kajian Pustaka. Jurnal Pangan Dan Agroindustri UB
9. Notoatdmojo, S. 2010. *Metodologi penelitian kesehatan edisi revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
10. Notoatmodjo, 2015. *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
11. Proverawati, A. 2010. *BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)*. Nuha Medika
12. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI .2014. *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif*. Jakarta.
13. WHO. (2012). *Complementary Food*.
14. Wirda. 2009. *Buku Saku Gizi Bayi*. Jakarta: EGC. p. 2 – 3
15. Wulandari, 2011. *Asuhan kebidanan III (Nifas)*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press

Gambaran Unsafe Action Pada Pekerja Keramik M di Proyek R

Aninditya NS,

Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia Jalan Jagakarsa Raya
No. 37, Jagakarsa, Jakarta Selatan
[email: piyikoyen21@gmail.com](mailto:piyikoyen21@gmail.com)

ABSTRAK

Berdasarkan data ILO tahun 2013, 1 pekerja di dunia meninggal sampai 15 detik karena kecelakaan kerja dan 160 pekerja mengalami sakit akibat kerja. ILO mencatat angka kematian dikarenakan kecelakaan dan penyakit akibat kerja sebanyak 2 juta kasus setiap tahun. Setiap jam sedikitnya terjadi satu kasus kecelakaan kerja di Indonesia (Kesehatan, 2014). Sedangkan, data BPJS ketenaga kerjaan menunjukkan pada akhir 2015 terdapat 105.182 kasus insiden kerja dengan korban meninggal mencapai 2.375 orang (BPJS, 2016). Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik kuantitatif dilakukan di Lokasi R tahun 2022. Populasi sebanyak 50 responden maka penulis mengambil semua sampelnya. Variabel independen yang diteliti adalah umur responder, tingkat pendidikan, kepatuhan, dan sikap pekerja. Hasil penelitian ini berdasarkan hasil wawancara dan pengisian kuesioner dimana hamper semua responden 70% sudah memiliki tingkat pengetahuan mengenai safety dengan baik, dan hanya 15 responden saja yang tingkat pengetahuannya rendah. Untuk umur pekerja sebanyak 30 responden yang berusia tua sedangkan yang muda hanya 20 responden, sementara tingkat kepatuhannya cukup baik sebanyak 37 responden dan yang tidak baik hanya 13 responden. Yang terakhir untuk sikapnya sudah 42 responden yang memiliki sikap yang baik dalam hal safety ditempat kerja dan hanya 8 responden saja yang memiliki sikap tidak baik. Kesimpulannya ada hubungan antara umur responden, tingkat pendidikan, kepatuhan serta sikap pekerja dengan pemahaman serta kepatuhan terhadap SOP di Proyek R ini.

Kata Kunci : Keselamatan dan Kesehatan Kerja; *Unsafe Action*; alat pelindung diri

ABSTRACT

An overview of Unsafe Action on M Ceramic Workers in Project R

Based on ILO data in 2013, 1 worker in the world died for up to 15 seconds due to work accidents and 160 workers experienced work-related illnesses. The ILO records the number of deaths due to accidents and occupational diseases as many as 2 million cases each year. Every hour there is at least one case of work accident in Indonesia (Health, 2014). Meanwhile, BPJS Employment data shows that at the end of 2015 there were 105,182 cases of work incidents with 2,375 deaths (BPJS, 2016). This research uses quantitative analytic research methods to be carried out at Location R in 2022. The population is 50 respondents, so the authors take all the samples. The independent variables studied were the age of the respondent, level of education, compliance, and employee attitudes. The results of this study were based on the results of interviews and filling out questionnaires where almost 70% of the respondents already had a good level of knowledge about safety, and only 15 respondents had a low level of knowledge. For the age of workers there were 30 respondents who were old while only 20 respondents were young, while the level of compliance was quite good as many as 37 respondents and only 13 respondents who were not good. Finally, 42 respondents have a good attitude in terms of safety at work and only 8 respondents have a bad attitude. In conclusion, there is a relationship between the age of the respondents, level of education, compliance and attitude of workers with understanding and adherence to SOPs in This R project

Keyword :Occupational Health and Safety; Unsafe Action; personal protective equipment

PENDAHULUAN

Berdasarkan data ILO tahun 2013, 1 pekerja di dunia meninggal sampai 15 detik karena kecelakaan kerja dan 160 pekerja mengalami sakit akibat kerja. ILO mencatat angka kematian dikarenakan kecelakaan dan penyakit akibat kerja sebanyak 2 juta kasus setiap tahun. Setiap jam sedikitnya terjadi satu kasus kecelakaan kerja di Indonesia (Kesehatan, 2014). Sedangkan, data BPJS ketenagakerjaan menunjukkan pada akhir 2015 terdapat 105.182 kasus insiden kerja dengan korban meninggal mencapai 2.375 orang (BPJS, 2016). Keselamatan merupakan prioritas utama dalam kehidupan manusia. Disisi lain tak ada satu pun teknologi yang bebas dari risiko yang dapat mengancam keselamatan manusia, oleh karena itu merupakan kewajiban pelaku dalam menggunakan teknologi untuk memahami proses dan dampak teknologi tersebut bagi keselamatan manusia, kemudian menetapkan dan mematuhi rambu-rambu untuk mencapai keselamatan, mengembangkan dan menerapkan secara konsisten perilaku selamat hingga terbangun budayaselamat (Henni, 2011)

Ditingkat dunia lebih dari 2,78 juta orang meninggal setiap tahun akibat kecelakaan kerja. Sekitar 374 jutacidera, penyakit akibat kerja yang tidak fatal terjadi setiap tahunnya, lebih dari 1,8 juta kematian terjadi di kawasan Asia dan Pasifik akibat kerja setiap tahunnya serta dua per tiga kematian di dunia terjadi di kawasan Asia. (International Labour Organization, 2018). Pada tahun 2017 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan mencatat bahwa kasus kecelakaan kerja peserta program Jaminan Kesehatan Kerja mengalami kenaikan. Hal tersebut dapat dilihat dari tahun 2017 total 3 kecelakaan kerja sebanyak 123.000 kasus dengan klaim Rp 971 miliar. Angka ini meningkat dari tahun 2016 dengan nilai klaim sebanyak Rp 729 miliar (Basuki, 2018). Kasus kecelakaan terjadi sector jasa konstruksi terjadi 363 kasus. Berdasarkan direktur Pelayanan BPJS Ketenagakerjaan

Menurut OHSAS 18001:2007 Segala kejadian yang berhubungan dengan pekerjaan dan menimbulkan kesakitan atau cedera (tegantung tingkat keparahannya) hingga menyebabkan kematian disebut sebagai kecelakaan kerja (OHSAS, 2007). Menurut Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI Nomer: 03/MEN/1998 tentang

prosedur pemeriksaan kecelakaan dan pelaporan kejadian kecelakaan kerja menjelaskan bahwa suatu peristiwa yang awalnya tidak dapat disangka terjadi dan dapat menyebabkan kerugian bagi manusia dan harta benda disebut dengan kecelakaan kerja (PER.03/MEN, 1998). Kejadian yang tidak diinginkan yang menyebabkan kerugian bagi manusia, dan kerugian harta benda maupun kerugian dalam proses disebut kecelakaan kerja. Kecelakaan juga biasanya terjadi akibat kontak langsung dengan suatu sumber zat atau sumber energi. Secara umum kecelakaan kerja dibagi menjadi dua yaitu : (1) Kecelakaan industri yaitu suatu kecelakaan yang terjadi di tempat kerja karena adanya sumber bahaya ditempat kerja dan adanya bahaya kerja. (2) Kecelakaan yang dialami di luar tempat kerja yang berkaitan dengan adanya hubungan kerja disebut dengan kecelakaan dalam perjalanan (Budiono, Jusuf dan Pusparini, 2016). Kecelakaan kerja tidak terjadi secara kebetulan, melainkan ada penyebabnya. Maka dari itu, pencegahan bisa dilakukan dengan meneliti penyebab dari kecelakaan tersebut dan menemukan potensi bahaya yang diduga beresiko menimbulkan kerugian baik kerugian material ataupun penderitaan dari yang paling ringan sampai yang paling berat. Kemudian selanjutnya dapat segera dibuat tindakan perbaikan agar kecelakaan dapat benar-benar dicegah dan juga untuk menghindari kecelakaan yang sama terjadi berulang kali (Suma"mur P.K, 2014). Kecelakaan dianggap sebagai suatu peristiwa atau event yang tidak disengaja, tidak direncanakan, terjadi secara kebetulan (by chance). Kecelakaan 8 yaitu suatu yang jelas tidak dikehendaki dan tidak terduga dan dapat menimbulkan kerugian baik waktu, harta beda, maupun korban jiwa (Salami, 2015)

Menurut Syarif (2018) mengatakan angka kasus kecelakaan kerja di bidang jasa konstruksi di DKI Jakarta meningkat sebanyak 10% sepanjang 2016- 2017. "Kasus kecelakaan kerja ini meningkat, khusus untuk wilayah Jakarta. Khususnya yang menimpa pekerja konstruksi meningkat, dari 507 kasus menjadi 555 kasus atau meningkat sebesar 10%. Pada periode 2018, kasus kecelakaan kerja mencapai 157.313 kasus. Sementara pada periode 2 September 2019, ada sekitar 130.923 kasus kecelakaan kerja yang terjadi. (Menaker, 2019).

Terjadinya kecelakaan umumnya disebabkan beberapa faktor, antara lain factor manusia, peralatan, manajemen dan lokasi kerja. Menurut Ramli (2010:30), penyebab kecelakaan kerja pada umumnya di golongkan menjadi dua yaitu perilaku pekerja itu sendiri (factor manusia) dan kondisi-kondisi pekerjaan (factor lingkungan kerja). Adapun menurut Suma'mur (1981) dalam Sucipto (2014:76), 80-85% kecelakaan disebabkan oleh kelalaian (unsafe human act) dan kesalahan manusia (human error). Kecelakaan dan kesalahan manusia tersebut meliputi faktor usia, jenis kelamin, pengalaman kerja dan pendidikan. Kesalahan akan meningkat Ketika pekerja mengalami stress pada beban kerja yang tidak normal atau Ketika kapasitas kerja menurun akibat kelelahan. Adapun penyebab utama kecelakaan kerja yaitu:

- a) Peralatan kerja dan perlengkapannya
- b) Tidak tersedianya alat pengaman dan perlindungan bagi tenaga kerja
- c) Keadaan tempat kerja yang tidak memenuhi syarat, seperti factor fisik dan factor kimia yang tidak sesuai dengan persyaratan yang tidak diperkenankan
- d) Pekerja kurangnya pengetahuan dan pengalaman tentang cara kerja dan keselamatan kerja serta kondisi fisik dan mental pekerja yang kurang baik.

Selain itu, kecelakaan akibat kerja pada dasarnya disebabkan oleh beberapa faktor:

a) Faktor Individu

1. Umur

Muda cenderung untuk lebih sering mengalami kecelakaan di banding dengan usia lebih tua karena pekerja pada usia muda biasanya kurang berpengalaman dalam pekerjaannya, hal ini berdasarkan hasil penelitian di Amerika Serikat. Sedangkan pada penelitian test refleksi menyimpulkan sebaliknya yakni umur muda lebih kecil mengalami kecelakaan dibandingkan dengan usia lebih tua karena kecepatan reaksinya yang lebih tinggi. Akan tetapi, hal ini hanya dapat ditunjukkan untuk jenis pekerjaan tertentu. Banyak faktor yang mempengaruhi tingginya kecelakaan kerja pada usia muda, misalnya kurangnya disiplin, kurangnya

perhatian, ceroboh, tergesa-gesa dan cenderung menuruti kata hati.

2. Pengetahuan Pekerja

Pengetahuan merupakan pengenalan akan sesuatu, atau apa yang akan dipelajari (Budiman, 2011:4) Sedangkan menurut Ahli lain Pengetahuan merupakan kemampuan untuk mengetahui dan menjabarkan informasi-informasi yang diperoleh dari hasil penglihatan dan pendengaran. Hasil penglihatan dan pendengaran diperoleh antara lain melalui belajar, media informasi baik cetak maupun elektronik dan pengalaman seseorang.

Pengetahuan merupakan salah satu unsur penting dalam pembentukan Tindakan seseorang karena perilaku didasari oleh pengetahuan lebih konsisten dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sedangkan, Pengetahuan K3 adalah segala informasi-informasi atau ilmu tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang dipelajari, dipahami dan di implementasikan untuk mencapai tujuan dari K3 itu sendiri.

Menurut Adenan (1986) dalam buku Widayatun (1999), semakin luas pengetahuan seseorang maka semakin positif perilaku yang dilakukannya. Perilaku positif mempengaruhi jumlah informasi yang dimiliki seseorang sebagai hasil proses penginderaan terhadap objek tertentu. Selain itu, tingkat perilaku mempengaruhi domain kognitif seseorang dalam hal mengingat, memahami, dan mengaplikasikan informasi yang dimiliki. Juga berpengaruh dalam proses analisis, sintesis, dan evaluasi suatu objek.

3. Sikap Pekerja

Sikap adalah respon seseorang yang tidak teramati secara langsung yang masih tertutup terhadap suatu objek. Sikap merupakan suatu kesiapan individu terhadap suatu objek dapat berupa reaksi positif (favorable) dan negative terhadap suatu objek

(unfavorable). Sikap dapat berupa rasa suka dan tidak suka, mendekati atau menghindari situasi, benda, orang, kelompok dan kebijaksanaan sosial.

Pengetahuan dan sikap adalah faktor internal. Faktor-faktor yang memegang peranan dalam pembentukan perilaku dapat dibedakan menjadi dua faktor, yaitu:

1. Faktor eksternal meliputi kebijakan manajerial, ketersediaan Alat pelindung diri (APD), yaitu sepatu safety, rompi reflektif, masker, sarung tangan, helm dan lain-lain.
2. Faktor internal meliputi kebiasaan karyawan dalam bekerja seperti tidak makan, minum dan merokosaat bekerja, tidak bersenda gurau dalam menjalankan mesin, kebiasaan membersihkan diri dan lain-lain (Abidin, Tjiptono & Dahlan, 2008).

K3 merupakan suatu upaya perlindungan kerja agar tenaga kerja selalu dalam keadaan selamat dan sehat selama melakukan pekerjaan di tempat kerja, serta sumber dan proses produksi dapat digunakan secara aman dan efisien. Menurut Winarsunu, Karakteristik individu dapat mempengaruhi perilakunya dalam bekerja. Unsur-unsur antara lain : tingkat kemampuan, kesadaran, pengalaman, kepribadian, beban kerja, usia, kelelahan, motivasi, kecanduan alcohol atau obat-obatan, penyakit, kecerdasan, tekanan kerja dan kepuasan kerja (Winarsunu, 2008)

4. Lama Bekerja
Lama bekerja juga mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja. Hal ini didasarkan pada lamanya seseorang bekerja akan mempengaruhi pengalaman kerjanya.

- a. Faktor mekanik dan lingkungan

Keadaan lingkungan kerja berpengaruh terhadap kecelakaan kerja. Hal ini dapat terjadi karena terdapat kesalahan misal dalam penyimpanan bahan baku dan alat yang tidak sesuai dengan tempatnya, rencana tempat kerja, lantai kotor dan licin. Selain itu, faktor mekanik juga dapat berpengaruh terhadap kecelakaan kerja. Faktor mekanik tersebut meliputi letak mesin yang tidak sesuai, mesin yang tidak dilengkapi dengan alat pelindung atau mesin yang digunakan telah rusak.

- b. Faktor pekerjaan

- 1) Giliran kerja (shift)

Giliran kerja adalah pembagian kerja dalam waktu dua puluh empat jam. Terdapat dua masalah utama pada pekerjaan secara bergiliran, yaitu ketidakmampuan pekerja untuk beradaptasi dengan system shift dan ketidakmampuan pekerja untuk beradaptasi dengan kerja pada malam hari dan mempengaruhi terjadinya peningkatan kecelakaan akibat kerja.

- 2) Jenis pekerjaan

Jenis pekerjaan mempunyai pengaruh besar terhadap resiko terjadinya kecelakaan akibat kerja. Jumlah dan macam kecelakaan akibat kerja berbeda-beda diberbagai operasi dalam suatu proses.

Pada proyek manapun tidak terlepas dari risiko timbulnya kecelakaan kerja, berdasarkan data Health Safety Environment (HSE) masih kurang kesadaran dan penerapan untuk keselamatan pada pekerjaannya sendiri, terutama di fabrikasi keramik pada proyek R. Bahaya tangan tersayat tepi-tepi keramik saat pemasangan struktur keramik, kaki tersandung karena lingkungan disekitar area masih kurang dalam 5R. Bahaya ini terdapat pada tahap fabrikasi keramik. Di area fabrikasi keramik banyak keramik yang tidak disusun dengan rapi dan berserakan di area kerja. Tenaga kerja yang lalu lalang di area ini dapat tersandung bekas potongan keramik ataupun bekas bobokan yang ada. Bahaya tangan terpotong karena lengah dan kefokusannya pada pekerja, karena dapat menyebabkan cedera berat seperti jari terpotong. Bahaya berada disemua tahap pekerjaan mulai dari

fabrikasi keramik hingga pemotongan keramik, karena dapat menyebabkan cedera sedang seperti luka gores, dan tersayat. Bahaya tersengat listrik karena kabel tergenang air. Bahaya ini terdapat pada tahap pemotongan keramik yang menggunakan garinda. Sedangkan di sekitar area kerja sering terdapat genangan air, karena dapat menyebabkan cedera berat seperti luka bakar.

Pada survei awal di proyek R terlihat pada area fabrikasi keramik masih sangat kurang dalam penataan keramik dan semen, Adapun pekerja yang kurang kesadaran dalam menggunakan APD, di area fabrikasi keramik tersebut. Selain itu tidak memakai APD yang diperlukan, dan sisa pemotongan keramik tidak di taruh di tempat yang benar atau aman tetapi tergeletak dipinggir-pinggir akses jalan. Menyadari pentingnya keselamatan dan Kesehatan kerja (K3) agar dapat memberi rasa aman dan mencegah kecelakaan kerja di perusahaan, sehingga perlunya implementasi tentang bahaya di fabrikasi keramik dan dalam berbagai aspek pekerjaan. oleh karena itu, sangat penting diketahui “Faktor Kecelakaan Kerja Pada Pekerja keramik di Proyek RS Jantung dan Pembuluh Darah Harkit “Private and Pediatric Cardiology Wing” Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2022.

Pada pekerjaan proyek konstruksi tentunya ingin diselesaikan dengan tepat waktu, namun terkadang aktivitas pekerjaan suatu proyek dapat terganggu dengan terjadinya kecelakaan kerja. Pekerjaan yang dilakukan di bidang konstruksi pada dasarnya merupakan pekerjaan yang berbahaya dan berisiko terjadinya kecelakaan kerja. Selain itu minimnya pekerja di proyek konstruksi tidak dibekali dengan pelatihan keselamatan dan Kesehatan kerja (K3), dan juga kesadaran pekerja yang rendah tentang keselamatan kerja. Oleh karena itu pekerjaan fabrikasi keramik perlu mendapat perhatian kontraktor agar risiko kecelakaan kerjanya dapat diminimalkan

Berdasarkan hasil analisis situasi yang telah dilakukan di perusahaan tersebut. Setelah dilakukan pengamatan terhadap beberapa hubungan antara Unsafe Action terhadap pekerja keramik dengan kecelakaan kerja di area pekerjaan keramik yang dilihat dari sumber data yang dianalisis, ternyata pada saat pengangkatan dan pemindahan keramik tidak

sesuai dengan prosedur atau aturan yang tertera. Pekerja melakukan pembongkaran dengan proses yang salah yang tidak sesuai dengan (standar operational prosedur) SOP Dilihat kondisi awal dilingkungan kerja untuk mengetahui masalah yang ada pada lingkungan kerja sehingga dapat menemukan metode yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut. Para pekerja pemasangan keramik kerap dilakukan oleh para pekerja karena kurangnya kesadaran dan pengawasan terhadap pekerja yang menyebabkan pekerja sesuka hati dan tidak mementingkan aspek keselamatan kerja sehingga pekerja kerap melakukan yang dapat membahayakan keselamatan pekerja itu sendiri dari analisis perusahaan telah menyediakan APD untuk para pekerja, namun pekerja kerap tidak menggunakan APD yang sering adalah Helm, sarung tangan saat pemasangan maupun pemotongan keramik dan masker dengan alasan tidak nyaman, dan memperlambat pekerjaan. Perusahaan telah menyediakan rompi safety, safety gloves, masker, helm dan full body harness yang standar dan kondisi yang baik. Dengan tidak menggunakan safety gloves, masker dan helm safety tersebut memungkinkan pekerja tidak menggunakan safety gloves bisa tergores oleh serpihan-serpihan keramik bekas pemotongan, jika tidak menggunakan masker akibatnya bisa terhirup debu diarea bekerja, atau bahkan dapat menyebabkan kecelakaan kerja akibat tidak patuh terhadap penggunaa APD saat pemasangan dan pemotongan keramik karena pemasangan dan pemotongan sangat berpotensi bahaya untuk para pekerja.

Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk meneliti tentang “Gambaran Unsafe action pada pekerja keramik M”.

Metode

Jenis penelitian ini adalah analitik kuantitatif yaitu penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan antara dua atau lebih variabel penelitian dan menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu suatu penelitian dimana variabel –

variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2010). Dimana bertujuan untuk mendapatkan gambaran *unsafe action*.

Hasil

Data primer yang didapatkan dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan kuesioner dan diolah menggunakan komputerisasi. Dimana data inilah yang akan penulis analisis untuk mengetahui bagaimana gambaran kepatuhan para pekerja terhadap perilaku *unsafe action* yang biasanya banyak dianggap remeh oleh banyak pihak

Tabel 3 Data Responden

No	Pekerja	Jumlah Responden
1.	Pekerjaan Keramik	50 Responden
	Jumlah	50 Responden

Tabel 4 Keterangan Indikator Kuesioner

No	Indicator	Jumlah
1	Pengetahuan	10 butir
2	Sikap Pekerja	6 butir
3	Kepatuhan Terhadap Prosedur	6 butir
4	Pengawasan	7 butir
	Jumlah	29 butir

Telah dilakukan penelitian mengenai “Gambaran *Unsafe action* pada pekerja keramik M di Proyek J”, kemudian dilakukan analisa data dan diolah serta disajikan dalam bentuk tabel.

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran dari variabel-variabel yang diteliti. Pada analisis univariat ini di tampilkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Baik variabel independen maupun variabel dependen. Hasil analisis univariat adalah sebagai berikut

Tabel 1. Berdasarkan Pengetahuan Pekerja Pada Pekerjaan Keramik di Proyek M

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase	Valid Persentase
Rendah	35 pekerja	70 %	70 %
Tinggi	15 pekerja	30 %	30 %
Total	50 pekerja	100 %	100 %

Berdasarkan tabel 1 didapatkan distribusi frekuensi pengetahuan para pekerja keramik di proyek pembangunan R yaitu berjumlah responden 50 orang, terdapat tinggi pengetahuan sebanyak 15 pekerja (30%)

sedangkan rendah pada pengetahuan sebanyak 35 pekerja (70%). Dari sini terlihat masih banyak pekerja dengan pendidikan rendah dari pada tinggi. Yang bekerja di proyek M ini.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan pada Variabel Umur

Umur	Frekuensi	Persentase	Valid persentase	Frekuensi
Muda	30 pekerja	60 %	60 %	30 pekerja

Tua	20 pekerja	40 %	40 %	20 pekerja
Total	50 pekerja	100 %	100 %	50 pekerja

Berdasarkan tabel 2 didapatkan distribusi frekuensi umur para pekerja keramik di proyek pembangunan RS Jantung dan Pembuluh Darah Harkit yaitu berjumlah responden 50 orang, terdapat golongan tua berjumlah 20 pekerja (40%), sedangkan golongan muda berjumlah 30

pekerja (60%). Untuk jumlah pekerja muda dan pekerja tua hampir imbang ya tidak ada ketimpangan dari segi usia.

Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan pada Variabel Kepatuhan Terhadap Prosedur

Kepatuhan	Frekuensi	Persentase	Valid persentase
Tidak baik	13 pekerja	26 %	26 %
Baik	37 pekerja	74 %	74 %
Total	50 pekerja	100 %	100 %

Berdasarkan tabel 3 didapatkan distribusi frekuensi kepatuhan terhadap prosedur para pekerja keramik di proyek pembangunan Proyek R yaitu berjumlah responden 50 orang, terdapat 13 pekerja (26%) yang tidak baik, sedangkan yang baik terdapat 37 pekerja (74%).

pekerja yang paham mengenai pentingnya K3 dalam menjaga keselamatan para pekerja di lingkungan proyek ini. Dengan baiknya pemahaman para pekerja akan memudahkan tim HSE untuk mengontrol pelaksanaan *safety* ditempat kerja. Pemahaman pentingnya K3 dalam pekerjaan perlu di tingkatkan

Kepatuhan para pekerja terhadap prosedur yang ada sudah banyak yang memenuhi standar persyaratan, dikarenakan sudah banyak

Tabel 4. Berdasarkan Sikap Pada Pekerja Keramik di Proyek Pembangunan R

Sikap	Frekuensi	Persentase	Valid persentase
Tidak baik	8 pekerja	16 %	16 %
Baik	42 pekerja	84 %	84 %
Total	50 pekerja	100 %	100 %

Berdasarkan tabel 4 didapatkan distribusi frekuensi sikap para pekerja keramik di proyek pembangunan R yaitu berjumlah responden 50 orang, terdapat 42 pekerja (84%) yang baik dalam bersikap sedangkan 8 pekerja (16%) lainnya tidak baik dalam bersikap. Sikap baik disini ditujukan pada sikap dalam mematuhi semua prosedur dan SOP yang ada dalam proyek ini berlangsung, dimana semua aspek *safety* bertujuan untuk meningkatkan K3 dalam perusahaan ataupun dalam suatu proyek. Pada proyek ini sudah banyak menggunakan

peralatan yang cukup modern sehingga dengan penggunaan alat alat modern ini meminimalisasi cedera pada para karyawan, akan tetapi belum dilakukan pembaharuan SOP terkait dengan peralatan yang baru datang, dimana diharapkan pembaharuan SOP bisa sesegera mungkin dilaksanakan agar *safety* semakin terjamin di area proyek ini. Secara keseluruhan kepatuhan para pekerja di proyek yang memiliki kelengkapan prosedur SOP akan cenderung lebih baik daripada proyek yang minim sekali memiliki SOP, dan juga SOP

harus sering diperbaharui jika memang diperlukan seperti ada proses baru, ada penambahan proses dan lain sebagainya

Pembahasan

Hasil evaluasi setelah dilakukannya implementasi yaitu dengan observasi secara langsung melihat para pekerja pemasangan dan pemotongan keramik saat bekerja, dan didapatkan hasil dilihat dari data analisis univariat pada tabel 4 pada kriteria sikap pekerja dan ketersediaan APD dikatakan sangat baik sesuai fakta dilapangan karena para pekerja sudah mematuhi peraturan yang ada, sudah mulai mematuhi APD yang lengkap,



seperti memakai helm dan rompi safety saat proses pemasangan dan pemotongan, selalu memakai masker disaat masa pandemic covid dan bekerja memakai sarung tangan ketika sedang proses pemidahan keramik atau pengangkatan keramik. HSE dan Subkon selalu memantau para pekerja sesuai peraturan yang ada dan memantau pekerja untuk selalu



menggunakan APD saat bekerja maupun saat memasuki area proyek. Ketersediaan APD yang cukup memadai juga memudahkan HSE untuk menerapkan program K3 di proyek ini.

Usia serta tingkat pendidikan juga cukup berpengaruh terhadap pemahaman mereka tentang K3 itu sendiri, akan tetapi tidak selalu menjamin yang berpendidikan tinggi akan selalu patuh terhadap K3. Dengan memberikan edukasi tambahan kepada para pekerja maka diharapkan, pemahaman serta kepedulian mereka terhadap K3 ditempat kerja semakin meningkat

Uraian tahapan Proyek R dalam kepatuhan penggunaan APD pada area pemasangan dan pemotongan keramik sudah berjalan dengan baik, tetapi jika perusahaan sudah maksimal dalam pembuatan program K3 yang sudah dibuat, semuanya tergantung dari pekerja yang menjalankannya. Sesuai hasil analisis situasi ada beberapa pekerja yang mengerti akan pentingnya selamat dalam bekerja tetapi ada juga yang tidak terlalu peduli. Sehingga perlu diterapkan kembali secara ketat tentang program K3 yang ada

Penerapan K3 ini juga harus menjadi komitmen seluruh pekerja di proyek ini sehingga program



K3 ini ketika diterapkan dipahami dan dijalankan secara serius oleh seluruh tingkatan di proyek ini, sehingga pelaksanaan K3 di proyek ini akan berjalan lancar dengan kesadaran penuh dari berbagai macam pihak.

Tahapan pemasangan keramik ini walaupun merupakan tahap akhir dari proyek ini tetap jangan dianggap enteng, perihal safety harus tetap diutamakan walaupun sudah menggunakan peralatan modern yang bisa meningkatkan safety-nya. Seringkali jika sudah

mencapai tahap akhir banyak yang menganggap santai saja, padahal tidak menutup kemungkinan terjadinya injury ataupun near miss di tahapan ini. Yang diharapkan dalam keseluruhan tahapan proyek safety tetap dijunjung tinggi. Karena keselamatan dan kesehatan pekerja adalah hal yang utama

Kesimpulan & Saran

Kesimpulan. Berdasarkan tujuan penelitian Gambaran Unsafe Action Terhadap Pekerja Keramik di Proyek R serta pembahasan hasil penelitian, maka dapat di simpulkan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan tingkat Pengetahuan pada pekerja Keramik, sebagian besar adalah responden termasuk katagori rendah yaitu sebanyak 35 responden (70 %) dan tinggi yaitu sebanyak 15 responden (30%).
- b. Berdasarkan Umur Pekerja, sebagian besar adalah responden termasuk katagori muda yaitu sebanyak 30 responden (60%) dan tua yaitu sebanyak 20 responden (40%).
- c. Berdasarkan tingkat Kepatuhan Terhadap Prosedur , sebagian besar adalah responden termasuk katagori baik yaitu sebanyak 37 responden (74%) dan tidak baik yaitu sebanyak 13 responden (26%).
- d. Berdasarkan Sikap Pekerja, sebagian besar adalah responden termasuk kategori baik yaitu sebanyak 42 responden (84%) dan tidak baik sebanyak 8 responden (16%).
- e. Dengan komitmen penuh seluruh aspek perusahaan seperti seringnya mengadakan safety meeting dgn subkon juga maka diharapkan hal ini terus terjaga komitmennya, sehingga semua proyek yang dikerjakan dalam keadaan sehat dan selamat bagi semua pihak
- f. Penggunaan peralatan yang cukup modern dan canggih yang diterapkan di proyek ini bisa meminimalisir terjadinya angka kecelakaan jika tetap menyediakan SOP yang sesuai dengan pembaharuan peralatan di dalam proyek.
- g. Banyaknya peralatan modern ini bisa mencegah terjadinya kecelakaan jika digunakan sebagaimana mestinya dan

tetap dilakukan maintenace secara rutin

Saran

1. Meningkatkan pengawasan pekerja, mengawasi prosedur kerja dan juga mengawasi pemakaian Alat Pelindung Diri.
2. Memberikan mensosialisasikan terhadap pekerja yang melanggar peraturan yang sudah di tetapkan oleh perusahaan jika tidak menggunakan APD sesuai SOP yang sudah ada di perusahaan maka diberikan sanksi atau teguran.
3. Meningkatkan pengetahuan tentang K3 dan pembinaan kepada pekerja tentang disiplin kerja dengan sistem kerja perusahaan kepada seluruh pekerja untuk mengikuti prosedur kerja perusahaan, dengan adanya pembinaan tersebut, dengan harap mampu menekan angka kecelakaan kerja.
4. Penyediaan APD semakin ditambah dan disesuaikan dengan kebutuhan yang ada di lapangan dan jangan lupa maintenancenya juga terhadap APD yang sudah ada dan jika perlu diperbaiki maka segera diperbaiki atau ditambah jika memang kurang.
5. Perbaiki SOP juga wajib disesuaikan dengan peralatan yang ada, jika terdapat penambahan peralatan ataupun proses maka perlu juga dilakukan perbaikan SOP sesegera mungkin.

Dapat disimpulkan bahwa penyebab ketidak patuhan penggunaan APD yang minim dapat terjadi disebabkan oleh faktor-faktor seperti: tentang pengetahuan penggunaan APD dan umur pekerja . Hal ini dilihat dari faktor pengetahuan pekerja didominasi oleh tingkat pendidikan menengah Pertama (SMP), walaupun pengetahuan pekerja tinggi tetapi tingkat kepatuhan penggunaan APD masih ada yang melanggar peraturan penggunaan APD, dikarenakan perilaku pekerja yang

kurang baik, serta sikap pekerja yang belum patuh akan pentingnya keselamatan dan kesehatan kerja. Penyediaan APD sendiri juga wajib dipenuhi oleh pemberi kerja dimana ini menunjukkan komitmen dari perusahaan dalam menjaga *safety* dari suatu perusahaan. Dan komitmen ini wajib dipahami oleh setiap pihak yang ada di proyek ini. Kesadaran akan penggunaan APD memang haus sering digaungkan di area proyek setiap dilakukan *safety talk*, sehingga bisa tertanam kepada setiap pekerja di alam bawah sadarnya bahwa penggunaan APD adalah demi keselamatan bersama sehingga perlu kesadaran dari pribadi masing-masing pekerja.

Keterkaitan pendidikan para pekerja juga harus menjadi perhatian penting, karena jika pendidikan terlalu rendah tanpa adanya edukasi tambahan mengenai pemahaman SOP maka ada kemungkinan akan salah memahami instruksi yang ada pada lembar SOP, sehingga ada baiknya para pekerja yang pendidikan kurang diberikan pelatihan tambahan untuk lebih memahami SOP sehingga tidak salah tafsir dengan perintah-perintah yang ada ditempat kerja. Karena SOP ini sekalipun terlihat sepele tetapi sebenarnya sangat penting untuk menjadi perhatian dan harus ada dalam setiap pekerjaan, sehingga bisa dipantau bagaimana pelaksanaan suatu pekerjaan apakah sudah sesuai atau belum. Karena jika tidak sesuai bis juga dilakukan perbaikan atau perbaikan jika memang diperlukan.

Daftar Pustaka

1. Occupational Accident Prevention (OCP): Implementasi Machine Barrier and K3 Training Penulis prof.Dr.Ir.H. Djoko Kustono M.Pd.Nurnaningsih Herya Ulfa, S.K.M.,M.P.H Dr. Yoto, S.T.,M.Pd.,M.M.
2. Hasibuan, Abdurrozaq, dkk.2020. *Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja* : Yayasan Kita Menulis.
3. Djatmiko, Riswan Dwi. 2016. *Keselamatan Dan Kesehatan Kerja*.Yogyakarta: Deepublish.
4. Aditya, Doni. 2020. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri Pada Karyawan Maintenance PT. Andalan Nusa Pratama*. Bogor. (diakses Rabu, 09-12-2020)
5. WIJAYANTO, INDRA KURNIAWAN. "Analisis Produktivitas Tenaga Kerja Pada Pekerjaan Pemasangan Keramik Lantai." (2021).
6. Rahmawati, Y., Utomo, C., & Rahmawati, F. (2011). Analisis deskriptif penempatan fabrikasi pembesian terhadap waktu pelaksanaan proyek konstruksi. In *Seminar Nasional Manajemen Teknologi XIII*.
7. Endroyo, B., & Tugino, T. (2009). Analisis faktor-faktor penyebab kecelakaan kerja konstruksi. *Jurnal Teknik Sipil dan Perencanaan*, 9(1), pp-21.
8. Tagueha, Winda Purnama, Jantje B. Mangare, and Tisano Tj Arsjad. "Manajemen Resiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) pada Proyek Konstruksi (Studi Kasus: Pembangunan Gedung Laboratorium Fakultas Teknik Unsrat)." *Jurnal Sipil Statik* 6.11 (2018).
9. ABDULLAH, GABRIEL WAHYU, et al. Analisis Produktivitas Pekerjaan Pemasangan Keramik Pada Daerah Luas Dan Sempit Dengan Mpdm. 2021.
10. Khoirul, Ikhwan. *PERANCANGAN, PEMBUATAN DAN PENGUJIAN PROTOTIPE ALAT PEMASANG KERAMIK TERINTEGRASI*. Diss. Universitas Andalas, 2017.
11. Putri, R, Machasin, MS, dan Chairul Amsal, M. 2015, 'Pengaruh pengawasan, lingkungan kerja dan disiplin terhadap keselamatan kesehatan kerja PT. Indah Kiat Pulp and Paper kecamatan Tualang kabupaten Siak', Faculty Of Economic Riau University, Vol.2, No.1, hlm. 1–15.
12. Ramli, S. 2010a, Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja OHSAS 18001, Dian Rakyat, Jakarta.

13. Ramli, S. 2010b, Sistem Manajemen Keselamatan & kesehatan Kerja OHSAS 18001. 1 ed, Dian Rakyat, Jakarta.
14. Salami, Indah RS. 2015, Kesehatan dan Keselamatan Lingkungan Kerja, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
15. SINAGA, Maria Fransiska, et al. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) pada Tenaga Kerja Pemanen Kelapa Sawit Di PT. Socfindo Tanah Gambus Tahun 2017 Soetjningsih. 2012, *Petunjuk Untuk Tenaga kesehatan*. Jakarta: EGC.

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP ASI) DINI PADA IBU YANG MEMILIKI BAYI USIA 7-24 BULAN

Rossi Septina¹ Sri Erlina²
^{1,2} STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia
rossiseptina19@gmail.com

Gizi merupakan faktor penting karena secara langsung berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM). Kualitas SDM di tentukan oleh kecukupan zat gizi yang di peroleh dari makanan yang di konsumsi sejak bayi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) dini pada ibu yang memiliki bayi usia 7-24 bulan . Jenis penelitian yang digunakan adalah metode kuantitatif dengan desain crosssectional dengan jumlah sampel sebanyak 91 orang. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu Pemberian MP ASI dini dan variabel independen adalah usia, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, paritas dan dukungan keluarga. Data dianalisis dengan menggunakan *uji Square*. Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas ibu memberikan MP ASI dini sebesar 60,4%. Pada mayoritas ibu berusia tidak beresiko yaitu usia 20-35 tahun sebesar 87,9%, pendidikan ibu berpendidikan dasar yaitu 93,4%, pekerjaan ibu tidak bekerja sebesar 83,5%, ibu pengetahuannya kurang sebesar 63,7%, paritas ibu tidak beresiko (jumlah anak < 4) sebesar 92,3%, dukungan keluarga mayoritas ibu ada dukungan dari keluarga nya sebesar 53,8%. Dari hasil uji statistik *chi-square* didapatkan bahwa tidak ada hubungan usia ($p=1,000$), pendidikan ($p=1,000$), pekerjaan ($p=0,802$), pengetahuan ($p=0,189$), paritas ($p=0,237$), dukungan keluarga ($p=0,215$).Saran untuk desa Curuggoong melakukan kegiatan penyuluhan secara berkala difokuskan bagi ibu dan seluruh anggota keluarga tentang pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat waktu dan tentang penting ASI eksklusif.

Kata kunci : MP-ASI; Karakteristik Ibu; Pengetahuan; Dukungan Keluarga

ABSTRACT

Nutrient is an important factor because it's influenced directly to quality of human resource. Quality of human recourse according to enaugh nutrient is got from the food was consuming since baby. The purpose of this study is to known the factor associated with early complementary is to the babies. The kind of this research is using quantitative method with cross sectional design and sample total to 91 person. Dependence variable in this research is giving weaning food (MP ASI) eraly and independens is variable age, education, job, knowledge, parity and family support. The data analized with Square test. The result of research show the majority of 60,4%, in age variable the majority of moher isn't in risk age 20-35 years old 87,9%, the education variable is majority in low education 93,4%, the job variable is majority in unempoyment mothers 83,5%, the knowledge variable is majority in low knowledge mother 63,7%, the parity variable is majority in unrisk mother child total < 4 is 85,7%, the family support variable majority in their own family support 53,8%. There is not associated between age $P=1,000$, there isn't associated between job $p=0,802$, there isn't associated between knowledge $p=0,189$, there isn't associated between parity $p=0,237$, there isn't associated between family support $p=0,215$ The suggestion for Curuggoong village is to give the information about the right time for give complementary feeding to the babies and exclusive breast feeding not only the mother but for all of whole family.

Keyword: Weaning food (MP-ASI); Chractersitic Mother; Knowledge; Support Family

PENDAHULUAN

Kesehatan dan gizi merupakan faktor penting karena secara langsung berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia ditentukan oleh kecukupan zat gizi yang diperoleh dari makanan yang dikonsumsi sejak bayi. Pada masa bayi pertumbuhan dan perkembangan berlangsung sangat cepat dan perkembangan otak telah mencapai 70% oleh karena itu salah satu upaya mendasar untuk menjamin pencapaian tertinggi sekaligus memenuhi hak anak adalah pemberian makanan/nutrisi yang terbaik sejak lahir dan pada usia dini.¹

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Organization (WHO),

merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu; pertama memberikan air susu ibu kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, kedua memberikan hanya air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, ketiga memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan, dan keempat meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih.² Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 128 ayat 1 menyatakan bahwa, “setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis”. Kebutuhan energi bayi yang cukup selama tahun pertama kehidupan sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan energi selama 2 bulan pertama, yaitu masa pertumbuhan cepat, adalah 120 kkal/kg BB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama kehidupan, bayi memerlukan energi sebesar kira-kira 115-20 kkal/Kg/hari, yang kemudian berkurang sampai sekitar 105-110 kkal/Kg/hari pada 6 bulan sesudahnya.³

Pemberian makanan bayi di Indonesia masih banyak yang belum sesuai dengan umurnya. Hasil penelitian Litbangkes menunjukkan masyarakat Indonesia terutama di perdesaan pada umumnya memberikan pisang (57,3%) kepada bayinya sebelum usia 4 bulan.⁴ Penelitian Irawati menemukan bahwa lebih dari 50% bayi di Indonesia mendapatkan Makanan Pendamping ASI dengan usia kurang dari satu bulan.⁵

Di Provinsi Banten pada tahun 2012 pemberian Makanan Pendamping ASI yang tidak sesuai usia bayi masih cukup tinggi. Dilaporkan bayi 0-6 bulan yang telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI mencapai 66,8% lebih tinggi dari rata-rata bayi yang mendapatkan makanan selain ASI nasional yaitu 62,45.⁶ Kabupaten Serang merupakan salah satu kabupaten/kota bagian dari Provinsi Banten pada tahun 2012 melaporkan bayi yang telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI pada usia 0-6 bulan sebesar 67,1%.⁷ Angka ini masih lebih rendah dibandingkan dengan wilayah kerja puskesmas padarincang, dimana bayi 0-6 bulan pada tahun 2013 di wilayah ini 89,1% telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI, di Desa Curuggoong Kecamatan Padarincang pada tahun 2013 pemberian Makanan Pendamping ASI dini 55,8%.⁸

Secara teoritis diketahui bahwa Makanan Pendamping ASI terlalu dini pada bayi dapat menyebabkan gangguan pencernaan pada bayi seperti diare, konstipasi, muntah, alergi dan gagal tumbuh kembang.⁶ Fenomena “gagal tumbuh” atau *growth faltering* pada anak Indonesia mulai terjadi pada usia 4-6 bulan karena bayi diberikan MP-ASI yang tidak tepat, kondisi tersebut terus akan memburuk hingga usia 18-24 bulan.⁶ Menurut WHO dalam Kemenkes RI menjelaskan bahwa kekurangan gizi memberikan kontribusi pada 2/3 kematian balita yang terkait dengan

praktek pemberian makanan yang tidak tepat pada bayi dan anak usia dini.⁶ Anak merupakan generasi penerus yang berpotensi untuk mewujudkan kualitas dan keberlangsungan bangsa. Sebagai generasi penerus bangsa, anak harus dipersiapkan sejak dini dengan upaya yang tepat, terencana, intensif dan berkesinambungan agar tercapai kualitas tumbuh kembang fisik, mental, intelektual, sosial dan spiritual yang dimulai sejak dini. Dalam proses tumbuh dan kembang, bayi usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya.⁶ Pentingnya terpenuhi gizi bayi untuk mencapai tumbuh kembang optimal, dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu: pertama, memberikan air susu ibu kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir; kedua, memberikan air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan; ketiga, memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6-24 bulan; dan keempat meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih. Di samping itu juga MP-ASI disediakan berdasarkan bahan lokal bila memungkinkan, MP-ASI harus mudah dicerna, harus disesuaikan dengan umur dan kebutuhan bayi dan MP-ASI harus mengandung kalori dan mikronutrien yang cukup.⁶ Pemberian makanan bayi di Indonesia masih banyak yang belum sesuai dengan umurnya. Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) pada tahun 2002, sebanyak 32% ibu melakukan pemberian makanan terlalu dini kepada bayinya pada usia 2-3 bulan

dan sebanyak 69% memberikan makanan pada usia bayi 4-5 bulan hasil penelitian Litbangkes (2003) menunjukkan masyarakat Indonesia terutama di perdesaan pada umumnya memberikan pisang (57,3%) kepada bayinya sebelum usia 4 bulan. Penelitian Irawati (2007) menemukan bahwa lebih dari 50% bayi di Indonesia mendapatkan Makanan Pendamping ASI dengan usia kurang dari satu bulan. Hasil Riskesdas 2010 memperlihatkan 55,1% bayi telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI berupa susu formula, biskuit, bubur, nasi lembek, pisang dan persentase ini terus bertambah sejalan dengan bertambah bulan, pada bulan ke lima 83,2% bayi telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI. Sedangkan hasil Riskesdas tahun 2013 jumlah bayi yang telah mendapatkan Makanan pendamping ASI adalah 54,2 %. Dari data diatas dapat dilihat mengalami penurunan yang sangat sedikit sekali. Makanan Pendamping ASI adalah makanan atau minuman padat gizi bagi bayi dan anak usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI.⁶ WHO merekomendasikan bahwa bayi mulai menerima makanan pendamping pada usia 6 sampai dengan 24 bulan selain ASI sebagai masa transisi dari ASI eksklusif kepada makanan keluarga. Karena pada masa itu produksi ASI makin menurun sehingga asupan gizi dari ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi anak yang semakin meningkat, sehingga pemberian makanan dalam bentuk makanan pelengkap sangat dianjurkan. Makanan MP-ASI mulai diberikan pada saat kebutuhan energi dan zat gizi lainnya tidak cukup didapatkan oleh ASI, WHO merekomendasikan bahwa bayi mulai menerima makanan pendamping pada usia 6 sampai dengan 24 bulan selain ASI sebagai masa transisi dari ASI eksklusif kepada makanan keluarga. Makanan MP-ASI harus mengandung cukup energi protein dan zat mikro. Mutu MP-ASI untuk usia 6-12

bulan ditentukan oleh kandungan energi dan zat gizi per porsi, yakni energi 150-200 kkal, protein 2-4 gram (usia 6-12 bulan) 5-8 gram (usia 9-12 bulan), lemak 6-12 gram (usia 6-9 bulan) dan 6-9 gram (9-12 bulan) serta kandungan zat besi >1 mg. Makanan MP-ASI hendaknya bebas dari cemaran bakteri dan zat kimia seperti peptisida. Oleh karena itu didalam proses pengolahan makanan, semua bahan makanan yang akan digunakan harus dicuci bersih dengan air mengalir dan memasaknya dalam suhu yang tepat. Makanan MP-ASI di simpan, disiapkan dan sewaktu pemberian MP ASI kondisi *hygienis*. Makanan MP- ASI diberikan sejalan dengan tanda lapar dan nafsu makan yang ditunjukkan bayi serta frekuensi dan cara pemberian disesuaikan dengan usia bayi.⁶

Ada beberapa tanda yang mengindikasikan bahwa bayi siap menerima MP-ASI, diantaranya adalah: (1) Memiliki kontrol terhadap kepala, jika bayi bisa mempertahankan posisi yang tegak dan mantap, lebih mudah memberikan makanan padat melalui sendok, (2) Kemampuan untuk duduk, ketika bayi belajar duduk dengan nyaman setidaknya selama 10 menit, akan lebih mudah memberi makanan melalui sendok, (3) Membuat gerakan mengunyah, penting bagi bayi untuk belajar mendorong makanan ke bagian belakang mulutnya lalu menelannya, (4) Pertahankan berat badan, sangat dianjurkan bahwa Anda memperkenalkan makanan padat setelah bayi mencapai dua kali berat badan lahirnya, biasanya terjadi sekitar usia enam bulan, (5) Tertarik pada makanan, ketika bayi tumbuh makin besar, ia akan mulai menjulurkan tangan untuk mengambil makanan.

ASI dapat mencukupi sebagian besar bayi sampai berumur empat atau enam bulan. Sebagian bayi dapat tumbuh dengan memuaskan sampai berumur enam bulan atau lebih dengan hanya diberi ASI. Sebagian lagi mungkin

memerlukan lebih banyak energi dan zat-zat gizi lain daripada yang terdapat dalam ASI, dengan memberikan tanda-tanda kelaparan atau penambahan berat badan yang lambat pada umur 4 bulan atau kurang. Tetapi tidak bijaksana untuk memberikan makanan tambahan kepada anak pada umur kurang dari empat bulan, karena adanya risiko kontaminasi yang sangat tinggi. Dengan memberikan makanan tambahan juga akan mengurangi produksi ASI karena si anak menjadi jarang menyusui. Pemberian Makanan Pendamping ASI sebaiknya tepat waktu dan jenisnya sesuai.⁶

Menurut Notoatmodjo, Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terperinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, antara lain adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya.

Penelitian di Afrika Selatan menunjukkan bahwa edukasi mengenai pemberian makanan yang dilakukan oleh petugas kesehatan berperan penting dalam pemberian Makanan Pendamping ASI yang tepat. Edukasi pemberian ASI secara eksklusif sebelum atau selama kehamilan dan dilanjutkan setelah melahirkan mempengaruhi keputusan ibu untuk memutuskan mengambil keputusan memberikan ASI eksklusif pada bayinya. (Swarts, Kruger dan

Dolman, 2010 dalam Pratiwi 2012). Pengaruh petugas kesehatan terhadap keputusan ibu ASI eksklusif konsisten pada penelitian Piwoz (2006) dalam pratiwi (2012) membuktikan ibu yang memperoleh informasi tentang ASI eksklusif akan menunda pemberian Makanan Pendamping ASI pada usia 6 bulan.

Pilihan seseorang dalam berperilaku sesuai dengan kesehatan dipengaruhi oleh pendapat orang lain. Umumnya kerabat dekat atau teman dijadikan sumber informasi pertama sebelum seseorang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan tertentu. Status ibu dalam masyarakat banyak dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, dimana pada umumnya dengan tingkat pendidikan rendah mereka memiliki keterbatasan otonomi antara lain sub-ordinasi terhadap suami, mertua, anggota keluarga lainnya, sehingga tanpa ijin dari pihak lain diluar dirinya sangat sulit bagi ibu untuk berperilaku sehat meskipun dapat menghadapi resiko kematian. Dukungan yang diberikan dapat berupa instrumental, seperti membantu pekerjaan dan keuangan. Dukungan sosial dalam hal ini adalah dukungan dari suami dan orang tua dalam berperilaku sehat.

Suami berperan dalam menghadapi masa-masa sulit yang melemahkan ibu dalam proses menyusui ASI Eksklusif. Penelitian Raadani dan Nurlala (2009) menunjukkan 57% ibu mendapatkan dukungan suami dalam pemberian ASI eksklusif. Ibu yang suami mendukung pemberian ASI eksklusif tanpa makan pendamping ASI pada usia 0-6 bulan berpeluang berhasil memberikan asi eksklusif dibandingkan dengan tanpa dukungan suami. penelitian yang dilakukan oleh Asdan padang (2008) didapatkan hasil uji Chi square didapat nilai $p=0,019$. Sewaktu ibu melakukan aktifitasnya, peran orang tua atau keluarga sangat penting, karen akeluarga merupakan faktor pendukung yang

secara emosional berpengaruh terhadap psikologis ibu yang menyusui untuk memberikan ASI Eksklusif. (Roesli, 2009) Penelitian Nurpelita (2007) menunjukkan ibu yang mendapatkan dukungan keluarga berpeluang 5,1 kali menyusui selama 6 bulan tanpa memberikan Makanan Pendamping ASI.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Desa Cisaat Kecamatan Padarincang Kabupaten Serang pada bulan Juli 2015 berdasarkan wawancara kepada 10 orang ibu, menemukan 8 orang ibu telah memberikan makanan sejak usia 2-3 bulan, sedangkan ibu yang lain memberikan makanan pendamping sejak usia 4-5 bulan, dengan alasan ASI yang tidak keluar, agar anak lebih cepat besar dan alasan pekerjaan yang membuat sulit untuk terus menyusui anaknya.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis ingin mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dini pada ibu yang memiliki bayi usia 07-24 bulan di Desa Curuggong Kecamatan Padarincang Kabupaten Serang tahun 2015. Tujuan penelitian ini yaitu guna mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dini pada ibu yang memiliki bayi usia 7-24 bulan di Desa Curuggong Kecamatan Padarincang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*. Jenis penelitian ini analitik kuantitatif. Data diambil dari data primer berupa kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak usia 7-24 bulan di Desa. Populasi pada penelitian ini adalah 91 orang. Sampel penelitian adalah seluruh populasi atau semua ibu yang memiliki anak usia 7-24 bulan di Desa Curuggong. Sampel dalam penelitian ini adalah total populasi sebanyak 91 orang.. Analisa Data yang digunakan

yaitu analisa univariat dan bivariat dengan menggunakan uji chi-square.

HASIL PENELITIAN

Univariat

Tabel 4.1
Distribusi Frekwensi Pemberian MP-ASI Dini di Desa Curuggoong Tahun 2015

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pemberian MP ASI Dini		
Ya	55	60,4
Tidak	36	39,6
Jumlah	91	100

Berdasarkan Tabel 4.1 Mayoritas ibu yang memberikan MP-ASI yaitu 60.4%

Tabel 4.2
Distribusi Frekwensi Ibu Berdasarkan Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, Paritas dan Dukungan Keluarga

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
Beresiko	11	12,1
Tidak Beresiko	80	87,9
Total	91	100
Pendidikan		
Dasar	85	93,4
Menengah	6	6,6
Total	91	100
Pekerjaan		
Bekerja	15	16,5
Tidak Bekerja	76	83,5
Total	91	100
Pengetahuan		
Kurang	9	9,9
Cukup	48	52,7
Baik	33	36,3
Total	91	100
Paritas		
Beresiko	7	7,7
Tidak Beresiko	84	92,3
Total	91	100
Dukungan Keluarga		
Ada	49	53,8
Tidak Ada	42	46,2
Total	91	100

Pada Tabel 4.2 menunjukkan bahwa Mayoritas ibu yang memberikan MP ASI secara dini yaitu 60,4% (55 orang), sedangkan yang tidak memberikan MP ASI Dini yaitu 39,6% (36 Orang). Jenis pemberian MP ASI dini pada usia 0-6 bulan adalah diberikan susu formula sebesar 87,2% dan madu sebesar 12,8%

Mayoritas ibu pada usia tidak beresiko yaitu 87,9% atau 80 Orang, sedangkan ibu usia beresiko sebesar 12,1% atau 11 Orang. Mayoritas ibu berpendidikan dasar yaitu 93,4% atau 85 orang sedangkan ibu berpendidikan menengah adalah 6,6% atau 6 orang. Mayoritas ibu tidak bekerja yaitu 83,5% atau 76 orang, hanya sebesar 16,5% atau 15 orang ibu yang bekerja, pada ibu yang bekerja memiliki pekerjaan sebagai buruh sebanyak 46,6%, Wiraswasta sebanyak 33,3%, PNS sebanyak 13,3% dan Pegawai Swasta sebanyak 6.6%.

Mayoritas ibu berpengetahuan cukup sebanyak 52,7% atau 48 orang sedangkan ibu yang berpengetahuan baik sebanyak 36,3 % atau 33 orang , dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 9,9 % atau 9 orang. Berdasarkan Paritas, mayoritas ibu termasuk kategori tidak beresiko yaitu 92,3% atau 84 orang sedangkan ibu yang beresiko hanya 7,7% atau 7 orang.

Mayoritas Ibu mendapat dukungan keluarga untuk pemberian MP ASI dini sebanyak 53,8% atau 49 orang dan ibu yang tidak mendapat dukungan keluarga untuk pemberian MP ASI dini sebanyak 46,2% atau 42 orang . Dukungan Keluarga yang diberikan sebagian besar berasal dari suami sebanyak 91,3%, kemudian dari orang tua sebanyak 7,2%. Dukungan yang diberikan adalah mengingatkan kepada ibu untuk melakukan pemberian MP ASI Dini.

Bivariat

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Dapat dilihat bahwa ibu yang memberikan MP ASI dini mayoritas pada usia beresiko sebanyak 63,6%, sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini usia tidak beresiko sebesar 60%, Ada kecenderungan bahwa usia beresiko lebih banyak memberikan MP ASI pada usia dini. Dari uji Statistik didapatkan nilai $p=1,000$ sehingga dapat di simpulkan bahwa usia tidak berhubungan dengan pemberian MP ASI Dini. Mayoritas ibu berpendidikan menengah yaitu 66,7%, sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini yang pendidikan dasar sebanyak 60%. Pada penelitian ini tidak ditemukan ibu yang berpendidikan tinggi. Ada kecenderungan bahwa pemberian MP ASI dini lebih banyak di berikan oleh ibu yang berpendidikan menengah. Hasil uji *Chi square* didapatkan nilai $p= 1,000$ artinya bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pemberian MP ASI dini.

Dapat dilihat bahwa mayoritas ibu yang memberikan MP ASI dini adalah ibu yang bekerja yaitu 66,7%, sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini pada ibu yang tidak bekerja 59,2%. Tidak ada perbedaan antara ibu yang bekerja dengan ibu yang tidak bekerja dan hanya mempunyai selisih 5,5 % , sehingga ibu yang bekerja dan ibu yang tidak bekerja sama-sama memiliki peluang untuk memberikan MP ASI dini. Hasil uji *Chi square* didapatkan nilai $p= 0,802$ artinya bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemberian MP ASI dini.

Dapat dilihat bahwa ibu yang memberikan MP ASI dini mayoritas dilakukan pada ibu yang pengetahuan Kurang (88,9%) sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini dengan pengetahuan ibu cukup sebanyak 58,3%, sedangkan ibu dengan pengetahuan baik sebanyak 57,6%. Ada kecenderungan bahwa pemberian MP ASI dini lebih banyak di berikan oleh ibu yang pengetahuannya kurang. Hasil uji *Chi square* dengan tingkat kepercayaan 95% secara statistik bermakna karena nilai $p= 0,189$ artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pemberian MP ASI dini.

Dapat dilihat bahwa ibu yang memberikan MP ASI dini mayoritas dilakukan ibu dengan Paritas yang beresiko sebanyak 85,7% sedangkan yang memberikan MP ASI dini pada paritas ibu yang tidak beresiko sebanyak 58,3%. Dari hasil tersebut ada kecenderungan bahwa pemberian MP ASI dini lebih banyak di berikan oleh ibu yang paritasnya beresiko artinya ibu yang memiliki anak lebih banyak berpeluang untuk memberika MP ASI dini. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,237$ artinya tidak ada hubungan antara paritas dengan pemberian MP ASI dini. Dapat dilihat mayoritas pemberian MP ASI dini diberikan oleh ibu yang mendapat dukungan sebanyak 67,3 % . Pada ibu yang memberikan MP ASI dini tidak mendapat dukungan keluarga juga sebanyak 52,4. Ada kecenderungan bahwa dukungan keluarga sangat berperan memberikan motivasi kepada seorang ibu untuk memberikan MP ASI dini Dari uji statistik di dapatkan nilai $p= 0,215$ artinya tidak ada hubungan dukungan dengan pemberian MP ASI dini.

Tabel 4.3

Hubungan Usia ibu dengan pemberian makan pendamping asi (MP-ASI) dini pada bayi 7-24 bulan

Variabel	Pemberian MP ASI				Total		Nilai p
	Dini						
	Ya	Tidak	n	%	n	%	
Usia							
Beresiko	7	63,6	4	36,4	11	100	1,000
Tidak Beresiko	48	60	32	40	80	100	
Total	55	60,4	36	39,6	91	100	
Pendidikan							
Dasar	51	60	34	40	85	100	1,000
Menengah	4	66,7	2	33,3	6	100	
Total	55	60,4	36	39,6	91	100	
Pekerjaan							
Bekerja	10	66,7	5	33,3	15	100	0,802
Tidak Bekerja	45	59,2	31	40,8	76	100	
Total	55	60,4	36	39,6	91	100	
Pengetahuan							
Kurang	8	88,9	1	11,1	9	100	0,189
Cukup	28	58,3	20	41,7	48	100	
Baik	19	57,6	14	42,4	33	100	
Total	55	60,4	36	39,6	91	100	
Paritas							
Beresiko	6	85,7	1	14,3	7	100	0,237
Tidak Beresiko	49	58,3	35	41,7	84	100	
Total	55	60,4	36	39,6	91	100	
Dukungan Keluarga							
Ada	33	67,3	16	32,7	49	100	0,215
Tidak Ada	22	52,4	20	47,6	42	100	
Total	55	60,4	36	39,6	91	100	

Pembahasan

Pada penelitian ini, menunjukkan ibu yang memberikan MP ASI secara dini masih tinggi yaitu 55 Orang (60,4%), sedangkan yang tidak memberikan MP ASI Dini 36 Orang (39,6%). Hal ini mendekati dengan hasil Riskesdas 2010 dimana ditemukan 55,1% bayi telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI berupa susu formula, biskuit, bubur, nasi lembek, pisang dan persentase ini terus bertambah sejalan dengan bertambah bulan, pada bulan ke lima 83,2% bayi telah mendapatkan Makanan Pendamping ASI. Hal ini dapat berdampak terhadap Fenomena “gagal tumbuh” atau *growth faltering* pada anak Indonesia mulai terjadi pada usia 4-6 bulan karena bayi diberikan MP-ASI yang tidak tepat, kondisi tersebut terus akan memburuk hingga usia 18-24 bulan.⁶ Menurut WHO dalam Kemenkes RI (2013) menjelaskan bahwa kekurangan gizi memberikan kontribusi pada 2/3 kematian balita yang terkait dengan praktek pemberian makanan yang tidak tepat pada bayi dan anak usia dini.⁶

Hasil penelitian pada variabel Usia menunjukkan bahwa Ibu yang usia tidak beresiko lebih banyak sekitar 80 orang (87,9 %) sedangkan usia beresiko berjumlah 11 orang (12,1%), pada variabel pendidikan menunjukkan ibu yang berpendidikan dasar lebih banyak 85 orang (93,4%) di bandingkan dengan menengah 6 orang (6,6%), Variabel Pekerjaan lebih banyak ibu yang tidak bekerja yaitu 76 orang (83,5%) sedangkan ibu yang bekerja 15 Orang (16,5%). Untuk variabel pengetahuan kurang lebih banyak yaitu 58 orang (63,7%) dan yang pengetahuannya baik hanya 33orang (36,3%). Pada variabel Paritas lebih banyak pada ibu yang tidak beresiko yaitu 84 orang (92,3%), yang beresiko berjumlah 7 orang (7,7%). Dan untuk dukungan keluarga lebih banyak yang mendapat dukungan yaitu 49 orang (53,8%) dan yang tidak mendapat dukungan sebanyak 42 orang (46,2%).

Hubungan Usia dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini

Hasil penelitian menunjukkan ibu yang memberikan MP ASI dini berusia beresiko yaitu usia > 35 tahun (63,6%), sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini yang berusia tidak beresiko usia 20-35 tahun yaitu (60%). Hal ini disebabkan karena usia beresiko lebih

banyak pengalaman dalam memberikan MP ASI dini. Dan dari uji statistik didapatkan nilai $P (0,546)$ artinya bahwa usia tidak terdapat perbedaan antara usia tua ataupun usia muda. Ini tidak sesuai dengan studi kualitatif yang dilakukan oleh Fikawati dan Syafiq menunjukkan bahwa faktor usia mungkin memainkan peranan penting sebagai pemicu seorang ibu memberikan ASI Eksklusif tanpa memberikan MP ASI. Ibu yang lebih tua lebih banyak melakukan MP ASI dini.⁹

Hubungan Pendidikan dengan Pemberian Makanan pendamping ASI Dini

Penelitian ini menemukan bahwa mayoritas ibu yang memberikan MP ASI dini terjadi pada ibu yang berpendidikan menengah sebesar (66,7%) sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini yang berpendidikan dasar (60%). Ini disebabkan karena ibu pendidikan menengah ternyata merubah pemikiran ibu tentang MP ASI dini. Dari hasil uji statistik nilai $p (0,546)$ artinya nilai $P > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pemberian MP ASI dini. Pada penelitian ini tidak ada ibu yang berpendidikan tinggi mempunyai kesempatan menyusui lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan menengah dan pendidikan dasar. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Afriana di instansi pemerintah DKI Jakarta menunjukkan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi mempunyai kesempatan menyusui lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan SLTA.¹¹ Hal senada diperoleh Namun sesuai dengan hasil penelitian Ibrahim menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemberian ASI Eksklusif berdasarkan hasil uji Kai kuadrat dengan nilai $p=0,085$.¹²

Hubungan Pekerjaan dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini

Penelitian ini menemukan ibu yang memberikan MP ASI dini yang tidak bekerja sebesar 66,7%, sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini yang bekerja sebesar (65%) memiliki kecenderungan untuk memberikan MP ASI dini. Hal ini disebabkan karena pada ibu yang bekerja lebih sedikit kesempatan untuk memberikan ASI untuk bayinya, sehingga alternatif pilihannya memberikan MP ASI dini. Hasil uji *Chi square*

dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh hasil ($p=0,589$) walaupun secara statistik tidak bermakna, namun sangat mempunyai peranan penting dalam MP ASI dini. Penemuan ini sama ditemukan oleh Padang menemukan bahwa pekerjaan tidak bermakna terhadap pemberian MP ASI dini. dengan nilai $p=0,205$.¹⁰ Hasil penelitian Subrata Dalam Pertiwi menunjukkan kelompok ibu yang bekerja memiliki peluang 7,9 kali lebih besar untuk memberikan Makanan Pendamping ASI dini dan tidak melakukan ASI eksklusif.¹³

Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini
Pemberian MP ASI dini mayoritas pada ibu yang berpengetahuan kurang (62,1%) sedangkan ibu yang memberikan MP ASI dini pada ibu yang berpengetahuan ibu baik (57,6%), ini menunjukkan bahwa peluang ibu yang berpendidikan kurang memberikan makanan pendamping sebelum waktunya lebih besar jika dibandingkan dengan ibu dengan pengetahuan baik. secara uji statistik pada penelitian ini di dapatkan nilai ($p=0,189$) artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan pemberian MP ASI dini.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Irvani di Cimahi yang mengemukakan bahwa 56% tingkat pengetahuan ibu tentang Makanan Pendamping ASI masih rendah. Rendahnya tingkat pengetahuan responden dapat disebabkan kurangnya paparan informasi.

Hubungan Paritas dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini

Dari hasil penelitian terbukti bahwa ibu yang memberikan MP ASI dini dengan Paritas yang beresiko lebih banyak berpeluang (85,7%) sedangkan untuk ibu dengan paritas yang tidak beresiko hanya sekitar (58,3%) artinya semakin tinggi paritas semakin banyak memberikan MP ASI dini pada penelitian ini di dapatkan nilai $p=0,154$, artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara paritas dengan pemberian makan MP ASI dini.

Ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Daulat Ginting bahwa ada perbedaan yang bermakna antara paritas ibu dengan pemberian MP ASI dini. Diperoleh nilai $p=0,013$ ($p<0,05$).

Paritas ibu diduga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pemberian MP ASI dini.

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini

Penelitian ini menemukan bahwa pada ibu yang memberikan MP ASI dini dengan adanya dorongan dari keluarga untuk memulai Makanan Pendamping ASI terlalu dini yaitu (67,3%), sedangkan pada ibu yang tidak ada dorongan dari keluarga untuk melakukan pemberian MP ASI dini adalah (52,4%). Hal ini disebabkan karena dukungan keluarga sangat memainkan peranan penting seseorang untuk mengambil keputusan, artinya semakin besar dukungan yang diberikan semakin besar kesempatan ibu untuk memberikan MP ASI dini. Dari hasil uji statistik di dapatkan nilai $P(0,107)$ artinya tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pemberian MP ASI dini.

Menurut Roesli (2009), dari semua dukungan bagi ibu menyusui, dukungan suami adalah dukungan yang paling berarti. Suami dapat berperan aktif dalam keberhasilan menyusui eksklusif. Ayah cukup memberikan dukungan dan bantuan-bantuan yang praktis. Kecuali menyusui, semua tugas rumah tangga dapat dikerjakan oleh suami.¹⁴

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Ibu yang memberikan MP ASI secara dini masih tinggi yaitu 55 Orang (60,4%), sedangkan yang tidak memberikan MP ASI Dini 36 Orang (39,6%).

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan usia ibu, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, paritas dan dukungan keluarga dengan pemberian

Saran untuk desa Curuggoong melakukan kegiatan penyuluhan secara berkala difokuskan bagi ibu dan seluruh anggota keluarga tentang pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat waktu dan tentang penting ASI eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Roesli, 2005, *Mengenal ASI Eksklusif*. Trubus Agriwidya, Jakarta
2. WHO/UNICEF, 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization
3. Budiyanto, M.A.K, 2002. *Dasar-dasar Ilmu Gizi*. Edisi Revisi. Universitas Muhammadiyah Malang. Malang

4. Litbangkes, 2003. *Pusat Penelitian dan pengembangan Gizi dan Makanan*. Jakarta.
5. Irawati, Anies, 2004. Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI dini Terhadap Gangguan Pertumbuhan Bayi dengan Berat Lahir Normal sampai Umur Empat Bulan. Disertasi FKM UI. Depok.
6. Kemenkes RI, 2013. Strategi Pemberian Makanan Bayi dan Anak. Jakarta : Kemenkes RI
7. Dinkes Kabupaten Serang. 2013.
8. Dinkes Kabupaten Serang. 2014.
9. Fikawati, S dan Syafiq. 2003. *Hubungan antara intermediate breastfeeding dan ASI Eksklusif*. Jurnal Kedokteran Trisakti. Vol 22 (2)
10. Asdan Padang. 2008. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif di Tapanuli. Sumatera Utara.
11. Afriana, N. (2004), *Analisis Praktek Pemberian ASI Eksklusif oleh Ibu Bekerja di Instansi Pemerintah DKI Jakarta*, Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
12. Ibrahim, E. (2002), *Analisis faktor Determinan Pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Tangerang Provinsi Banten Tahun 2002*, Tesis,
13. Pratiwi. 2012. *Factor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif di keluarahan kunciran indah tanggerang*. Depok : Fakultas Ilmu Keperwatan Universitas Indonesia.

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETIDAKBERHASILAN
DALAM PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA IBU YANG MEMILIKI BAYI
USIA 0-6 BULAN DI KLINIK PRATAMA SPN POLDA METRO JAYA
PERIODE 06 JUNI 06 – 06 JULI 2022**

¹Zakia Hary Nisa, ²Okky Merben

^{1,2} Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia Jalan Jagakarsa Raya
No. 37, Jagakarsa, Jakarta Selatan
[email: ¹zakiaharynisa@gmail.com](mailto:1zakiaharynisa@gmail.com), 2okkymerben@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Air susu ibu (ASI) merupakan makanan terbaik bagi bayi, karena komposisi yang terkandung didalamnya merupakan komposisi yang paling sempurna dan alamiah. Pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan dan dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun pertama dapat mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Berdasarkan data yang diperoleh, secara global menunjukkan tingkat pemberian ASI eksklusif cukup rendah yaitu hanya 41% tahun 2018. Di Indonesia dari data Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan pada tahun 2018 menunjukkan bahwa tingkat pemberian ASI eksklusif hanya mencapai 37% dari target yang ingin dicapai yaitu 40% tahun 2020. Tujuan penelitian untuk mengetahui tentang faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan ketidakberhasilan dalam pemberian ASI Eksklusif pada ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan di Klinik Pratama SPN Polda Metro Jaya periode 6 Juni – 6 Juli tahun 2022. Metode Penelitian ini merupakan penelitian analitik, dengan menggunakan total sample, dengan jumlah sample 55 responden, memakai data yaitu data primer (kuesioner) dan sekunder (rekam medik), analisis menggunakan Chi-Square. Hasil Penelitian : Hasil uji Chi-Square terdapat pengaruh antara Pekerjaan, Jenis persalinan, Berat badan bayi, Nutrisi, Jarak Kehamilan, dan Dukungan suami terhadap ketidakberhasilan pemberian ASI Eksklusif dimana nilai (p-value = ≤ 0.05). Kesimpulan penelitian ini yaitu enam variabel semuanya terdapat adanya pengaruh antara Pekerjaan, Jenis persalinan, Berat badan bayi, Nutrisi, Jarak Kehamilan, dan Dukungan suami terhadap ketidakberhasilan pemberian ASI Eksklusif. Saran kepada para tenaga kesehatan untuk dapat membantu memotivasi ibu menyusui dalam memberikan ASI Eksklusif.

Kata Kunci : Asi eksklusif; Bayi usia 0-6 bulan; Air susu ibu

ABSTRACT

**FACTORS RELATED TO UNSUCCESS IN EXCLUSIVE BREAST FEEDING TO
MOTHERS WHO HAVE BABIES
AGE 0-6 MONTHS IN PRATAMA CLINIC SPN POLDA METRO JAYA
PERIOD 06 JUNE 06 – 06 JULY 2022**

Background: Mother's milk (ASI) is the best food for babies, because the composition contained in it is the most perfect and natural composition. Exclusive breastfeeding for infants aged 0-6 months and continued until the child is the first 2 years old can encourage healthy growth and development. Based on the data obtained, globally, the rate of exclusive breastfeeding is quite low, which is only 41% in 2018. In Indonesia, data from Basic Health Research conducted in 2018 showed that the rate of exclusive breastfeeding only reached 37% of the target to be achieved, namely 40% by 2020. The purpose of the study was to find out about what factors were associated with the failure of exclusive breastfeeding to mothers who had babies aged 0-6 months at the Pratama Clinic of the Polda Metro Jaya SPN for the period 6 June – 6 July 2022. Methods: This research method is an analytical study, using a total sample, with a sample of 55 respondents, using primary data (questionnaires) and secondary data (medical records), analysis using Chi-Square. Research Results: The results of the Chi-Square test have an influence between occupation, type of delivery, baby's weight, nutrition, pregnancy spacing, and husband's support on the failure of exclusive breastfeeding where the value (p-value = ≤ 0.05). The conclusion of this study is that there are six variables, all of which have an influence between occupation, type of delivery, baby's weight, nutrition, pregnancy spacing, and husband's support on the failure of exclusive breastfeeding. Suggestions for health workers to be able to help motivate breastfeeding mothers in giving exclusive breastfeeding.

Keyword : Exclusive breastfeeding; Infants aged 0-6 months; Breast milk

PENDAHULUAN

Air Susu Ibu (ASI) merupakan sumber dengan komposisi seimbang untuk kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Selain dari pada itu ASI juga menjadi sumber utama kehidupan, sehingga diupayakan bayi hanya meminum ASI tanpa ada tambahan lainnya seperti susu formula, air teh, madu, air putih dan tanpa makanan pendamping atau sering disebut sebagai ASI Eksklusif (Habibah, 2022)

Pemberian ASI Eksklusif merupakan faktor yang berpengaruh dalam pertumbuhan stabilitas bayi. Berpeluangnya bayi dalam mendapatkan ASI Eksklusif berpotensi untuk tumbuh normal 1,62 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang ASI non Eksklusif. pemberian ASI Eksklusif juga berpengaruh pada perkembangan sesuai usia bayi. ASI Eksklusif yang diberikan pada bayi yang berusia 6 bulan akan menjamin tercapainya potensi kecerdasan anak secara optimal (Fitria F., 2017)

Pemberian ASI Eksklusif memiliki keuntungan untuk bayi dan ibu. Bagi bayi, nutrisi yang terkandung dalam ASI mengandung komponen bioaktif yang dapat melindungi bayi dari infeksi sehingga dapat menurunkan risiko infeksi pada anak seperti pneumonia, diare dan penyakit usus. Bagi ibu, pemberian ASI Eksklusif dapat menurunkan resiko pendarahan setelah persalinan, depresi pasca persalinan, menunda kesuburan dan meringankan beban ekonomi (Yusnita & Rustina, 2020). Pada awal tahun 2020 dunia dilanda pandemi Covid-19, tidak terkecuali Indonesia. Adanya pembatasan aktivitas sosial berskala besar yang dimaksudkan untuk mengurangi dan memutus rantai penularan Covid-19 berdampak pada pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas, posyandu, kelas ibu, dan lain-lain. Sebagian besar aktivitas posyandu ditunda, termasuk penimbangan, penyuluhan dan konseling. Kondisi pandemi juga berpengaruh kepada aturan dan kebijakan di rumah sakit terkait pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI secara langsung serta rooming-in pada bayi baru lahir. Hal ini disesuaikan dalam rangka menghindari penularan Covid-19 pada bayi baru lahir. Pemberian ASI yang optimal dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas serta memiliki dampak jangka panjang pada kecerdasan dan

kinerja seseorang pada saat dewasa (Horta, de Sousa, & de Mola, 2018). Pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan dan dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun pertama dapat mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang sehat (WHO Air, 2019).

WHO (2014) menunjukkan bahwa pemberian ASI, terutama ASI eksklusif merupakan salah satu cara untuk memberikan nutrisi terbaik bagi bayi, disamping memperkuat ikatan ibu dan bayi. Pemberian ASI secara eksklusif diharuskan pada bayi usia 0-6 bulan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak.

Pemberian ASI dimulai pada jam pertama kelahiran, disediakan secara eksklusif selama enam bulan, dan berlanjut hingga dua tahun atau lebih dengan penyediaan makanan pelengkap yang aman dan sesuai. Hal ini adalah salah satu praktik paling kuat dan direkomendasikan untuk meningkatkan kelangsungan hidup dan kesejahteraan anak (UNICEF, 2018).

Susu Ibu adalah makanan ideal untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Rekomendasi dari United Nation Childrens Funds menyatakan bahwa sebaiknya anak hanya disusui ASI selama paling sedikit enam bulan dan makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur enam bulan dan pemberian ASI dilanjutkan sampai anak berumur dua tahun. Berdasarkan data yang diperoleh, secara global menunjukkan tingkat pemberian ASI eksklusif cukup rendah yaitu hanya 41% (Unicef, 2018).

Di Indonesia dari data Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan pada tahun 2018 menunjukkan bahwa tingkat pemberian ASI eksklusif hanya mencapai 37% dari target yang ingin dicapai yaitu 40% (Unicef, 2020). Upaya yang telah dilakukan dalam mendukung ibu menyusui agar bayi usia < 6 bulan mendapat ASI eksklusif telah dilakukan sejak lama. Kebijakan tentang pemberian ASI Eksklusif tertuang dalam UU nomor 36 tahun 2019 tentang Kesehatan pasal 128 ayat 1, Peraturan Pemerintah nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif, Peraturan Menteri Kesehatan nomor 15 tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu, Peraturan Menteri Kesehatan nomor 39 tahun 2013 tentang Susu Formula Bayi dan Produk Bayi

lainnya, dan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Selain itu di beberapa provinsi juga telah mempunyai kebijakan terkait ASI Eksklusif melalui Peraturan Daerah, Peraturan Bupati, dan lainnya yang sejenis. (Kemenkes, 2020). Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif merupakan indikator yang tercantum pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2020-2024. Pada tahun 2020, dari jumlah bayi usia kurang dari 6 bulan yang di recall, dari 3.196.303 sasaran bayi kurang dari 6 bulan terdapat 2.113.564 bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif atau sekitar 66,1%. Capaian indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif sudah memenuhi target tahun 2020, yaitu sebesar 40%. Presentase bayi < 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif di provinsi Jawa Barat mencapai 56,5% (Laporan Akuntabilitas Kinerja Kemenkes, 2020).

Negara – Negara berkembang termasuk Indonesia, sekitar 10 juta bayi mengalami kematian, dan sekitar 60% dari kematian tersebut seharusnya dapat ditekan salah satunya adalah dengan menyusui, karena Air Susu Ibu (ASI) sudah terbukti dapat meningkatkan status kesehatan bayi sehingga 1,3 juta bayi dapat diselamatkan. Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, United Nation Children Found (UNICEF) merekomendasikan agar anak sebaiknya disusui hanya ASI selama paling sedikit 6 bulan. Makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan, dan pemberian ASI seharusnya dilanjutkan sampai umur dua tahun, dalam rangka meningkatkan akses ibu, keluarga dan masyarakat, terhadap informasi tentang pemberian ASI yang tepat dan benar sehingga ibu dapat menyusui eksklusif 6 bulan yang dimulai dengan inisiasi menyusui dini dalam 1 jam pertama setelah lahir (DepKes, 2017).

Pemberian ASI yang tidak optimal mempengaruhi terjadinya 45% kematian akibat infeksi neonatal, 30% kematian akibat diare dan 18% kematian akibat infeksi saluran pernafasan pada balita. Anak yang tidak disusui beresiko 14 kali akan mengalami kematian karena penyakit diare dan pneumonia, dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif (Roesli, 2007). Langkah yang telah diambil oleh Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan angka cakupan ASI Eksklusif antara lain dengan disahkannya Peraturan

Pemerintah mengenai ASI Eksklusif yang melarang promosi PASI di fasilitas kesehatan dan hak perempuan untuk menyusui. Pemerintah Indonesia juga memainkan peranan penting dalam Inisiatif Global Scaling Up Nutrition, yang berfokus pada upaya penting kebijakan yang terkoordinir dengan lebih baik dan memperkuat kemampuan teknis untuk meningkatkan status gizi anak termasuk pemberian ASI (Depkes RI, 2013).

Kegagalan menyusui juga disebabkan karena faktor status gizi ibu sebelum hamil, selama hamil dan selama menyusui. Hal ini terjadi karena selama menyusui, terjadi mobilisasi lemak tubuh ibu untuk memproduksi ASI dan simpanan lemak ibu dengan status gizi lebih rendah dari simpanan lemak tubuh pada ibu normal. Status gizi ibu selama menyusui merupakan efek dari status gizi ibu sebelum hamil dan selama hamil (peningkatan berat badan selama hamil). Pertambahan berat badan ibu selama hamil tergantung pada status gizi ibu sebelum hamil. Ibu yang memiliki status gizi baik selama hamil, cadangan lemak tubuhnya cukup untuk menyusui selama 4 – 6 bulan, tetapi ibu dengan status gizinya kurang cadangan lemak tubuhnya kemungkinan tidak cukup untuk menyusui bayinya 4 – 6 bulan. Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya. Manfaat memberikan Air Susu Ibu (ASI) bagi ibu tidak hanya menjalin kasih sayang, tetapi dapat mengurangi perdarahan setelah melahirkan, mempercepat pemulihan kesehatan ibu, menunda kehamilan, mengurangi risiko terkena kanker payudara dan merupakan kebahagiaan tersendiri bagi ibu. ASI merupakan salah satu makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Pemberian ASI perlu diberikan secara eksklusif sampai umur 6 (enam) bulan dan dapat dilanjutkan sampai anak berumur 2 (dua) tahun. Walaupun demikian masih terdapat kendala dalam pemantauan pemberian ASI eksklusif karena belum ada sistem yang dapat diandalkan untuk memantau pemberian ASI eksklusif.

Meskipun sebagian besar orang tua telah menyadari pentingnya memberikan ASI kepada bayinya, tetapi berbagai kendala masih ditemukan di masyarakat. Salah satunya adalah ketidak berhasilan ibu menyusui anaknya sampai usia 6 bulan. Alasannya adalah ibu belum memahami sepenuhnya cara menyusui

yang benar termasuk teknik dan cara memperoleh ASI.

Pemberian ASI eksklusif yang tidak optimal dapat menyebabkan terjadinya 45% kematian akibat infeksi neonatal, 30% kematian akibat diare dan 18% akibat infeksi saluran pernapasan pada balita. Anak yang tidak disusui, beresiko 14 kali akan mengalami kematian karena diare dan pneumonia, dibandingkan dengan anak yang mendapat ASI Eksklusif (Roesli, 2017).

Prasetyono (2009) beranggapan bahwa kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Adapun faktor internal yaitu pengetahuan ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga dan penyakit ibu. Sedangkan faktor eksternal adalah promosi susu formula bayi dan penolong persalinan. Sedangkan, ibu yang bekerja di luar rumah mempunyai keterbatasan kesempatan menyusui bayinya secara langsung. Keterbatasan ini bisa berupa waktu atau tempat terutama bila ditempat kerja yang tidak menyediakan fasilitas pojok laktasi, berbeda halnya apabila ibu yang bekerja di luar rumah, tetapi memiliki pengetahuan yang cukup tentang manfaat, cara penyimpanan, cara pemberian ASI sehingga diharapkan dapat meningkatkan cakupan pemberian ASI Eksklusif (Juliastuti, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Afifah (2007) faktor pendapatan sangat mendukung dalam pemberian ASI eksklusif, sedangkan keluarga dengan pendapatan rendah cenderung melakukan pemberian ASI eksklusif.

Kurangnya pengetahuan ibu tentang ASI menyebabkan ibu merasa bahwa susu formula sama-sama dapat membantu pertumbuhan bayi. Negara Indonesia terutama kota-kota besar, terlihat adanya tendensi penurunan pemberian ASI yang dikhawatirkan akan meluas ke pedesaan, penurunan penggunaan ASI di Negara berkembang atau di pedesaan terjadi karena adanya kecenderungan dari masyarakat untuk meniru sesuatu yang dianggap modern yang datang dari Negara yang telah maju atau yang datang dari kota besar (Soetjiningsih, 2017).

Menurut Amiruddin (2007) ibu dengan sosial ekonomi yang rendah akan lebih berpeluang dalam memberikan ASI dibanding ibu dengan sosial ekonomi yang tinggi. Kondisi ekonomi yang rendah membuat ibu lebih memilih menyusui karena rendahnya daya beli terhadap susu formula. Sedangkan ibu dengan sosial

ekonomi yang tinggi akan termotivasi untuk memberikan susu formula, artinya mengurangi kemungkinan untuk menyusui secara eksklusif

Metode

Penelitian ini membahas tentang hubungan variabel bebas dengan variabel terikat yang diobservasi sekaligus pada saat yang sama, dimana variabel bebasnya adalah pekerjaan, jenis persalinan secar, berat badan bayi, nutrisi, jarak kehamilan, dan dukungan suami, sedangkan variabel terikatnya yaitu ketidakberhasilan dalam pemberian ASI Eksklusif pada ibu yang memiliki bayi umur 06 bulan di Klinik Pratama SPN PMJ periode 6 Juni – 6 Juli 2022. Jenis data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan secara langsung dari sumber utamanya melalui wawancara/kuesioner. Data sekunder yang digunakan berupa daftar pasien yang ada di rekam medis dan terdaftar di Klinik Pratama SPN PMJ. Analisa data ini dilakukan dengan mengumpulkan catatan yang relevan dan menghubungkan antara yang satu dengan yang lainnya sehingga diperoleh kesimpulan, yaitu menggunakan analisa univariat dan bivariat. Variabel independennya pekerjaan, jenis persalinan secar, berat badan bayi, nutrisi, jarak kehamilan, dukungan suami, dan variabel dependennya ketidakberhasilan dalam pemberian ASI Eksklusif pada ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan. Untuk mencari adanya hubungan dan hipotesis antara 2 variabel menggunakan chi-square dengan syarat dalam populasi yang terdiri atas dua atau lebih variabel dimana data berbentuk kategori dan berdistribusi normal. Uji chiesquare dengan menggunakan program SPSS.

Hasil

Hubungan Pekerjaan terhadap Kegagalan
Pemberian ASI Eksklusif di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022.

Pekerjaan	ASI				TOTAL		P value	OR (95%CI)
	Tidak Asi Eksklusif		Asi Eksklusif					
	N	%	N	%	N	%		
Bekerja	25	69,4	11	30,6	36	100	0,004	6,364
Tidak bekerja	5	26,3	14	73,7	19	100		
Total	30	54,5	25	45,5	55	100		

Hubungan Jenis Persalinan terhadap Kegagalan
Pemberian ASI Eksklusif di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022.

Jenis Persalinan	ASI				TOTAL		P value	OR (95%CI)
	Tidak Asi Eksklusif		Asi Eksklusif					
	N	%	N	%	N	%		
Secar	23	71,9	9	28,1	32	100	0,003	5,841
Normal	7	30,4	16	69,6	23	100		
Total	30	54,5	25	45,5	55	100		

Hubungan Berat Badan Bayi terhadap Kegagalan
Pemberian ASI Eksklusif di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022.

Berat Badan Bayi	ASI				TOTAL		P value	OR (95%CI)
	Tidak Asi Eksklusif		Asi Eksklusif					
	N	%	N	%	N	%		
<2500 g	25	67,6	12	32,4	37	100	0,009	5,417
≥ 2500 g	5	27,8	13	72,2	18	100		
Total	30	54,5	25	45,5	55	100		

Hubungan Nutrisi terhadap Kegagalan
Pemberian ASI Eksklusif di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022.

Nutrisi	ASI				TOTAL		P value	OR (95%CI)
	Tidak Asi Eksklusif		Asi Eksklusif					
	N	%	N	%	N	%		
Pantang makanan	23	69,7	10	30,3	33	100	0,012	4,929
Tidak pantang makanan	7	31,8	15	68,2	22	100		
Total	30	54,5	25	45,5	55	100		

Hubungan Jarak Kehamilan terhadap Kegagalan
Pemberian ASI Eksklusif di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022.

Jarak Kehamilan	ASI				TOTAL		P value	OR (95%CI)
	Tidak Asi Eksklusif		Asi Eksklusif					
	N	%	N	%	N	%		
< 2 tahun	24	64,9	10	35,1	37	100	0,043	3,61
≥ 2 tahun	6	33,3	12	66,7	18	100		
Total	30	54,5	25	45,5	55	100		

**Hubungan Dukungan Suami terhadap Kegagalan
Pemberian Asi Eksklusif di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022.**

Dukungan Suami	ASI				TOTAL		P value	OR (95%CI)
	Tidak Asi	Asi						
	Eksklusif	13	%	N	%			
Tidak Didukung	23	67,6	11	32,4	34	100	0,025	4,182
Didukung	7	33,3	14	66,7	21	100		
Total	30	54,5	25	45,5	55	100		

Pembahasan

Bivariat antara pekerjaan dengan kegagalan pemberian Asi Eksklusif di peroleh 25 responden (69,4%) yang bekerja dan tidak di berikan asi eksklusif, sedangkan yang tidak bekerja di peroleh 5 responden (26,3%) yang tidak memberi Asi Eksklusif . Hasil uji statistik Chi-square diperoleh nilai Pvalue = 0,004 dimana nilai P-value $\leq \alpha$ (0,05) Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kegagalan pemberian Asi Eksklusif dengan pekerjaan di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022. Nilai P-value di dapatkan dari Continuity Correction karena berdasarkan hasil pengolahan program SPSS di dapatkan keterangan tabel 2x2 tidak terdapat nilai expected count kurang dari 5.

Menurut Cecep (2010) pekerjaan ibu yaitu kegiatan yang dilakukan ibu sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan, para ibu bekerja pada umumnya paling sering mengalami persoalan manajemen laktasi, terutama ketika sudah harus kembali bekerja. Hasil penelitian ini berbeda dengan pernyataan Utami Roesli (2015), bekerja bukan alasan untuk menghentikan pemberian ASI secara eksklusif selama paling sedikit 4 bulan dan bila mungkin sampai 6 bulan 32 VOLUME 3 NOMOR 1 APRIL 2022 meskipun cuti hamil hanya 3 bulan. Dengan pengetahuan yang benar tentang menyusui, perlengkapan memerah ASI, dan dukungan lingkungan kerja seorang ibu yang bekerja dapat tetap memberikan ASI eksklusif. Kemenkes (2017) menyatakan Ibu yang bekerja

bukan merupakan alasan untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif, ibu yang ingin kembali bekerja diharapkan berkunjung ke klinik laktasi untuk menyiapkan cara memberikan ASI bila bayi harus ditinggal, masalah yang sampai saat ini belum dapat diselesaikan adalah sulitnya perempuan yang bekerja agar dapat memberikan ASI kepada bayinya. ibu yang tidak bekerja memang mempunyai banyak waktu yang longgar dan tidak terbatas dalam memberikan ASI secara eksklusif, namun kenyataannya ibu yang tidak bekerja tidak dapat memberikan ASI secara eksklusif karena berbagai sebab diantaranya rasa malas menyusui, anggapan payudara kecil tidak bisa mencukupi kebutuhan nutrisi bayi, takut merusak payudara sehingga tidak indah lagi, pengetahuan ibu yang kurang tentang ASI eksklusif serta kurangnya dukungan dan peran serta keluarga ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kegagalan ASI eksklusif di Puskesmas Bangetayu Semarang (Fatimah, 2015)

Berdasarkan hasil analisis Bivariat antara jenis persalinan dengan kegagalan pemberian Asi Eksklusif di peroleh 23 responden (71,9%) yang jenis persalinan secar dan tidak di berikan asi eksklusif, sedangkan yang normal di peroleh 7 responden (30,4%) yang tidak memberi Asi Eksklusif . Hasil uji statistik Chi-square diperoleh nilai Pvalue = 0,003 dimana nilai P-value $\leq \alpha$ (0,05) Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kegagalan pemberian Asi Eksklusif dengan jenis persalinan di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022. Nilai P-value di dapatkan dari Continuity Correction karena berdasarkan hasil pengolahan program SPSS di dapatkan keterangan tabel 2x2 tidak terdapat nilai expected count kurang dari 5.

Berdasarkan hasil analisis Bivariat antara Berat Badan Bayi dengan kegagalan pemberian Asi Eksklusif di peroleh 25 responden (67,6%) yang berat badan bayi saat lahir <2500 gram dan tidak di berikan asi eksklusif, sedangkan yang berat badan bayi saat lahir \geq 2500 gram di peroleh 5 responden (27,8%) yang tidak memberi Asi Eksklusif. Hasil uji statistik Chisquare diperoleh nilai P-value = 0,009 dimana nilai P-value $\leq \alpha$ (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang

bermakna antara kegagalan pemberian Asi Eksklusif dengan berat badan bayi di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022. Nilai P-value di dapatkan dari Continuity Correction karena berdasarkan hasil pengolahan program SPSS di dapatkan keterangan tabel 2x2 tidak terdapat nilai expected count kurang dari 5.

Berdasarkan hasil analisis Bivariat antara Nutrisi dengan kegagalan pemberian Asi Eksklusif di peroleh 23 responden (69,7%) yang pantang makanan dan tidak memberikan asi eksklusif, sedangkan yang tidak pantang makan di peroleh 7 responden (31,8%) yang tidak memberikan Asi Eksklusif. Hasil uji statistik Chi-square diperoleh nilai P-value = 0.012 dimana nilai P-value $\leq \alpha$ (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kegagalan pemberian Asi Eksklusif dengan Nutrisi di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022. Nilai P-value di dapatkan dari Continuity Correction karena berdasarkan hasil pengolahan program SPSS di dapatkan keterangan tabel 2x2 tidak terdapat nilai expected count kurang dari 5.

Berdasarkan hasil analisis Bivariat antara Jarak Kehamilan dengan kegagalan pemberian Asi Eksklusif di peroleh 24 responden (64,9%) yang jarak kehamilannya < 2 tahun dan tidak di berikan asi eksklusif, sedangkan yang jarak kehamilannya ≥ 2 tahun di peroleh 6 responden (33,3%) yang tidak memberikan Asi Eksklusif. Hasil uji statistik Chi-square diperoleh nilai Pvalue = 0.043 dimana nilai P-value $\leq \alpha$ (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kegagalan pemberian Asi Eksklusif dengan jarak kehamilan di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022. Nilai P-value di dapatkan dari Continuity Correction karena berdasarkan hasil pengolahan program SPSS di dapatkan keterangan tabel 2x2 tidak terdapat nilai expected count kurang dari 5.

Berdasarkan hasil analisis Bivariat antara Dukungan Suami dengan kegagalan pemberian Asi Eksklusif di peroleh 23 responden (67,6%) yang tidak di dukung suami dan tidak memberikan Asi Eksklusif, sedangkan yang didukung suami di peroleh 7 responden (33,3%) yang tidak memberikan Asi Eksklusif. Hasil uji statistik Chi-square diperoleh nilai Pvalue = 0.025 dimana nilai P-value $\leq \alpha$ (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kegagalan pemberian Asi Eksklusif dengan dukungan

suami di Klinik Pratama SPN PMJ Tahun 2022. Nilai P-value di dapatkan dari Continuity Correction karena berdasarkan hasil pengolahan program SPSS di dapatkan keterangan tabel 2x2 tidak terdapat nilai expected count kurang dari 5.

Kurangnya pemahaman keluarga tentang manfaat ASI bagi bayi sehingga anggota keluarga tidak menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif, dan ada sebagian anggota keluarga yang memberikan makanan tambahan kepada bayinya karena mereka beranggapan bahwa tidak cukup jika hanya diberikan ASI saja. Seharusnya anggota keluarga memberikan dukungan kepada ibu seperti memasak makanan yang memperlancar ASI, nasehat untuk memberikan ASI kepada bayinya, serta mendengarkan keluhan ibu selama masa menyusui, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kegagalan ASI eksklusif di komunitas Madura Wilayah kerja Pukesmas Purun kecil Kabupaten Mempawah (Trisnawati, 2018)

Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh ibu dalam merawat bayi. Dukungan yang dibutuhkan oleh ibu bisa dari suami, orang tua, mertua, saudara atau keluarga yang lain, apabila keluarga tidak mendukung dapat mempengaruhi sikap dan perilaku ibu. Jika keluarga memberi dukungan kepada ibu, ibu akan termotivasi untuk melakukan suatu tindakan dikarenakan adanya keyakinan maka akan timbul percaya diri, semangat dan niat dalam diri ibu sehingga ibu akan mempunyai keinginan besar untuk mendapatkan suatu hal yang diinginkan sesuai dengan yang diharapkan, dan begitu juga sebaliknya. Dalam suatu tindakan, ibu yang mempunyai keinginan akan lebih berhasil dari pada ibu yang tidak mempunyai keinginan (Hariana, 2018)

Menurut asumsi peneliti, anggota keluarga tidak mendukung yang memberikan ASI eksklusif karena adanya kemauan dari ibu itu sendiri untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan pemahaman ibu yang cukup baik tentang ASI dan anggota keluarga tidak mendukung yang tidak memberikan ASI eksklusif karena anggota keluarga yang menganjurkan kepada ibu agar bayi diberikan makanan tambahan karena mereka beranggapan bahwa ASI saja tidak

cukup. Anggota keluarga mendukung yang memberikan ASI eksklusif karena anggota keluarga yang memotivasi ibu agar memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, memberikan makanan yang bergizi untuk ibu agar memperbanyak produksi ASI, serta membantu ibu dalam mengurus bayinya dan anggota keluarga mendukung yang tidak memberikan ASI eksklusif karena kurangnya produksi ASI sehingga ibu memberikan susu formula sebagai pendamping ASI. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh ibu dalam merawat bayinya. Dengan adanya dukungan yang diberikan dari orang-orang terdekat maka akan sangat penting bagi ibu dalam melakukan sebuah tindakan, dukungan yang berupa seperti pujian sehingga ibu merasa lebih percaya diri dan yakin bisa untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, memberikan makanan yang bergizi bagi ibu menyusui agar memperbanyak produksi ASI, dan membantu ibu dalam 87 merawat bayinya serta mendengarkan keluhan-keluhan ibu selama menyusui. Ada sebagian dari anggota keluarga bahkan menyarankan kepada ibu untuk memberikan makanan pendamping ASI karena mereka beranggapan bahwa ASI saja tidak cukup untuk bayi sehingga diberikan susu formula, bubur, pisang dan lain sebagainya. Dukungan psikologis dari keluarga dekat terutama wanita seperti ibu, ibu mertua dan kakak wanita yang telah berpengalaman dan berhasil menyusui serta suami yang mengerti bahwa ASI Eksklusif baik bagi bayi merupakan dorongan yang kuat bagi ibu untuk menyusui dengan baik. Bagi ibu, suami merupakan pendukung terbaik untuk menyusui. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu, banyak kasus mengapa ibu sering tidak berhasil menyusui anaknya, setelah diamati ternyata keluarga tidak mendukung usaha ibu untuk memberikan ASI. Ketidakpedulian suami akan ketenangan ibu dan bayi membuat frustrasi, akibatnya ibu merasa sedih, bingung, kesal, marah. Kesedihan ibu akan menghambat kerja hormon oksitosin sehingga proses menyusui terganggu, untuk itu diharapkan pengertian dan kerjasama yang baik dari suami yaitu dengan dukungan dan kenyamanan ibu dan anak (Roesli, 2005). Menurut Sudiharto (2007), dukungan keluarga adalah dukungan untuk memotivasi ibu memberikan ASI saja kepada bayinya sampai usia 6 bulan termasuk memberikan

dukungan psikologis kepada ibu dan mempersiapkan nutrisi yang seimbang kepada ibu. Friedman dalam Sudiharto (2007) menyatakan bahwa fungsi dasar keluarga antara lain adalah fungsi efektif yaitu fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh, memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung. Suami dan keluarga dapat berperan aktif dalam pemberian ASI dengan cara memberikan dukungan emosional atau bantuan praktis lainnya (Roesli, 2007)

Hasil penelitian Tambunan juga menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara hubungan antara dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif di salah satu rumah sakit swasta di Indonesia Barat. Diharapkan bahwa petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu untuk memberikan ASI Eksklusif pada bayinya sehingga ibu memahami pentingnya ASI eksklusif dibandingkan susu formula. Perawat, tenaga lain, dan juga kader kesehatan masyarakat harus mampu memberikan edukasi dan motivasi agar ibu dapat memberikan ASI eksklusif dengan menyenangkan perasaan dari masa pra-konsepsi ketika bayi lahir hingga usia minimal 6 bulan dan berlanjut sampai ulang tahun anak kedua. Selanjutnya, temuan dalam penelitian ini juga memotivasi institusi dan mahasiswa keperawatan untuk lebih meningkatkan kreativitas mereka dalam memberikan pendidikan kesehatan audio visual tentang menyusui. Alat-alat ini dapat dibagikan melalui sosial platform media dan semoga bisa menambah pengetahuan dan kesadaran ibu tentang kebaikan dari ASI. Studi lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor untuk memiliki eksklusif yang optimal perilaku menyusui dengan menambahkan aspek dukungan suami dan sosial budaya dalam data demografi (Tambunan et al., 2022).

Kesimpulan & Saran

Kesimpulan., Kesimpulan Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh dan sesuai dengan tujuan khusus untuk mengetahui distribusi dari masing-masing variabel dan hubungan ketidakberhasilan dalam pemberian ASI Eksklusif pada ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan di Klinik Pratama SPN PMJ

meliputi faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakberhasilan pemberian ASI eksklusif didapatkan adanya hubungan antara pekerjaan, jenis persalinan, berat badan bayi, nutrisi, jarak kehamilan, dan dukungan suami.

Saran., Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan literature guna menambah wawasan dan informasi serta pendidikan kesehatan sebagai calon bidan yang memegang peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas terutama mengenai Pemberian ASI eksklusif. Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan masukan pada Klinik Pratama SPN PMJ supaya melakukan sosialisasi tentang pentingnya ASI eksklusif agar ibu dapat melakukan intervensi secara mandiri di rumah. Diharapkan bagi peneliti lain untuk melakukan kajian yang lebih mendalam baik secara kuantitatif maupun kualitatif mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif pada ibu yang memiliki bayi usia 06 bulan dengan memasukkan variabel lain, seperti pola konsumsi ibu, zat gizi yang diperlancar asi, dll.

Daftar Pustaka

- Adhanom, T. F. H. H. (2018) Protecting, Promoting And Supporting Breastfeeding In Facilities Providing Maternity And Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative World Health Organization.
- Agustia, N., Machmud, R., & Usman, E. (2019). Artikel Penelitian Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI eksklusif pada Ibu Bekerja di Kabupaten Ogan Komering Ulu. 8(3), 573–582.
- Azhari, A. S., Pristya, T. Y. R., Kesehatan, F. I., Pembangunan, U., Veteran, N., Kesehatan, F. I., Pembangunan, U., Veteran, N., Laktasi, I., & Bayi, K. K. (2019). FAKTORFAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN PENDAHULUAN Air Susu Ibu (ASI) eksklusif saja dalam 24 jam terakhir semakin menurun seiring meningkatnya umur bayi dengan persentase terendah pada anak umur 6 bulan Indonesia tahun 2017 didapatkan bahwa pe. 1(1).
- Destyana, R, M., Dudung, A., & Rachmanida, N. (2018). Hubungan peran keluarga dan pengetahuan ibu terhadap pemberian ASI di Desa Tanah Merah Kabupaten Tangerang. Indonesian Journal of Human Nutrion, 5(1), 41-50. <https://doi.org/10.21776>.
- Ermalena. (2018). Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia (p. 15). Balai Kartini. Fikawati, S. & K. (2018). Gizi Ibu dan Bayi. PT Raja Grafindo Persada. 6. Green, L. (1980). Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Company.
- Hakim, A. (2020). EKSKLUSIF Correlation of Mother “ s Characteristic with Exclusive Breastfeeding. November. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v6i2.984>
- Husna, A., Safitri, F., & Rahmi, N. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Baiturrahman. Journal of Healthcare Technology and Medicine, 5(1), 140. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v5i1.341>
- Hariana, E. Y. (2018) ‘Faktor-Faktor Yang 88 Berhubungan Dengan Kegagalan Pemberian ASI eksklusif Di Kecamatan Nanga Kalis Kabupaten Kapuas Hulu’, JUMANTIK: Jurnal Mahasiswa dan Peneliti Kesehatan
- Hidayat, A.A. (2009). Metode Penelitian Kebidanan Tehnik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika
- Kemenkes. (2018). Pedoman Pekan ASI Sedunia (PAS) Tahun 2018 (pp. 2–3).Kemenkes RI.
- Lestari, R. R. (2017). Pemberian ASI eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tapung Perawatan Tahun 2015. Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini,1(2),97. <https://doi.org/10.31004/obsesi.v1i2.20>
- Lestari, R. R. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI eksklusif pada Ibu. 2(1), 131–136. Lindawati, R. (2019). Hubungan Pengetahuan, Pendidikan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI eksklusif. Faletahan Health Journal, 6(1), 30–36. <https://doi.org/10.33746/fhj.v6i1.25>
- Lestari, C. I. A. A. N. Q. R. A. N. H. P. (2019) ‘Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Kegagalan Ibu Dalam Memberikan ASI eksklusif Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Di Wilayah kerja Puskesmas Pejeruk’, Midwifery Journal, 4, pp. 11–16
- Lumbantoruan, M. (2018). Hubungan Karakteristik Ibu Menyusui dengan Pemberian ASI eksklusif pada Bayi di Desa

- Bangun Rejo Dusun 1 Kecamatan Tanjung Morawa Tahun 2018. *Jurnal Maternal Dan Neonatal*, 3(1), 13–22. Maryunani, A. (2018). Inisiasi Menyusui Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi. *Trans Media Info*.
16. Notoatmodjo, S. (2017). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
 17. Nurhayati, F., & Nurlatifah, S. (2018). Hubungan pengetahuan ibu menyusui tentang pemberian asi perah dengan pendidikan di wilayah kerja puskesmas cimahi tengah. 4(02), 11–15.
 18. Pada, E., & Usia, B. (2017). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN ASI. X(1), 28–34.
 19. Permenkes. (2017). *Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif* (p.7).
 20. Prasetyono. (2017). *Buku Pintar ASI Eksklusif* (M. Hani‘ah ed). DIVA Press.
 21. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 (p. 145). (2019). Kemenkes RI. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatanindonesia/Profil-Kesehatanindonesia2019.pdf> Profil Puskesmas Galang. (2020). Pukesmas Galang.
 22. Purnamasari, D. M. (2015) ‘Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidakberhasilan ASI Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Pakualaman Kota Yogyakarta’.
 23. Rahmadhona, D., Affarah, W. S., Wiguna, P. A., & Reditya, N. M. (2017). Faktorfaktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Mataram. 6(2), 12–16.
 24. Raj, J. F., Fara, Y. D., & Mayasari, A. T. (2020). *Wellness and healthy magazine*. 2(2), 283–291.
 25. Sanjaya, R. Y. D. F. H. I. (2018) ‘Faktor Yang Berhubungan Dengan Kegagalan Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif’, *Jurnal Maternitas UAP (JAMAN UAP)*, 1(2).
 26. Trisnawati, E. O. W. (2018) ‘Kegagalan ASI Eksklusif : Manajemen Laktasi Dan Dukungan Keluarga’, *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) KesMas Respati*, 3.
 27. WHO. (2010). *Infant And Young ChildFeeding*. Geneva.
 28. Zainuddin, 2008. *Pengaruh Konseling Ibu Hamil Terhadap Inisiasi Menyusu Dini Di Kabupaten Pangkep Tahun 2008*. Tesis

tidak diterbitkan. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar

**PENGARUH EDUKASI TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA
MELALUI MEDIA LEAFLET TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP
SEKSUAL PRANIKAH DI SMKS MUTIARA BANGSA PURWAKARTA**

¹Vepti Triana Mutmainah, ²Dedeh Rodiyah

^{1,2} Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Kebidanan STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia
Jalan Jagakarsa Raya
No. 37, Jagakarsa, Jakarta Selatan
[email: vepty.triana@gmail.com](mailto:vepty.triana@gmail.com)
ABSTRAK

Remaja mengalami perubahan fisik dan hormonal yang menyebabkan mulai timbulnya dorongan seksual. Timbulnya dorongan seksual dapat memicu remaja untuk melakukan aktivitas seksual termasuk seks pranikah. Pencegahan seks pranikah dapat melalui pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja. Pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* dapat dimanfaatkan sebagai media untuk menyebarkan informasi kesehatan kepada remaja. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* mengenai Kesehatan Reproduksi terhadap pengetahuan dan sikap remaja di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta. Penelitian ini adalah penelitian *pre-experiment* dengan rancangan penelitian *pretest-posttest one group design*. Sampel dari penelitian ini dipilih dengan menggunakan *proportionate stratified random sampling*. Sampel pada penelitian ini sebanyak 30 orang yang diberikan berupa pesan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* sebanyak tiga kali dalam seminggu selama dua minggu. Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini yaitu uji *t-test* berpasangan dan uji Wilcoxon. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan pengetahuan ($p < 0,001$) dan sikap ($p = 0,001$) sebelum dan sesudah intervensi. Pemberian pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap remaja mengenai pencegahan seks pranikah di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta.

Kata kunci: pendidikan kesehatan; pengetahuan; remaja, seks pranikah; sikap; *Leaflet*

ABSTRACT

***THE INFLUENCE OF EDUCATION ON ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH THROUGH
MEDIA LEAFLETS ON KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF PRE-MARRIAGE SEX IN SMKS
MUTIARA BANGSA PURWAKARTA***

Adolescents experience physical and hormonal changes that cause sexual urges to begin. The emergence of sexual urges can trigger adolescents to engage in sexual activities, including premarital sex. Prevention of premarital sex can be done through health education to increase the knowledge and attitudes of the adolescents. Health education through Leaflet can be used as a medium to disseminate health information to adolescents. This study aimed to determine the effect of health education through Leaflet on the knowledge and attitudes on the prevention of premarital sex for adolescents at SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta. This study was a pre-experimental with a pretest-posttest one group design. Samples were selected using proportionate stratified random sampling. The sample of this study amounted to 30 people and were given health education messages through Leaflet regarding the prevention of premarital sex three times a week for two weeks duration. Statistical tests used in this study were the paired t-test and Wilcoxon test. The results of the statistical test showed that there were differences in knowledge ($p < 0,001$) and attitudes ($p = 0,001$) before and after the intervention. The provision of health education through Leaflet affects the knowledge and attitudes of adolescents regarding the prevention of premarital sex in SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta.

Keywords: adolescents; attitude; health education; knowledge; premarital sex; Leaflet

PENDAHULUAN

Remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa yang dihadapkan pada beberapa perubahan dalam dirinya menuju kedewasaan. Penyesuaian diri terhadap perubahan fisiologis dan psikologis akibat hormon reproduksi yang mulai berfungsi menjadi salah satu masalah yang dihadapi remaja (Kadarwati, Wuryaningsih, & Alaydrus, 2019). Tingginya hormon reproduksi dan munculnya dorongan seksual pada remaja menimbulkan ketertarikan seksual terhadap lawan jenis cukup besar (Kusumaryani, 2017). Besarnya dorongan seksual dan ketertarikan seksual yang tidak mampu dikendalikan menjadikan remaja sebagai kelompok usia yang rentan melakukan tindakan seksual tertentu, salah satunya seks pranikah.

Seks pranikah merupakan hubungan seksual yang dilakukan tanpa ikatan pernikahan yang sah (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2017). Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) (2017), menyebutkan bahwa sebanyak 8% remaja laki-laki dan 2% remaja perempuan usia 15-24 tahun pernah melakukan seks pranikah (Badan Pusat Statistik, BKKBN, & Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Bali (PKBI Bali) tahun 2017 menyatakan bahwa kasus remaja yang melakukan hubungan seks pranikah pada tahun 2015 sebanyak 269 kasus dan tahun 2016 sebanyak 207 kasus. Pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan seks pranikah menjadi modal yang penting bagi remaja untuk mencegah seks pranikah. Pengetahuan dan sikap remaja tentang seksualitas mempunyai pengaruh terhadap perilaku seks pranikah (Ulfah, 2018). Remaja yang kurangpranikah cenderung memiliki sikap yang salah dan cenderung melakukan hubungan seksual pranikah (Dilla dkk, 2020). Pendidikan kesehatan menjadi salah satu upaya dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja untuk mencegah seks pranikah. Pendidikan Kesehatan merupakan kombinasi pembelajaran yang dirancang untuk membantu individu dan komunitas dalam menumbuhkan motivasi, meningkatkan pengetahuan, mengembangkan keterampilan, dan kepercayaan diri, sehingga berdampak pada peningkatan Kesehatan *Health organization*, 2012). Pendidikan kesehatan dapat disampaikan melalui beberapa media seperti media cetak, media papan, dan media elektronik. Media elektronik yang

dapat digunakan antara lain, televisi, radio, video, film, internet, *teleconference* dan telepon seluler (Nursalam & Efendi, 2012). Perkembangan teknologi, informasi, dan komunikasi yang pesat menyebabkan masyarakat mulai beralih dari telepon seluler ke perangkat telepon pintar (*smartphone*). Hasil survei Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia (Kemkominfo RI) (2017), menunjukkan bahwa 66,3% masyarakat Indonesia menggunakan *smartphone* dan kelompok usia 9-19 tahun yang menggunakan *smartphone* sebanyak 65,34%. Melihat cakupan penggunaan *smartphone* pada kelompok usia 9-19 tahun di Indonesia membuka peluang bagi tenaga kesehatan untuk menggunakan *smartphone* sebagai media pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan melalui *smartphone* dilakukan dengan memanfaatkan layanan pesan singkat dan pesan instan.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian *pre-experimental* dengan rancangan *one- group pretest and posttest design* yang dilakukan di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta pada bulan Mei 2021. Populasi penelitian ini yaitu siswa kelas X SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta yang berjumlah 149 siswa.

Layanan pesan instan memungkinkan pengguna untuk bertukar informasi antar pengguna *smartphone* lainnya melalui internet. Salah satu aplikasi yang menyediakan layanan pesan instan yaitu *Leaflet*. Berdasarkan hasil survei Kemkominfo RI (2019), aplikasi pesan instan yang paling sering digunakan masyarakat Indonesia, yaitu *Leaflet* dengan persentase sebesar 92,75%. Hasil wawancara dengan kepala kesiswaan di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta diketahui bahwa di sekolah tersebut belum pernah mendapat pendidikan kesehatan mengenai pencegahan seks pranikah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* terhadap pengetahuan dan sikap remaja kelas X pada pencegahan seks pranikah di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta

Sampel penelitian ini adalah 30 siswa kelas X Jurusan Keperawatan yang dipilih dengan teknik *probability sampling* yaitu teknik *cluster sampling* untuk memilih jurusan/bidang keahlian dan *proportionate stratified random sampling* untuk menentukan jumlah proporsi sampel di setiap kelas. Kriteria inklusi penelitian ini,

yaitu siswa aktif SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta kelas X Jurusan keperawatan, memiliki *smartphone* sendiri yang terpasang aplikasi *Leaflet*, aktif menggunakan aplikasi *Leaflet*, bersedia menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi penelitian ini, yaitu siswa yang sudah pernah mendapatkan penyuluhan tentang seks pranikah. Kriteria *drop-out* penelitian ini, yaitu siswa yang mengundurkan diri sebagai responden penelitian selama penelitian berlangsung dan responden yang tidak mengisi kuesioner penelitian.

Pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* yaitu pemberian informasi mengenai pengertian seks pranikah, faktor penyebab seks pranikah, dampak seks pranikah, dan pencegahan seks pranikah dalam bentuk pesan teks dan gambar infografis melalui *Leaflet group* yang dikirim sebanyak tiga kali seminggu selama dua minggu. Responden penelitian dimasukkan ke dalam *Leaflet group* yang telah dibuat peneliti. Pesan dikirim kepada responden satu hari setelah *pre-test* dilakukan. Pesan dikirim pukul 09.00 WIB pada hari Senin, Rabu, dan Jumat. Satu hari setelah pesan terakhir dikirim, peneliti melakukan *post-test*.

Instrumen penelitian ini mengadopsi instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian Safitri (2017) dan telah dimodifikasi pada bagian kuesioner pengetahuan. Kuesioner pengetahuan terdiri dari 12 item pertanyaan dengan topik pengertian seks pranikah, bentuk perilaku seksual, faktor yang mempengaruhi perilaku seks pranikah, dampak dan pencegahan seks pranikah. Uji validitas dan reliabilitas instrumen menggunakan uji terpakai dengan rumus korelasi *pearson product moment*. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan didapat 12 item pertanyaan yang dinyatakan valid dan nilai *cronbach's alpha* yaitu 0,615. Kuesioner sikap didapat 12 item pernyataan yang dinyatakan valid dan nilai *cronbach's alpha* yaitu 0,763.

Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan kuesioner melalui *google form* yang dikirimkan pada *Whatsapp* penelitian dengan estimasi waktu 15-30 menit. Data yang terkumpul kemudian ditabulasi dan dilakukan analisa data. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi Frekuensi karakteristik responden. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh dari variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Uji Wilcoxon digunakan untuk menganalisis perbedaan

pengetahuan responden penelitian sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet*. Uji *t-test* berpasangan dilakukan untuk menganalisis perbedaan

sikap responden penelitian sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet*

Hasil

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta
(n=30)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Umur		
Tahun	4	13,3%
Tahun	20	66,7%
18 Tahun	6	20,0%
Total	30	100%
Agama Islam		
Kristen Katolik	28	93,3%
Kristen Protestan	1	3,3%
	1	3,4%
Total	30	100%
Membicarakan tentang seksualitas dengan orang tua		
Ya Tidak	4	13,4%
	26	86,6%
Total	30	100%

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa responden penelitian Sebagian besar berusia 17 tahun sebanyak 30 responden yaitu 66,7%. Mayoritas Agama responden penelitian adalah Islam sebanyak 28 responden yaitu 93,3%. Tabel 1 juga menyajikan data terkait pembicaraan responden

penelitian dengan orang tuanya tentang seksualitas, pubertas, timbulnya Hasrat seksual, dan perilaku seksual remaja. Sebagian besar responden tidak membicarakan tentang seksualitas dengan orang tuanya yaitu sebanyak 26 responden atau 86,6%.

Tabel 2. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Remaja Kelas X pada Pencegahan Seks Pranikah Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Melalui *Leaflet* di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta (n = 30)

Variabel	Rata-rata	SD	Median	Minimal	Maksimal
Pengetahuan					
<i>Pre-test</i>	9,15	2,054	10,00	4	12
<i>Post-test</i>	10,46	1,187	11,00	7	12
Sikap					
<i>Pre-test</i>	38,52	4,988	39,00	25	47
<i>Post-test</i>	39,98	4,721	40,00	26	48

Tabel 2 menunjukkan peningkatan rata-rata pengetahuan dari *pre-test* 9,15 ($\pm 2,054$) menjadi 10,46 ($\pm 1,187$) pada *post-test* setelah diberikan pendidikan

Kesehatan melalui *Leaflet*. Rata-rata sikap juga mengalami peningkatan dari *pre-test* 38,52 ($\pm 4,988$) menjadi 39,98 ($\pm 4,721$) pada *post-test*.

Tabel 3. Hasil Uji Statistik Perbedaan Pengetahuan Remaja Kelas X pada Pencegahan Seks Pranikah Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Melalui *Leaflet* di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta (n = 30)

Pengetahuan	n	Rata-rata (SD)	CI 95%	p
<i>Pre-test</i>	30	9,15 (2,054)	-	< 0,001
<i>Post-test</i>	30	10,46 (1,187)	-	

Tabel 3 menunjukkan hasil terdapat perbedaan rata-rata pengetahuan sebelum dan etelah diberikan

pendidikan Kesehatan melalui *Leaflet* dengan nilai $p < 0,001$ ($\alpha = 0,05$).

Tabel 4. Hasil Uji Statistik Perbedaan Sikap Remaja Kelas X pada pencegahan Seks Pranikah Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Melalui *Leaflet* di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta (n = 30)

Sikap	n	Rata-rata (SD)	CI 95%	p
<i>Pre-test</i>	30	38,52 (4,988)	-2,243 (-,670)	0,001
<i>Post-test</i>	30	39,98 (4,721)		

Hasil analisa dengan *chi square* didapatkan *p-value* = 0,000, jika dibandingkan dengan alpha (α) 0,05, berarti $p < \alpha$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara letak sungsang dengan kejadian asfiksia bayi baru lahir.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rata-rata pengetahuandan sikap responden penelitian pada pencegahan seks pranikah sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* dengan nilai ppengetahuan ($p < 0,001$) dan sikap ($p = 0,001$). Perbedaan pengetahuan dan sikap responden penelitian tersebut disebabkan karena pemberian informasi kesehatan dengan layanan pesan instan *Leaflet* mengenai pencegahan seks pranikah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Usman, Batjo, dan Rista (2019) yang menggunakan layanan *Leaflet*

Hasil analisis keamatan diperoleh pula nilai OR=0,143 (0,047 -0,437), menunjukkan bahwa bayi yang lahir dengan letak sungsang memiliki resiko lebih besar 0,143 kali mengalami asfiksia pada bayi baru lahir.

menunjukkan bahwa edukasi bahaya aborsi melalui *Leaflet* memiliki pengaruh terhadap tingkat pengetahuanremaja putri dengan nilai signifikansi tingkat pengetahuan $p = 0,000$ ($\alpha = 0,05$). Penelitian lain yang dilakukan Saraswati, Tasnim, & Sunarsih (2019) mengenai pemanfaatan media *Leaflet* dan *leaflet* terhadap perilaku pemeriksaan payudara sendiri pada remaja di kota Kendari menunjukkan bahwa informasi mengenai pemeriksaan payudara sendiri yang dikirim melalui *Leaflet* berupa pesan teks edukasi dan pesan gambar mengalami peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada remaja.

Peningkatan pengetahuan dan sikap tersebut didukung oleh model atau pendekatan pembentukan perilaku berbasis telepon genggam yang dikembangkan Nundy, Dick, Solomon, dan Peek tahun 2013. Pendekatan tersebut menyebutkan bahwa pesan singkat yang dikirimkan kepada klien secara tidak langsung dapat memengaruhi pengetahuan dan sikap melalui dukungan sosial, memodifikasi keyakinan terhadap kesehatan dan *self-efficacy* (Nundy *et al.*, 2013). Pesan yang dikirim secara rutin dan dapat disimpan untuk dibaca di lain waktu secara tidak langsung dapat mengubah keyakinan kesehatan serta memengaruhi *self-efficacy* responden penelitian, sehingga mengakibatkan adanya perubahan pada pengetahuan dan sikap (Waisnawa, Damayanti, & Sanjiwani, 2021).

Pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* pada penelitian ini merupakan program yang memberikan informasi mengenai pencegahan seks pranikah melalui pesan teks dan gambar yang menggunakan aplikasi *Leaflet* dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja. *Leaflet* dapat digunakan menjadi media alternatif dalam memberikan informasi kesehatan (Nugroho, Hartati, Wulandari, & Asmawati, 2019). *Leaflet*

Messenger adalah aplikasi komunikasi yang memungkinkan pengguna smartphone untuk mengirim pesan instan berupa tulisan, foto, video, pesan suara, dan melakukan panggilan suara atau video melalui koneksi internet (Giordano *et al.*, 2017). *Leaflet* menjadi aplikasi pesan instan yang paling sering digunakan masyarakat Indonesia dengan persentase sebesar 92,75% (Kemkominfo RI, 2019). Hal ini mendukung pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* menjadi program potensial digunakan sebagai media pendidikan kesehatan. Program pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* mengenai pencegahan seks pranikah pada penelitian ini disusun menjadi modul sebagai pedoman dalam pelaksanaan penelitian. Modul ini berisikan tentang satuan acara penyuluhan, konten/isi pesan, media gambar infografis dan lampiran materi penyuluhan. Konten atau isi pesan yang dikirimkan sebagai pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* pada penelitian ini disesuaikan dengan karakteristik bahasa dan jumlah kalimat yang disampaikan, sehingga informasi yang disampaikan dapat diterima dengan mudah dan menarik. Gambar infografis yang digunakan juga dibuat

dengan menarik dan sederhana. Frekuensi pengiriman pesan juga perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* ini efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan. Pesan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* pada penelitian ini dikirim sebanyak tiga kali dalam seminggu dan berlangsung selama dua minggu. Penelitian yang dilakukan Waisnawa dkk (2021) menunjukkan bahwa pemberian pesan *Leaflet* dengan frekuensi setiap tiga kali dalam seminggu terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu mengenai *stunting*. Waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan pada penelitian yang berlangsung selama dua minggu masih terbilang singkat, sehingga terdapat beberapa responden yang mengalami penurunan skor pengetahuan dan sikap setelah mendapat pendidikan kesehatan melalui *Leaflet*.

Leaflet dapat menjadi media pendidikan kesehatan yang inovatif dan terbukti dapat memberikan pengetahuan dan sikap yang lebih baik pada post- test. Beberapa keunggulan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* dilihat dari sudut pandang penerima pesan atau peserta pendidikan kesehatan yaitu peserta pendidikan kesehatan dapat menerima pesan dimana saja dan kapan saja bahkan pesan yang dikirim tersebut

dapat disimpandan dilihat kembali di lain waktu. Peserta tidak perlu mengeluarkan banyak biaya karena biaya penggunaan *Leaflet* menggunakan paket data internet (Suryadi, Ginanjar, & Priyatna, 2018). Ditinjau dari sudut pandang pemberi materi pendidikan kesehatan, keunggulan pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* yaitu pesan yang dikirim dapat berupa teks, foto, video, dan pesan suara (Suryadi dkk, 2018). Pesan dikirim menggunakan biaya dari paket data internet yang terbilang lebih murah dibandingkan media SMS. Pelaksanaan pendidikan kesehatan terbilang lebih praktis dimana, pemberi materi tidak perlu menyiapkan tempat untuk kehadiran peserta secara fisik ketika pemberian pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan dilakukan dengan fitur *group chat* sehingga dapat mengirim pesan ke banyak peserta secara bersamaan. Pemberi materi juga dapat melihat siapa saja yang telah membaca pesan yang dikirimkan melalui *group chat*. Hal ini sangat berguna ketika ada peserta yang belum membaca pesan yang dikirimkan, maka pemberi materi dapat menggunakan fitur *mention* untuk mengingatkan peserta tersebut membaca pesan. Aplikasi *Leaflet* juga memiliki fitur yang dapat memberikan format pada pesan teks seperti tulisan tebal,

tulisan miring, tulisan bergarisbawah yang bermanfaat untuk memberikan penekanan pada pesan yang ingin disampaikan.

Kesimpulan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan melalui *Leaflet* terhadap pengetahuan dan sikap

remaja kelas X pada pencegahan seks pranikah di SMKS Mutiara Bangsa Purwakarta.

Daftar Pustaka

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2017). *Promosi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Bagi Kelompok Kegiatan PIK Remaja (PIK R)*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Reproduksi BKKBN.
2. Badan Pusat Statistik, BKKBN, & Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Survei Demografi Dan Kesehatan : Kesehatan Reproduksi Remaja 2017*. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes RI, ICF International.
3. Dilla, V. F., Wijaya, M., Mandiri, A., Susanti, A. I., & Elba, F. (2020). Pengetahuan Remaja Putri Tentang Bahaya Perilaku Seksual Pranikah di Desa Kalisari dan Desa Kalijaya Kabupaten Karawang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 11(1), 51–55.
4. Giordano, V., Koch, H., Santos, A. G., Belangero, W. D., Pires, R. E. S., & Labronici, P. (2017). Leaflet Messenger as an Adjunctive Tool for Telemedicine: An Overview. *Interactive Journal of Medical Research*, 6(2), e11.
5. Kadarwati, S. R., Wuryaningsih, C. E., & Alaydrus, M. (2019). Knowledge and Attitudes Toward Premarital Sex Behavior Students of SMAN “X” Jakarta. *KnE Life Sciences*, 4(10), 247.
6. Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. (2017). *Survey Penggunaan TIK 2017*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia.

7. Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. (2019). Survey Pengguna TIK Serta Implikasinya terhadap Aspek Sosial, nJakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia.
8. Kusumaryani, M. (2017). Brief notes : Prioritaskan Kesehatan Reproduksi Remaja Untuk Menikmati Bonus Demografi. Lembaga Demografi FEB UI, 1–6.
9. Nugroho, N., Hartati, I., Wulandari, & Asmawati. (2019). Pengaruh Edukasi Menstruasi melalui Leaflet Terhadap Self Care Dismenore Pada Remaja Putri SMA di Kota Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 88–93.
10. Nundy, S., Dick, J. J., Solomon, M. C., & Peek, M.E. (2013). Developing A Behavioral Model for Mobile Phone-Based Diabetes Interventions. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 125–132.
11. Nursalam, & Efendi, F. (2012). Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
12. Safitri, A. N. (2017). Pengaruh Edukasi dengan Media Ular Tangga Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja dalam Upaya Pencegahan Seks Pranikah di SMPN Besuki Tulungagung. Skripsi. Universitas Airlangga.
13. Saraswati, P. S., Tasnim, & Sunarsih. (2019). Pengaruh Media Leaflet dan leaflet Terhadap Perilaku Pemeriksaan Payudara Sendiri pada Siswi Sekolah Menengah Atasdi Kota Kendari. *Public Health Science Journal*, 11(2), 107–117.
14. Suryadi, E., Ginanjar, M. H., & Priyatna, M. (2018). Penggunaan Sosial Media Leaflet Pengaruhnya terhadap Disiplin Belajar Peserta Didik pada Mata Pelajaran Pendidikan Agama Islam (Studi Kasus di SMK Analisis Kimia YKPI Bogor). *Edukasi Islami : Jurnal Pendidikan Islam*, 7(1), 1.
15. Ulfah, M. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah pada remaja SMP dan SMA di wilayah eks-kota

- administratif Cilacap. *Medisains*, 16(3), 137–142.
16. Usman, H., Batjo, S. H., & Rista, N. (2019). Edukasi Bahaya Aborsi melalui Layanan Leaflet dalam Meningkatkan
17. Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri di SMA Negeri 3 Palu. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Ri Pangkalpinang*, 7(2), 50.
18. Waisnawa, I. G. B. P., Damayanti, M. R., & Sanjiwani, I. A. (2021). Pengaruh Stunting Smart Chatting terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Dengan Balita di Desa Pering Kecamatan Blahbatuh Kabupaten Gianyar. *Community of Publishing In Nursing (COPING)*, 9(2), 180–187. DOI: <https://doi.org/10.24843/coping.2021.v09.i02.p08>
19. World Health Organization. (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Health Promotion Practice. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

**PENGELOLAAN PENDIDIKAN BERBASIS AGAMA, FILSAFAT, PSIKOLOGI
DAN SOSIAL STUDY KASUS PADA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN X
JAKARTA SELATAN**

Dr. A Saefurrijal¹, Dr. Faiz Karim F², Arsita Pratiwi³, Zakia Hary Nisa¹

achmad.saefurrijal433@gmail.com¹, faizkarim@uninus.ac.id², larsyta@gmail.com³,
zakia.11tugas@gmail.com⁴

Universitas Islam Nusantara

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis apa, mengapa, dan bagaimana pengelolaan pendidikan berbasis agama, filsafat, psikologi, dan sosiologi study kasus pada sekolah tinggi ilmu Kesehatan x Jakarta selatan. Dari penelitian ini dihasilkan bahwa pengelolaan pendidikan adalah perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan sumber daya pendidikan yang berbasis agama berarti berpijak pada ajaran Tuhan yang mewajibkan pengaturan yang menyeluruh, dengan cara perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan yang tepat dan akurat; berbasis filsafat berarti berpijak pada kajian alam dan makna kehidupan yang realistis, dengan cara berpikir rasional, natural ilmiah, harmoni, dan kritis; berbasis psikologi berarti berpijak pada kajian ilmiah pikiran dan perilaku manusia yang menyeluruh, dengan cara introspeksi, eksperimen, dan komparasi; dan berbasis sosiologi berarti berpijak pada kajian ilmiah kemasyarakatan yang menghendaki kemajuan, dengan cara pandang masyarakat yang progresif, rasional, dan sadar.

Kata Kunci: Pengelolaan Pendidikan; Agama; Filsafat; Psikologi; Sosiologi

**EDUCATION MANAGEMENT BASED ON RELIGION, PHILOSOPHY,
PSYCHOLOGY, AND SOCIOLOGY STUDY CASE AT HIGH SCHOOL OF HEALTH
SCIENCES X SOUTH JAKARTA**

ABSTRACT

This study aims to describe and analyze what, why, and how of education management based on religion, philosophy, psychology, and sociology study case at high school of health sciences x south Jakarta. From this research, it was concluded that education management is planning, implementing, and supervising educational resources which are based on religion means based on God's teachings that command comprehensive arrangements, by means of proper and accurate planning, implementation, and supervision; based on philosophy means based on a realistic study of nature and the meaning of life, by thinking rationally, naturally scientifically, harmoniously, and critically; based on psychology means based on a comprehensive scientific study of the human mind and behavior, by means of introspection, experimentation, and comparison; and based on sociology means based on social scientific studies that require progress, with a progressive, rational, and conscious society perspective.

Keywords: Education Management; Religion; Philosophy; Psychology; Sociology

PENDAHULUAN

Sekolah sebagai salah satu lembaga pendidikan yang diberikan tugas untuk mewujudkan tujuan pendidikan nasional harus menjalankan perannya dengan baik. Dalam menjalankan peran sebagai lembaga pendidikan, sekolah harus dikelola dengan baik agar dapat mewujudkan tujuan pendidikan yang telah dirumuskan dengan optimal. Pengelolaan sekolah yang tidak profesional dapat menghambat proses pendidikan yang sedang berlangsung dan dapat menghambat langkah sekolah dalam menjalankan fungsinya sebagai lembaga pendidikan formal.

Pendidikan merupakan amanat para pendiri bangsa yang memiliki dasar yang sangat kuat dalam dasar Negara Republik Indonesia, yang diatur dalam satu bab dan dua pasal tersendiri. Undang-Undang Dasar NRI Tahun 1945 (UUD NRI'45), BAB XIII tentang pendidikan menyatakan pada Pasal 31 ayat satu "Tiap-tiap warga negara berhak mendapat pengajaran, ayat 2 (dua) "Pemerintah mengusahakan dan menyelenggarakan satu sistem pengajaran nasional, yang diatur dengan undang-undang", dan Pasal 32 "Pemerintah memajukan kebudayaan nasional". Pendidikan dan kebudayaan adalah hak setiap warga negara dan kewajiban suatu pemerintah untuk mengusahakan, menyelenggarakan, dan memajukannya sebagai pengemban amanat negara untuk melayani warganya (public service obligation) dalam rangka melindungi, memajukan kesejahteraan, mencerdaskan, dan melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, sebagaimana dinyatakan dalam alinea keempat Pembukaan UUD NRI '45.

Filsafat pendidikan adalah muara ide dari berbagai kebutuhan utama pendidikan seperti model pembelajaran dan berbagai aspek lain yang dibutuhkan untuk

melanjutkan saga keilmuan pendidikan. Seperti filsafat pada umumnya, filsafat ini juga mempertanyakan berbagai kemungkinan yang telah ada lalu mempertanyakan kebenarannya agar dapat memutuskan kebenaran baru dalam menggiati keilmuan ini.

Landasan filosofis pendidikan sesungguhnya merupakan suatu sistem gagasan tentang pendidikan dan deduksi atau dijabarkan dari suatu sistem gagasan filsafat umum yang diajarkan oleh suatu aliran filsafat tertentu. Terdapat hubungan implikasi antara gagasan-gagasan dalam cabang-cabang filsafat umum terhadap gagasan-gagasan pendidikan.

Psikologi pendidikan merupakan pembelajaran yang sistematis tentang proses-proses dan faktor yang berhubungan dengan pendidikan manusia untuk memperoleh pengetahuan, pemahaman dan cara bertingkah laku yang baik (Novianti, 2015). Menurut Syah dalam (Novianti, 2015) bahwa psikologi pendidikan adalah sebuah disiplin ilmu psikologi yang menyelidiki masalah psikologis yang terjadi dalam dunia pendidikan. Dari beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa psikologi pendidikan adalah salah satu ilmu yang mempelajari tentang perilaku manusia didunia pendidikan yang meliputi studi sistematis tentang proses yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pendidikan. Sedangkan menurut pendapat (Siti Rosmayanti, Ella Dewi Latifah, 2020) menyatakan bahwa sebagai sebuah ilmu, tujuan psikologi Pendidikan adalah memberi kita pengetahuan riset yang dapat secara efektif diaplikasikan untuk situasi mengajar. Upaya menciptakan proses pembelajaran yang bermutu dan berhasil, dapat dilakukan dengan mewujudkan perilaku psikologis proses pengajaran dan pembelajaran antara pendidik dan peserta didik dapat berjalan secara efektif dan efisien dalam mencapai tujuan pembelajaran. Kegiatan yang dilakukan

manusia berupa pendidikan juga tak terlepas dari factor psikologis. Faktor psikologis menjadi landasan dalam pendidikan dikarenakan kegiatan Pendidikan melibatkan kejiwaan manusia. Landasan psikologis menjadi penting dikarenakan Pendidikan umumnya berkaitan erat dengan pemahaman dan penghayatan akan perkembangan manusia, khususnya proses belajar mengajar. Landasan psikologi tentu harus memiliki pedoman. Landasan atau prinsip pendidikan adalah ketentuan-ketentuan yang dijadikan pedoman atau pegangan dalam melaksanakan pendidikan agar tujuannya tercapai dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan. Landasan yang dianut dalam pendidikan berpedoman pada azas yang dibuat oleh Komisi Pembaharuan Pendidikan, salah satu asa yang pertama adalah ide dari Ki Hajar Dewantara yaitu : i ng Ngarsa Sung Tuladha, Ing Madya Mangun Karsa, dan Tut Wuri Handayani. Landasan dan Asas yang diberlakukan dalam dunia pendidikan memiliki fungsi yang merupakan serangkaian tugas atau misi yang diemban. Fungsi pendidikan itu sendiri adalah menyiapkan sebagai manusia, menyiapkan tenaga kerja dan menyiapkan warga negara yang baik.

Pendidikan di Indonesia dimaknai sebagai upaya untuk mengembangkan segenap potensi individu yang diarahkan dalam rangka peningkatan daya saing bangsa dan upaya memelihara persatuan dan kesatuan bangsa. Hal ini sesuai dengan tujuan tujuan bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam UUD 1945 yaitu melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, mencerdaskan kehidupan bangsa, memajukan kesejahteraan umum dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Sosiologi Pendidikan mengkaji masyarakat yang

didalamnya terdapat proses dan pola interaksi sosial dalam hubungannya dengan Pendidikan. Dalam hubungan ini dapat dilihat bagaimana peran masyarakat dalam mempengaruhi suatu Pendidikan. Juga sebaliknya, dengan sebagaimana Pendidikan mempengaruhi masyarakat. Manusia adalah makhluk sosial, yang selalu berkelompok dan saling membutuhkan satu sama lain. Kajian sosiologi pendidikan menekankan implikasi dan akibat sosial dari pendidikan dan memandang masalah-masalah pendidikan dari sudut totalitas sosial kebudayaan, politik dan ekonomisnya bagi masyarakat. Apabila psikologi pendidikan memandang gejala pendidikan dari konteks perilaku dan perkembangan pribadi, maka sosiologi pendidikan memandang gejala pendidikan sebagai bagian dari struktur sosial masyarakat.

Pelaksanaan Pasal 31 ayat dua UUD NRI '45, tersusunlah Undang-Undang 20 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (UUSPN 20/2003) yang saat ini berlaku. Dalam UUSPN20/2003 ini, pengertian, fungsi, dan tujuan Diknas dinyatakan secara tegas. Perihal pengertiannya, Pasal 3 1 ayat satu menegaskan "Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan suatu potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara".Terkait fungsi dan tujuannya, Pasal 3 menegaskan "Pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang

Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab”.

Fungsi dan tujuan Diknas dalam UUD NRI '45 dan UUSPN 20/2003

tersebut sejalan dengan gagasan inti tokoh pendidikan nasional sekaligus salah satu penyusun UUD NRI '45 yang tergabung dalam Panitia Sembilan, yaitu Ki Hajar Dewantara (1977), yang memaknai bahwa pendidikan secara umum adalah “daya upaya untuk memajukan bertumbuhnya budi pekerti (kekuatan batin, karakter), pikiran (intelektual dan tubuh anak); dalam Taman Siswa tidak boleh dipisahkan bagian-bagian itu agar supaya kita memajukan kesempurnaan hidup, kehidupan, dan penghidupan anak-anak yang kita didik, selaras dengan dunianya”.¹ Ditegaskan lagi pada Pasal 1 ayat (16) UUSPN 20/2003 “Penyelenggaraan pendidikan berdasarkan kekhasan agama, sosial, budaya, aspirasi, dan potensi masyarakat sebagai perwujudan pendidikan dari, oleh, dan untuk masyarakat”. Untuk pencapaian tujuan Diknas tersebut, Pemerintah menetapkan Standar Nasional Pendidikan (SNP) sebagai kriteria minimal yang wajib dipenuhi dan dilampaui pada semua jalur, jenis, dan jenjang pendidikan. Pasal 35 UUSPN 20/2003 menetapkan bahwa SNP meliputi delapan aspek, yaitu standar isi, proses, kompetensi lulusan, tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, pembiayaan, dan penilaian pendidikan. SNP diatur lebih rinci dalam PP 19/2005 tentang SNP yang selanjutnya diubah dengan PP 57/2021.

Menurut BSNP, delapan standar dikembangkan dan ditetapkan untuk mengukur, mengevaluasi, menilai mutu pendidikan, yang hasilnya akan menjadi acuan untuk menyusun program peningkatan mutu pendidikan. Memperhatikan suatu kondisi pendidikan

nasional yang sangat beragam, SNP dipastikan bukan untuk penyeragaman tetapi justru untuk mengakomodir berbagai keberagaman, supaya pendidikan tetap dalam standar mutu sehingga setiap satuan pendidikan memiliki kesempatan yang sama dalam mendapatkan pendidikan bermutu.² Dalam PP 19/2005 tentang SNP yang kemudian diubah dengan PP 57/2021 tersebut dijelaskan bahwa: (a) Standar isi adalah ruang lingkup materi dan tingkat kompetensi yang dituangkan dalam kriteria tentang kompetensi tamatan, kompetensi bahan kajian, kompetensi mata pelajaran, dan silabus pembelajaran yang harus dipenuhi oleh peserta didik pada jenjang dan jenis pendidikan tertentu; (b) Standar proses adalah standar nasional pendidikan yang berkaitan dengan pelaksanaan pembelajaran pada satu satuan pendidikan untuk mencapai standar kompetensi lulusan; (c) Standar kompetensi lulusan adalah kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan. Standar Kompetensi Lulusan (SKL) adalah kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan; (d) Standar pendidik dan tenaga kependidikan adalah kriteria pendidikan prajabatan dan kelayakan fisik maupun mental, serta pendidikan dalam jabatan; (e) Standar sarana dan prasarana adalah standar nasional pendidikan yang berkaitan dengan kriteria minimal tentang ruang belajar, tempat berolahraga, tempat beribadah, perpustakaan, laboratorium, bengkel kerja, tempat bermain, tempat berkreasi dan berkreasi, serta sumber belajar lain, yang diperlukan untuk menunjang proses pembelajaran, termasuk penggunaan teknologi informasi dan komunikasi (f) Standar pengelolaan adalah standar nasional pendidikan yang berkaitan dengan perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan kegiatan pendidikan pada tingkat satuan pendidikan, kabupaten/kota,

provinsi, atau nasional agar tercapai efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pendidikan; (g) Standar pembiayaan adalah standar yang mengatur komponen dan besarnya biaya operasi satuan pendidikan yang berlaku selama satu tahun; dan (h) Standar penilaian pendidikan adalah standar nasional pendidikan yang berkaitan dengan mekanisme, prosedur, dan instrumen penilaian hasil belajar peserta didik.³

Delapan SNP standar pengelolaan termasuk standar yang sangat menentukan agar penyelenggaraan pendidikan efisien dan efektif. Pasal 27 ayat (1) PP 57/2021 menyatakan “Standar pengelolaan merupakan kriteria minimal mengenai perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan kegiatan pendidikan yang dilaksanakan oleh Satuan Pendidikan agar penyelenggaraan pendidikan efisien dan efektif”. Standar Pengelolaan meliputi Standar pengelolaan oleh satuan Pendidikan; Standar pengelolaan oleh Pemerintah Daerah; dan Standar pengelolaan oleh Pemerintah.⁴ Dengan demikian, pengelolaan pendidikan di Indonesia harus mengacu pada regulasi yang telah ditetapkan, baik oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau oleh Penyelenggara Pendidikan untuk instansi swasta. Misalnya, dalam pengelolaan pendidikan pada jenjang sekolah dasar dan menengah harus mengacu pada Permendiknas 19/2007 tentang suatu Standar Pengelolaan Pendidikan.⁵ Pada Pasal 1 ayat (1) “Setiap satuan pendidikan wajib memenuhi standar pengelolaan pendidikan yang berlaku secara nasional” Dengan adanya berbagai payung regulasi beserta pedoman teknisnya diharapkan pengelolaan pendidikan semakin berkualitas sehingga tujuan Diknas segera terwujud. Sebab, Semakin tinggi kualitas pendidikan suatu bangsa semakin tinggi pula kualitas sumber daya manusianya yang memiliki daya saing lokal,

regional dan global dalam berbagai profesi, seperti para intelektual, politisi, ilmuwan, negarawan, guru dan profesi lainnya.⁶ Oleh karena itu, poin penting pengelolaan pendidikan oleh pemerintah dari masa ke masa mengacu pada peningkatan mutu pendidikan di semua jenjang pendidikan. Untuk itu, pemerintah telah melakukan berbagai inovasi dalam sistem dan proses pendidikan nasional. Sayangnya, ternyata masalah pendidikan masih ada akibat dari perkembangan dan tuntutan zaman. Pemerintah, dalam hal ini Kemendikbud,⁷ mengakui masih adanya beberapa permasalahan dalam pengelolaan pendidikan, antara lain: (a) Pemerataan pendidikan, seperti masalah belum meratanya pembangunan sarana dan prasarana di daerah-daerah terutama di daerah terpencil; (b) Relevansi pendidikan, seperti belum relevannya kurikulum dengan tuntutan dunia kerja dan kemajuan IT, meskipun pemerintah telah meluncurkan program STEAM (Sains, Teknologi, Engineering, Art and Mathematic) untuk pembelajaran daring, selain luring; (c) Kualitas pendidikan, seperti masih rendahnya kualitas pendidikan Indonesia, sebagaimana dirilis *The Guardian* bahwa Indonesia menempati urutan ke 57 dari total 65 negara, dimana peringkat tersebut menentukan negara mana yang terbaik dari segi membaca, matematika, dan ilmu

pengetahuan. Padahal, pemerintah telah meluncurkan beragam program strategis seperti Gerakan Literasi Nasional, Pendidikan dengan pendekatan saintifik, *discovery learning*, *problem base solving* dalam pembelajaran; (d) Efisiensi pendidikan, seperti masih terjadinya kebocoran atau penyalahgunaan anggaran pendidikan, tanpa memperhatikan skala prioritas yang tepat sasaran dan dapat dipertanggung jawabkan; dan (e) Tenaga Pendidik dan Kependidikan (Dikendik), seperti masih kurangnya Dikendik yang

KKI, CPNS dan PNS/ASN terkait dengan perubahan kurikulum dari KTSP ke K13, dari K13 ke K21 (merdeka belajar).

Regulasi dan aturan teknisnya telah jelas dan anggaranpun tersedia 20 persen dari APBN, yakni sebesar 550 triliun. Mengacu pada gagasan Edward Sallis,⁸ kesuksesan pengelolaan pendidikan sangat tergantung pada kesadaran semua pihak. Lembaga pendidikan dituntut untuk mengembangkan pendekatan mereka sendiri terhadap kualitas, dan perlu menunjukkan kepada publik bahwa mereka juga dapat memberikan layanan berkualitas yang konsisten, ‘This new consciousness of quality has now reached education; educational institutions are being required to develop their own approaches to quality, and need to demonstrate publicly that they too can deliver a consistent quality service’). Berdasarkan fakta-fakta di atas, masalah demi masalah pengelolaan pendidikan memang akan selalu adadan harus dicarikan solusinya satu persatu secara tepat, tidak dibiarkan berlarut-larut sampai menumpuk. Salah satu solusinya, selain berpedoman pada konsep dan teori para ahli, para pihak yang berkepentingan perlu dimunculkan kesadarannya akan ajaran / kaidah / prinsip kebenaran yang mereka anut yang bersumber dari agama, filsafat, psikologi, dan sosiologi.

Dalam persepektif Islam, pemahaman mengenai misi juga dapat dipahami dalam Q.S An – Nahl pada Ayat 125, yang berbunyi : Siti Mas’amah, Ujang Nurjaman, Faiz Karim Fatkhulloh :

لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ
 لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ
 لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ

لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ
 لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ
 لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ

لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ
 لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ
 لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ

Tuhanmu, Dialah yang lebih mengetahui siapa yang sesat dari jalan-Nya dan Dialah yang lebih mengetahui siapa yang mendapat petunjuk.

Berdasarkan ayat tersebut, misi pendidikan Islam harus mengandung ide – ide pokok yang mengedepankan pemberian pengajaran yang baik dan nilai – nilai etika, sopan santun yang bukan hanya dilakukan oleh peserta didik terhadap pendidik, tetapi juga sebaliknya. Oleh karena itu, pada perspektif pendidikan Islam dalam memahami misi dapat dikatakan sama dengan orientasi misi pada bidang pendidikan nasional yang telah ditetapkan pemerintah. Dari orientasi misi pendidikan yang menekankan pada statement – statement misi yang bernilai non – profit, pada perspektif pendidikan Islam ditambahkan nilai – nilai Islam dalam statement misi yang ingin dilaksanakan oleh lembaga pendidikan Isla

Kebijakan pemerintah Indonesia terhadap pembangunan dibidang pendidikan, baik dalam peraturan dan perundang-undangan maupun dalam perbaikan infrastruktur, sudah cukup menggembirakan dan dapat memberi penguatan terhadap asas dan landasan pendidikan nasional, demikian halnya dalam perbaikan manajemen pendidikan, yang dulunya diterapkan manajemen pendidikan sentralisasi yang ternyata kebijakan pemerintah ini menjadikan proses demokratisasi dan desentralisasi penyelenggaraan pendidikan kurang terdorong dan terakomodasi dalam pelaksanaan pendidikan nasional, sehingga dengan adanya reformasi dalam kebijakan

pendidikan di Indonesia ikut memengaruhi

system manajemen tersebut dari

لِيُؤْتِيَ عِلْمًا غَيْرَ مَالٍ

عَ َظَّ se n
n i
t
r b
a e
l r
i t
s u
a j
s u
i a
(n
t
e u
r n
p t
u u
s k
a
t
)
k
e
d
e
s
e
n
t
r
a
l
i
s
a
s
i
)
P
e
n
e
l
i
t
i
a
n

i

Artinya: Serulah (manusia) kepada jalan Tuhanmu dengan hikmah dan pengajaran yang baik, dan berdebatlah dengan mereka dengan cara yang baik. Sesungguhnya

mendeskrripsikan dan menganalisis apa (what), mengapa (why), dan bagaimana (how) pengelolaan pendidikan berbasis agama, filsafat, psikologi, dan sosiologi

study kasus pada Sekola Tinggi Ilmu Kesehatan X Jakarta Selatan.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini, pendekatan yang digunakan adalah kualitatif deskriptif, data dikumpulkan denganteknik library research, dan data dianalisis denganteknikcontent analysisterkait pengelolaan pendidikan berbasis agama, filsafat, psikologi, dan sosiologi.^{9,10}

PEMBAHASAN

Pengelolaan Pendidikan Secara etimologis, kata 'pengelolaan' dalam bahasa Inggris disebut management yang menurut Oxford Learner's Dictionary berarti "the activity of running and controlling a business or similar", dan kata 'pendidikan' disebut education yang berarti "a process of teaching, training and learning, especially in schools, colleges or universities, to improve knowledge and develop skills".^{11,12} Singkatnya, pengelolaan pendidikan adalah kegiatan pelaksanaan dan pengawasan proses pengajaran, pelatihan, dan pembelajaran. Muhammad Al Mighwar menyatakan bahwa pengelolaan pendidikan di Indonesia mencakup fungsi- fungsi POAC the 6 M's / 7 komponen pendidikan. Fungsi-fungsi ini disintesiskannya menjaditiga fungsi perencanaan / planning, pelaksanaan (pengorganisasian / organizing dan penggerakan / actuating) dan pengawasan / evaluatinglima sumber daya / komponen pendidikan, yaitu: (1) Man and Women / Diktendik dan Kesiswaan; (2) Materials and Methods / Kurikulum dan Program Pengajaran; (3) Machines/sarana dan prasarana; (4) Money/Keuangan; (5) Markets / Hubungan Masyarakat dan Layanan Khusus. Detailnya: (1) Perencanaan meliputi: (a) Penyusunan Strategi, yang mencakup Visi, Misi, dan

Tujuan; dan (b) Penyusunan Kebijakan, yang mencakup Rencana Kerja (Jangka Panjang, Jangka Menengah, Jangka Pendek), Pedoman-Pedoman Komponen Pendidikan (Kesiswaan, Kurikulum dan Program Pengajaran, Diktendik, Sarpras, Pembiayaan, Humas/Kemitraan dan Layanan Khusus);(2) Pelaksanaan meliputi (a) Pengorganisasian, yang mencakup Desain struktur organisasi formal beserta tupoksinya, dan Dinamisasi organisasi formal-nonformal-informal; dan (b) Penggerakan Komponen Pendidikan, yang mencakup Pemenuhan kebutuhan dasar manusia, Motivasi, Penilaian, Pengembangan, Kompensasi, dan Komunikasi efektif; dan (3) Pengawasan meliputi: (1) Pengawasan Bertahap, yang mencakup Pemantauan, Supervisi, Evaluasi, Pelaporan, Tindak Lanjut; dan (2) Pengawasan Menyeluruh, yang mencakup Evaluasi Diri, dan Akreditasi / Penilaian Khusus.

DAFTAR PUSTAKA

1. Edward Sallis, Total Quality Management in Education(Routledge, 2000: 24
2. Faridah Alawiyah, "Standar Nasional Pendidikan Dasar Dan Menengah", Jurnal Aspirasi Vol. 8 No. 1, Juni 2017.
3. Halik S. Marantingdkk, "Implementasi Standar Nasional Pendidikan Dalam Meningkatkan Daya Saing Madrasah Ibtidaiyah Negeri 1 Gorontalo, "TADBIR : Jurnal Manajemen Pendidikan Islam Volume 8, Nomor 2 : Agustus 2020.
4. <https://ayoguruberbagi.kemdikbud.go.id/artikel/sistem-pendidikan-nasional-dan-permasalahannya/>
5. <https://ayoguruberbagi.kemdikbud.go.id/artikel/sistem-pendidikan-nasional-dan-permasalahannya/>

6. https://www.kompasiana.com/heryizkak7272/5e0eb672d541df4d837854f3/beberapa-masalah-besar-dalam-dunia-pendidikan-di-indonesia?page=all&page_images=1
7. Mardalis. Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal (Jakarta: Bumi Aksara, 1999); Sugiyono, Memahami Penelitian Kualitatif (Bandung: CV. Alfabeta, 2005).
8. Muhammad Al Mighwar, "Penyusunan Dan Penyesuaian Statuta Perguruan Tinggi Keagamaan Islam Swasta (PTKIS)": [36https://alafkar.com/index.php/Afkar_Journal/article/view/157](https://alafkar.com/index.php/Afkar_Journal/article/view/157)
9. Novianti. (2015). Peranan Psikologi Pendidikan Dalam Proses. *Jupendas*, 2(2), 55–60.
10. Pemdiknas RI 19/2007 tentang Standar Pengelolaan Pendidikan Oleh Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah. Tersedia online: https://id.wikipedia.org/wiki/Standar_Nasional_Pendidikan#cite_note-21
11. Rosmayanti, S., Latifah, E. D., & Maulana, A. (2020). Psikologi Pendidikan "Landasan untuk Pengembangan Strategi Pembelajaran". Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung.
12. Siti Zenab, "Pelaksanaan Standar Pengelolaan Pendidikan Di Sekolah Dasar", *Jurnal Menata: Jurnal Manajemen Pendidikan Islam* Vol. 4 No. 1 (2021)
13. Visi Pendidikan Berbasis Agama, Filsafat, Psikologi dan Sosiologi Al Qalam: *Jurnal Ilmiah Keagamaan dan Kemasyarakatan* Vol. 16, No. 3 Mei - Juni 2022 927

**PENGARUH PIJAT BAYI TERHADAP BERAT BADAN BAYI USIA 1-3 BULAN DI RS.
PKT BONTANG**

Niky Wahyuning Gusti¹, Arsita Pratiwi², Ulfiah Sufie³
^{1,2,3}STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia Jalan Jagakarsa Raya
No. 37, Jagakarsa, Jakarta Selatan
[Email: nikyakaan@yahoo.com](mailto:nikyakaan@yahoo.com)

ABSTRAK

Latar Belakang: Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan hal yang sangat penting dan salah satu aspek yang harus diperhatikan secara serius sejak usia dini. Penilaian pertumbuhan anak secara teratur melalui penimbangan setiap bulan, pengisian Kartu menuju Sehat (KMS), dan menentukan status pertumbuhan berdasarkan kenaikan BB. Salah satu rangsangan dan stimulasi yang dianjurkan adalah pijat bayi. Pijat bayi memang dipercaya dapat menjaga kesehatan dan mampu merangsang dan mengoptimalkan tumbuh kembang bayi. Para ahli berpendapat, pemijatan bayi dapat dilakukan sedini mungkin setelah bayi dilahirkan. **Metode penelitian:** Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik (*explonatory study*) dengan menggunakan desain penelitian *case control*. Besarnya sampel ditentukan secara *purposive sampling* menggunakan rumus Slovin yaitu 52 orang responden. Data yang digunakan adalah data primer, dengan menggunakan analisis *Chi Square test*. **Hasil penelitian:** Hasil analisis statistik *Chi Square test* terdapat pengaruh yang signifikan antara pijat bayi dengan penambahan berat badan bayi pada usia 1- 3 bulan dengan nilai *Chi Square test* (x^2 hitung=16,654) dan *p value* sebesar 0,000. Nilai hasil *Odd Ratio* dengan menggunakan SPSS yaitu sebesar 19,200 yang berarti bayi berusia 1-3 bulan yang dilakukan pijat bayi mempunyai potensi 19 kali lebih besar untuk mengalami penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS bila dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan pijat bayi. **Kesimpulan** penelitian ini adanya pengaruh antara pijat bayi terhadap penambahan berat badan bayi pada usia 1- 3 bulan.

Kata Kunci: pijat bayi; berat badan; pertumbuhan

ABSTRACT

**THE INFLUENCE OF BABY MASSAGE ON BODY WEIGHT OF BABIES AGED 1-3
MONTHS AT HOSPITAL. PKT BONTANG**

Background: The growth and development of children is very important and one aspect that must be seriously considered from an early age. Assessment of children's growth regularly through weighing every month, filling in for Healthy Cards (KMS), and determining growth status based on weight gain. One of the recommended stimulation and stimulation is baby massage. Baby massage is believed to be able to maintain and be able to stimulate and optimize the baby's developmental body. Experts argue, baby massage can be done as early as after the baby is born. **Training Method:** This research is an analytical survey research (*explonatory study*) by using research design *case control*. The sample size is determined by *purposive sampling*. The data used is primary data, using analysis *Chi Square test*. **Research results: Statistical analysis results:** *Chi Square test* there is a significant effect between baby massage and infant weight gain at the age of 1-3 months with a value of *Chi Square test* and *p value* of 0.000. Yield value *Odd Ratio* by using SPSS, which is 19.200, which means that infants aged 1-3 months who receive baby massage have 19 times greater potential to experience minimal weight gain according to the graph on the KMS when compared to infants who are not massaged. **The conclusion** of this study is that there is an influence between baby massage and infant weight gain at the age of 1-3 months
Keywords: baby massage; weight; growth

Latar Belakang. Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan hal yang sangat penting dan salah satu aspek yang harus diperhatikan secara serius sejak usia dini. Namun hal itu sangat sering kali diabaikan baik oleh tenaga kesehatan maupun orang tua yang selama ini atau biasanya lebih berfokus pada penanganan saat anak sakit. Banyak hal yang harus dikenali dan dilakukan untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak sejak dini agar tidak terjadi penyimpangan atau keterlambatan yang tentunya tidak diharapkan.

Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian. Upaya ini dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan dan sampai usia 18 tahun. Penimbangan sangat penting untuk pertumbuhan, untuk dipantau secara intensif sehingga bila berat badan anak tidak naik atau jika ditemukan penyakit akan dapat dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan seperti pada gizi kurang atau gizi buruk.¹

Pemantauan pertumbuhan adalah serangkaian kegiatan yang terdiri dari penilaian pertumbuhan anak secara teratur melalui penimbangan setiap bulan dengan pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS), menentukan status pertumbuhan berdasarkan kenaikan BB, dan menindaklanjuti setiap kasus gangguan pertumbuhan. Tindak lanjut hasil pemantauan pertumbuhan berupa konseling, pemberian makanan tambahan, pemberian suplemen gizi dan rujukan.²

Meskipun pertumbuhan ekonomi terjadi secara dramatis di Indonesia, kekurangan gizi tetap menjadi masalah yang signifikan dan terlihat sedikit mengalami penurunan. Indonesia menderita kekurangan gizi yang cukup tinggi (defisiensi gizi makro dan mikro) yang diiringi dengan meningkatnya prevalensi obesitas - yang disebut sebagai 'Beban Ganda

Masalah Gizi' (*Double Burden of Malnutrition*).³

Wilayah Asia Tenggara dan Pasifik memiliki hampir setengah dari populasi di seluruh dunia, yang menderita Beban Ganda Masalah Gizi. Tidak ada wilayah lain yang memiliki prevalensi berat badan lebih (gemuk) yang meningkat secepat di wilayah Asia Tenggara dan Pasifik ini dan Indonesia adalah salah satu contoh utama. Beban Ganda Masalah Gizi di Indonesia terjadi di sepanjang siklus kehidupan, dimulai lebih awal dengan 12% anak di bawah lima tahun menderita kurus (*wasting*), sementara 12% lainnya mengalami kegemukan (*overweight*).³

Kekurangan gizi dan kegemukan selama masa kanak-kanak dikaitkan dengan tingkat mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi. Kurang gizi menyebabkan 45% kematian pada anak usia di bawah lima tahun di seluruh dunia.³

Tingkat kematian pada anak dengan gizi buruk akut (*Severe Acute Malnutrition/SAM*) adalah 11,6 kali lebih tinggi dibandingkan pada anak dengan gizi baik, dan mereka yang bertahan hidup dari keadaan gizi buruk akut dapat terus mengalami masalah perkembangan di sepanjang hidup mereka. Bukti global menunjukkan bahwa *wasting* (kurus) meningkatkan risiko *stunting* pada anak, gangguan perkembangan kognitif, dan penyakit tidak menular di masa dewasa. Indonesia memiliki tingkat kekurangan gizi akut tertinggi keempat di dunia, dengan sekitar tiga juta anak balita mengalami *wasting* (kurus), diantaranya yakni 1,4 juta anak mengalami sangat. Data tahun 2013 menunjukkan bahwa enam provinsi memiliki prevalensi lebih dari 15% yang dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang sangat tinggi oleh WHO.⁴

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, jumlah bayi 0 tahun dengan jenis kelamin laki laki sebanyak 2.423.786 KH dan perempuan sebanyak 2.322.652 KH. Jumlah

seluruh bayi adalah sebanyak 4.746.438 KH, dengan indeks BB/U pada balita 0-23 bulan mendapatkan persentase gizi buruk sebesar 3,8%, gizi kurang sebesar 11,4%, gizi baik 83,50%, dan gizi lebih sebesar 1,60%.⁵

Prevalensi status gizi (BB/U) pada anak umur 0-59 bulan (Balita) di Provinsi Kalimantan Timur yang mengalami gizi buruk sebesar 3,21%, gizi kurang 11,49%, gizi baik 80,82%, dan gizi lebih 4,48%. Sedangkan prevalensi status gizi (BB/U) pada anak umur 0-59 bulan (Balita) menurut Kabupaten/Kota Bontang, Balita yang mengalami gizi buruk sebesar 1,66%, gizi kurang 5,74%, gizi baik 90,03%, dan gizi lebih 2,57%.⁶

Salah satu penyebab permasalahan berat badan adalah nafsu makan anak yang turun. Dengan demikian salah satu rangsangan dan stimulasi yang dianjurkan adalah pijat bayi. Pengalaman pijat pertama yang dialami manusia ialah pada waktu dilahirkan, yaitu pada waktu melalui jalan lahir ibu. Pijat bayi telah dipraktekkan hampir diseluruh dunia sejak dahulu kala, termasuk Indonesia. Seni pijat bayi diajarkan secara turun-temurun.⁷

Tanpa disadari ketika memandikan bayi, mengeringkan tubuhnya dengan menggosok punggungnya, atau bermain-main dengan cara memijat kakinya, sebenarnya banyak rangsangan yang dilakukan padanya. Memberikan rangsangan pada bayi memang banyak caranya. Salah satu diantaranya melalui pijatan (stroking). Pijat merupakan bentuk ideal untuk merealisasikannya, sebab saat memijat bayi, ibu "melatih" dirinya untuk lebih mengenal bayinya. Dengan memijat bagian demi bagian tubuh bayi secara lembut, ibu belajar mengenali tubuh dan bahasa tubuh bayinya secara individual. Dari sini akan diketahui pijatan mana yang menyenangkan bagi bayi dan mana yang tidak disukainya.⁸

Para ahli berpendapat, pemijatan bayi dapat dilakukan sedini mungkin setelah bayi dilahirkan. Lebih cepat mengawali pemijatan, bayi akan mendapat keuntungan yang lebih besar. Apalagi jika dapat dilakukan setiap hari dari sejak kelahiran sampai bayi berusia 6-7 bulan.

Namun pengetahuan tentang pijat bayi ini masih belum diketahui oleh masyarakat,

dikarenakan masyarakat masih mempercayakan pijat bayi kepada dukun bayi dan kurangnya pengetahuan masyarakat untuk melakukan pijat bayi kepada tenaga kesehatan. Faktor lain yang menyebabkan masyarakat lebih memilih pijat bayi kepada dukun bayi adalah faktor adat istiadat yang masih di pegang teguh dan berkembang secara turun temurun. Serta, adanya keyakinan bahwa dukun bayi dianggap lebih mengerti dan mahir dalam melakukan pijat bayi yang sudah dipraktekkan sejak berabad-abad silam.⁹

Pijat bayi memang dipercaya dapat menjaga kesehatan dan mampu merangsang dan mengoptimalkan tumbuh kembang bayi. Namun tanpa teknik pemijatan yang benar, pijat bayi justru membahayakan, bahkan dapat menimbulkan kematian pada bayi. Hingga saat ini belum semua dukun bayi memahami teknik pijat bayi yang benar. Sering dijumpai, kepala bayi menjadi obyek pemijatan. Selain itu seringkali teknik pemijatan bayi hampir sama dengan pemijatan ibu bayi karena menjadi satu dengan paket pertolongan persalinan.¹⁰

Dalam Sustainable Development Goals (SDG's) pada tahun 2015-2030 bertujuan untuk menurunkan AKI, AKB dan AKABA seperti yang disebutkan pada tujuan ketiga yaitu kesehatan yang baik. Kesehatan yang baik ini memiliki arti untuk menurunkan AKI, AKB, dan AKBA. Berdasarkan data kematian pada tahun 2015, angka kematian bayi 22,23 per 1000 KH, angka kematian balita mencapai 26,9 per 1000 KH.¹¹

Berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, angka kematian neonatum merupakan salah satu target indikator SDGs dengan target penurunan menjadi 12 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kematian neonatum turun dari 19 per 1000 kelahiran hidup menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup. Kematian bayi turun dari 32 per 1000 kelahiran hidup menjadi 24 per 1000 kelahiranhidup, dan kematian balita dari 40 per 1000 kelahiran hidup menjadi 32 per 1000 kelahiranhidup.¹²

Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pijat bayi terhadap kenaikan/penambahan berat badan pada bayi pada usia 1-3 bulan.

Tinjauan Pustaka. Pijat merupakan stimulasi taktil yang memberikan efek biokimia dan efek fisiologi pada berbagai organ tubuh. Pijat yang dilakukan secara benar dan teratur pada bayi diduga memiliki berbagai keuntungan dalam proses tumbuh kembang bayi. Pijat pada bayi oleh orangtua dapat meningkatkan hubungan emosional antara orangtua dan bayi, juga diduga dapat meningkatkan berat badan bayi.¹³

Adapun manfaat pijat bayi adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan pertumbuhan dan berat badan bayi. Bayi yang dipijat mengalami peningkatan kadar enzim penyerapan dan insulin sehingga penyerapan terhadap sari makanan menjadi lebih baik. Bayi menjadi cepat lapar dan karena itu lebih sering menyusu sehingga meningkatkan produksi ASI.¹⁴
- 2) Mengurangi kadar bilirubin. Beberapa hari setelah lahir, bayi bisa menjadi kuning. Berubahnya warna kulit bayi menjadi kuning ini bisa disebabkan oleh meningkatnya kadar bilirubin. Dalam suatu penelitian, diketahui bahwa bayi kuning yang mendapatkan pijatan selama 15-20 menit dan fototerapi terlihat mengalami perbaikan yang lebih cepat daripada bayi yang hanya mendapatkan fototerapi. Hal ini menunjukkan bahwa manfaat pijat pada bayi juga turut berpengaruh pada penurunan kadar bilirubinnya.¹⁴
- 3) Meningkatkan produksi ASI dan gerak peristaltik untuk pencernaan. Pijat bayi dapat menyebabkan bayi lebih rileks dan dapat bersistirahat dengan efektif, hal ini berdampak positif ketika bayi bangun dan membawa energi yang cukup untuk beraktivitas. Dengan aktivitas yang optimal, bayi akan cepat lapar sehingga nafsu makannya meningkat. Peningkatan nafsu makan ini juga ditambah dengan peningkatan aktivitas nervus vagus dalam menggerakkan sel peristaltik untuk

mendorong makanan ke saluran pencernaan. Dengan semakin banyak dihisap, ASI pun terstimulasi untuk diproduksi.¹⁴

- 4) Memacu perkembangan otak dan sistem saraf. Rangsangan yang diberikan pada kulit bayi akan memacu proses myelinisasi (penyemburnaan otak dan sistem saraf) sehingga dapat meningkatkan komunikasi ke tubuh bayi dan keaktifan sel neuron. Myelinisasi yang berlangsung lebih cepat memungkinkan otak bayi semakin terpacu untuk berfungsi sempurna dalam mengkoordinasikan tubuh. Bayi lebih sigap dan lincah dalam menanggapi apa yang dihadapinya.¹⁴
- 5) Meningkatkan aliran oksigen dan nutrisi menuju sel. Pemijatan dapat memperlancar proses pengangkutan oksigen ke sel-sel yang akan dituju. Pengangkutan oksigen ini penting agar sel-sel dapat menjalankan fungsinya dengan normal. Aliran oksigen ke sel-sel saraf yang tidak lancar dapat menyebabkan rasa sakit, menurunnya konsentrasi, dan kesiagaan. Stimulasi pemijatan juga memperlancar mengalirnya nutrisi ke seluruh sel. Nutrisi ini penting agar sel-sel dapat tumbuh dan menjalankan fungsinya. Dengan pemijatan akan memperlancar peredaran darah yang mengalir keseluruh tubuh, termasuk ke otaknya. Salah satu zat penting yang dibawa oleh darah adalah oksigen. Ketika suplai oksigen untuk otak bayi tidak lancar maka fungsi otak untuk berpikir dan konsentrasi akan terganggu. Semakin baik aliran darah ke otak, semakin berkecukupan kebutuhan oksigen otak yang terpenuhi. Terpenuhinya oksigen di otak secara cukup membuat konsentrasi dan kesiagaan bayi semakin baik.¹⁴

Kontra indikasi pemijatan adalah jangan dilakukan pada bayi yang suhu tubuhnya tinggi dan jangan dilakukan pada bayi yang sedang sakit.

Pemijatan dapat dilakukan kapanpun, namun waktu yang dianjurkan adalah :

- 1) Pagi hari Pemijatan dapat dilakukan pagi hari sebelum mandi, sebab sisa-sisa minyak pijat akan lebih mudah

dibersihkan, selain itu pemijatan pada pagi hari memberikan nuansa ceria bagi bayi.

- 2) Malam hari Pemijatan malam hari sangatlah baik. Sebab, setelah pemijatan biasanya bayi akan santai dan mengantuk, hal ini berguna untuk membantu bayi tidur lebih nyenyak.
- 3) Pemijatan dilakukan 15 menit setelah si kecil makan Pemijatan segera setelah makandapat menyebabkan gangguan pencernaan, bahkan muntah. Hal ini terjadi karena lambung masih belum siap diguncang dan gerak peristaltik masih berlangsung untuk mengantar makanan kesaluran pencernaan.¹⁴

Peter Walker (2011) menyatakan pemilihan waktu yang tepat untuk memijat bayi adalah dengan menentukan apakah ia

akan menikmatinya atau tidak. Waktu yang baik untuk memijat adalah malam hari, setelah bayi mandi atau di siang hari, dan ketika santai.

Tempat pemijatan untuk bayi adalah ruangan yang hangat tapi tidak panas, ruangkering dan tidak pengap, ruangan tidak berisik, ruangan yang penerangannya cukup, dan ruangan tanpa aroma menyengat dan mengganggu.¹⁵

Kartu Menuju Sehat merupakan gambar kurva berat badan anak berusia 0–5 tahun terhadap umurnya. Dalam aplikasi dengan menggunakan KMS menjadikan tumbuh normal jika grafik pertumbuhan berat badan anak sejajar dengan kurva baku. Berikut adalah tabel Kenaikan Berat Badan Minimal (KBM) berdasarkan usia:

Tabel 1. Kenaikan Berat Badan Minimal Berdasarkan Umur¹⁶

Usia (Bulan)	Kenaikan Berat Badan Minimal (gr)
1	800
2	900
3	800
4	600
5	500
6 – 7	400
8 – 11	300
12 – 24	200

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan menurut Sulistyawati¹⁷ yaitu:

- 1) Faktor herediter. Menurut Marlow faktor herediter merupakan faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan yaitu suku, ras, dan jenis kelamin. Jenis kelamin ditentukan sejak dalam kandungan. Anak laki-laki setelah lahir cenderung lebih besar dan tinggi daripada anak perempuan, hal ini akan nampak saat anak sudah mengalami prapubertas. Ras dan suku bangsa juga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan. Misalnya suku bangsa Asia memiliki tubuh yang lebih pendek dari pada orang Eropa atau suku Asmat dari Irian berkulit hitam.
- 2) Faktor lingkungan
 - a) Lingkungan pra-natal. Kondisi lingkungan yang mempengaruhi fetus

dalam uterus yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin antara lain gangguan nutrisi karena ibu kurang mendapat asupan gizi yang baik, gangguan endokrin pada ibu (diabetes mellitus), ibu yang mendapatkan terapi sitostika atau mengalami infeksi rubella, toxoplasmosis, sifilis, herpes. Faktor lingkungan lain adalah radiasi yang dapat menyebabkan kerusakan pada organ otak janin.

- b) Lingkungan post-natal. Lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi setelah bayi lahir adalah :
 - (1) Nutrisi. Nutrisi adalah salah satu komponen penting dalam menunjang keberlangsungan proses pertumbuhan dan perkembangan.

Terdapat kebutuhan zat gizi yang diperlukan seperti protein, lemak, mineral, vitamin dan air. Apabila kebutuhan tersebut tidak atau kurang terpenuhi maka dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak. Asuhan nutrisi yang berlebihan juga berdampak buruk bagi kesehatan anak, yaitu terjadi penumpukan kadar lemak yang berlebihan dalam sel atau jaringan bahkan pembuluh darah.

- (2) Budaya lingkungan. Budaya keluarga atau masyarakat akan mempengaruhi bagaimana mereka dalam mempersepsikan dan memahami kesehatan dan perilaku hidup sehat. Pola perilaku ibu hamil dipengaruhi oleh budaya yang dianutnya, misalnya larangan untuk makan makanan tertentu padahal zat gizi tersebut dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Keyakinan untuk melahirkan di dukun beranak daripada ditenga kesehatan. Setelah anak lahir dibesarkan dilingkungan atau berdasarkan lingkungan budaya masyarakat setempat.
- (3) Status sosial ekonomi keluarga. Anak yang dibesarkan di keluarga yang berekonomi tinggi untuk pemenuhan kebutuhan gizi akan tercukupi dengan baik dibandingkan dengan anak yang dibesarkan dikeluarga yang berekonomi sedang atau kurang. Demikian juga dengan status pendidikan orang tua, keluarga dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima arahan terutama tentang peningkatan pertumbuhan dan perkembangan anak, penggunaan fasilitas kesehatan dan lain-lain dibandingkan dengan keluarga dengan latar belakang pendidikan rendah.
- (4) Iklim atau cuaca. Iklim tertentu akan mempengaruhi status kesehatan anak misalnya musim penghujan

akan dapat menimbulkan banjir sehingga menyebabkan sulitnya transportasi untuk mendapatkan bahan makanan, timbul penyakit menular, dan penyakit kulit yang dapat menyerang bayi dan anak-anak. Anak yang tinggal di daerah endemik demam berdarah, jika terjadi perubahan cuaca wabah deman berdarah akan meningkat.

- (5) Olahraga atau latihan fisik. Manfaat olahraga atau latihan fisik yang teratur akan meningkatkan sirkulasi darah sehingga meningkatkan suplai oksigen ke seluruh tubuh, meningkatkan aktivitas fisik dan menstimulasi perkembangan otot dan jaringan.
- (6) Posisi anak dalam keluarga. Posisi anak sebagai anak tunggal, anak sulung, anak tengah, atau anak bungsu akan mempengaruhi pola perkembangan anak tersebut diasuh dan dididik dalam keluarga.
- (7) Status kesehatan. Status kesehatan anak dapat berpengaruh pada pencapaian pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat terlihat apabila anak dalam kondisi sehat dan sejahtera maka percepatan pertumbuhan dan perkembangan akan lebih mudah dibandingkan dengan anak dalam kondisi sakit.
- (8) Faktor hormonal. Faktor hormonal yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak adalah somatotropon yang berperan dalam mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan, hormon tiroid dengan menstimulasi metabolisme tubuh, glukokortikoid yang berfungsi menstimulasi pertumbuhan sel interstisial dari testis untuk mereproduksi testosteron dan ovarium untuk memproduksi estrogen selanjutnya hormon tersebut akan menstimulasi perkembangan seks baik pada anak laki-laki maupun perempuan sesuai dengan peran hormonnya.

(9) Stimulasi. Stimulasi adalah perangsangan yang datang dari lingkungan luar anak antara lain berupa latihan dan bermain, pijat dan baby spa merupakan salah satu bentuk stimulasi pada bayi.¹⁷

Penelitian ini termasuk jenis penelitian yang bersifat survei analitik (*explonatory study*) dengan menggunakan desain penelitian *case control* untuk melihat hubungan variabel bebas yaitu pijat bayi dengan variabel terikat yaitu penambahan berat badan bayi pada usia 1-3 bulan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi dan balita (usia 0-2 tahun) yang dilakukan vaksinasi di unit Poli Vaksin RS. PKT Bontang yaitu 60 orang bayi rata-rata perbulan.

Peneliti mengambil sampel dari semua bayi yang melakukan vaksinasi di RS. PKT yang berusia 1-3 bulan. Untuk menghindari kesalahan dalam pemilihan sampel dan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian, peneliti menentukan kriteria inklusi. Besarnya sampel penelitian ditentukan secara *purposive sampling* yaitu dengan menetapkan kasus dan kontrol dari data primer dan sekunder. Perhitungan besar sampel menggunakan

formula studi kasus kontrol dengan rumus Slovin¹⁸ sebagai berikut :

$$x = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Dari hasil perhitungan jumlah sampel yang dilakukan didapatkan 52,17 dan dibulatkan menjadi 52 yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai jumlah sampel pada penelitian yang dibuat. Jumlah sampel penelitian ini dibagi dalam 2 kategori yaitu kategori 1 terdiri dari 26 orang bayi yang diberikan intervensi pijat bayi dan kategori 2 terdiri dari 26 orang bayi yang tidak diberikan intervensi pijat bayi.

Hasil penelitian. Analisis univariat. Karakteristik responden dalam penelitian ini dilakukan melalui hasil analisis univariat, yakni analisis yang dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi masing-masing kategori berdasarkan karakteristik yang ada, yaitu jenis kelamin bayi, usia bayi, kenaikan berat badan bayi baik yang dilakukan intervensi pijat bayi maupun bayi yang tidak dilakukan intervensi pijat bayi.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Bayi

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	22	42,3
Perempuan	30	57,7
Total	52	100

Berdasarkan tabel diatas, responden yang paling banyak adalah berjenis kelamin

perempuan yaitu sejumlah 30 orang bayi (57,7%).

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia Bayi

Usia Bayi	Frekuensi	Persentase (%)
1 bulan	13	25
2 bulan	17	32,7
3 bulan	22	42,3
Total	52	100

Berdasarkan tabel diatas, responden yang paling banyak berusia 3 bulan yaitu sebesar 42,3% atau 22 orang bayi.

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Penambahan Berat Badan Bayi

Penambahan Berat Badan	Frekuensi	Persentase (%)
Penambahan BB minimal sesuai dengan grafik KMS.	34	65,4
Tidak terjadi penambahan BB minimal sesuai dengan grafik KMS.	18	34,6
Total	52	100

Berdasarkan tabel diatas, penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik KMS mempunyai frekuensi terbanyak yaitu 34 orang bayi dari 52 orang bayi atau sebesar 65,4%.

Analisis bivariat. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan *chi square test* ini berguna untuk menguji ada tidaknya hubungan/pengaruh pijat bayi dengan penambahan berat badan bayi usia 1-3 bulan.

Tabel 5 Distribusi Silang antara Intervensi yang Diberikan dengan Penambahan Berat Badan Bayi

Intervensi yang Diberikan	Penambahan Berat Badan Bayi				Total		Chi Square	p value	Odd Ratio
	Tidak terjadi penambahan BB minimal sesuai dengan grafik KMS.		Penambahan BB minimal sesuai dengan grafik KMS.						
	N	%	N	%	n	%			
Tidak dilakukan dipijat bayi	16	30,77	10	19,23	26	50	14,359	0,000	19,20
Dilakukan pijat bayi	2	3,85	24	46,15	26	50			
Total	18	34,62	34	65,38	52	100			

Berdasarkan tabulasi silang diatas, bayi yang dilakukan intervensi berupa pijat bayi mengalami penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik KMS mempunyai frekuensi terbanyak yaitu 24 orang bayi (46,15%).

Dari tabel 5.4 diatas juga diperoleh nilai *Chi-Square* (x^2 hitung) dengan menggunakan SPSS adalah 14,359, dengan menggunakan tingkat kepercayaan (α) 0,05 maka didapatkan hasil x^2 tabel adalah 3,841. Hasil analisis yang diperoleh adalah x^2 hitung $>$ x^2 tabel (14,359 $>$ 3,841). Sedangkan nilai signifikansi yang didapat, dari nilai *Chi-Square* (x^2 hitung) adalah sebesar 0,000. Karena nilai *p* value lebih kecil dari α (0,000 $<$ 0,05) dan x^2 hitung $>$ x^2 tabel (14,359 $>$ 3,841), maka dapat dinyatakan bahwa hipotesis H_0 ditolak dan H_a diterima yaitu adanya pengaruh dilakukan

pijat bayi terhadap penambahan berat badan bayi pada usia 1-3 bulan di RS. PKT Bontang tahun 2021.

Selain itu, didapatkan pula hasil *Odd Ratio* dengan menggunakan SPSS yaitu sebesar 19,200. Hal ini berarti bahwa bayi berusia 1-3 bulan yang dilakukan pijat bayi mempunyai potensi 19 kali lebih besar untuk mengalami penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS bila dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan pijat bayi.

Pembahasan hasil penelitian. Dalam penelitian ini, didapatkan hasil bahwa bayi yang dilakukan intervensi berupa pijat bayi mengalami penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik KMS mempunyai frekuensi terbanyak yaitu 24 orang bayi (46,15%) dari 52 orang bayi yang diteliti.

Selain itu, dalam penelitian ini juga diperoleh nilai *Chi-Square* (x^2 hitung) 14,359 > *Chi-Square* (x^2 tabel) yaitu 3,841 dan nilai *p value* lebih kecil dari α ($0,000 < 0,05$). Sehingga dapat dinyatakan bahwa hipotesis H_0 ditolak dan H_a diterima yaitu ada pengaruh dilakukan pijat bayi terhadap penambahan berat badan bayi pada usia 1-3 bulan di RS. PKT Bontang tahun 2021.

Adapun ilmu yang mendukung hasil penelitian ini adalah bahwa peningkatan berat badan bayi tentunya sangat dipengaruhi oleh pemberian pijat bayi yang diberikan secara kontiniu. Pada dasarnya bayi yang dipijat akan mengalami peningkatan kadar enzim penyerapan dan insulin sehingga penyerapan terhadap sari makanan pun menjadi lebih baik hasilnya bayi menjadi cepat lapar dan karena itu lebih sering menyusu sehingga meningkatkan produksi ASI.⁹ Pemijatan juga meningkatkan penyerapan makanan oleh nervus vagus sehingga nafsu makan bayi juga akan meningkatkan yang dapat secara langsung meningkatkan berat badan bayi.¹⁹

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Eny Astuti yang berjudul Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Kenaikan Berat Badan Bayi Usia 0-3 Bulan di BPS TMM Djamini Damun Surabaya pada bulan Maret-Juni 2016 yang mendapatkan hasil penelitian H_0 ditolak yang artinya ada pengaruh pijat bayi terhadap kenaikan berat badan bayi usia 0-3 bulan di BPS TMM Djamini Damun. Kenaikan berat badan bayi dalam hal ini dikarenakan adanya pemijatan yang dilakukan oleh ibu yang dilatih. Penelitian ini dilaksanakan secara analitik eksperimental dengan rancangan pra-eksperimental, dengan menggunakan uji *t* sebagai metode analisis data.

Hasil penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan Novy Ramini Harahap yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh pijat bayi terhadap kenaikan berat badan bayi usia 0-6 Tahun 2018, didapatkan hasil penelitian bahwa ada pengaruh pijat bayi terhadap kenaikan berat badan bayi usia 0-6 bulan.¹

Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Afipah

Septalina Hutasuht²⁰ yang mendapatkan hasil penelitian bahwa ada pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pematang Pasir Kota Tanjung Balai Tahun 2018 dan penelitian yang dilakukan oleh Yuniarti, Melania Asi, Heyrani tentang "Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Pada Bayi Umur 1-6 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lalowaru Kecamatan Moramo Utara Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2018" juga menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan berat badan bayi pada bayi yang dipijat dan tidak.²¹

Penelitian pijat bayi juga dilakukan oleh Universitas Gajah Mada pada tahun 2012, pijat bayi merupakan peluang yang berpengaruh terhadap peningkatan berat badan sebesar 2,68%. Kenaikan berat bayi berat lahir rendah yang diberikan perlakuan pijat selama 10 hari lebih besar dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan pijat. Penelitian yang dilakukan oleh UGM ini mendukung hasil penelitian yang saat ini didapatkan oleh peneliti, yaitu *odd ratio* 19,200 berarti bahwa bayi berusia 1-3 bulan yang dilakukan pijat bayi memiliki potensi 19 kali lebih besar untuk mengalami peningkatan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS bila dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan pijat bayi.

Di dalam penelitian ini masih ada 2 orang bayi yang dilakukan pijat bayi tetapi penambahan berat badannya tidak mencapai standar kenaikan berat badan minimal sesuai grafik pada KMS. Hal ini dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini, salah satunya adalah frekuensi dan teknik menyusui yang masih kurang tepat.

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu:

- 1) Peneliti hanya mengambil responden yang dibatasi dengan usia bayi, peneliti juga tidak meneliti faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya penambahan berat badan bayi.

- 2) Peneliti hanya melakukan penimbangan 2 kali yaitu berat badan awal dan berat badan 1 bulan setelah dilakukan intervensi berupa pijat bayi. Yang seharusnya evaluasi penimbangan berat badan dilakukan setiap minggu.

Kesimpulan. Berdasarkan hasil penelitian ini, ada beberapa kesimpulan yang dapat diambil, yaitu:

- 1) Adanya pengaruh pijat bayi terhadap penambahan berat badan bayi pada usia 1-3 bulan di RS. PKT Bontang tahun 2021.
- 2) Proporsi bayi usia 1-3 bulan yang dilakukan intervensi berupa pijat bayi mencapai penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS yaitu sebanyak 24 orang bayi, sedangkan 2 orang bayi tidak mencapai penambahan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS.
- 3) Bayi berusia 1-3 bulan yang dilakukan pijat bayi memiliki potensi 19 kali lebih besar untuk mengalami peningkatan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS bila dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan pijat bayi.

Saran. Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan yang telah diuraikan, adapun saran yang dapat diberikan adalah :

- 1) Bagi profesi bidan dan perawat. Penelitian ini dapat memberikan pengetahuan yang cukup bagi tenaga bidan dan tenaga perawat tentang besarnya manfaat terapi pijat bayi dalam menaikkan berat badan bayi. Bidan dan tenaga perawat diharapkan mengerti dan mampu melakukan pijat bayi yang baik dan benar, sehingga dapat meminimalisir faktor resiko yang kemungkinan dapat terjadi.
- 2) Bagi RS. PKT Bontang. Sosialisasi pijat bayi ini hendaknya dapat dilakukan bukan hanya di RS. PKT Bontang unit Flamboyan, tetapi juga dapat dilakukan di semua SBU (*Strategic Business Unit*) RS. PKT. Sosialisasi hendaknya dapat dibarengi dengan pemberian informasi yang cukup tentang ASI eksklusif, manajemen laktasi, dan penerapan pola gizi makanan yang sehat dan seimbang

pada ibu-ibu menyusui, sehingga dalam proses laktasi, asupan gizi bagi si bayi dapat tercukupi secara optimal.

- 3) Bagi masyarakat. Keluarga yang memiliki bayi dan balita hendaknya rutin mengimplementasikan pijat bayi ini karena manfaat salah satunya adalah penambahan berat badan bayi dan balita akan mencapai kenaikan berat badan minimal sesuai dengan grafik pada KMS, sehingga dapat meminimalkan terjadinya stunting.
- 4) Bagi peneliti selanjutnya. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber data/informasi bagi peneliti selanjutnya. Peneliti lain diharapkan dapat lebih mengembangkan variabel-variabel maupun faktor-faktor lain selain dari variabel yang telah penulis teliti. Di samping itu, pengambilan sampel penelitian hendaknya dapat lebih diperbanyak lagi dari apa yang telah ada, sehingga hasil penelitian yang dilakukan akan lebih mampu menangkap fenomena dan dapat menghasilkan analisa secara lebih komprehensif.

Daftar Pustaka

1. Harahap, N., R. (2019). Pijat Bayi Meningkatkan Berat Badan Bayi Usia 0-6 Bulan. *Jurnal Kesehatan Prima*, 13(2), pp. 100. Diperoleh dari: <http://jkip.poltekkes-mataram.ac.id/index.php/home/index> [diakses pada 09 Agustus 2019].
2. Indriyani, Irma (2016) *Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Usia 1-6 Bulan Di Posyandu Desa Pesantunan Kecamatan Wanasari Kabupaten Brebes*. Bachelor Thesis, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
3. Kementerian PPN/Bappenas. (2019). *Pembangunan Gizi di Indonesia*. Kajian Sektor Kesehatan. Direktorat Kesehatan Dan Gizi Masyarakat Kedepujian Pembangunan Manusia, Masyarakat Dan Kebudayaan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Cetakan Pertama, Jakarta.

4. WHO. (2018). NLiS. Dikutip dari *Stunting, Wasting, Overweight And Underweight - Nutrition Landscape Information System (NLiS)*: <http://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=391&lang=EN>.
5. Kurniawan, Rudi., dkk (ed). (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019, Bab V Kesehatan Keluarga*. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, hlm. 120-145.
6. Riskesdas. (2018). *Laporan Provinsi Kalimantan Timur Riskesdas 2018*. Jakarta : Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
7. Roesli, Utami. (2013). *Pedoman Pijat Bayi Prematur Dan Bayi Usia 0 – 3 Tahun*. Jakarta: Trubus Agrowida.
8. Hermawan, R. (2013). *Makalah Pijat Bayi*. [online] <https://studylibid.com/doc/4286084/makalah-pijat-bayi>.
9. Suparyanto, (2011). *Pijat Bayi*. Diperoleh dari: <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2011/09/pijat-bayi.html> [Diakses pada tanggal 15 Juli 2016].
10. Sujarwo. (2014). *Salah Pijat Bayi Bisa Sebabkan Perdarahan Otak*. Diperoleh dari: <http://health.compas.com> [diakses pada November 2014].
11. Hardhana, Boga., dkk (ed). (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018, Bab V Kesehatan Keluarga*. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, hlm. 131-160.
12. Kurniawan, Rudi., dkk (ed). (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019, Bab V Kesehatan Keluarga*. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, hlm. 120-145.
13. Yuliana, Dwi Setyarini. (2016). *Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Kenaikan Berat Badan Bayi Usia 6-12 Bulan Di Puskesmas Seberang Padang Tahun 2016*. Diploma Thesis, Universitas Andalas.
14. AkBid Griya Husada. (2013). *Modul Ketrampilan Klinik Pijat Bayi*. Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya.
15. Indonesian Holistic Care Association (IHCA). (2021). *Materi Training Loving Baby Massage and Developing Baby SPA*. Jakarta: IHCA Istitute.
16. DepKes RI. (2020). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI dan JICA (Japan International Cooperation Agency).
17. Sulistyawati, A. (2015). *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
18. Nalahudin, M. (2021). *Mata Kuliah Metodologi Penelitian*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Pertiwi Indonesia Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Sarjana Kebidanan. Jakarta.
19. Syaokani Aulia, (2015) *Petunjuk Praktis Pijat, Senam, dan Yoga Sehat untuk Bayi agar Tumbuh Kembang Maksimal*. Yogyakarta, Araska.
20. Hutasuhut, Afipah S. (2018). *Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Pertumbuhan (Berat Badan) Bayi Usia 1-3 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pematang Pasir Kota Tanjung Balai Tahun 2018*. Skripsi, Politeknik Kesehatan Kemenkes Ri Jurusan Kebidanan Medan Prodi D-IV Kebidanan Medan.
21. Yunianti, dkk. (2018). *Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Pada Bayi Umur 1-6 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lalowaru Kecamatan Moramo Utara Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2018*. Skripsi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Poltekes Kemenkes Kendari Prodi D-IV Kebidanan Ken

PERBANDINGAN KOHORT IBU DIGITAL DIBANDINGKAN DENGAN KOHORT IBU MANUAL TERHADAP KINERJA BIDAN DI PUSKESMAS JALAN GEDANG KOTA BENGKULU

Nurul Maulani¹, Lolli Nababan², Rismayani³

¹ STIKes Sapta Bakti Bengkulu

* Email:nurulmaulani99@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Kohort ibu adalah sumber data pelayanan ibu hamil yang bertujuan untuk mempermudah bidan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan ibu. Namun dalam kenyataannya, sistem kohort ibu manual memiliki banyak kendala dikarenakan pengisian kohort ibu masih dilakukan secara manual sehingga memakan waktu lama, banyak kolom yang harus diisi, dan mudah rusak. Mengingat seorang bidan menguasai pencatatan maka di perlukan kohort ibu digital pengganti kohort ibu manual untuk mempermudah pencatatan

Tujuan: Evaluasi kemudahan-kemudahan yang bermakna yang ada pada instrumen dalam mengobservasi hasil ukur instrumen pada kepraktisan. Pencatatan suatu indikator keberhasilan suatu kegiatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas kohort digital dibandingkan dengan kohort manual**Hasil:** penelitian menunjukkan bidan kinerja baik sebesar 60% pada kelompok kohort ibu digital sedangkan pada kelompok kohort ibu manual 40%. Kepraktisan baik sebesar 62,5% pada kohort ibu digital, sedangkan pada kohort ibu manual 37,5%. Hasil uji statistik menunjukkannilai $p < 0,05$.

Kesimpulan: bahwa kohort digital lebih efektif daripada kohort ibu manual terhadap kinerja bidan di wilayah kerja Puskesmas Jalan Gedang Kota Bengkulu

Kata kunci: Efektivitas; Kohort ibu manual; Kohort ibu Digital

Abstract

COMPARISON OF THE COHORT OF DIGITAL MOTHERS COMPARED WITH THE COHORT OF MANUAL MOTHERS TO THE PERFORMANCE OF MIDWIFE IN PUSKESMAS JALAN GEDANG, BENGKULU CITY

Background: The maternal cohort is a source of data for pregnant women services which aims to facilitate midwives in identifying maternal health problems. However, in reality, the manual maternal cohort system has many problems because the maternal cohort filling is still done manually so it takes a long time, has many columns to fill in, and is easily damaged. **Purpose** Considering that a midwife controls the recording, a digital cohort of mothers is needed to replace the manual cohort of mothers to facilitate recording. Evaluation of meaningful facilities that exist in the instrument in observing the results of measuring instruments on practicality. Recording an indicator of the success of an activity. This study aims to analyze the effectiveness of the digital cohort compared to the manual cohort. **Method:** This method uses a quasi-experimental. The subjects in this study were midwives who worked in the work area of the Tomo Health Center, Sumedang Regency. The samples taken in this study were 40 people. This study uses the "Nonequivalent control Group Design" design **Results:** showed good performance midwives by 60% in the digital mother cohort group while in the manual mother cohort group 40%. Practicality is good at 62.5% in the digital cohort, while 37.5% in the manual cohort. Statistical test results show p value < 0.05 . **Conclusion** that the digital cohort is more effective and more practical than the manual mother cohort

Keywords: Effectiveness; Manual mother cohort; Digital mother cohort

PENDAHULUAN

Kohort ibu adalah sumber data pelayanan ibu hamil yang bertujuan untuk mempermudah bidan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan ibu. Penggunaan pemantauan melalui kohort ibu diharapkan dapat memantau keadaan kesehatan ibu hamil. Praktek klinik yang bermutu memenuhi standar dan dapat menurunkan jumlah risiko tinggi pada ibu hamil. Namun dalam kenyataannya, sistem kohort ibu manual memiliki banyak kendala dikarenakan banyak data yang tidak lengkap. Pengisian kohort ibu masih dilakukan secara manual sehingga memakan waktu lama, mudah rusak, dan banyak kolom yang harus diisi.

Hasil dari pencatatan kohort ibu ini adalah data kesehatan ibu hamil dicatat dengan metode yang benar. Data dari informasi yang lengkap akan memberikan keputusan dan tindakan yang cepat dalam mengatasi risiko.

Studi pendahuluan pada bulan Januari tahun 2022 di Puskesmas pada bidan desa sebanyak 10 orang. Tiga orang bidan desa yang mengisi kohort ibu pada saat kontak langsung dengan ibu hamil. Tujuh orang bidan desa yang lain hanya mengisi kohort ibu pada akhir bulan atau pada saat ada pemantauan dari bidan Puskesmas dengan alasan pada kohort ibu banyak kolom yang harus diisi, kolom yang diisi terlalu kecil, mudah robek, dan mudah hilang sehingga data tidak aman. Beberapa alasan memungkinkan lainnya banyak pencatatan yang harus dikerjakan seperti laporan obat, laporan penyakit, dan pelayanan kesehatan di wilayah

setempat.

Hasil evaluasi dari program untuk menyelesaikan masalah dibuatkan proyek yaitu kohort ibu digital di wilayah Puskesmas. Proyek ini disponsori oleh bidan setempat. Proyek kohort ibu digital diuji coba secara terbatas di lingkungan Puskesmas dan layak digunakan.

Kohort ibu digital merupakan aplikasi yang digunakan untuk memantau perkembangan kesehatan ibu hamil. Kelebihan dari kohort ibu digital mempermudah bidan untuk mencatat data kesehatan ibu hamil, lebih cepat dalam pengisian data ibu hamil, data yang tersimpan aman, dan dapat digunakan kapanpun dalam jangka waktu panjang.

METODE

Bagian ini menjelaskan metode-metode yang digunakan dalam penyelesaian pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat. Memuat informasi terkait sasaran pengabdian, lokasi kegiatan, materi kegiatan dan evaluasi kegiatan termasuk informasi yang lengkap bagi pembaca apabila ingin melakukan hal yang sama. Bahan yang digunakan harus dijelaskan asalnya dan kuantitasnya. Cara kerja dan analisa data harus ditulis secara jelas dan ringkas. Modifikasi dan cara kerja yang pernah dipublikasikan cukup menyebut sumbernya dan menjelaskan bagian yang dimodifikasi. Bila menggunakan uji statistik, cukup ditulis metodenya misalnya RCBD. Bagian ini, dapat digunakan satu jenis metode ataupun kombinasi beberapa jenis metode.

HASIL

Penelitian ini dilakukan pada 40 bidan yang dibagi menjadi dua kelompok.

Tabel 1 Distribusi Karakteristik Subjek Penelitian

Variabel	Kohort Ibu Manual		Kohort Ibu Digital		Nilai p
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
Pengetahuan					
Baik : 76%-100%	17	40 %	8	20 %	0,800
Cukup: 57%-75%	17	42,5 %	22	55 %	
Kurang: ≤ 56%	6	15 %	10	25 %	
Motivasi					
Positif : $X \geq 5$	34	85 %	35	87,5 %	0,632
Negatif: $X < 5$	6	15 %	3	12,5 %	
Usia	40	100 %	40	100%	0,776

*Ket: *)mann whitney test

Data tabel 4.1 didapatkan hasil tidak ada perbedaan pada karakteristik subjek penelitian setelah dilakukan treatment kohort ibu manual dengan kohort ibu digital, dengan hasil terdapat 17 bidan dengan persentase 40% memiliki pengetahuan baik, 17 bidan dengan persentase 42,5% memiliki pengetahuan cukup, dan 6 bidan dengan persentase 15% memiliki pengetahuan kurang. Kohort ibu digital didapat 8 bidan dengan persentase 20% memiliki pengetahuan baik, 22 bidan dengan persentase 55% memiliki pengetahuan cukup, dan 10

bidan memiliki pengetahuan kurang dengan persentase 25%. Dengan nilai p sebesar 0,080.

Hasil variabel motivasi, kohort ibu manual didapat 34 bidan dengan persentase 85% memiliki motivasi positif dan 6 bidan dengan persentase 15% memiliki motivasi negatif. Kohort ibu digital didapat 35 bidan dengan persentase 87,5% memiliki motivasi positif dan 5 bidan dengan persentase 12,5% memiliki motivasi negatif. Hasil nilai p value sebesar 0,632.

Tabel 2 Kinerja bidan mengerjakan Kohort Ibu Manual dibandingkan dengan Kohort Ibu Digital

Kinerja	Kohort Manual		Kohort Digital		Nilai p
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
Baik : $X \geq 43,5$	20	50	24	60	0
Kurang baik :	20	50	16	40	

$X < 43,5$

*Ket: *)*mannwhitney test*

Tabel 4.2 diatas menunjukkan hasil dari kinerja bidan, yakni pada kohort ibu manual 50% baik dan 50 % cukup, sebesar 0,040.

PEMBAHASAN

Kinerja Bidan dan menggunakan Kohort Ibu Digital Dibandingkan Dengan Kohort Ibu Manual

Hasil analisis didapat bahwa bidan lebih baik kinerjanya dengan menggunakan kohort ibu digital. Kohort ibu digital merupakan aplikasi yang dapat membantu bidan agar lebih produktif dalam melakukan pencatatan kesehatan ibu hamil. Aplikasi kohort ibu digital mampu memperlancar bidan dalam melakukan pencatatan kesehatan ibu hamil sehingga jumlah data ibu hamil dan jumlah pasien yang bisa dilayani lebih banyak. Hal ini karena aplikasi kohort ibu digital memiliki kelebihan seperti bidan tidak perlu mencatat secara manual mengenai data kesehatan ibu hamil sehingga lebih cepat dan bisa digunakan setiap waktu. Dengan demikian, lebih cepat dan diharapkan hasil yang didapatkan akan lebih akurat. Aplikasi ini memiliki kemampuan dalam memasukan data, mengurutkan data, dilihat dari pengetahuan bidan yang katagori baik sehingga memungkinkan untuk mempelajari kohort digital. Dilihat dari bidan yang mempunyai motivasi positif memungkinkan bidan untuk mempelajari kohort ibu digital dengan tujuan mempermudah bidan dalam pencatatan.

Aplikasi kohort ibu digital pada penelitian ini menggunakan program yang berbasis internet sebagai media atau alat pencatatan dan pengolahan informasi data kesehatan ibu hamil otomatis sehingga akan terhindar dari salah catat dan salah simpan yang menyebabkan keterlambatan dalam pengerjaan kohort ibu. Aplikasi kohort

sedangkan untuk kohort ibu digital 60 % baik dan 40 % cukup. Hasil nilai p

ibu digital akan tetap melakukan pencatatan dan pelayanan yang sama walaupun digunakan oleh orang yang berbeda dikarenakan aplikasi kohort ibu digital adalah program yang sudah terancang dengan jelas bahwa suatu program aplikasi secara digital tidak akan pernah lelah seperti halnya manusia sehingga pencatatan dan pengolahan data kesehatan ibu akan lebih terjamin hasilnya. Pencatatan secara manual menggunakan alat manual sering kali menghasilkan hasil catatan yang kurang akurat dan jumlahnya yang bisa dilakukan tidak maksimal. Hal ini disebabkan oleh faktor kesalahan pencatatan dan kelelahan yang ada pada manusia, sehingga diperlukan sebuah alat aplikasi kohort ibu digital dengan memanfaatkan teknologi informasi berupa kohort digital yang akan membantu mengurangi kesalahan pencatatan dan menambah produktivitas kinerja bidan dalam mengejakan pencatatan kesehatan ibu.

Penggunaan aplikasi kohort ibudigital telah terbukti dapat meningkatkan responden dengan pengetahuan, motivasi dan usia yang sama dapat meningkatkan kinerja bidan untuk mengisi data kesehatan ibu hamil. Kelebihan dari pemanfaatan teknologi aplikasi kohort ibudigital dengan menggunakan *handphone*.

Kinerja bidan setelah diberikan aplikasi kohort ibudigital mengalami peningkatan yaitu terdapat perbedaan saat bidan mengisi kohort ibu manual banyak data yang tidak diisi dengan alasan terlalu banyak pekerjaan, terlalu besar format yang diisi dan tabel pengisian terlalu kecil. waktu satu minggu aplikasi kohort ibu digital digunakan serta diberikan kuesioner

kepada bidan seputar kinerja, terdapat pengaruh positif terhadap aplikasi Aplikasi kohort ibudigital dapat diaplikasikan sebagai alat dalam pengisian data ibu hamil yang biasa dilakukan bidan dalam pemantauan kesehatan ibu hamil, dengan adanya

kohort ibudigital dalam meningkatkan kinerja bidan.

aplikasi kohort ibudigital bidan dapat menggunakan setiap waktu dengan jaringan internet dan saat bidan ada waktu luang.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kohort ibu digital lebih efektif dibanding dengan kohort ibu manual terhadap kinerja bidan di wilayah kerja

Puskesmas Jalan Gedang

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih banyak kepada pihak yang telah mendukung berlangsungnya pengabdian ini

DAFTAR PUSTAKA

1. Liana M. Standar asuhan kehamilan. Jakarta: SalembaMedika; 2013.
2. Mangkunegara, Anwar P. Manajemen sumber daya manusia perusahaan. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2009.
3. Mubarak IW. Ilmu kesehatan masyarakat. Jakarta: SalembaMedika; 2012.
4. Wiryawan W, Senewe FP. Pencatatan dan pelaporan sistem pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak oleh bidan di desa di puskesmas Sepatan Kabupaten Tangerang. J Ekologi Kes. 2011 September; 10(3):156.
5. Syarifudin. Kebidanan komunitas. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
6. Ulfa R, Johan T, Yuswanto A. Asuhan kebidanan komunitas. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
7. Syarifudin. Ilmu kesehatan masyarakat untuk bidan. Jakarta: Trans Info Media; 2009.
8. Romauli S. Asuhan kebidanan I konsep dasar. Yogyakarta: NuhaMedika; 2009.
9. Rukiyah, Ai Y. Asuhan kebidanan I (kehamilan). Jakarta: CV Trans Info Media; 2012.
10. Notoatmodjo Soekidjo. Ilmu kesehatan masyarakat prinsip-prinsip dasar. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
11. Iqbal W, Mubarak. Ilmu kesehatan masyarakat konsep dan aplikasi dalam kebidanan. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
12. Wahyuningsih PH. Dasar-dasar ilmu kesehatan masyarakat dalam kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya; 2013.
13. Robbins, Stephen P, Judge, Timothy A. Perilaku organisasi. Jakarta: Salemba Empat; 2012.
- Al Fattah, Hanif. Analisis dan perancangan sistem informasi untuk keunggulan bersaing perusahaan dan

- organisasi modern. Yogyakarta: Andi; 2012.
14. Ahmad S. *Filsafatilmu*. Jakarta: PT Bumi Aksara; 2012.
15. Amsal B. *Filsafatilmu*. Jakarta: Rajawali Pers; 2009.
16. Zulkifli. *Psikologi perkembangan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2012.
17. Jamal MA. *Tips menjadi guru inspiratif, kreatif, dan inovatif*. Yogyakarta: DIVA; 2013.
- Supriyadi. *Statistik kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
18. Swarjana IK. *Metodologi penelitian kesehatan*. Bali: Andi; 2014.
19. Sopiudin. *Besar sampel dan cara pengambilan sampel*. Jakarta: Sagung Seto; 2012.
20. Sugiyono. *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*. Bandung: Alfabeta; 2018.
21. Neolaka A. *Metode penelitian dan statistik*. Bandung: Rosda; 2014.