

## PEMBINAAN DAN PENGAWASAN DINAS KESEHATAN TERHADAP KUALITAS DEPOT AIR MINUM ISI ULANG DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2018

Muhammad Iqbal, Ayi Darmana, Darwin Syamsul

Peminatan Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat

Institut Kesehatan Helvetia Medan

Email : [m.iqbal.rush75@gmail.com](mailto:m.iqbal.rush75@gmail.com)

<p><b>Track Record Article</b></p> <p>Diterima : 15 Mei 2019 Dipublikasi: 25 Juni 2019</p>	<p style="text-align: center;"><b>Abstract</b></p> <p><i>To establish a drinking water depot business, entrepreneurs are required to follow the conditions set by the government. Based on an initial survey of 85 water depots in Simeulue District, only 27 depots met the requirements for healthy drinking water, but as many as 35 depots did not meet the applicable provisions. The purpose of this study is to find out the guidance and supervision of the Health Office on the Quality of Refill Drinking Water Depots. The research design used in this study was Cross Sectional. The population in this study was 65 depots of drinking water and samples taken by total sampling were 65 depots of drinking water. Data collection methods are primary data and secondary data. Data analysis used is binary logistic regression test. The results showed that coaching had a sig-p value of .004 &lt; .05 and supervision had a sig-p value of .001 &lt; .05 meaning that coaching and supervision had a significant influence on the Quality of Refill Drinking Water Depots. Results The odds ratio also shows that coaching is the most dominant factor, where coaching has an influence on the quality of refill drinking water depots as much as 39 times compared to poor coaching. The conclusion in this study is the influence of guidance and supervision on the quality of refill drinking water depots in Simeulue Regency.</i></p> <p><b>Keywords : Development, Supervision, Drinking Water Refills</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Abstrak</b></p> <p>Untuk mendirikan usaha depot air minum, para pengusaha diwajibkan mengikuti syarat-syarat yang telah ditetapkan pemerintah. Berdasarkan survei awal yang sebanyak 85 depot air yang ada di Kabupaten Simeulue hanya 27 depot memenuhi ketentuan syarat air minum yang sehat, namun sebanyak 35 depot tidak memenuhi ketentuan yang berlaku. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pembinaan dan pengawasan Dinas Kesehatan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>Cross Sectional</i>. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 65 depot air minum dan sampel yang diambil dengan cara <i>total sampling</i> yaitu sebanyak 65 depot air minum. Metode pengumpulan data yaitu data primer dan data sekunder. Analisa data yang digunakan yaitu <i>uji regresi binary logistic</i>. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembinaan memiliki nilai <i>sig-p</i> 0,004 &lt; 0,05 dan pengawasan memiliki nilai <i>sig-p</i> 0,001 &lt; 0,05 artinya bahwa pembinaan dan pengawasan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang. Hasil <i>odds ratio</i> juga menunjukkan bahwa pembinaan merupakan faktor yang paling dominan, dimana pembinaan memiliki pengaruh terhadap kualitas depot air minum isi ulang sebanyak 39 kali lipat di bandingkan pembinaan yang kurang baik. Kesimpulan dalam penelitian ini ada pengaruh pembinaan dan pengawasan terhadap kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue.</p> <p><b>Kata Kunci : Pembinaan, Pengawasan, Kualitas Depot Air Minum</b></p>
--	--

## 1. Pendahuluan

Air yang dapat diminum memiliki standar tertentu agar dapat dikatakan sebagai air layak konsumsi. Air minum merupakan kebutuhan manusia yang paling penting. Seperti diketahui, kadar air tubuh manusia mencapai 68 persen, dan untuk tetap hidup air dalam tubuh tersebut harus dipertahankan. Kebutuhan air minum setiap orang bervariasi dari 2,1 liter hingga 2,8 liter per hari, tergantung pada berat badan dan aktivitasnya. Namun agar tetap sehat air minum harus memenuhi persyaratan fisik, kimia, maupun bakteriologis (Siregar WD, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2017, salah satu target MDG adalah untuk mengurangi setengah dari proporsi populasi yang tidak memiliki akses pasokan air minum pada tahun 2015. Sementara target MDG ini terpenuhi, hari ini masih ada sekitar 1,8 miliar orang menggunakan air yang tidak aman dari segi kontaminasi mikroba dan lebih dari 663 juta orang hidup tanpa peningkatan pasokan air di dekat rumah (Pérez and Brown, 2017).

Data dari Statistik Kesejahteraan Rakyat tahun 2017, Badan Pusat Statistik secara nasional menunjukkan sumber air utama yang paling banyak digunakan rumah tangga untuk minum adalah air kemasan (35,15%), sumur terlindung (18,69%), dan sumur bor/pompa (15,60%), sebesar 47,68% rumah tangga di Indonesia memperoleh air minum dengan cara membeli. Sedangkan untuk memasak, mandi, mencuci, dan lain-lain sumber air utama yang digunakan yaitu sumur terlindung/tak terlindung (33,13%), sumur bor/pompa (31,08%), dan ledeng (18,27%) sedangkan sumber air utama yang digunakan rumah tangga untuk mandi, mencuci, dll, adalah air dari sumur terlindung/tak terlindung dan sumur bor/pompa sebesar (28,85%) (Kemenkes, 2018).

Data yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat pada tahun 2018 yaitu secara nasional pada tahun 2017 terdapat 20.844 jumlah sarana air minum yang beresiko rendah dan sedang, 22,76% (4.754) diantaranya diambil sampel airnya sebagai pelaksanaan pengawasan sarana air minum, hasil ini masih belum mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2017 yaitu 40% sarana air minum yang dilakukan pengawasan. Terdapat 10 (sepuluh) provinsi sudah memenuhi target Renstra Kemenkes tahun

2017 dengan memperoleh hasil lebih dari 40% persentase sarana air minum yang diawasi diantaranya Papua, Papua Barat, DIY, Maluku Utara, Sumatera Selatan, Kep. Bangka Belitung, Riau, Kep. Riau, Banten, Aceh (54,47%) dan Sumatera Barat. Sedangkan provinsi dengan persentase terendah diantaranya NTB (0,41%), dan Bali (5,26%), terdapat satu provinsi yang belum memiliki data pelaksanaan pengawasan air minum yaitu provinsi Maluku (Kemenkes, 2018).

Gambaran persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan tahun 2017 sangat berbeda dengan 2 tahun sebelumnya. Pada tahun 2015, capaian nasional sebesar 43,58% (101.972) sarana air minum yang diawasi dari jumlah sarana air minum sebesar 234.002 sarana dan angka ini telah mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015 yaitu 30% sarana air minum yang dilakukan pengawasan. Pada tahun 2015, pengawasan yang dilakukan hanya pengawasan secara fisik pada bangunan sarana air minum dengan menggunakan metode Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL). Padahal seharusnya pengawasan dilakukan sampai pada pengambilan sampel air. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan sumber daya di daerah untuk melakukan pemeriksaan sampel air. Sedangkan pada tahun 2016, pengawasan coba ditingkatkan pada pengambilan sampel air, pada sarana air minum yang membutuhkan jumlah sampel yang tidak terlalu banyak yaitu DAM (Depot Air Minum). Adapun DAM berjumlah 32.578 sarana dan terdapat 16,02% (5.218 sarana) yang dilaksanakan inspeksi kesehatan lingkungan dan pengambilan sampel air. Pada tahun 2017 pengawasan dilakukan pada seluruh jenis sarana, dimana tahapan diawali dengan inspeksi kesehatan lingkungan. Sarana air minum yang masuk kategori resiko rendah dan sedang berdasarkan inspeksi kesehatan lingkungan dilakukan pengambilan sampel air (Kemenkes, 2018).

Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue pada tahun 2015 Dinas Kesehatan melaksanakan beberapa kegiatan Kesehatan Lingkungan seperti monitoring kualitas sarana air bersih yaitu monitoring dan pengawasan kualitas air mineral isi ulang dan inspeksi sanitasi sarana air bersih dan air minum dengan menggunakan *water test kit* sedangkan uji laboratorium belum dilaksanakan disebabkan alat dan sumber daya yang ada belum memadai dan mencukupi. Jumlah

keluarga yang memiliki akses air bersih masih sangat minim. Dari hasil pengumpulan data melalui laporan bulanan masing-masing Puskesmas penggunaan air bersih pada setiap keluarga yang paling tertinggi adalah sumur gali sebanyak 19,91%, Sumur Bor sebanyak 18,08%, PAM sebanyak 14,4%, mata air terlindung sebanyak 12,65% dan penampungan air hujan sebanyak 6,99%, sedangkan terminal air sebanyak 1,06% (Dinkes Simeulue, 2015).

Hal tersebut menjelaskan bahwa tidak semua air yang ada di bumi dapat dimanfaatkan oleh manusia untuk kebutuhan hidupnya. yang tertuang dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 33 ayat (3) yang menyebutkan bahwa, "Bumi air dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh Negara dan dipergunakan untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat". (Akhadi, 2014) Seiring dengan meningkatnya aktivitas manusia menyebabkan kebutuhan akan air minum juga meningkat sehingga berbagai sarana penyediaan air minum juga jumlahnya semakin meningkat dengan pesat (Purba, 2015). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2014, setiap Depot Air Minum wajib menjamin air minum yang dihasilkan memenuhi standar baku mutu atau persyaratan kualitas air minum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan memenuhi persyaratan higiene sanitasi dalam pengelolaan air minum (Menteri Kesehatan, 2014).

Air minum isi ulang merupakan suatu jawaban atas kebutuhan sebagian masyarakat di perkotaan. Sekitar tahun 1999, mulai merebak peluang usaha yang umumnya disebut sebagai Depot Air Isi Ulang (Pitoyo, 2005). Depot air minum adalah usaha industri yang melakukan proses pengolahan air baku. Depot Air Minum Isi Ulang menjadi air minum dan menjual langsung kepada pembeli (Jawetz, Melnick and Adelberg's, 2010).

Air minum yang dihasilkan DAMIU yang tidak memenuhi syarat fisik, mikrobiologis, kimiawi, dan radioaktif sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492 Tahun 2010 dapat menyebabkan gangguan kesehatan seperti penyakit diare (Permenkes RI, 2010). Dari uraian tersebut jelas bahwa untuk melakukan usaha dibidang sumber daya air harus memiliki izin dari pemerintah atau

pemerintah daerah yang bersangkutan tidak terkecuali untuk usaha air minum yang belakangan ini berkembang pesat. Seperti halnya usaha depot air minum. Untuk depot air minum sendiri, izin yang harus dimiliki seperti Surat Izin Usaha (SIUP), Surat Izin Tempat Usaha (SITU), dan Tanda Daftar Perusahaan (TDP) (Prawiro, 2013).

Untuk mendirikan usaha depot air minum, para pengusaha diwajibkan mengikuti syarat-syarat yang telah ditetapkan pemerintah. Dalam Keputusan Menteri Perindustrian dan Perdagangan Republik Indonesia Nomor 651/MPP/Kep/10/2004 tentang Persyaratan Teknis Depot Air Minum Serta Perdagangananya, dimana sangat jelas disebutkan bahwa depot air minum harus memenuhi syarat-syarat yang berlaku, seperti syarat usaha, syarat air baku, proses pengelolaan, mesin/peralatan dan mutu air minum. Hal ini untuk mencegah adanya praktek-praktek curang dari para pengusaha yang dapat merugikan konsumen (Menteri Perindustrian dan Perdagangan, 2004).

Persyaratan dan pengawasan terhadap kualitas air minum (air yang aman untuk dikonsumsi langsung) termasuk depot isi ulang air minum diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Syarat-Syarat dan Pengawasan Terhadap Kualitas Air Minum, air minum itu selain harus memenuhi persyaratan fisik dan kimia, juga harus memenuhi persyaratan mikrobiologis. Air minum harus bebas dari bakteri *pathogen* (Permenkes RI, 2010).

Dalam hal, pengawasan yang dilakukan untuk menjamin kualitas dari air yang dihasilkan, dan untuk itu diperlukan bukti otentik yang dapat menjamin kualitas air yang dihasilkan. Sehingga para pengusaha yang sudah memenuhi standar kualitas air dan telah melakukan uji laboratorium akan mendapatkan sertifikat laik higiene yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan. Sertifikat tersebut juga menjadi salah satu syarat bagi pengusaha dalam mengurus izin usahanya, tetapi tidak semua pengusaha depot air minum mau melaksanakan hal tersebut (Yendra, 2017).

Depot air minum yang ada di Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue beberapa di antaranya menjalankan usaha tanpa ada serifikat izin usaha diantaranya 35 depot tidak memenuhi ketentuan yang berlaku namun bebas

melakukan usahanya dimana depot tersebut tidak pernah melakukan pemeriksaan mikrobiologis serta 18 depot memiliki status pemeriksaan mikrobiologis yang sudah kadaluarsa. Beberapa pengusaha tidak melakukan uji laboratorium dan tidak mengetahui arti penting dari pengujian kualitas air yang mereka kelola. Hal ini jelas dapat menimbulkan masalah dikemudian hari.

Menurut ketetapan Qanun Bupati Simeulue No. 10 Tahun 2016, menjelaskan bahwa depot air minum yang beroperasi dan belum memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Qanun ini wajib menyesuaikan dengan Qanun ini dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun terhitung sejak Qanun ini ditetapkan. Setiap usaha Depot Air Minum yang tidak memenuhi kewajiban sebagaimana diatur dalam Qanun ini dikenakan sanksi administratif (Bupati Simeulue Provinsi Aceh, 2016).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti pada bulan Juli 2018 ditemukan depot air minum sebanyak 85 depot air yang ada di Kabupaten Simeulue hanya 27 depot memenuhi ketentuan syarat air minum yang sehat, namun sebanyak 35 depot tidak memenuhi ketentuan yang berlaku namun bebas melakukan usahanya dimana depot tersebut tidak pernah melakukan pemeriksaan mikrobiologis serta 18 depot memiliki status pemeriksaan mikrobiologis yang sudah kadaluarsa. Hal ini menunjukkan kurangnya pembinaan dan pengawasan dari dinas yang terkait khususnya Dinas Kesehatan Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue.

Bertolak dari permasalahan ini maka perlu dibahas aspek pentingnya Pembinaan dan Pengawasan Dinas Kesehatan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Simeulue tahun 2018. Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pembinaan dan pengawasan mempengaruhi Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Simeulue tahun 2018.

## 2. Metode

Desain penelitian menggunakan metode Survei Analitik yaitu meneliti bagaimana dan mengapa fenomena terjadi yang kemudian menganalisa hubungan antara fenomena tersebut sehingga dapat diketahui sejauh mana faktor resiko berpengaruh terhadap suatu kejadian. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yaitu

mempelajari hubungan antara faktor-faktor resiko dengan kejadian dengan menggunakan metode observasi atau pengumpulan data dalam waktu yang bersamaan. (Menteri Kesehatan, 2014).

Penelitian ini dilakukan di Depot Air Minum yang ada di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dan penelitian dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2018 sampai dengan bulan Maret tahun 2019. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Depot Air Minum Isi Ulang yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue yaitu sebanyak 65 depot dan teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total Sampling* yaitu pengambilan sampel dari seluruh total populasi dengan jumlah 65 depot air minum.

Analisis data yang digunakan yaitu analisis multivariat. Analisis Multivariat bertujuan untuk melihat kemaknaan korelasi antara variabel bebas (*independent variable*) dengan variabel terikat (*dependent variable*) di lokasi penelitian secara simultan dan sekaligus menentukan faktor-faktor yang lebih dominan berpengaruh. Uji statistik yang digunakan untuk analisis multivariat yaitu *Regression Binary Logistic* (Regresi Binari Logistik) pada batas kemaknaan 95% dengan perhitungan statistik  $\alpha = 0,05$ .

## 3. Hasil

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa dari 65 responden, sebanyak 31 responden (47,7%) menunjukkan pembinaan dalam kategori baik dan 34 responden (52,3%) menunjukkan pembinaan dalam kategori kurang baik. dari 65 responden, sebanyak 27 responden (41,5%) menunjukkan pengawasan dalam kategori baik dan 38 responden (58,5%) menunjukkan pengawasan dalam kategori kurang baik. Selanjutnya dari 65 responden, sebanyak 25 responden (38,5%) memiliki kualitas depot air minum yang baik dan 40 responden (37,0%) memiliki kualitas depot air minum yang kurang baik (tabel 1)

Berdasarkan tabulasi silang tabel 2 antara pembinaan dengan kualitas depot air minum isi ulang, diketahui bahwa sebanyak dari 31 responden (47,7%) yang menyatakan pembinaan dalam kategori baik, sebanyak 24 responden (36,9%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang baik dan sebanyak 7 responden (10,8%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang kurang baik. Selanjutnya dari 34 responden (52,3%) yang menyatakan

pembinaan dalam kategori kurang baik, sebanyak 1 responden (1,5%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang baik dan sebanyak 33 responden (50,8%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang kurang baik. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas pembinaan adalah  $p\text{-value} = 0,000$  atau  $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$ . Hal ini membuktikan pembinaan memiliki hubungan dengan kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue tahun 2018.

Berdasarkan tabulasi silang antara pengawasan dengan kualitas depot air minum isi ulang, diketahui bahwa sebanyak dari 27 responden (41,5%) yang menyatakan pengawasan dalam kategori baik, sebanyak 23 responden (35,4%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang baik dan sebanyak 4 responden (6,2%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang kurang baik. Selanjutnya dari 38 responden (58,5%) yang menyatakan pengawasan dalam kategori kurang baik, sebanyak 2 responden (3,1%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang baik dan sebanyak 36 responden (55,4%) memiliki kualitas depot air minum isi ulang yang kurang baik. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan bahwa nilai signifikan probabilitas pengawasan adalah  $p\text{-value} = 0,000$  atau  $< \text{nilai-}\alpha = 0,05$ . Hal ini membuktikan pengawasan memiliki hubungan dengan kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue tahun 2018.

Berdasarkan table 3 hasil uji yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan  $\alpha = 0,05$ , variabel bebas (*independent*) yang mempunyai pengaruh secara signifikan dengan variabel terikat (*dependent*) adalah sebagai berikut :

- 1) Pembinaan memiliki nilai  $\text{sig-p} 0,004 < 0,05$  artinya pembinaan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Simeulue Tahun 2018.
- 2) Pengawasan memiliki nilai  $\text{sig-p} 0,001 < 0,05$  artinya pengawasan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Simeulue Tahun 2018.

Hasil pengujian ini menunjukkan bahwa pembinaan dan pengawasan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas depot air minum isi ulang. Pembinaan dan pengawasan merupakan faktor yang tidak bisa

dipisahkan untuk meningkatkan kualitas depot air minum isi ulang menjadi kearah yang lebih baik dan memenuhi syarat kesehatan, dikarenakan pembinaan dan pengawasan yang baik maka akan menghasilkan kualitas depot air minum isi ulang yang baik pula.

#### 4. Pembahasan

##### 4.1. Pengaruh Pembinaan Dinas Kesehatan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pembinaan memiliki nilai  $\text{sig-p} 0,004 < 0,05$  artinya pembinaan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Simeulue Tahun 2018. Selanjutnya nilai *Odds Ratio* dari variabel pembinaan memiliki nilai OR 39,084. Hasil ini menunjukkan bahwa pembinaan yang baik, memiliki pengaruh terhadap kualitas depot air minum isi ulang sebanyak 39 kali lipat di bandingkan pembinaan yang kurang baik. Nilai  $B = \text{Logaritma Natural dari } 39,084 = 3,666$ . Oleh karena nilai  $B$  bernilai positif, maka pembinaan mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas depot air minum isi ulang.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ma'arif tahun 2017 tentang Analisis Kualitas Air Minum Isi Ulang di Kota Makassar, menunjukkan bahwa hasil pengujian parameter TDS, *total coliform*, dan *e.coli*, dari 20 sampel yang diuji, terdapat 12 depot yang tidak memenuhi syarat *total coliform* dan 4 depot untuk *e.coli*. Berdasarkan penilaian dari kuesioner dari 12 depot yang tidak memenuhi syarat, 11 depot termasuk kategori cukup, yang berarti masih kurang dalam melakukan pemeliharaan alat. Seiring dengan kemajuan teknologi dan semakin sibuknya aktifitas manusia, maka masyarakat cenderung memilih cara yang praktis untuk memenuhi kebutuhan air minum. Air minum isi ulang merupakan salah satu alternatif pemenuhan kebutuhan air minum masyarakat di Kota Makassar. Pencemaran air baku khususnya air tanah semakin meningkat sehingga tidak dapat digunakan sebagai sumber air minum. Namun, banyak yang belum mengetahui kualitas air minum isi ulang yang telah sesuai dengan standar kualitas air minum. Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis kualitas air minum isi ulang di Kota Makassar (Ma'arif, Selintung and Bakri, 2017).

Darmawan mengemukakan dalam penelitiannya tahun 2017 tentang Evaluasi

Pengendalian Kualitas Air Minum pada Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Sleman Yogyakarta, bahwa depot Air Minum harus melakukan pengawasan secara periodic terhadap mutu air baku, yang ditunjukkan dengan hasil uji laboratorium, seperti yang tercantum pada pasal 3 ayat 2, Keputusan Menteri Perindustrian dan Perdagangan Nomor 651/MPP/Kep/10/2004. Dalam ayat dijelaskan bahwa pengujian mutu air baku dilakukan minimal satu kali dalam tiga bulan untuk analisa coliform, dan dua kali dalam satu tahun untuk analisa kimia dan fisika secara lengkap (Darmawan, 2017).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Ramadhan tahun 2017 tentang Tanggung Jawab Pelaku Usaha Depot Air dalam Penerapan Kualitas Standar Mutu Air Minum Isi Ulang Dikaitkan dengan Perlindungan Konsumen di Kota Banda Aceh, menunjukkan bahwa tanggung jawab pelaku usaha depot air minum isi ulang belum memenuhi persyaratan *hygiene* sanitasi air minum di antaranya ada beberapa perlengkapan dan peralatan yang digunakan seperti kran pengisian air minum, kran pengisian galon sudah berkarat, tendon air minum sering terbuka, lantai hanya dilapisi karpet sehingga tidak kedap air, bangunan terbuat dari kayu sehingga tidak mudah untuk dibersihkan. Bentuk kerugian yang diderita konsumen karena tidak adanya penerapan kualitas standar mutu air minum isi ulang mengalami keracunan bakteri sehingga menyebabkan diare, gejala tifus, pusing. Upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh seperti melakukan pengawasan, sosialisasi, dan pembinaan, namun pengawasan yang dilakukan belum maksimal sebagaimana dalam peraturan perundang-undangan seperti belum memberikan sanksi terhadap pelaku usaha yang belum memenuhi kualitas standar mutu, belum adanya data yang terpilah, belum adanya kerja sama yang bersinergi dengan Yayasan Perlindungan Konsumen Aceh (YAPKA), sehingga masih ditemukan pelaku usaha yang belum menerapkan kualitas standar mutu. Diharapkan kepada pelaku usaha depot air minum isi ulang di Kota Banda Aceh menyadari tanggung jawabnya karena akan menimbulkan resiko bagi konsumennya dan pelanggaran terhadap hal tersebut dikenakan sanksi dalam aturan yang berlaku, oleh karena itu perlu mengikuti berbagai

bentuk pelatihan, sosialisasi, dan pembinaan (Ramadhana, 2017).

Keberadaan usaha depot air minum yang cukup berkembang dewasa ini, di satu sisi memiliki arti yang positif dalam penyediaan air minum terutama pada masyarakat perkotaan. Akan tetapi di sisi lain memiliki resiko terhadap kesehatan masyarakat jika tidak dikelola dengan baik. Hal ini mengingat bahwa air yang dijual pada depot air minum sangat rawan pencemaran karna factor lokasi, penyajian dan pewadahan yang dilakukan secara terbuka dengan menggunakan wadah botol air minum kemasan isi ulang, sehingga diperlukan upaya pembinaan dan pengawasan *hygiene* sanitasi yang memadai agar tidak berdampak buruk bagi kesehatan konsumen.

Namun sangat disayangkan sebagian dari usaha depot air minum tersebut tidak menjalankan usahanya sesuai dengan peraturan yang berlaku. Hal ini dibuktikan dengan hanya beberapa dari depot air minum yang melakukan pendaftaran laik *hygiene* di Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue. Sampai saat ini hanya sebagian kecil saja depot air minum yang melakukan pendaftaran. Hal ini berarti hanya beberapa depot di Kabupaten Simeulue yang telah memiliki sertifikat laik *hygiene* dan dapat terjamin kualitas airnya.

Menurut hasil penelitian dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap kualitas air yang dihasilkan oleh depot air minum, tim pembinaan dan pengawasan kualitas air depot air minum menggunakan standar kualitas air minum yang sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 492 Tahun 2010 tentang syarat-syarat dan pengawasan Kualitas Air Minum. Pembinaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dengan cara memberi himbauan terhadap pengusaha depot air minum isi ulang untuk melakukan tes laik *hygiene* setiap tahunnya dan melakukan pembersihan alat atau mesin depot air minum setiap enam bulan sekali. Namun faktanya pembinaan terhadap kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue masih belum berjalan dengan baik, sehingga masih banyak depot air minum yang belum pernah dilakukan pembinaan dan menyebabkan kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue masih diragukan kualitasnya seperti yang terkandung dalam Kepmenkes tentang syarat-syarat kualitas air minum isi ulang yang aman bagi kesehatan manusia.

#### 4.2. Pengaruh Pengawasan Dinas Kesehatan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pengawasan memiliki nilai *sig-p* 0,001 < 0,05 artinya pengawasan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Simeulue Tahun 2018. Selanjutnya nilai *Odds Ratio* dari variabel pengawasan memiliki nilai OR 38,681. Hasil ini menunjukkan bahwa pengawasan yang baik, memiliki pengaruh terhadap kualitas depot air minum isi ulang sebanyak 38 kali lipat di bandingkan pengawasan yang kurang baik. Nilai  $B = \text{Logaritma Natural dari } 38,681 = 3,655$ . Oleh karena nilai  $B$  bernilai positif, maka pengawasan mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas depot air minum isi ulang.

Sejalan dengan penelitian Harvelina tahun 2015 tentang Pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air di Kecamatan Tembilihan Kota, menunjukkan bahwa pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air di Kecamatan Tembilihan Kota, yaitu menetapkan standar teknis dan standar administrasi, melakukan tindakan penilaian/evaluasi dan melakukan tindakan perbaikan sebagai berikut : pelaksanaan pengawasan dan pengendalian terhadap kualitas air di Kecamatan Tembilihan Kota yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hilir dan petugas puskesmas dinilai belum maksimal dikarenakan pengawasan dan pengendalian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan petugas puskesmas tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dalam melakukan pengawasan dan pengendalian depot air minum isi ulang. Hal ini dapat dilihat dari masih banyaknya pengusaha depot air minum isi ulang yang jarang memeriksakan kualitas airnya dan enggan memperpanjang surat rekomendasi kesehatan (Harvelina, 2015).

Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam pengawasan dan pengendalian kualitas air di Kecamatan Tembilihan Kota. Faktor internal yaitu kurangnya sumber daya manusia (SDM) yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan dalam menjalankan pengawasan depot air minum isi ulang yaitu kurangnya petugas puskesmas atau petugas sanitasi, pelaksanaan kegiatan sosialisasi yang masih sangat kurang terhadap pengusaha depot air minum isi ulang, keterbatasan fasilitas penunjang pemeriksaan

(labor) dan dana, serta belum disahkannya Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur mengenai depot air minum isi ulang. Sedangkan faktor eksternal yaitu kurangnya kesadaran dari pemilik depot untuk memeriksakan kualitas air, memperpanjang surat rekomendasi kesehatan dan masih kurangnya pengetahuan dari pengusaha depot mengenai pengawasan dan pengendalian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas (Harvelina, 2015).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Saputra tahun 2017 tentang Pengawasan Terhadap Izin Usaha Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Kuranji Kota Padang, menunjukkan bahwa proses pemberian izin usaha dan pelaksanaan pengawasan terhadap izin usaha depot air minum isi ulang di Kecamatan Kuranji Kota Padang yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang sudah sesuai dengan aturan yang ada, namun pengawasan tersebut belum merata karena hanya sekitar 70% depot air minum isi ulang yang terawasi. Itu semua terjadi karena Dinas Kesehatan Kota Padang terkendala dalam ketersediaan tenaga pengawas. Selain itu, pemberian sanksi yang diterapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang juga belum maksimal. Untuk mengatasi hal tersebut, Dinas Kesehatan Kota Padang mengupayakan penambahan tenaga pengawas dan meningkatkan intensitas pengawasan. Untuk lebih efektifnya pelaksanaan pengawasan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang sebaiknya lebih merata dan mencakup semua depot air minum isi ulang yang ada sehingga menjamin kualitas air minum yang disediakan dan tidak menimbulkan gangguan kesehatan bagi yang mengkonsumsinya (Saputra, 2017).

Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Papatungan tahun 2018 tentang Pengawasan Dinas Kesehatan dalam Pengoperasian Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Pinolosian Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan, menunjukkan bahwa pengawasan Dinas Kesehatan dalam pengoperasian depot air minum isi ulang di Kecamatan Pinolosian Kabupaten Bolaang Mongodow Selatan yang di ketahui dari hasil penelitian belum maksimal. Karena masih adanya pengusaha depot air minum isi ulang yang beroperasi tanpa memiliki izin, kemudian tidak adanya sanksi tegas dari instansi terkait bagi para palaku usaha depot air minum isi ulang yang belum memiliki izin, serta kurangnya kesadaran dari pengusaha depot air

minum untuk mengurus izin usaha dan juga terus berusaha meningkatkan mutu air yang di produksinya, karenanya berkesan para pengusaha kurang memperhatikan kualitas air serta izin usaha dan hanya mendahulukan keuntungan pribadi (Paputungan, 2018).

Kecenderungan masyarakat untuk mengkonsumsi air minum isi ulang menyebabkan usaha penyediaan air minum ini memerlukan pembinaan serta pengawasan dalam pengoperasiannya agar air minum yang di hasilkan selalu aman dan sehat untuk dikonsumsi. Pada pengoperasian usaha DAM ini berhubungan langsung dengan kesehatan masyarakat luas dan berkenaan hamper seluruh aspek kehidupan, maka dengan itu persyaratan kualitas air minum harus dipenuhi. Pengaturannya berdasarkan peraturan menteri kesehatan.

Menurut hasil penelitian pembinaan dan Pengawasan terhadap kualitas air pada depot air minum harus dilaksanakan oleh tim pembinaan dan pengawasan air isi ulang, sebagaimana diatur dala Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue tentang Pembentukan Tim Pemeriksa tempat-tempat Umum, Institusi, Tempat Penyediaan dan Pengelolaan Makanan Minuman, Tempat Pengolahan dan Penyediaan Pestisida dan Air Bersih yaitu dengan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap sarana-sarana yang digunakan dalam usaha depot air minum tersebut. Di samping itu seharusnya pengawasan dilakukan secara intern oleh pemilik/penanggung jawab/operator depot air minum terhadap kualitas bakteriologis dan kimiawi air minum ataupun air baku dan juga oleh asosiasi depot air minum terhadap kualitas fisik bangunan dan instalasi depot air minum secara berkala setiap 6 (enam) bulan sekali dan melaporkan hasilnya ke Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue.

Untuk usaha depot air minum yang ada, selama ini lebih ditekankan kepada pembinaan yang dilakukan dengan sosialisasi tentang pentingnya melakukan uji laboratorium terhadap kualitas air untuk mendapatkan sertifikat laik *hygiene*. Untuk pengawasannya Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue berkoordinasi dengan petugas kesehatan yang ada di seluruh Puskesmas Kabupaten Simeulue untuk mengetahui apakah ada Kejadian Luar Biasa keracunan dan atau penyakit yang pernah terjadi akibat mengkonsumsi depot air minum yang ada di Wilayah Kabupaten Simeulue. Dari hasil penelitian dan fakta di

lapangan diketahui bahwa pengawasan terhadap kualitas air pada depot air minum di Kabupaten Simeulue masih kurang optimal dan perlu ditingkatkan lagi.

Faktor penghambat dalam pengawasan kualitas depot air minum dari pihak pengusaha yaitu kurangnya kepedulian para pengusaha depot air minum terhadap pentingnya melakukan pendaftaran untuk mendapatkan sertifikat laik *hygiene*, tingginya biaya dalam melakukan uji laboratorium. Sedangkan dari pihak petugas Kesehatan Kabupaten Simeulue sendiri dikatakan bahwa belum tersedianya alokasi dana untuk seksi penyehatan lingkungan dalam melakukan pengawasan serta belum adanya Peraturan Daerah yang mengatur tentang pengawasan kualitas air depot air minum sebagai dasar hukum dalam melakukan tindakan apabila terdapat pelanggaran yang dilakukan oleh pengusaha depot air minum yang selama ini menjalankan usahanya dan untuk memberikan kepastian serta jaminan hukum bagi para pengusaha dan masyarakat yang terlibat dalam usaha depot air minum.

## 5. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu Pembinaan yang dilakukan pada depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue masih dalam kategori kurang baik. Pengawasan yang dilakukan pada depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue masih dalam kategori kurang baik. Kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue masih kurang baik. Pembinaan memiliki pengaruh terhadap kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue. Pengawasan memiliki pengaruh terhadap kualitas depot air minum isi ulang di Kabupaten Simeulue. Pembinaan merupakan faktor yang lebih dominan atau yang lebih besar pengaruhnya, dimana pembinaan yang baik memiliki pengaruh terhadap kualitas depot air minum isi ulang kearah yang lebih baik sebanyak 39 kali lipat, dibandingkan dengan pembinaan yang kurang baik.

Saran dalam penelitian ini antara lain : Sebaiknya intensitas pembinaan dan pengawasan terhadap kualitas air pada depot air minum yang ada di Kabupaten Simeulue yang dilakukan oleh petugas kesehatan perlu ditingkatkan, dan sebaiknya pemerintah Kabupaten Simeulue membuat suatu kebijakan berupa tanggung jawab penuh kepada petugas yang bersangkutan dalam melakukan



pembinaan dan pengawasan, menyediakan anggaran yang cukup dan peralatan yang memadai untuk melakukan pembinaan kepada pengusaha depot, memberikan penghargaan bagi pengusaha depot yang memiliki kualitas depot air minum yang baik dan memberikan teguran serta sanksi ditarik izin usahanya dan penutupan usaha depot, bagi pengusaha depot yang melanggar syarat kualitas depot air minum isi ulang. Sebaiknya dinas terkait yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue memberikan usulan mengenai Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Simeulue tentang Pengawasan Kualitas Air Pada Depot Air Minum kepada DPRD Kabupaten Simeulue untuk menjamin kepastian hukum bagi usaha depot air minum yang melanggar syarat kesehatan serta memberikan perlindungan hukum bagi masyarakat pengonsumsi air depot air minum tersebut jika terjadi pelanggaran yang mengakibatkan suatu penyakit atau keracunan serta adanya kejadian luar biasa.

#### Daftar Pustaka

- Akhadi, M. (2014) *Isu Lingkungan Hidup, Mewaspada Dampak Kemajuan Teknologi dan Polusi Lingkungan Global Yang Mengancam Kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Bupati Simeulue Provinsi Aceh (2016) 'Qanun Kabupaten Simeulue Nomor 10 Tahun 2016 Tentang Izin Usaha Depot Air Minum', pp. 1-10.
- Darmawan, B. A. (2017) 'Evaluasi Pengendalian Kualitas Air Minum pada Depot Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Sleman, Yogyakarta', *Khazanah*, 4(1), pp. 33-54. doi: 10.20885/khazanah.vol4.iss1.art4.
- Dinkes Simeulue (2015) *Profil Kesehatan Kabupaten Simeulue*. Aceh: Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue.
- Harvelina, W. (2015) 'Pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air di Kecamatan Tembilihan Kota', *JOM FISIP*, 2(1), pp. 1-11.
- Jawetz, Melnick and Adelberg's (2010) *Medical Microbiology*. 26th edn. New York: McGraw-Hill.
- Kemenkes, R. I. (2018) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ma'arif, M. N., Selintung, M. and Bakri, B. (2017) 'Analisis Kualitas Air Minum Isi Ulang di Kota Makassar', *Program Studi Teknik Lingkungan Jurusan Sipil Fakultas Teknik Universitas Hasanuddin*, pp. 1-11.
- Menteri Kesehatan (2014) 'PMK 34 Tahun 2014', 2008, p. 203.
- Menteri Kesehatan. PMK 34 Tahun 2014.2014;2008;203.
- Menteri Perindustrian dan Perdagangan (2004) *Keputusan Menteri Perindustrian dan Perdagangan Republik Indonesia Nomor 651/Mpp/Kep/10/2004 tentang Persyaratan Teknis Depot Air Minum dan Perdagangannya Menteri Perindustrian dan Perdagangan Republik Indonesia*. Jakarta.
- Paputungan, R. (2018) 'Pengawasan Dinas Kesehatan dalam Pengoperasian Depot Air Minumisi Ulang di Kecamatan Pinolosian Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan', pp. 1-7.
- Pérez, M. del R. and Brown, J. (2017) 'WHO Guidelines for Drinking-Water Quality', *WHO Chronicle*, 38(3), pp. 1-56. doi: 10.1016/S1462-0758(00)00006-6.
- Permenkes RI (2010) 'Persyaratan Kualitas Air Minum', (492).
- Pitoyo, A. (2005) *Dua Jam Anda Tahu Cara Memastikan Air yang Anda Minum Bukan Sumber Penyakit*. Solo: Distribusi Terbuka.
- Prawiro, R. H. (2013) *Ekologi Lingkungan Pencemaran*. Semarang: Satya Wacana.
- Purba, I. G. (2015) 'Pengawasan terhadap Penyelenggaraan Depot Air Minum dalam Menjamin Kualitas Air Minum Isi Ulang', 6, pp. 63-73.
- Ramadhana, S. (2017) 'Tanggung Jawab Pelaku Usaha Depot Air dalam Penerapan Kualitas Standar Mutu Air Minum Isi Ulang Dikaitkan dengan Perlindungan Konsumen di Kota Banda Aceh', 1(1), pp. 195-205.
- Saputra, R. (2017) 'Pengawasan Terhadap Izin Usaha Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Kuranji Kota Padang', (6), pp. 67-72.
- Siregar WD (2012) *Analisis Kualitas Fisik, Biologi dan Kimia pada Air Minum dalam Kemasan Berbagai Merek yang dijual di kota Medan pada*. Medan: Skripsi Universitas Sumatera Utara.
- Yendra, R. (2017) 'Pembinaan dan Pengawasan Dinas Kesehatan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang di Kota Bandar Lampung', *Fakultas Hukum Universitas Lampung*, pp. 1-11.

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pembinaan, Pengawasan dan Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang**

<b>Pembinaan</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Pembinaan</b>		
Baik	31	47,7
Kurang Baik	34	52,3
<b>Pengawasan</b>		
Baik	27	41,5
Kurang Baik	38	58,5
<b>Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang</b>		
Baik	25	38,5
Kurang Baik	40	61,5

**Tabel 2. Tabulasi Silang antara Pembinaan dan Pengawasan terhadap Kualitas Depot Air Minum Isi Ulang**

<b>Variabel</b>	<b>Kualitas Depot Air Minum</b>				<b>Total</b>		<b>Sig-p</b>
	<b>Baik</b>		<b>Kurang Baik</b>		<b>f</b>	<b>%</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>			
<b>Pembinaan</b>							
Baik	24	36,9	7	10,8	31	47,7	0,000
Kurang Baik	1	1,5	33	50,8	34	52,3	
<b>Pengawasan</b>							
Baik	23	35,4	4	6,2	27	41,5	0,000
Kurang Baik	2	3,1	36	55,4	38	58,5	

**Tabel 3. Uji Regresi Logistik**

	<b>B</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95,0% C.I. For EXP (B)</b>	
				<b>Lower</b>	<b>Upper</b>
Pembinaan	3,666	0,004	39,084	3,307	461,992
Pengawasan	3,655	0,001	38,681	4,893	305,803
Constant	-4,772	0,000	0,008		

## DETERMINAN PEMILIHAN METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG PADA AKSEPTOR KB AKTIF DI PUSKESMAS PEDAMARAN

Lusia Weni,<sup>1</sup> M. Yuwono,<sup>2</sup> Haerawati Idris<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bidang Kajian Umum Epidemiologi dan Biostatistik, Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

<sup>2</sup>Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Univeristas Sriwijaya

<sup>3</sup>Bagian Biomedik Fakultas Kedokteran Univeristas Sriwijaya

Email : [lusiaweni.heri@gmail.com](mailto:lusiaweni.heri@gmail.com)

### Track Record Article

Diterima : 08 Maret 2019  
Dipublikasi: 25 Juni 2019

### Abstract

Determinant of the selection of long-term contraceptive methods on family planning acceptors in Pedamaran community health center. The population problem faced by Indonesia is a large population with a low quality of life. Uncontrolled population rate will cause baby booming so information needs to be disseminated about the benefits of family planning (FP). Long-term contraceptive method has a high level of effectiveness and can reduce the rate of population growth. This study aim to determine the factors that affect the selection of long-term contraceptive methods in active family planning acceptors. This study used a cross-sectional study design and using simple random sampling technique, consisted of 243 acceptors. Analyzes of data were univariate analysis, bivariate analysis using chi-square test with  $\alpha = 0.05$  and 95% confidence interval value, and multivariate analysis using binary logistic regression. Based on multivariate analysis was the variables significantly related to the selection of long-acting contraception include age ( $p = 0.01$ ; OR = 2,24; 95% CI: 1,17-4,29), education ( $p = 0.01$ ; OR = 0,31; 95% CI: 0,13-0,75) and number of children ( $p = 0.03$ ; OR = 2; 95% CI: 1,05-3,81). Thus, age was the variable that had the greatest impact on determining the selection of long-acting contraception. The acceptors with  $\geq 35$  years old, low educated and have  $>2$  children more likely to choose long-acting contraception. It is hoped that family planning workers can educate and persuade people of all ages with different educational backgrounds so total fertility rate can be reduce.

**Keywords: Long-Acting Contraception, Acceptor, Family Planning**

### Abstrak

Masalah kependudukan yang dihadapi Indonesia adalah jumlah penduduk yang besar dengan kualitas hidup yang rendah. Laju penduduk yang tidak terkendali akan menyebabkan *baby booming* sehingga perlu dilakukan penyebarluasan informasi mengenai manfaat dari keluarga berencana (KB). Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) mempunyai tingkat efektifitas tinggi dan dapat menekan laju pertumbuhan penduduk. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa berbagai determinan pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang pada akseptor KB aktif. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross-sectional* dan menggunakan teknik *simple random sampling* yang menghasilkan 243 akseptor. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat, bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*  $\alpha = 0.05$  dan 95% CI dan multivariat dengan regresi logistic. Berdasarkan hasil multivariat, variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap pemilihan kontrasepsi jangka panjang adalah umur ( $p = 0.01$ ; OR = 2,24; 95% CI: 1,17-4,29), pendidikan ( $p = 0.01$ ; OR = 0,31; 95% CI: 0,13-0,75) dan jumlah anak ( $p = 0.03$ ; OR = 2; 95% CI: 1,05-3,81). Variabel umur berpengaruh paling dominan dalam pemilihan kontrasepsi jangka panjang. Kecenderungan akseptor yang berumur  $\geq 35$  tahun, berpendidikan rendah dan memiliki  $> 2$  anak akan lebih besar untuk memilih metode kontrasepsi jangka panjang.

**Kata Kunci: Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), Akseptor, Keluarga Berencana (KB)**

## 1. Pendahuluan

Masalah kependudukan yang dihadapi Indonesia adalah jumlah penduduk yang besar dengan kualitas hidup yang rendah. Data dari Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah penduduk Indonesia terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2010 jumlah penduduk Indonesia sebesar 237.641.326 jiwa dan menjadi 255.461.700 jiwa pada tahun 2015. Jumlah penduduk ini akan semakin meningkat dari tahun ke tahun seiring dengan besarnya laju pertumbuhan penduduk yang diproyeksi sebesar 2,32 hingga tahun 2020 (BPS, 2017). Laju penduduk yang tidak terkendali akan menyebabkan *baby booming* sehingga perlu dilakukan penyebarluasan informasi mengenai manfaat dari keluarga berencana (KB) guna menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk mengikuti program KB. Program keluarga berencana sangat dibutuhkan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan untuk meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan ibu dan anak. Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) merupakan metode kontrasepsi mempunyai tingkat efektifitas tinggi. Metode ini antara lain implan, *intra uterine device* (IUD), metode operasi wanita (MOW) atau tubektomi dan metode operasi pria (MOP) atau vasektomi. Kecenderungan pasangan usia subur (PUS) untuk memilih metode non MKJP masih tinggi meskipun dengan potensi kegagalan kontrasepsi yang besar, baik dikarenakan penggunaan yang salah ataupun pemakaian yang tidak teratur dan efek samping yang membuat tidak nyaman. Data BPS Provinsi Sumatera Selatan tahun 2015 menunjukkan bahwa Kabupaten Ogan Komering Ilir (OKI) merupakan kabupaten yang memiliki jumlah penduduk terbesar ketiga di Sumatera Selatan dengan jumlah penduduk sebesar 787.513 jiwa dan tingkat laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,45 persen. Pencapaian peserta KB Baru Kabupaten OKI tahun 2016 sebesar 23.136 akseptor dan hanya 3.905 (2,42%) akseptor yang menggunakan MKJP. Jumlah akseptor tersebut belum memenuhi target yang ditetapkan oleh BKKBN Provinsi Sumatera Selatan yaitu sebesar 4.841 akseptor sehingga diperlukan suatu analisis determinan pemilihan MKJP pada akseptor KB Aktif. Tujuan penelitian ini adalah menganalisa berbagai determinan pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang pada akseptor KB aktif.

## 2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional dengan menggunakan desain *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh akseptor KB baik yang memakai kontrasepsi MKJP maupun non MKJP di Kecamatan Pedamaran hingga tahun 2016 yaitu sebanyak 7.224 akseptor Sampel dalam penelitian ini yaitu akseptor KB yang tercatat di wilayah kerja puskesmas Pedamaran dan praktik bidan mandiri yang melayani pelayanan kontrasepsi serta sampel harus memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel minimal sebanyak 243 sampel dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan cara undian. Variabel bebas pada penelitian ini adalah media, keamanan alat kontrasepsi, ketersediaan alat kontrasepsi, dukungan suami, kontak ke pelayanan, jaminan kesehatan, umur, pendidikan, jumlah anak, dan pendapatan sedangkan Variabel terikat pada penelitian ini adalah penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yaitu IUD, Implan, MOW dan MOP. Alur pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder berupa identitas akseptor diurutkan dan pilih dengan cara undian hingga memenuhi jumlah minimal kemudian sampel yang terpilih dihubungi kemudian dilakukan wawancara di rumah responden. Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan diolah melalui beberapa tahapan proses yaitu *editing, coding, entry* dan *cleaning*. Analisis data yang akan dilakukan adalah analisis data univariat, bivariat dengan *chi-square* dan multivariat dengan regresi logistik. Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Pedamaran pada bulan Agustus hingga Oktober 2017.

## 3. Hasil

Pada penelitian ini, ada 143 responden pengguna metode kontrasepsi non MKJP (58,8%) dan 100 responden pengguna MKJP (41,2%). Mayoritas responden menggunakan kontrasepsi suntik dengan jumlah 119 responden (49%) dan metode kontrasepsi yang paling sedikit digunakan responden adalah kontrasepsi IUD dan MOP masing-masing berjumlah 1 responden (0,4%) (Tabel 1).

Rata-rata umur responden yaitu 35,37 tahun dengan median 35 tahun. Responden termuda berusia 19 tahun dan tertua berusia 49 tahun. Rata-rata pendapatan responden sebesar

Rp. 2.683.600,82 dengan pendapatan median sebesar Rp. 2.000.000. Pendapatan terendah responden yaitu Rp. 500.000 dan terbesar yaitu Rp. 8.000.000. Jumlah anak terbanyak yang dimiliki responden berjumlah 9 orang dan jumlah anak yang dimiliki responden paling sedikit 1 orang (Tabel 2).

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa media yang paling sering digunakan oleh responden adalah media cetak yaitu sebanyak 221 responden (90,9%). Faktor keamanan alat kontrasepsi dirasakan oleh responden dalam kategori aman sebanyak 200 responden (82,3%). Variabel ketersediaan alat kontrasepsi MKJP terbanyak pada kategori ya dengan jawaban responden sebesar 172 (70,8%) dan variabel dukungan suami terbanyak pada kategori mendukung yaitu sebanyak 239 responden (98,4%). Kelompok kontak dengan petugas KB terbanyak pada kategori pernah yaitu sebesar 240 responden (98,8%) sedangkan kelompok penggunaan jaminan kesehatan terbanyak pada kategori tidak menggunakan yaitu sejumlah 214 responden (88,1%). Pada variabel umur terbanyak pada kelompok umur  $\geq 35$  tahun yaitu sebesar 136 responden (56%) dan kategori tingkat pendidikan terbanyak pada kategori tinggi yaitu sebanyak 201 responden (82,7%). Untuk variabel jumlah anak terbanyak berada pada kategori  $\geq 2$  orang dengan 117 responden (48,1%) dan kelompok pendapatan terbanyak ada di kategori  $<$  UMR yaitu sebesar 136 responden (56%). Sedangkan tempat pelayanan kontrasepsi yang menjadi pilihan utama responden adalah bidan praktik swasta dengan 99 responden (40,7%).

Pada tabel 4 menunjukkan bahwa penggunaan MKJP terbanyak dipengaruhi oleh adanya media cetak yaitu sebesar 45,2%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,000 yang berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara media dengan penggunaan MKJP. Pada variabel keamanan alat kontrasepsi, responden MKJP terbanyak menyatakan aman dalam penggunaan MKJP dengan nilai sebanyak 50% dan tidak ada responden MKJP yang mengalami masalah keamanan alat kontrasepsi. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,000 yang berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara keamanan alat kontrasepsi dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP pada variabel ketersediaan alat kontrasepsi MKJP terbanyak pada kategori ya yaitu sebesar

41,9%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,775 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara ketersediaan alat kontrasepsi dengan penggunaan MKJP.

Penggunaan MKJP pada variabel dukungan suami terbanyak pada kategori mendukung yaitu sebesar 41,8%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,146 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara dukungan suami dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP pada variabel kontak dengan petugas KB terbanyak pada kategori pernah yaitu sebesar 58,8%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 1,00 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara kontak dengan petugas KB dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP pada variabel jaminan kesehatan terbanyak pada kategori tidak menggunakan yaitu sebesar 43,9%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,026 yang berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara jaminan kesehatan dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP pada variabel umur terbanyak pada kategori  $\geq 35$  tahun yaitu sebesar 51,5%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,000 yang berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara umur dengan penggunaan MKJP.

Penggunaan MKJP pada variabel pendidikan terbanyak pada pendidikan rendah yaitu sebesar 64,3%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,001 yang berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara pendidikan dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP pada variabel jumlah anak terbanyak pada kategori  $>2$  anak yaitu sebesar 52,1%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,001 yang berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara jumlah anak dengan penggunaan MKJP. Penggunaan MKJP pada variabel pendapatan terbanyak pada kategori  $<$ UMR yaitu sebesar 44,1%. Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan  $p$  value 0,297 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara pendapatan dengan penggunaan MKJP.

Tabel 5 menunjukkan hasil multivariat dan didapatkan tiga variabel yang memiliki nilai  $p$  value  $<0,05$  yaitu : umur, pendidikan dan jumlah anak. Variabel umur  $\geq 35$  tahun memiliki nilai  $\exp B$  sebesar 2,24 ( $p$  value 0,01; 95% CI 1,17-4,29). Hal ini berarti bahwa kecenderungan orang dengan umur  $\geq 35$  tahun

untuk memilih MKJP 2,24 lebih besar daripada kecenderungan orang dengan umur <35 tahun. Variabel umur menjadi variabel yang paling dominan mempengaruhi pemilihan MKJP. Variabel pendidikan dengan nilai B sebesar yaitu 0,31 (*p value* 0,01; 95% CI 0,13-0,75). Hal ini berarti bahwa kecenderungan orang yang menempuh pendidikan tinggi untuk memilih MKJP 0,31 kali dibandingkan dengan kemungkinan orang yang berpendidikan rendah. Variabel jumlah anak memiliki nilai *exp B* sebesar 2,00 (*p value* 0,03; 95% CI 1,05-3,81). Hal ini berarti bahwa kecenderungan orang yang memiliki >2 anak untuk memilih MKJP 2 kali lebih besar dibandingkan dengan kecenderungan orang yang memiliki ≤ 2 anak.

#### 4. Pembahasan

Determinan penggunaan MKJP pada penelitian ini antara lain adalah media, keamanan alat kontrasepsi, jaminan kesehatan, umur, pendidikan dan jumlah anak. Dalam peraturan kepala BKKBN no. 165/PER/E1/2011 tentang pelayanan keluarga berencana metode kontrasepsi jangka panjang disebutkan bahwa tujuan KB MKJP adalah untuk meningkatkan kontak dan kualitas pelayanan KB MKJP bagi pasangan usia subur di semua tahapan keluarga.

Media memiliki hubungan bermakna dalam pemilihan MKJP walaupun pada analisis multivariat, variabel ini menjadi variabel perancu dengan nilai *p value* sebesar 0,99. Penelitian Andhayani et al. (2011) menjelaskan bahwa penerimaan informasi tentang keluarga berencana berpengaruh signifikan terhadap pemilihan jenis kontrasepsi pada responden wanita usia 20-39 tahun. Sedangkan Speizer et al. (2014) mengatakan bahwa permintaan terhadap alat kontrasepsi modern yang terjadi sekarang ini sangat dipengaruhi oleh komunikasi diluar rumah, program radio lokal, slogan dan media cetak serta program televisi. Pemanfaatan media cetak dalam memberi informasi mengenai kontrasepsi dan keluarga berencana melalui spanduk, poster, leaflet, brosur yang dibagikan kepada masyarakat saat dilakukan pelayanan keliling oleh DPPKB Kab. OKI ataupun oleh petugas lini lapangan KB dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang berbagai metode kontrasepsi, keefektifannya dan efek samping yang dapat ditimbulkan oleh kontrasepsi serta berbagai informasi KB lainnya sehingga masyarakat

dapat memilih metode kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan dan keinginannya.

Keamanan alat kontrasepsi memiliki hubungan bermakna dalam pemilihan MKJP walaupun pada analisis multivariat, variabel ini menjadi variabel perancu dengan nilai *p value* sebesar 0,99. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rizali (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara keamanan alat kontrasepsi dengan pemilihan alat kontrasepsi suntik. Dijelaskan oleh Wilder et al. (2014) bahwa vasektomi dan sterilisasi (tubektomi) lebih aman dan lebih murah dibandingkan dengan sterilisasi tubal yang mempunyai resiko komplikasi dan lebih mahal. Penggunaan alat kontrasepsi oleh masyarakat dilandasi oleh aspek keamanan, keterjangkauan dan lama pemakaian tergantung dari masing-masing individu. Alat kontrasepsi MKJP dapat menurunkan angka *Total Fertility Rate* (TFR) dengan cepat, dapat dipakai dalam waktu lama, lebih aman dan efektif. Metode kontrasepsi jangka panjang mempunyai kelebihan pada keefektifannya dalam menunda kehamilan dengan jangka waktu pemakaian yang lebih lama, tidak mengganggu produksi ASI bagi ibu menyusui dan tidak mempengaruhi aktifitas seksual dengan efek samping yang lebih sedikit sehingga lebih aman untuk digunakan. Keunggulan MKJP ini perlu disosialisasikan kepada seluruh lapisan masyarakat sehingga masyarakat mengetahui dan berkeinginan menggunakan MKJP. Penyampaian informasi ini dapat dilakukan secara formal melalui penyuluhan ataupun secara informal dari penyuluh keluarga berencana.

Variabel ketersediaan alat kontrasepsi dan dukungan suami memiliki nilai *p value* >0,05 yang artinya kedua variabel ini tidak memiliki hubungan yang bermakna dalam pemilihan MKJP. Pada penelitian Fienalia (2011) juga menyatakan bahwa dukungan suami tidak berpengaruh secara signifikan dengan penggunaan MKJP dan penelitian Kusumaningrum (2009) yang sama-sama menyebutkan bahwa dukungan pasangan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan jenis kontrasepsi pada PUS. Pelayanan KB yang bermutu harus memenuhi beberapa syarat yaitu mampu memenuhi kebutuhan, tuntutan dan hak-hak responden. Mutu pelayanan KB ini paling tidak mencakup 6 aspek yaitu tersedianya berbagai pilihan metode kontrasepsi, tersedia informasi secara lengkap dan terbuka tentang pola pemakaian

kontrasepsi, kemampuan teknis medis penyedia pelayanan KB sesuai dengan baku mutu pelayanan, interaksi petugas dengan responden berjalan baik, pelayanan yang diberikan disiapkan sehingga menunjang kelangsungan pemakaian kontrasepsi serta organisasi dan manajemen pelayanan berlangsung secara baik. Pria (suami) memiliki peran penting pada setiap tahap dalam proses reproduksi, sebagai mitra seksual dan memiliki pengaruh yang besar dalam tahap pengambilan keputusan di antara pasangan dan di dalam keluarga. Dukungan suami berpengaruh besar dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan atau tidak dan metode apa yang digunakan. Bentuk dukungan yang diberikan kepada pasangan dapat berupa mengingatkan untuk kontrol, mengantar untuk mendapatkan pelayanan KB, menyediakan dana serta memberikan persetujuan terhadap alat kontrasepsi yang digunakan pasangannya.

Penggunaan MKJP tidak berhubungan dengan kontak petugas karena memiliki  $p$  value  $>0,05$ . Hasil ini didukung oleh penelitian Hadie dkk (2015) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan petugas dalam pelayanan KB dengan penggunaan MKJP ( $p$  value 0,715). Hasil SDKI tahun 2012 menyebutkan bahwa 1 dari 7 wanita kawin yang tidak memakai kontrasepsi kontak dengan petugas kesehatan dan membahas KB. Wanita kawin yang tinggal di perkotaan dan tidak memakai kontrasepsi dibandingkan dengan wanita kawin di pedesaan. Kontak petugas kesehatan dalam upaya meningkatkan dan merubah sikap serta perilaku masyarakat terhadap KB MKJP dapat dilakukan dengan komunikasi, edukasi dan informasi (KIE) serta promosi kepada masyarakat melalui KIE massa, KIE kelompok ataupun komunikasi interpersonal/konseling.

Jaminan kesehatan memiliki hubungan bermakna dalam pemilihan MKJP walaupun pada analisis multivariat, variabel ini menjadi variabel perancu dengan nilai  $p$  value sebesar 0,58. Arlian dan Yekti (2016) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara keikutsertaan jaminan kesehatan dengan penggunaan IUD *Post Plasenta*. Kontak terhadap pelayanan kesehatan akan semakin baik ketika individu dicakup dalam jaminan kesehatan.<sup>15</sup> Winner et al (2012) menyatakan bahwa wanita yang tidak memiliki asuransi kesehatan akan cenderung memilih kontrasepsi suntik dibandingkan dengan metode kontrasepsi jangka panjang. Oesman (2017) yang

menyebutkan bahwa pemanfaatan kartu BPJS untuk pelayanan KB masih sangat rendah yaitu 11,6 % dengan kategori PBI maupun non PBI walaupun pemanfaatan BPJS oleh masyarakat berpeluang 3,8 kali lebih besar meningkatkan pemakaian MKJP dibandingkan yang tidak memakai BPJS. Umumnya responden MKJP mendapatkan pelayanan kontrasepsi secara langsung dari Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DPPKB) Kab. OKI yang tidak dipungut biaya atau gratis sehingga memudahkan masyarakat untuk melakukan kontrasepsi terutama MKJP melalui kegiatan safari KB dan program KB Emas.

Umur memiliki memiliki nilai exp B sebesar 2,24 yang artinya bahwa kecenderungan orang dengan umur  $\geq 35$  tahun untuk memilih MKJP 2,24 lebih besar daripada kecenderungan orang dengan umur  $< 35$  tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Wijayanti dan Novianti (2017) yang menyebutkan 66,43% pengguna MKJP dalam kategori umur 30-49 tahun. Sedangkan dalam penelitian Fienalia (2011) menyebutkan bahwa responden dengan umur  $\geq 30$  tahun memiliki peluang sebesar 2,5 kali lebih besar untuk menggunakan MKJP dibandingkan dengan responden dengan umur  $< 30$  tahun. Penggunaan IUD, implan dan strelisasi wanita juga lebih tinggi pada kelompok umur 30-44 tahun dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih muda. Laksmini (2012) menyatakan bahwa wanita yang berusia  $\geq 35$  tahun akan memiliki peluang 2,1 kali lebih tinggi untuk menggunakan MKJP daripada wanita berusia  $< 35$  tahun. Setiap peningkatan satu tahun usia perkawinan dapat meningkatkan penggunaan kontrasepsi sebesar 6%.

Pada hasil survei indikator kinerja program KKBPK RPJMN yang dilakukan oleh BKKBN juga terlihat bahwa pemakaian MKJP didominasi oleh wanita dengan umur  $\geq 35$  tahun. Hal ini dipicu oleh keinginan untuk tidak memiliki anak lagi atau merasa anak yang dimiliki sudah cukup. Wanita yang berumur  $\geq 35$  tahun juga berisiko untuk hamil dan melahirkan. Resiko yang dapat dialami antara lain penyakit diabetes gestasional dan penyakit hipertensi gestasional yang lebih mudah menyerang pada ibu hamil dengan umur diatas 35 tahun dikarenakan pengaruh hormon kehamilan. Kelahiran yang prematur dengan BB bayi lahir rendah serta kemungkinan melahirkan secara *caesar* juga lebih tinggi pada kelompok usia ini, serta besarnya kemungkinan

terjadi ketidaknormalan kromosom pada bayi yang dilahirkan oleh ibu berusia diatas 35 tahun.

Pendidikan memiliki nilai B sebesar 0,31 yang artinya bahwa kecenderungan orang yang menempuh pendidikan tinggi untuk memilih MKJP 0,31 kali dibandingkan dengan kemungkinan orang yang berpendidikan rendah. Pada hasil survei indikator kinerja program KKBPK RPJMN juga menunjukkan hasil yang sama dengan hasil penelitian ini dimana penggunaan kontrasepsi secara umum menurun seiring dengan meningkatnya pendidikan seseorang. Metode kontrasepsi suntik 3 bulan, pil dan implant didominasi oleh akseptor dengan pendidikan SLTP ke bawah.

Orang dengan pendidikan rendah lebih mudah dibujuk dan dipengaruhi daripada orang yang berpendidikan tinggi apalagi ketika ada penyuluhan dan pelayanan gratis dari pemerintah daerah untuk masyarakat tanpa terkecuali. Hal ini memicu minat dan keingintahuan masyarakat terutama masyarakat dengan pendidikan rendah untuk datang dan melakukan pemasangan alat kontrasepsi.

Jumlah anak memiliki nilai exp B sebesar 2,00 yang berarti bahwa kecenderungan orang yang memiliki >2 anak untuk memilih MKJP 2 kali lebih besar dibandingkan dengan kecenderungan orang yang memiliki  $\leq 2$  anak. Penelitian Fienalia (2011) juga menyebutkan bahwa responden yang mempunyai anak  $\geq 3$  orang akan memiliki peluang 3,9 kali lebih besar untuk menggunakan MKJP. Penelitian Putri dan Hari (2014) juga menyebutkan bahwa jumlah anak akan mempengaruhi responden dalam penggunaan MKJP. Hal ini senada dengan penelitian Sari (2016) yang menyatakan bahwa jumlah anak secara signifikan berpengaruh positif terhadap minat penggunaan MKJP.

Jumlah anak ideal yang ingin dimiliki oleh suatu keluarga dipengaruhi oleh umur dan pendidikan, dimana semakin tua umur wanita maka keinginan jumlah anak akan semakin besar begitupun sebaliknya sedangkan pendidikan wanita yang semakin tinggi akan menyebabkan keinginan anak idealnya semakin sedikit. Hasil survei demografi kesehatan Indonesia tahun 2012 juga menunjukkan bahwa banyak pria dan wanita di Indonesia memiliki anak lebih banyak dari yang mereka inginkan.

Semakin banyak jumlah anak tentunya semakin menyita perhatian lebih para orang

tua. Pertimbangan ekonomi, kesehatan, biaya pendidikan turut mempengaruhi keputusan orang tua dalam menyikapi jumlah anak yang ingin dimiliki. Belum lagi kebutuhan primer seperti sandang, pangan dan papan yang mutlak harus dipenuhi sehingga semakin banyak jumlah anak yang dimiliki maka keinginan untuk menggunakan kontrasepsi MKJP semakin tinggi.

Pendapatan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan MKJP. Hasil ini didukung oleh penelitian Fienalia (2011) yang menyatakan bahwa pendapatan tidak berhubungan secara signifikan dengan penggunaan MKJP karena memiliki nilai *p value* 0,622. Penelitian Dehlendorf dkk (2010) juga menyebutkan bahwa keadaan sosial ekonomi tidak mempunyai efek yang signifikan pada masyarakat Latin (*p value* = 0,93). Senada dengan hal tersebut, penelitian Agustini (2015) menghasilkan bahwa pendapatan tidak mempengaruhi permintaan KB maupun dengan kesesuaian penggunaan alat kontrasepsi. Pemerintah menyediakan secara gratis tiga jenis alat kontrasepsi di seluruh Indonesia yaitu Kondom, IUD/AKDR dan susuk KB/Implan sehingga masyarakat tidak perlu mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang ditanggung oleh pemerintah tersebut.

## 5. Kesimpulan dan Saran

Determinan pemilihan MKJP antara lain media, keamanan alat kontrasepsi, jaminan kesehatan, umur, pendidikan dan jumlah anak. Namun media, keamanan alat kontrasepsi dan jaminan kesehatan juga menjadi variabel perancu dalam penelitian ini. Hal yang paling dominan mempengaruhi pemilihan MKJP adalah umur, akseptor KB yang berumur  $\geq 35$  tahun cenderung akan memilih MKJP sebesar 2,24 kali lebih besar daripada akseptor dengan umur <35 tahun. Sedangkan akseptor dengan pendidikan tinggi cenderung akan memilih MKJP 0,31 kali dibandingkan dengan kemungkinan akseptor yang berpendidikan rendah. Dan akseptor yang memiliki >2 anak cenderung memilih MKJP 2 kali lebih besar dibandingkan dengan akseptor yang memiliki  $\leq 2$  anak.

Distribusi alat kontrasepsi IUD dan implan ke Rumah Sakit, puskesmas dan bidan praktik swasta secara merata, tepat waktu dan sesuai kebutuhan masyarakat. Target komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) KB



diperluas yaitu mengikutsertakan suami/pasangan dalam program penyuluhan di masyarakat. Lakukan penyuluhan dan sosialisasi kepada semua pasangan usia subur (PUS) baik yang pendidikan rendah maupun pendidikan tinggi, golongan umur <35 tahun maupun  $\geq 35$  tahun dan dengan jumlah anak  $\leq 2$  orang maupun  $>2$  orang.

#### Daftar Pustaka

- Agustini, Ririn., Dwi Martiana & Andrei Ramani. 2015. Kesesuaian Penggunaan Alat Kontrasepsi Berdasarkan Permintaan KB pada Pasangan Usia Subur (PUS) di Kecamatan Puger Kabupaten Jember. *e-jurnal Pustaka Kesehatan*. Vol. 3 No. 1
- Andhayani, Annisa Rahma, Budi Palarto, Hari Penny Juliarti. 2011. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Non IUD Pada Akseptor KB Wanita Usia 20-39 Tahun. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Arlan, Yekti Santriyandari. 2016. Hubungan Keikutsertaan Jaminan Kesehatan dengan Penggunaan IUD *Post Plasenta* di RSUD Wates Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2016. *Skripsi*. Universitas 'Aisyiyah. Yogyakarta
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Pelayanan KB Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)*. Jakarta : BKKBN.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2016. *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah 2015*. Jakarta : BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. 2017. *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Jakarta : BPS Indonesia.
- Bakar, Sukawati Abu. 2014. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana (Dalam Tanya Jawab)*. RajaGrafindo Persada. Jakarta.
- Dehlendorf, Christine., Rachel Ruskin, Kevin Grumbach, Eric Vittinghoff, Kirsten Bibbins-Domingo, Dean Schillinger dan Jody Steinauer. 2010. Recommendations for Intrauterine Contraception : A Randomized Trial of the Effect of Patient's Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Am J Obstet Gynecol* 203(4): 319
- Dewi, PH Chandra dan Hari B Notobroto. 2014. Rendahnya Keikutsertaan Pengguna Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pada Pasangan Usia Subur *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, Vol. 3, No. 1 Juli 2014: 66-72
- Fienalia, Rainy Alus. 2011. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011. *Skripsi*.
- Ghimire, Dirgha J. & William G. Axinn. 2013. Marital Processes, Arranged Marriage, and Contraception to Limit Fertility. *Springer*. 1663-1686
- Hadie Djuharoh A, Martha Irene Kartasurya & Cahya Tri Purnami. 2015. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Studi pada Akseptor KB di Kabupaten Sidoarjo Provinsi Jawa Timur). *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. Vol.3 No.1
- Hartanto, H. 2002. *Kamus Kedokteran Dorland Ed.29*. Jakarta : EGC Rizali, Muhammad Irwan., Muhammad Ihsan & Ummu Salmah. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Suntik di Kelurahan Mattoangin Kecamatan Mariso Kota Makassar. Vol. 9 No. 3 : 176-183, *Jurnal MKMI*.
- Kusumaningrum, Radita. 2009. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi yang Digunakan Pada Pasangan Usia Subur. *Skripsi*. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Laksmi, Puji. 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Pulau Jawa. <http://www.researchgate.net/publication.html>.
- Mappaware, Nasrudin Andi. 2016. Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. <http://www.alumnifkumi.org/artikel.html>. Di unduh 010818
- Maryani, Sri., Uly Desmarnita & Sri Djuwutaningsih. 2013. Dukungan Suami dalam Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. *Jurnal Keperawatan* Vol. 1 No. 1 Hal 49-56.
- Memmi, Sarah dan Annabel Desgress Du Lou. 2015. Gender Relations and Contraceptive Practices of Palestinian Cuoples. *Population Journal*. Vol. 70 No. 2 ; 273-308
- Oesman, Hadriah. 2017. Pola Pemakaian Kontrasepsi dan Pemanfaatan Kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga

Berencana di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi* Vol. 8 No.1 Hal 15-29

Sari, Eminur Itri. 2016. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Rendahnya Minat Ibu Terhadap Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang di BPS Sri Romdhati Semin Gunung Kidul. *Naskah Publikasi. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*.

SDKI. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta.

Speizer, Ilene S., Megan Corron, Lisa Calhoun, Peter Lance, Livia Montana, Priya Nanda, et al. 2014. Demand generation activities and modern contraceptive use in urban areas of four countries: a longitudinal evaluation.

*Global Health: Science and Practice*. Vol.2, No. 4.

Wijayanti, RU & Novianti. 2017. Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Sawah Besar Jakarta Pusat. *Jurnal Ilmiah Widya* Vol.4 No.1

Wilder, Venis., Georgia Bromfield., Gabrielle deFiebre., Linda Prine. 2014. Disparities in Contraceptive Care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 25 (2014): 451-459.

Winner, Brooke., Jeffrey F. Peipert., Qihong Zhao., Christina Buckel et al. 2012. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception *The New England Journal of Medicine* 366(21) :1998-2007.

**Tabel 1. Penggunaan Metode Kontrasepsi**

No	Metode	n	%
1	Pil	22	9,1
2	Suntik	119	49
3	Kondom	2	0,8
4	IUD	1	0,4
5	Implan	89	36,6
6	MOW	9	3,7
7	MOP	1	0,4
<b>Total</b>		243	100

**Tabel 2. Analisis Univariat Penggunaan MKJP Skala Numerik**

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min	Maks
Umur (tahun)	243	35,37	35	6,882	19	49
Pendapatan (Rupiah)	243	2.683.600,82	2.000.000	1.386.402,197	500.000	8.000.000
Jumlah (orang)	Anak 243	2,68	2	1,25	1	9

**Tabel 3. Analisis Univariat Penggunaan MKJP Skala Kategorik**

Variabel	n = 243	%
<b>Media</b>		
Media cetak	221	90,9
Media elektronik	22	9,1
<b>Keamanan Alat Kontrasepsi</b>		
Tidak Aman	43	17,7
Aman	200	82,3

Variabel	n = 243	%
<b>Ketersediaan Alat Kontrasepsi</b>		
Tidak	71	29,2
Ya	172	70,8
<b>Dukungan Suami</b>		
Tidak Mendukung	4	1,6
Mendukung	239	98,4
<b>Kontak dengan Petugas KB</b>		
Tidak pernah	3	1,2
Pernah	240	98,8
<b>Jaminan Kesehatan</b>		
Tidak Menggunakan	214	88,1
Menggunakan	29	11,9
<b>Umur</b>		
< 35 Tahun	107	44
≥ 35 Tahun	136	56
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	42	17,3
Tinggi	201	82,7
<b>Jumlah Anak</b>		
≤ 2 orang	126	51,9
> 2 orang	117	48,1
<b>Pendapatan</b>		
< UMR	136	56
≥ UMR	107	44
<b>Tempat Pelayanan Kontrasepsi</b>		
Puskesmas	30	12,3
Puskesmas Pembantu	28	11,5
Bidan Praktik Swasta	99	40,7
Rumah Sakit	13	5,3
Lainnya	73	30

**Tabel 4. Analisis Bivariat Penggunaan MKJP**

Variabel	Penggunaan MKJP				N	P value	OR (95% CI)
	MKJP		Non MKJP				
	N	%	n	%			
<b>Media</b>							
Media cetak	100	45,2	121	54,8	221	0,000	0,55
Media elektronik	0	0	22	100	22		(0,48-0,61)
<b>Keamanan Alat Kontrasepsi</b>							
Aman	100	50	100	50	200	0,000	0,50
Tidak Aman	0	0	43	100	43		(0,43-0,57)
<b>Ketersediaan Alat Kontrasepsi</b>							
Ya	72	41,9	100	58,1	172	0,775	1,11
Tidak	28	39,4	43	60,6	71		(0,63-1,94)
<b>Dukungan Suami</b>							
Mendukung	100	41,8	139	58,2	239	0,146	0,58
Tidak Mendukung	0	0	4	100	4		(0,52-0,65)
<b>Kontak dengan Petugas KB</b>							

Variabel	Penggunaan MKJP				N	P value	OR (95% CI)
	MKJP		Non MKJP				
	N	%	n	%			
Pernah	99	41,2	141	58,8	240	1,00	1,40
Tidak Pernah	1	33,3	2	66,7	3		(0,13-15,7)
<b>Jaminan Kesehatan</b>							
Menggunakan	6	20,7	23	79,3	29	0,026	0,33
Tidak Menggunakan	94	43,9	120	56,1	214		(0,13-0,85)
<b>Umur</b>							
≥ 35 tahun	70	51,5	66	48,5	136	0,000	2,72
< 35 tahun	30	28	77	72	107		(1,59-4,67)
<b>Pendidikan</b>							
Tinggi	73	36,3	128	63,7	201	0,001	0,32
Rendah	27	64,3	15	35,7	42		(0,16-0,63)
<b>Jumlah Anak</b>							
> 2 orang	61	52,1	56	47,9	117	0,001	2,43
≤ 2 orang	39	31	87	69	126		(1,44-4,10)
<b>Pendapatan</b>							
≥ UMR	40	37,4	67	62,6	107	0,297	0,75
< UMR	60	44,1	76	55,9	136		(0,45-1,27)

Tabel 5. Model Akhir Regresi Logistik

Variabel	B	Sig.	Exp(B)	95% CI
Media Elektronik	-20,64	0,99	0,00	0,00
Alat Kontrasepsi Aman	20,98	0,99	1,28	0,00
Umur ≥ 35 Tahun	0,81	0,01	2,24	1,17-4,29
Menggunakan Jaminan Kesehatan	-0,32	0,58	0,72	0,23-2,27
Pendidikan Tinggi	-1,18	0,01	0,31	0,13-0,75
Jumlah Anak > 2 orang	0,69	0,03	2,00	1,05-3,81
Constant	-20,63	0,99	0,00	

## FAKTOR RISIKO KEJADIAN DIARE PADA BALITA

Sugiarto, Subakir, Pitriyani

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi

Email : [mas\\_sugik32@yahoo.com](mailto:mas_sugik32@yahoo.com)

### Track Record Article

Diterima: 15 Mei 2019  
Dipublikasi: 25 Juni 2019

#### Abstract

*Problems with diarrhea are still a relatively large problem. In 2017 the number of diarrhea among toddlers in Indonesia was 40.07% and there were 21 times diarrhea outbreaks in 12 provinces, 17 districts / cities. Jambi Province in 2017 the prevalence of diarrhea in infants is 43.79%. In the city of Jambi the prevalence of diarrhea in children under five was 6.5%. This study aims to look at the risk factors for diarrhea in infants. This research is a quantitative research with case control research design. Case samples were 30 people and control samples were 60 people, the comparison of the number of cases and controls was 1: 2, then the number of samples in the study were 90 toddlers. Data collection was done by filling out questionnaires with univariate and bivariate analysis using the chi square test. The analysis showed that there was a relationship between hand washing with soap and running water ( $p$  - value = 0.013 & OR = 3,824), exclusive breastfeeding ( $p$  - value = 0,000 & OR = 5,902), nutritional status ( $p$  - value = 0,001 & OR = 6,625), Latrine Quality ( $p$  - value = 0.001 & OR = 5,035) and source of clean water ( $p$  - value = 0,009 & OR = 4,333) on the incidence of diarrhea in children under five. Variables that are at risk for the incidence of diarrhea in infants are hand washing with soap and running water, exclusive breastfeeding, nutritional status, latrine quality and clean water sources*

**Keywords: risk factors; diarrhea; Children**

#### Abstrak

Permasalahan tentang diare masih merupakan masalah yang relatif besar. Tahun 2017 jumlah kejadian diare balita di Indonesia sebesar 40,07% dan terjadi 21 kali kejadian luar biasa diare yang tersebar di 12 Provinsi, 17 kabupaten/kota. Provinsi Jambi tahun 2017 prevalensi diare pada balita sebesar 43,79%. Di Kota Jambi prevalensi kejadian diare balita sebesar 6,5%. Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor risiko kejadian diare pada balita. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *case control*. Sampel kasus sebanyak 30 orang dan sampel kontrol sebanyak 60 orang, perbandingan jumlah sampel kasus dan kontrol adalah 1 : 2, maka jumlah sampel dalam penelitian sebanyak 90 balita. Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner dengan analisis *univariat* dan *bivariat* dengan menggunakan uji *chi square*. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir ( $p$  - value = 0,013 & OR= 3.824), pemberian ASI eksklusif ( $p$  - value = 0,000 & OR= 5.902), status gizi ( $p$  - value = 0,001 & OR=6.625), Kualitas Jamban ( $p$  - value = 0,001 & OR=5.035) dan sumber air bersih ( $p$  - value = 0,009 & OR=4.333 ) terhadap kejadian diare pada anak balita. Variabel yang berisiko terhadap kejadian diare pada balita adalah mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir, pemberian ASI Eksklusif, Status Gizi, Kualitas Jamban dan Sumber Air Bersih.

**Kata kunci : Faktor Risiko; Diare; Balita**

## 1. Pendahuluan

Diare merupakan masalah kesehatan masyarakat dan merupakan penyebab nomor satu kematian balita di seluruh dunia. Di Indonesia, diare adalah pembunuh balita nomor dua setelah ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut). Sementara UNICEF (Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk urusan anak) memperkirakan bahwa, setiap 30 detik ada satu anak yang meninggal dunia karena diare. Permasalahan tentang diare masih merupakan masalah yang relatif besar. Angka kesakitan diare sekitar 200-400 kejadian di antara 1000 penduduk setiap tahunnya. Dengan demikian di Indonesia dapat ditemukan sekitar 60 juta kejadian setiap tahunnya, sebagian besar (70-80%) dari penderita ini adalah anak di bawah lima tahun (Balita). Sebagian dari penderita (1-2%) akan jatuh ke dalam dehidrasi dan kalau tidak segera ditolong 50-60% di antaranya dapat meninggal (Widoyono, 2011).

Pada anak balita, diare lebih banyak menyebabkan kematian jika dibandingkan dengan AIDS, malaria dan campak (Arini, 2016). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi kejadian diare dari tahun 2013 ke 2018 mengalami peningkatan yaitu dari 2,4% pada tahun 2013 meningkat menjadi 11,0% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Di Provinsi Jambi, CFR diare untuk tahun 2013 adalah 8,83%, tahun 2014 adalah 7,56% tahun 2015 adalah 8,71% dan pada tahun 2017 adalah 18,5 lalu mengalami penurunan menjadi 12,3% pada tahun 2018 (Dinkes Provinsi Jambi, 2018).

Data Dinas Kesehatan Kota Jambi kejadian diare pada balita mengalami peningkatan. Kejadian diare pada tahun 2012 sebesar 1,5% dan meningkat menjadi 6,5% pada tahun 2017 (Dinkes Kota Jambi, 2017). Berdasarkan data yang di peroleh dari Dinas Kesehatan Kota Jambi Tahun 2017. cakupan penderita diare pada anak usia balita di Kota Jambi sebanyak 3.042 balita, dimana 1,38% anak usia balita terkena diare yang pernah melakukan kunjungan kesehatan. Namun masih ada enam Puskesmas kejadian diare masih tinggi diatas batas yang telah ditetapkan (1,38%). Urutan pertama Puskesmas Olak Kemang sebanyak 5,43%, kemudian di ikuti oleh Puskesmas Aur Duri 3,19%, Puskesmas Tanjung Pinang sebanyak 2,84%, Puskesmas Tahtul Yaman sebanyak 2,38%, Puskesmas Paal Merah II sebanyak 2,06% dan Puskesmas Koni sebanyak 1,98%.

Menurut WHO (2009) diare merupakan gejala infeksi yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus dan parasit, yang sebagian besar ditularkan melalui air yang terkontaminasi oleh tinja. Infeksi ini lebih sering terjadi ketika ada kekurangan air untuk minum, memasak dan membersihkan. Sumber air yang terkontaminasi kotoran manusia tersebut dapat berasal dari air limbah rumah tangga, tangki septik dan jamban. Penyakit diare dapat menyebar dari orang ke orang, dan dapat diperburuk oleh kebersihan yang rendah. Makanan merupakan penyebab utama diare bila diolah atau disimpan dalam kondisi yang tidak higienis dan air dapat mengkontaminasi makanan selama pengolahannya. Makanan dan minuman dapat terkontaminasi oleh mikroorganisme yang dibawa oleh serangga atau oleh tangan yang kotor.

Dampak diare yang terjadi pada balita selain kematian adalah dehidrasi, terganggunya pertumbuhan (gagal tumbuh), dan merupakan penyebab utama kekurangan gizi pada anak dibawah lima tahun (WHO, 2009). Perilaku yang dapat menyebabkan diare diantaranya: tidak memberikan air susu ibu (ASI) pada awal kehidupan bayi dan tidak diteruskan sampai usia dua tahun, penggunaan susu dengan botol yang tidak bersih, menyimpan makanan matang pada suhu kamar, menggunakan air minum yang sudah tercemar, tidak mencuci tangan dengan benar, serta pembuangan tinja yang tidak benar. Faktor pejamu yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyakit diare diantaranya: kurang gizi, campak, *imunodefisiensi/imunosupresi*. Faktor keluarga baik sosial ekonomi keluarga maupun jumlah balita dalam keluarga juga dapat mempengaruhi terjadinya diare pada balita. Karena diare merupakan penyakit yang berbasis lingkungan, maka faktor lingkunganpun berperan sangat besar terhadap kejadian diare dan tidak boleh diabaikan. Faktor risiko yang mempengaruhi kejadian diare yaitu faktor lingkungan (Sarana air bersih, jamban keluarga, kepadatan hunian rumah, sarana pembuangan air limbah dan pengelolaan sampah), faktor ibu (perilaku, pendidikan, pengetahuan) dan faktor balita (ASI eksklusif, imunisasi campak dan status gizi), serta faktor keluarga (jumlah balita dalam keluarga dan sosial ekonomi keluarga) (Depkes RI, 2007).

Menurut Widoyono (2011) menunjukkan bahwa kejadian diare pada balita dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor lingkungan, tingkat pengetahuan ibu, sosial ekonomi dan makanan atau minuman yang dikonsumsi. Dari data tersebut, faktor lingkungan merupakan faktor yang meningkatkan risiko balita mengalami diare. Faktor lingkungan terdiri dari pengolahan sampah, saluran limbah, jamban, maupun sumber air. Kebiasaan cuci tangan pada saat memasak makanan maupun setelah buang air besar juga merupakan faktor yang menyebabkan kejadian diare. Karena tangan jika tidak mencuci tangan setelah BAB akan memungkinkan terkontaminasi langsung. Menurut Lestari (2016), selain mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir, kejadian diare juga dipengaruhi oleh pemberian air susu ibu (ASI), status gizi balita, jamban sehat, sumber air bersih.

Adapun hasil penelitian ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh beberapa mahasiswa yang berada di berbagai Universitas yaitu : 1). Penelitian oleh Rohmah & Syahrul, (2016) hubungan kebiasaan cuci tangan dan penggunaan jamban sehat dengan kejadian diare pada balita puskesmas sekardangan Kabupaten Sidoarjo. Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan cuci tangan ( $P = 0,006$ ) dan penggunaan jamban sehat ( $P = 0,0014$ ) dengan kejadian diare pada balita. Kesimpulan pada penelitian ini adalah kebiasaan cuci tangan dan penggunaan jamban sehat mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian diare balita. Saran yang dapat diberikan kepada ibu balita adalah agar cuci tangan sebelum dan sesudah buang air serta sebelum menyiapkan makanan untuk anak 2). Penelitian oleh Susi & Nurazila, (2018) faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balitadi wilayah kerja Puskesmas Rejosari Pekan Baru. Hasil penelitian terdapat hubungan faktor antara variabel independen dan variabel dependen yang artinya  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak dengan nilai  $p$ -value  $< \alpha = 0,05$ . pendidikan  $p$ -value = 0,000, pengetahuan  $p$ -value = 0,000, perilaku mencuci tangan  $p$ -value = 0,000. maka disimpulkan terdapat hubungan faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru tahun 2017.

Puskesmas Olak Kemang merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya sebagian besar berada di pinggiran sungai Batanghari. Perilaku masyarakat dalam mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir masih kurang baik, padahal puskesmas sudah bekerja secara maksimal dalam memberikan informasi terkait dengan pentingnya cuci tangan pakai sabun. Masyarakat juga memiliki kebiasaan dimana masih memanfaatkan air sungai dalam mandi cuci kakus (MCK). Karena berada di sekitar sungai, masyarakat juga memiliki kebiasaan dalam buang air besar (BAB) di sungai.

Terkait dengan pekerjaan, dimana wilayah kerja puskesmas Olak Kemang merupakan daerah industri tekstil yaitu batik, sebagian besar ibu rumah tangga bekerja sebagai pembatik sehingga ada beberapa ibu tidak memberikan ASI Eksklusif kepada anak. Penelitian tentang faktor risiko kejadian diare pada balita sudah banyak dilakukan penelitian. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian lain adalah pada sampel/responden dimana sampel penelitian ini adalah masyarakat yang tinggal di sekitar aliran sungai Batanghari yang terletak ditengah kota.

## 2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian survei observasional dengan pendekatan kasus kontrol. Populasi penelitian adalah seluruh ibu yang memiliki balita di wilayah kerja puskesmas Olak Kemang. Sampel penelitian terdiri dari sampel kasus dan sampel kontrol. Sampel kasus adalah ibu yang memiliki balita yang didiagnosa oleh dokter menderita diare pada bulan Juli-September 2018 sebanyak 30 orang. Dan sampel kontrol adalah ibu yang memiliki balita yang tidak didiagnosa oleh dokter menderita diare. Perbandingan jumlah sampel kasus dan kontrol adalah 1:2 sehingga jumlah sampel kontrol sebanyak 60 orang. Penelitian dilakukan pada tanggal 02 s/d 30 November 2018 di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang. Sumber data diperoleh dari rekam medis Puskesmas Olak Kemang. Teknik pengumpulan data dengan cara observasi dan wawancara. Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi dan kuesioner. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji chi-square.

Pengambilan sampel dilakukan dengan Kriteria matching antar kasus dan kontrol dilihat dari :

1. Status rumah (milik sendiri & kontak).
2. Kondisi rumah (Papan & permanen).
3. Tetangga dari kasus.

Pengukuran variabel penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Kejadian Diare

Cara pengukurannya dengan melihat dokumen hasil diagnosa dokter/petugas paramedis terlatih. Data yang ada dikategorikan menjadi kasus (balita yang menderita diare) dan kontrol (balita yang tidak menderita diare)

b. Cuci tangan pakai sabun dan air mengalir

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan cara melakukan wawancara kepada responden. Data yang dikumpulkan dikategorikan menjadi kurang baik dan baik, kurang baik jika tidak mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Baik jika mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

c. Pemberian ASI

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan cara melakukan wawancara kepada responden. Data yang dikumpulkan dikategorikan menjadi kurang baik dan baik. Kurang baik jika tidak memberikan ASI Eksklusif dan baik jika memberikan ASI Eksklusif.

d. Status Gizi

Pengumpulan status gizi diukur dengan melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan menggunakan timbangan dan meteran. Data dikategorikan menjadi tidak normal dan normal. Tidak normal apabila kurus ( $-3$  sampai  $<-2$  SD) atau gemuk ( $>1$  SD sampai  $2$  SD), normal apabila  $-2$  SD sampai  $1$  SD.

e. Kualitas Jamban

Data dikumpulkan dengan melakukan observasi menggunakan pedoman observasi kemudian dikategorikan menjadi tidak memenuhi syarat dan memenuhi syarat. Tidak memenuhi syarat jika skor  $\geq$  median (7) dan memenuhi syarat jika skor  $<$  median (7)

f. Sumber air bersih

Data dikumpulkan dengan melakukan pemeriksaan air menggunakan kuesioner kemudian dikategorikan menjadi tidak

memenuhi syarat dan memenuhi syarat. Tidak memenuhi syarat jika tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak keruh atau jernih dan memenuhi syarat jika tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak keruh atau jernih

### 3. Hasil

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebanyak 74,5% responden memiliki perilaku baik dalam mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir, 57,8% responden baik dalam pemberian ASI, 76,7% responden memiliki balita dengan status gizi normal, 55,6% responden memiliki kualitas jamban memenuhi syarat dan sebanyak 77,8% responden memiliki sumber air bersih memenuhi syarat. Data tersebut dapat dilihat pada tabel 1.

Bedasarkan hasil analisis adanya hubungan mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir terhadap kejadian diare pada anak balita di peroleh nilai  $p\text{-value} = 0,013$  ( $p < 0,05$ ), artinya  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir terhadap kejadian diare pada anak balita.

Hasil analisis adanya hubungan pemberian ASI Eksklusif terhadap kejadian diare pada anak balita di peroleh nilai  $p\text{-value} = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), artinya  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan pemberian ASI Eksklusif terhadap kejadian diare pada anak balita.

Hasil analisis adanya hubungan status gizi terhadap kejadian diare pada anak balita di peroleh nilai  $p\text{-value} = 0,001$  ( $p < 0,05$ ), artinya  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan status gizi terhadap kejadian diare pada anak balita.

Hasil analisis adanya hubungan kualitas jamban terhadap kejadian diare pada anak balita di peroleh nilai  $p\text{-value} = 0,001$  ( $p < 0,05$ ), artinya  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan kualitas jamban terhadap kejadian diare pada anak balita.

Hasil analisis adanya hubungan sumber air bersih terhadap kejadian diare pada anak balita di peroleh nilai  $p\text{-value} = 0,009$  ( $p < 0,05$ ), artinya  $H_0$  ditolak sehingga ada hubungan sumber air bersih terhadap kejadian diare pada anak balita. Data tersebut dapat dilihat pada tabel 2.



#### 4. Pembahasan

Hasil hubungan antara cuci tangan pakai sabun dan air mengalir menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir terhadap kejadian diare pada anak balita. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Muliawan (2008), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara perilaku cuci tangan dengan kejadian diare pada anak umur 6 - 12 tahun di wilayah kerja Puskesmas Kersana Kabupaten Brebes. Responden yang tidak memiliki perilaku cuci tangan yang memenuhi syarat kesehatan (tidak cuci tangan sebelum makan dan sesudah buang air lebih berisiko terkena diare.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati (2012) dimana kebiasaan mencuci tangan merupakan faktor risiko terhadap diare pada balita usia 1- 3 tahun studi kasus di Desa Tegowanu Wetan Grobogan. Berdasarkan laporan Subdit Surveilans dan Respon KLB Ditjen PP dan PL tahun 2010, menyatakan bahwa faktor perilaku orang tua balita menjadi faktor yang penting dalam menurunkan angka kesakitan diare pada balita, dapat diartikan bahwa kejadian diare pada balita sangat berhubungan erat dengan perilaku yang dimiliki oleh ibunya

Menurut Depkes RI (2009), bahwa sekitar 30 penelitian terkait cuci tangan dengan sabun dapat memangkas angka penderita diare hingga separuh. Penyakit diare seringkali diasosiasikan dengan keadaan air, namun secara akurat sebenarnya harus diperhatikan juga penanganan kotoran manusia seperti tinja dan air kencing, karena kuman-kuman penyakit penyebab diare berasal dari kotoran-kotoran ini. Kuman-kuman penyakit ini membuat manusia sakit ketika mereka masuk mulut melalui tangan yang telah menyentuh tinja, air bersih yang terkontaminasi, makanan mentah, dan peralatan makan yang tidak dicuci terlebih dahulu atau terkontaminasi akan tempat makannya yang kotor.

Menurut asumsi peneliti kebiasaan cuci tangan, perilaku cuci tangan buruk berhubungan erat dengan peningkatan kejadian diare dan penyakit yang lain. Responden memiliki perilaku cuci tangan baik dikarenakan puskesmas Olak Kemang pernah mengikuti lomba PHBS rumah tangga tingkat lokal

sehingga kegiatan tersebut mempengaruhi perilaku cuci tangan responden. Responden yang memiliki perilaku cuci tangan kurang baik dikarenakan memiliki kebiasaan yang kurang baik dalam membuang air besar. Mereka masih membuang air besar di sungai karena rumah mereka berada ditepi sungai sehingga mereka tidak mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar.

Perilaku cuci tangan yang baik dapat menghindarkan diri dari diare hal ini dikarenakan dengan mencuci tangan dengan baik setidaknya dapat menghilangkan atau mengurangi kuman yang ada ditelapak tangan balita sehingga dapat mengurangi risiko untuk terjadinya penyakit diare. Hasil hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian diare menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemberian Asi Eksklusif dengan kejadian diare pada balita.

Perilaku sehat yang perlu diperhatikan dalam penyebaran penyakit diare yaitu perilaku yang memudahkan penyebaran penyakit melalui *faecal oral* diantaranya adalah perilaku mencuci tangan, perilaku pengelolaan makanan, perilaku pemberian ASI eksklusif dan perilaku penyehatan lingkungan. Perilaku ibu dalam mencuci tangan perlu mendapat perhatian, karena ibu yang tidak mencuci tangan sebelum makan atau sebelum menyuapkan makanan pada anak, setelah buang air besar, serta tidak mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan atau menyiapkan susu untuk anak, dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit diare (Depkes, RI 2007). Perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) dapat mencegah berbagai penyakit infeksi, perilaku CTPS dapat menurunkan hampir separuh kasus diare (Depkes RI, 2010). Pencucian alat makan, cara pengolahan makanan, dan cara penyimpanan makanan sangat berperan penting dalam mencegah terjadinya suatu penyakit, terutama diare.

Menurut asumsi peneliti berdasarkan data tersebut didapatkan hasil bahwa kejadian diare pada bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang mendapat ASI eksklusif. Responden sudah baik dalam memberikan ASI Eksklusif, hal tersebut dikarenakan responden sudah memiliki pengetahuan yang baik. Pengetahuan yang dimiliki oleh responden dalam kategori

baik karena petugas Puskesmas Olak Kemang memberikan penyuluhan setiap bulan pada saat kegiatan posyandu balita. Selain itu bidan juga memberikan konseling terkait dengan pentingnya ASI pada saat responden melakukan kunjungan antinatalcare. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang baik dikarenakan sibuk bekerja untuk membantu suami sehingga pada saat kegiatan penyuluhan mereka tidak datang.

Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya diare bagi balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif yaitu dengan memperhatikan setiap makanan yang dikonsumsi oleh balita baik dari segi kebersihan, gizi ataupun kandungan makanan yang dikonsumsi balita serta mengatur pola makan balita dengan baik dan tidak membiarkan balita mengkonsumsi makanan dari luar atau makanan instan.

Untuk mengurangi angka kesakitan diare pada balita akibat perilaku ibu yang buruk diperlukan peningkatan pengetahuan ibu balita tentang cara mencuci tangan yang benar, cara pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan, dan menekankan pentingnya imunisasi campak dan pemberian ASI pada bayi terutama pada saat 6 bulan pertama setelah lahir

Hasil analisis hubungan status gizi dengan kejadian diare menunjukkan bahwa responden yang memiliki status gizi tidak normal berisiko 7 kali lebih tinggi menderita diare jika dibandingkan dengan responden yang memiliki status gizi rendah. Kurang gizi merupakan penyakit yang tidak menular yang terjadi pada sekelompok masyarakat. Beratnya penyakit, lama dan risiko kematian karena diare akan meningkat pada balita yang mengalami kurang gizi terutama gizi buruk (Depkes RI, 2007), karena dengan adanya kekurangan gizi pada balita maka balita akan rentan terhadap berbagai penyakit akibat daya tahan tubuhnya yang kurang. Kekurangan gizi, merupakan kegagalan mencapai kandungan gizi yang dibutuhkan, sehingga dapat mengurangi kesehatan fisik dan mental. Kekurangan gizi secara umum yang ditandai dengan keterlambatan pertumbuhan, berat badan di bawah normal, pertumbuhan yang terhambat, kekurangan mikronutrien, seperti vitamin A, zinc, yodium, dan asam folic. Risiko penyakit yang mengancamnya diantaranya adalah penyakit infeksi terutama diare.

Penelitian ini sesuai dengan yang telah dilakukan oleh Dewi (2011) bahwa dari hasil penelitian ketiga peneliti tersebut sebelumnya didapat antara status gizi dan kejadian diare pada balita mempunyai hubungan yang signifikan, artinya bahwa balita dengan status kurang gizi mempunyai risiko untuk terkena diare dibandingkan dengan balita yang mempunyai status gizi baik.

Hasil penelitian Rakhmawati (2008), menunjukkan semakin baik status gizi balita maka semakin besar peluang tidak menderita diare dan penyakit infeksi. Menurut Nuryanto (2012), status gizi baik umumnya akan meningkatkan resistensi tubuh terhadap penyakit-penyakit infeksi. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Adisasmito (2007) yang melakukan kajian terhadap beberapa faktor risiko diare di Indonesia menyimpulkan bahwa status gizi yang rendah pada bayi dan balita merupakan faktor risiko terjadinya diare. Status gizi buruk dapat mempengaruhi kejadian dan lamanya diare.

Sebagian besar responden memiliki status gizi baik dikarenakan tingkat ekonomi responden tergolong ekonomi menengah keatas, responden memiliki pekerjaan sehingga menambah penghasilan perbulan dan dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. selain itu responden menanam sayuran berada diperkarangan rumah yang dapat dimanfaatkan dalam penuhi gizi keluarga. Responden yang memiliki status gizi kurang dikarenakan sosial ekonomi rendah sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

Pada prinsipnya penyuluhan oleh petugas harus tetap dilakukan untuk dapat mengurangi atau mencegah kejadian diare melalui pendidikan gizi di masyarakat terutama pada ibu balita. Pendidikan gizi merupakan salah satu unsur penting dalam meningkatkan status gizi masyarakat untuk jangka panjang. Untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan masyarakat mengkonsumsi makanan, perlu dimasyarakatkan perilaku yang baik dan benar sesuai dengan kaidah Ilmu Gizi. Perilaku ini diwujudkan dalam bentuk pesan dasar gizi seimbang, yang pada hakekatnya merupakan perilaku konsumsi makanan yang baik dan sesuai untuk bangsa Indonesia. Upaya- upaya perbaikan gizi dapat diintegrasikan ke dalam berbagai program yang sudah ada seperti pertanian, ketahanan pangan, perkembangan ekonomi, serta

air dan sanitasi. Karena masalah kekurangan gizi merupakan sebab dan akibat dari berbagai masalah kesehatan dan tidak bisa diperbaiki hanya oleh satu pihak saja (Gibney, 2004).

Hubungan antara kualitas jamban dan kejadian diare menunjukkan bahwa responden yang memiliki kualitas jamban tidak memenuhi syarat berisiko 5 kali lebih tinggi menderita diare jika dibandingkan dengan responden yang memiliki kualitas jamban memenuhi syarat. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012, dikatakan bahwa balita yang tinggal di rumah dengan fasilitas jamban yang tidak memenuhi syarat memiliki persentase diare lebih tinggi dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah dengan fasilitas jamban yang memenuhi syarat.

Kebiasaan responden dalam buang air besar adalah di sungai karena wilayah tersebut berada di aliran sungai Batanghari. Masyarakat sudah membuat jamban di dalam rumah tetapi karena kebiasaan mereka yang buang air besar di sungai sehingga jamban keluarga jarang digunakan. Pada saat penelitian, peneliti hanya melakukan observasi jamban keluarga, karena jamban jarang digunakan maka terlihat memenuhi syarat.

Jamban merupakan salah satu komponen penting yang harus ada di setiap rumah, jamban digunakan sebagai tempat pembuangan tinja. Memanfaatkan jamban yang tersedia merupakan salah satu permasalahan yang sering ditemui di masyarakat. Perilaku masyarakat yang masih rendah akan pentingnya memanfaatkan jamban yang tersedia, dapat menyebabkan berbagai masalah muncul salah satunya yaitu masalah kesehatan. Sarana pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menjadi penyebaran penyakit atau tempat berkembang biak lalat dan dapat meningkatkan risiko kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

Tinja merupakan bahan buangan yang dikeluarkan oleh tubuh, dalam tinja terkandung sekitar dua milyar *faecal coliform* dan 450 juta *faecal Streptococci* (Ehler and Steel dalam Sarudji, 2010). Berdasarkan hal tersebut maka tersedianya sarana jamban yang memenuhi syarat di dalam rumah tangga merupakan bagian yang sangat penting, karena sarana jamban yang tidak memenuhi syarat dapat menyebabkan tercemarnya air tanah dan

sumber air di sekitarnya. Jarak bak pengurai dengan sumber air di sekitarnya adalah 10 meter untuk tanah berpasir dan 15 meter untuk tanah kapur atau liat. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, sebagian besar responden sudah memiliki jamban leher angsa tetapi pembuangan tinjanya masih dialirkan ke selokan atau sungai, sehingga hal tersebut dapat menyebabkan tinja terjangkau oleh serangga terutama lalat, lalat akan terbang dan hinggap pada makanan yang akan dikonsumsi oleh manusia, sehingga makanan sudah terkontaminasi oleh bibit penyakit, terutama diare (Soemirat, 2007).

Hasil penelitian sejalan dengan Mashur (2013) menunjukkan bahwa sebagian besar kondisi jamban di Kelurahan Terjun belum memenuhi persyaratan jamban sehat yaitu sekitar 70% dari jumlah responden sementara yang memenuhi syarat sebanyak 30%. Jamban merupakan salah satu dari sarana sanitasi yang penting dan berkaitan dengan kejadian diare. Jamban yang tidak saniter akan mempermudah terjadinya penularan diare karena kemungkinan adanya mata rantai penularan penyakit dari tinja yang mudah berkembang biak ke penjamu yang baru dan dapat mencemari sumber air.

Dari gambaran keadaan jamban keluarga, maka untuk meningkatkan kepemilikan dan pemanfaatan jamban keluarga di wilayah Kerja Puskesmas Olak Kemang diperlukan adanya motivasi dan pembinaan yang disesuaikan dengan kondisi tingkatan pengetahuan masyarakat setempat sehingga semaksimal mungkin dapat membangkitkan kesadaran dan peranan masyarakat dalam upaya pemanfaatan jamban keluarga selain itu perlu membentuk dan membangun kembali kelompok-kelompok kegiatan masyarakat seperti Kelompok Kerja Kesehatan Lingkungan (Pokja Kesling) di setiap RT untuk kembali menggerakkan minat masyarakat dalam upaya peningkatan pemanfaatan jamban keluarga.

Hasil analisis sumber air bersih dengan kejadian diare pada balita menunjukkan bahwa responden yang memiliki sumber air bersih tidak memenuhi syarat berisiko 4 kali lebih tinggi menderita diare jika dibandingkan dengan responden yang memiliki sumber air bersih memenuhi syarat. Sumber air bersih yang digunakan oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang mayoritas

menggunakan air bersih yang berasal dari air sumur gali, sumur bor dan PDAM. Ada hubungan antara kualitas fisik air bersih dengan kejadian diare pada bayi. Kualitas fisik air bersih yang buruk membuat bayi rentan terkena diare.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Melviana (2013), bahwa sumber air bersih warga yang memenuhi syarat ada sebanyak 63,3% dari responden sementara yang tidak memenuhi syarat ada sebanyak 36,7%. kualitas air dapat ditentukan oleh kehadiran dan jumlah bakteri E.coli di dalamnya. E.coli hidup dalam saluran pencernaan makanan manusia ataupun hewan berdarah panas. Oleh karena itu, bakteri Coli, merupakan indikator pencemaran tinja di dalam air.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2011) di Kabupaten Badung yang menyatakan bahwa balita yang menggunakan sumber air bersih dengan kategori tidak memenuhi syarat mempunyai risiko 3,28 kali untuk menderita diare dibandingkan dengan balita yang keluarganya menggunakan sumber air bersih memenuhi syarat. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Zulkifli, (2017). Penelitian tersebut berjudul Hubungan Cakupan Air Bersih Dan Jamban Keluarga Dengan Prevalensi Diare Di Kabupaten Sambas Tahun 2016. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan antara cakupan air bersih dengan prevalensi diare, dengan nilai probabilitas yang diperoleh hasil penelitian yaitu sebesar 0,027.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Bumolo, (2012) Hasil analisis data statistik menunjukkan bahwa sarana penyediaan air bersih yang digunakan ada hubungan dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Pilolodaa Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo. Dari hasil uji bivariat diperoleh nilai  $p$  value = 0,005 ( $p < 0,05$ ). Dengan demikian dapat disimpulkan  $H_0$  diterima, sehingga ada hubungan antara sarana penyediaan air bersih dengan kejadian diare pada anak balita.

Air merupakan salah satu kebutuhan vital bagi setiap orang guna menjamin kesehatan tubuh maupun untuk kelangsungan hidup. Tidak tersedianya air bersih yang memenuhi standar kesehatan dapat berpotensi

menyebabkan penyakit diare. Air sangat mungkin tercemar karena air menempuh perjalanan yang cukup panjang dari sumbernya sampai siap digunakan di tingkat rumah tangga. Pencemaran pada air, sangat memudahkan penyebaran diare apalagi air yang tercemar kuman diare tersebut air yang siap untuk diminum. Pencemaran air minum dirumah dapat terjadi apabila air minum ditempatkan pada tempat yang tidak bersih, atau tidak ditutup dengan baik, serta apabila tangan yang tercemar kuman menyentuh air pada saat mengambil air dari tempatnya (Depkes 2007).

Sumur adalah sumber air bersih yang banyak digunakan, kontaminasi air sumur berasal dari sumber pencemar di sekitarnya. Pencemaran air dapat terjadi pada sumur disebabkan karena jarak sumur dengan tangki septik yang kurang dari 10 meter, sumber air dekat dengan kandang hewan, dan pembuatan sumur yang tidak memenuhi standar yang ditentukan menurut kesehatan. Mata air juga banyak digunakan sebagai sumber air bersih oleh masyarakat, terutama masyarakat yang berada di daerah pegunungan seperti halnya di daerah yang dilakukan penelitian oleh peneliti. Pencemaran dapat terjadi karena mata air yang tidak terlindung sehingga memungkinkan air tercemar dari air larian, debu, serangga, binatang liar, ternak dan sebagainya (Sarudji, 2010).

Menurut asumsi peneliti sebagian besar diare disebabkan oleh bakteri, salah satu media penyebaran diare adalah air bersih yang digunakan oleh responden. Terutama pada sumur dangkal, konstruksinya harus dilengkapi dengan cincin sumur sedalam 3 meter, bibir sumur minimal 1 meter dari permukaan tanah serta memiliki tutup untuk mencegah terjadinya pencemaran sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Olah Kemang sebagian masyarakat menggunakan sumber air bersih yang dari sumur gali yang tidak memiliki penutup atau tidak tertutup dan air sumurnya keruh yang berwarna abu-abu. Oleh sebab itu, untuk pemutusan rantai penularan diare salah satu intervensinya adalah penyediaan air bersih yang memenuhi syarat kesehatan termasuk lokasi sumber air bersih serta tempat penyimpanan untuk mencegah terjadinya pencemaran diare. Maka upaya yang dapat dilakukan oleh masyarakat untuk menjaga kebersihan sumber air bersih yaitu dengan membuat penutup sumur atau membuat atap sumur sehingga sumber air bersih terjaga kualitasnya.

## 5. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan dari penelitian ini adalah adanya hubungan mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir terhadap kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang tahun 2018 nilai  $p$ -value = 0,013 ( $p < 0,05$  dan  $OR=3.824$ ); Adanya hubungan pemberian ASI Eksklusif terhadap kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang tahun 2018 nilai  $p$ -value = 0,000 ( $p < 0,05$  dan  $OR=5.902$ ); Adanya hubungan status gizi terhadap kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang tahun 2018 dengan  $p$ -value = 0,001 ( $p < 0,05$  dan  $OR=6.625$ ); Adanya hubungan kualitas jamban terhadap kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang tahun 2018 nilai  $p$ -value = 0,001 ( $p < 0,05$  dan  $OR=5.035$ ); Analisis hubungan sumber air bersih terhadap kejadian diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Olak Kemang tahun 2018 nilai  $p$ -value = 0,009 ( $p < 0,05$  dan  $OR=4.333$ ).

Saran yang diberikan adalah Puskesmas dapat meningkatkan promosi kesehatan untuk pencegahan diare dalam tatanan rumah tangga. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat perlu pendampingan langsung pada keluarga yang balitanya terkena diare terutama dalam pemberian ASI eksklusif, menggunakan air bersih, penggunaan jamban dan perilaku mencuci tangan dengan sabun. Oleh karena itu, pemetaan SDM untuk mendampingi penerapan perilaku hidup bersih dan sehat seperti perawat atau kader perlu dilakukan pihak puskesmas. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi untuk pendampingan penerapan PHBS keluarga juga harus diperhatikan. Untuk itu, pihak puskesmas juga perlu menyediakan media-media dalam melakukan promosi kesehatan seperti pemberian contoh langsung menggunakan demonstrasi atau pemutaran video yang memberikan gambaran perilaku hidup bersih dan sehat keluarga dalam pencegahan diare pada balita.

## Daftar Pustaka

Adisasmito, W. 2007. *Fakto Risiko Diare Pada Bayi dan Balita di Indonesia*. Systematic Review Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat. Makara Kesehatan Vol. 11, No. 1, Juni: 1-10

- Arini, A, P. 2016. *Diare Pencegahan dan Pengobatannya*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bumolo (2012). *Sarana Penyediaan Air Bersih Yang Digunakan Ada Hubungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Pilolodaa Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo*. Jurnal Kesehatan Lingkungan Vol 2 No 4
- Depkes RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1216/Menkes/SK/XI/2001 Tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025*. Jakarta: Dinkes RI
- Depkes RI. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/MENKES/PERIIV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Dewi, E.P. 2011. *Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Mengwi, Kecamatan Mengwi, Kabupaten Badung, Provinsi Bali Tahun 2011* (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Sajana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Dinkes Provinsi Jambi. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jambi Tahun 2017*. Jambi : Dinkes Provinsi Jambi
- Dinkes Kota Jambi. 2018. *Profil Kesehatan Kota Jambi tahun 2017*. Jambi : Dinkes Kota Jambi
- Gibney, G. 2004. *Buku Panduan Pemulihan Gizi Anak Malnutrisi*, Child Survival Collaboration and Resources Group Nutrition Working Group. Diterjemahkan oleh Project Concern International / PCI – Indonesia dan diperbanyak oleh “Jejaring PD Indonesia”
- Kemenkes RI. 2011. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta : Kemenkes RI

- Kusumawati. 2012. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Pasien Diare pada Anak di RSUD Majenang Kabupaten Cilacap Tahun 2008*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan. Volume.5
- Lestari, Titik, (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mashur. 2013. *Hubungan Kualitas Sanitasi Lingkungan dan Bakteriologis Air Bersih Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Adiwerna Kabupaten Tegal*. Jurnal Kesehat Masyarakat. Volume. 4, Nomor. 3
- Melviana. 2013. *Hubungan Sanitasi Jamban dan Air Bersih dengan Kejadian Diare pada Balita di Kelurahan Terjun Kecamatan Medan Marelan Kota Medan*. Skripsi : Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sumatera Utara Departemen Kesehatan Lingkungan
- Muliawan. 2008. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare Balita di Desa Sigayam Wilayah Kerja Puskesmas Wonotunggal Kabupaten Batang*. Skripsi: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro
- Nuryanto. 2012. *Hubungan Status Gizi terhadap Terjadinya Penyakit Infeksi pada Balita*. Jurnal Pembangunan Manusia Vol. 6.No. 2.
- Rakhmawati, D. 2008. *Hubungan antara Status Gizi dengan Kejadian Diare pada Balita di Unit Rawat Jalan Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Bulletin Penelitian RSUD dr. Soetomo. Vol. 10. No. 3
- Riskesdas. 2018. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Jakarta : Kemenkes RI
- Rohmah, Nikmatur & Syahrul, Fariani. 2016. *Hubungan Kebiasaan Cuci Tangan Dan Penggunaan Jamban Sehat Dengan Kejadian Diare Pada Balita Puskesmas Sekardangan Kabupaten Sidoarjo*. Jurnal Berkala Epidemiologi. Volume 5 Nomor 1
- Sarudji. 2010. *Kesehatan Lingkungan*. Bandung: Karya Putra Darwati
- SDKI. 2012. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta: Kemenkes RI
- Soemirat. (2007). *Kesehatan Lingkungan*. Cetakan ketujuh Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- WHO. 2009. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga
- Zulkifli. 2017. *Hubungan Cakupan Air Bersih Dan Jamban Keluarga Dengan Prevalensi Diare Di Kabupaten Sambas*. Jurnal Vol 5 No 5

**Tabel 1**  
**Hasil Analisis Univariat**

No	Variabel	n	%
1	<b>Mencuci Tangan</b>		
	Kurang Baik	23	25,5
	Baik	67	74,5
2	<b>Pemberian ASI</b>		
	Kurang baik	38	42,2
	Baik	52	57,8
3	<b>Status Gizi</b>		
	Tidak Normal	21	23,3
	Normal	69	76,7
4	<b>Kualitas Jamban</b>		
	Tidak Memenuhi Syarat	40	44,4
	Memenuhi Syarat	50	55,6
5	<b>Sumber Air Bersih</b>		
	Tidak Memenuhi Syarat	20	22,2
	Memenuhi Syarat	70	77,8

Sumber : Data Primer 2018

**Tabel 2**  
**Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Diare**

Variabel Independen	Diare				Total		p-value	OR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Mencuci Tangan</b>								
Kurang Baik	13	43.3	10	16.7	13	43.3	0,013	3.824
Baik	17	56.7	50	83.3	17	56.7		
<b>Pemberian ASI</b>								
<b>Eksklusif</b>								
Kurang Baik	21	70.0	17	28.3	21	70.0	0.000	5.902
Baik	9	30.0	43	71.7	9	30.0		
<b>Status Gizi</b>								
Tidak Normal	14	46.7	7	11.7	14	46.7	0.001	6.625
Normal	16	53.3	53	88.3	16	53.3		
<b>Kualitas Jamban</b>								
Tidak Memenuhi Syarat	21	70.0	19	31.7	21	70.0	0.001	5.035
Memenuhi Syarat	9	30.0	41	68.3	9	30.0		
<b>Sumber air bersih</b>								
Tidak memenuhi syarat	12	40.0	8	13.3	20	22.2	0.009	4.333
Memenuhi syarat	18	60.0	52	86.7	70	77.8		

Sumber : Data Primer 2018

## ANALISIS INDIKATOR MASUKAN PROGRAM PEMBERANTASAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA

Izzah Dienillah Saragih<sup>1</sup>, Reinpal Falefi<sup>2</sup>, Devi Juliana Pohan<sup>2</sup>, Sri Rezeki Hartati Elliandy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Alumni Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara,  
Medan

Email : [izzahdienillah@gmail.com](mailto:izzahdienillah@gmail.com)

<p><b>Track Record Article</b></p> <p>Diterima : 5 April 2019 Dipublikasi: 25 Juni 2019</p>	<p style="text-align: center;"><b>Abstract</b></p> <p><i>Dengue Hemorrhagic fever (DHF) is a major public health problem in Indonesia where the number of reported cases per February 2019 reached 16.692 cases with 169 deaths. North Sumatera is an endemic area of dengue fever with a number of cases in 2017 of 5.454 and an IR number of 49 per 100.000 higher than the national target figure. Challenges on input indicators make the DHF eradication program run less optimally. <b>Method:</b> This research was an qualitative study, which research design was a case study. The location taken in this study at the North Sumatera Provincial Health Office, the study was conducted from October to December 2018. The informants studied were 2 people. The research subjects were taken based on purposive sampling. Data collection techniques are carried out by in-depth interviews and observations, with research instruments in the form of interview guidelines and observation guidelines. <b>Results:</b> Analysis of input indicators in the DHF eradication program at the North Sumatra Provincial Health Office found findings of Human Resources consisting of 2 doctors, 1 sanitarian staff and 1 expert epidemiologist (S2), still lacking funds in the DHF program. and the infrastructure of the DHF program consists of 2 liters of insecticide, 100 Rapid tests, 300 bottles of larvacide, and extension media in the form of banners. <b>Conclusions and suggestions:</b> Input indicators on the eradication program of dengue hemorrhagic fever at the North Sumatra Provincial Health Office have been fulfilled, namely on human resources and infrastructure, while the challenges of the DHF program in the North Sumatra Provincial Health Office are funding and counseling media. Suggestions for the North Sumatra Health Office, the allocation of funds needs to be evaluated as well as requests for allocation of funds to the center according to the ideal funding allocation.</i></p> <p><b>Keywords: Analysis, Input, Program, DBD, North Sumatra.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Abstrak</b></p> <p><b>Pendahuluan:</b> Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana jumlah kasus yang dilaporkan per Februari 2019 mencapai 16.692 kasus dengan kasus kematian sebanyak 169 orang. Sumatera Utara termasuk daerah endemis DBD dengan jumlah kasus pada tahun 2017 sebesar 5.454 dan angka IR 49 per 100.000 lebih tinggi dari angka target nasional. Banyaknya tantangan pada indikator masukan, menjadikan program pemberantasan DBD kurang berjalan dengan maksimal. <b>Metode:</b> Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan desain studi kasus. dan lokasi di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang dilakukan mulai bulan Oktober sampai Desember 2018. Informan penelitian sebanyak 2 orang yang diambil secara <i>purposive sampling</i>. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi, dengan instrument penelitian berupa pedoman wawancara. <b>Hasil:</b> Analisis indikator masukan pada program pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara ditemukan Sumber Daya Manusia berjumlah empat orang yang terdiri dari 2 dokter, 1 tenaga sanitarian dan 1 tenaga epidemiologi ahli (S2), masih minimnya dana program DBD, serta sarana dan prasarana program DBD terdiri dari 2 liter Insektisida, 100 Rapid test, 300 botol larvasida, dan media penyuluhan hanya berupa <i>banner</i>. <b>Kesimpulan dan saran:</b> Indikator masukan pada program pemberantasan demam berdarah <i>dengue</i> di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang sudah terpenuhi yaitu pada sumber daya manusia dan sarana prasarana, sedangkan yang menjadi tantangan program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yaitu dana dan media penyuluhan. Saran untuk Dinas Kesehatan Sumatera Utara, alokasi dana perlu dilakukan evaluasi serta permintaan alokasi dana kepada pusat sesuai alokasi pendanaan yang ideal.</p> <p><b>Kata kunci: Analisis, Masukan, Program, DBD, Sumatera Utara.</b></p>
---	--



## 1. Pendahuluan

Salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia adalah Demam Berdarah *Dengue* (DBD). DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) sehingga mengakibatkan kepanikan di masyarakat karena berisiko menyebabkan kematian serta penyebarannya sangat masif dan cepat. Demam Berdarah *Dengue* masih menjadi permasalahan kesehatan baik di wilayah perkotaan maupun wilayah semi-perkotaan. Perilaku vektor dan hubungannya dengan lingkungan, seperti iklim, pengendalian vektor, urbanisasi, dan lain sebagainya mempengaruhi terjadinya wabah demam berdarah di daerah perkotaan. Iklim Indonesia yang tropis juga merupakan faktor potensial yang menjadikan DBD sebagai kasus endemik maupun epidemik. Penyakit DBD ini perlu mendapat perhatian serius dari semua pihak disebabkan jumlah kasus yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Jumlah orang yang meninggal jauh lebih banyak dibandingkan kasus kematian manusia karena flu burung atau *avian influenza* (Ginanjari, 2008).

Negara-negara Anggota di tiga wilayah WHO (*World Health Organization*) secara teratur melaporkan jumlah kasus tahunan. Jumlah kasus yang dilaporkan meningkat dari 2,2 juta pada tahun 2010 menjadi lebih dari 3,34 juta pada tahun 2016. Inisiasi kegiatan untuk mencatat semua kasus *dengue* sebagian menjelaskan peningkatan tajam dalam jumlah kasus yang dilaporkan dalam tahun terakhir. Tahun 2016 ditandai dengan wabah demam berdarah besar di seluruh dunia. Wilayah Amerika melaporkan lebih dari 2,38 juta kasus pada tahun 2016, Brasil dengan kasus kurang dari 1,5 juta kasus, sekitar 3 kali lebih tinggi dari tahun 2014. 1032 kematian *dengue* juga dilaporkan di wilayah tersebut. Wilayah Pasifik Barat melaporkan lebih dari 375.000 kasus dugaan demam berdarah pada tahun 2016, di mana Filipina melaporkan 176.411 dan Malaysia 100.028 kasus, mewakili beban yang sama dengan tahun sebelumnya untuk kedua negara. Kepulauan Solomon mengumumkan wabah dengan lebih dari 7000 tersangka. Di Wilayah Afrika, Burkina Faso melaporkan wabah demam berdarah setempat dengan kemungkinan 1061 kasus. Pada 2017,

pengurangan signifikan dilaporkan dalam jumlah kasus demam berdarah di Amerika dari 2.177.171 kasus pada 2016 menjadi 584.263 kasus pada 2017 sehingga pengurangan 73%. Panama, Peru, dan Aruba adalah satu-satunya negara yang mencatat peningkatan kasus selama 2017. Demikian pula, penurunan 53% dalam kasus demam berdarah juga dicatat selama 2017 (WHO, 2019).

Angka kejadian DBD di Indonesia cenderung mengalami kenaikan tiap tahunnya. Berdasarkan data Surveillans Penyakit Menular oleh Ditjen Pemberantasan dan Penanggulangan Penyakit Menular (P2PM) Kementerian Kesehatan disebutkan per Februari 2019 kasusnya mencapai 16.692 kasus dengan angka kematian sebanyak 169 orang. Jumlah tersebut meningkat jika dibandingkan dengan data sepanjang tahun 2018. Persebaran kasus DBD di Indonesia hampir merata di seluruh provinsi. Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit DBD, karena virus penyebab dan nyamuk penularannya tersebar luas baik di rumah maupun ditempat-tempat umum, kecuali yang ketinggiannya lebih dari 1000 meter diatas permukaan air laut.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, jumlah kasus Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Sumatera Utara sebesar 5.454 kasus. Angka kejadian baru atau *Incidence Rate* (IR) sebesar 39,6 per 100.000 dan *Case Fatality Rate* (CFR) DBD sebesar 0,51%. Data tersebut jauh lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2016 dengan jumlah kasus 8.715 kasus, *Incidence Rate* (IR) sebesar 63,3 per 100.000 penduduk, serta *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 0,69%. Lebih lanjut angka tersebut jika dibandingkan dengan target nasional masih di bawah indikator nasional yaitu 49 per 100.000 penduduk dan CFR <1%. Meski begitu, masih terdapat beberapa daerah di Sumatera Utara yang memiliki angka IR dan CFR di atas indikator nasional. Jumlah kasus tertinggi DBD terjadi di Kota Medan dengan 1.214 kasus, *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 0,91%. Potensi DBD sebagai penyakit yang bisa menimbulkan KLB tetap ada mengingat penyakit DBD adalah penyakit endemik yang dapat muncul sepanjang tahun, terutama saat musim hujan ketika kondisi optimal untuk nyamuk berkembang biak.

Program pemberantasan DBD adalah suatu upaya terpadu yang melibatkan berbagai instansi pemerintah maupun seluruh masyarakat di dalam mencegah dan menanggulangi adanya kasus DBD (Depkes RI, 1996). Berdasarkan Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang pemberantasan penyakit demam berdarah *dengue*, pemberantasan penyakit DBD adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian DBD. Sebagai bagian dari Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) penting untuk dilaksanakan karena penyakit potensial menjadi wabah, vaksin pencegahan masih belum ditemukan, dan vektor perantara penyakit ini tersebar luas di lingkungan sekitar masyarakat. Wujud nyata dari perhatian pemerintah terhadap penyakit DBD adalah dengan dikeluarkannya Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit DBD di berbagai daerah yang dilanda penyakit DBD, khususnya ditinjau dari indikator masukan program.

Upaya pemberantasan penyakit DBD berdasarkan Kepmenkes No.581/MENKES/SK/VII/1992, dilaksanakan dengan cara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat yang meliputi, pencegahan dengan melakukan PSN, penemuan, pertolongan, dan pelaporan, penyelidikan Epidemiologi dan pengamatan penyakit, penanggulangan seperlunya, penanggulangan lain, dan penyuluhan kesehatan. Sampai saat ini upaya pencegahan dan pengendalian DBD di Sumatera masih menghadapi tantangan. Salah satunya adalah dalam hal pelaksanaan surveillans DBD. Tantangan utama dalam surveillans DBD, misalnya ada pada indikator masukan, yaitu dari segi *man, material, money* dan *method* yang masih belum optimal. Indikator masukan ini yang menjadi penilaian apakah upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan DBD di Sumatera Utara sudah berjalan maksimal atau tidak.

Penelitian Laras (2010) menyebutkan bahwa terdapat masalah surveilans berupa kualitas SDM dan sarana prasarana masih rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Sitepu, dkk (2012), diketahui bahwa indikator input yang mencakup SDM, sarana dan dana masih

belum baik, hal ini menyebabkan sistem surveilans yang ada tidak berjalan dengan optimal. Pada indikator sumber daya manusia (SDM) terdapat kualifikasi pendidikan yang masih rendah serta tidak semua ketenagaan tersebut mendapatkan pelatihan bahkan ada yang sama sekali tidak mendapatkan pelatihan. Pada indikator sarana, ketersediaan larvasida masih belum mencukupi kebutuhan yang diperlukan untuk melakukan surveilans DBD seperti pengendalian jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Pada indikator dana, besaran dana pada sistem surveilans DBD masih belum sesuai dengan kebutuhan karena APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) yang diberikan pemerintah daerah tidak stabil serta dana tersebut lebih diprioritaskan pada kebutuhan teknis. Penelitian yang dilakukan oleh Sulistya (2006) bahwa terdapat masalah kualitas SDM yang rendah. Kemudian pada penelitian Mufidz (2016), pada indikator masukan berupa tenaga Program Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) serta sarana dan prasarana belum sesuai dengan yang seharusnya, namun pada variabel dana sudah sesuai dengan tataran ideal. Penelitian yang dilakukan oleh Syairaji (2019) bahwa masih ada SDM yang memiliki kualifikasi pendidikan yang tidak sesuai dengan ketentuan dan tidak sesuai dengan bidangnya yang bekerja pada sistem surveilans serta adanya tumpang tindih pekerjaan dalam bekerja dan tidak adanya dana yang dialokasikan khusus untuk operasional pelaksanaan surveilans DBD.

Meskipun secara keseluruhan angka *Incidence Rate* (IR) DBD di Provinsi Sumatera Utara menurun, yaitu dari 63,21 per 100.000 penduduk pada tahun 2016 menjadi 38,7 per 100.000 pada tahun 2017, kewaspadaan terhadap kejadian DBD sebagai penyakit potensial KLB harus tetap ditingkatkan. Terlebih masih banyak daerah di Sumatera Utara yang memiliki *Incidence Rate* (IR) lebih tinggi dari indikator nasional, yaitu di atas 49 per 100.000 penduduk, termasuk di antaranya Medan, Pematang Siantar, Binjai, Tanjung Balai, Tebing tinggi, Sibolga, Simalungun dan Samosir. Tingginya jumlah kasus dan endemis nya suatu Kabupaten/Kota terhadap penyakit DBD dapat disebabkan oleh masalah perencanaan dan pelaksanaan kegiatan program Program Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) yang kurang

optimal terkait indikator masukan program. Oleh karena itu, peneliti mencoba melakukan penelitian untuk mengetahui gambaran indikator masukan pada program pemberantasan demam berdarah dengue di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Indikator masukan yang dilihat pada penelitian ini adalah indikator *man*, *material*, dan *money*.

## 2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Lokasi yang diambil pada penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Penelitian dilakukan mulai bulan Oktober sampai Desember 2018. Informan penelitian sebanyak 2 orang, yang merupakan pegawai di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan jabatan yaitu kepala seksi program penanggulangan penyakit menular dan koordinator program DBD. Informan penelitian diambil berdasarkan *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. *Instrument* penelitian berupa pedoman wawancara dan pedoman observasi.

## 3. Hasil

Dari hasil observasi terhadap data surveillans penyakit menular di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, ditemukan angka *Incidence Rate* (IR) DBD di Sumatera Utara turun dari 63,21 per 100.000 penduduk pada tahun 2016 menjadi 38,7 per 100.000 pada tahun 2017. Meskipun mengalami penurunan, angka *Incidence Rate* (IR) DBD di Kota Medan pada tahun 2013-2016 cenderung mengalami kenaikan. Lebih lengkapnya dijelaskan oleh grafik gambar 1 :

Angka *Incidence Rate* (IR) 38,1 per 100.000 penduduk tersebut masih di bawah target nasional yaitu <49 per 100.000 penduduk. Meskipun begitu, masih terdapat Kabupaten/Kota di Sumatera Utara yang memiliki angka IR di atas target nasional, yaitu Medan (54,5), Pematang Siantar (84,1), Binjai (104,1), Tebing Tinggi (117,1), Sibolga (127,9), Simalungun (88,4), Samosir (105,2) dan Toba Samosir (71,4). Gambar pemetaan angka IR DBD Kabupaten/Kota di Sumatera Utara dijelaskan oleh gambar 2. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan diperoleh hasil gambaran indikator masukan program pemberantasan demam berdarah

*dengue* di Dinas Kesehatan Sumatera Utara pada tabel 1

## 4. Pembahasan

### 4.1. Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, Sumber Daya Manusia (SDM) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara terdiri dari 2 orang dokter, 1 orang tenaga sanitarian dan 1 orang ahli epidemiologi (S2). Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Mufidz (2016) yang dilakukan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal bahwa jumlah tenaga pada program DBD, baik dari segi jumlah dan kualifikasi pendidikan sumber daya manusianya belum sesuai dengan ketentuan. Berdasarkan jumlah tenaga surveilans DBD di DKK Tegal berjumlah 2 orang yang berlatarbelakang pendidikan S1 Epidemiologi Kesehatan Masyarakat dan 1 orang lainnya berlatarbelakang pendidikan S2 Manajemen Kesehatan (Belum sesuai), berdasarkan ketersediaan tenaga terlatih dalam manajemen program dan teknis pemberantasan penyakit DBD (P2DBD), tidak ada SDM (Sumber Daya Manusia) yang mendapatkan pelatihan manajemen pengendalian DBD dan tidak ditemukan sertifikat pelatihan manajemen pengendalian DBD. Hal ini membuktikan, masih minimnya ketersediaan Sumber Daya Manusia pada program pemberantasan DBD di Indonesia. Penelitian Siyam (2010) menyebutkan jumlah tenaga surveilans belum memadai sehingga mempengaruhi keberhasilan pelaporan surveilans DBD. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka dibutuhkan jenis, jumlah dan kualifikasi dari tenaga kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang tidak memadai menyebabkan pelaksanaan kegiatan program pemberantasan penyakit DBD tidak dapat dilaksanakan dengan optimal (Rahayu, 2012).

Hasil penelitian Anita (2016), diperoleh persentase indikator terhadap ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) memenuhi 75% atau memenuhi 3 dari 4 indikator dari Kepmenkes RI Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 yang meliputi dokter umum, perawat, dan kader. Hasil penelitian Sari (2013), Sumber Daya Manusia (SDM) pada pelaksanaan kegiatan program Pemberantasan Penyakit DBD (P2DBD) dari segi jumlah dan luas wilayah sudah cukup. Dari segi kualitas diperoleh petugas dengan kualifikasi yang baik

dan pengalaman selama bertahun-tahun. Hasil penelitian Kusumo (2014), Apabila dilihat dari uraian tugas masing-masing petugas jumlah tenaga untuk program pengendalian DBD dikatakan cukup.

Sumber Daya Manusia (SDM) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tidak terjadi rangkap tugas, sedangkan di Kabupaten/Kota kemungkinan terjadi rangkap tugas. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Mufidz (2016) bahwa terdapat rangkap tugas pada kepala seksi pemberantasan penyakit DBD. Petugas yang mengerjakan tugas rangkap menyebabkan kegiatan program tidak sesuai dengan optimal karena ada pembagian waktu tugas yang singkat dengan pekerjaan yang banyak (Frans, 2010).

Temuan lainnya pada program pemberantasan penyakit DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yaitu dilakukan pelatihan bagi petugas kesehatan yang dilakukan di Kabupaten/Kota sasaran. Namun, kurangnya dana untuk program DBD di Dinkes Provinsi Sumatera Utara menyebabkan pelaksanaan pelatihan bagi petugas kesehatan jarang dilakukan. Faktor penyebab lemahnya suatu program DBD antara lain masih terdapat tenaga kesehatan yang belum pernah mendapat pelatihan, serta banyaknya petugas yang memiliki tugas rangkap (Sitepu, 2012). Padahal, menurut penelitian Bahtiar (2012), salah satu strategi pengendalian DBD yaitu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan, kader dan masyarakat. Penelitian Mustaring (2010) menyebutkan bahwa kualitas SDM (Sumber Daya Manusia) tidak terlepas dari keikutsertaan pelatihan yang dapat membantu serta meningkatkan kinerja petugas.

#### 4.2. Dana

Berdasarkan hasil wawancara, dana untuk program DBD (Demam Berdarah *Dengue*) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara hanya bersumber dari dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) serta belum adanya dana APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) dan dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).

Dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, tidak ada kembali dana APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) untuk

program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, sedangkan beberapa program kesehatan lainnya menerima dana APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara).

Dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) yang diterima tahun 2018 hanya sekitar Rp. 200 juta, sedangkan dana yang seharusnya diterima lebih dari Rp. 1 Miliar.

*“Masih kurang jauh, ditambah lagi kita kan perlu mengunjungi beberapa kabupaten/kota tadi. Ada sekarang gerakan, namanya gerakan satu rumah satu Jumantik. itu dia kita harus memberikan bimbingan kepada daerah untuk mereka bisa menggalakkan gerakan ini. Nah sayangnya gerakan ini punya pemerintah pusat tidak didukung oleh pendanaan mereka untuk kita melakukannya, jadi gerakan ini hanya sebatas ketika kita kunjungan ke daerah, kita sosialisasikan. Harusnya kita mengundang lintas sektor di masyarakat di daerah tadi untuk menyosialisasikan buat pertemuannya, gitu dan itu tidak bisa terealisasi.” (FYS, 37 Tahun. Wc: 12 Desember 2018).*

*“Dananya kita ada dana APBD, itu full ya kita dana APBD. APBN tidak ada”(YM, 44 Tahun. Wc: 12 Desember 2018)*

Keterbatasan dana pada program DBD (Demam Berdarah *Dengue*) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara memiliki implikasi terhadap tidak maksimalnya pelaksanaan salah satu kegiatan yaitu "Gerakan satu rumah satu Jumantik", sehingga hanya dilakukan kunjungan dan sosialisasi ke daerah sasaran serta tidak dilakukan kerja sama lintas sektor pada kegiatan tersebut.

Kerjasama lintas sektor program DBD dilakukan dengan instansi pendidikan, dan lingkungan. Dilakukan maksimal dua kali dengan kegiatan hanya pengarahan pada kabupaten yang menyelenggarakan. Kerja sama lintas sektor hanya tertuang pada SK (Surat Keputusan) tanpa mengaplikasikan di lapangan. Kerja sama lintas sektor Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara adalah POKJANAL (Kelompok Kerja Operasional) DBD wilayah Sumatera Utara yang pada akhirnya selalu hanya dilaksanakan oleh Dinas

Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Hal ini tertuang pada wawancara sebagai berikut:

*“Kerja sama lintas sektor harusnya ada, Cuma sayangnya itu hanya tertuang dalam kertas. Kita ada namanya POKJANAL (Kelompok Kerja Operasional) DBD untuk wilayah Sumatera Utara, itu hanya sebatas SK. Tapi, ketika aplikasinya di lapangan itu semua jadi pekerjaan petugas dinas kesehatan. Misalnya gini, DBD nya itu harusnya terjadi kan di masyarakat, yang melakukan tindakan penyuluhan misalnya petugas kesehatan, tapi tindakan untuk mengajak, “mengayo-ayokan” masyarakat untuk melakukan PSN siapa harusnya? Kepala desanya kan, camatnya kan, kan gak mungkin kita mengajak masyarakatnya kan itu yang punya wilayahnya kepala desanya. Kemudian mengajak masyarakat untuk bersih – bersih minimal jumat bersih atau sekali seminggu bersih, masa kita juga. Itukan wilayah kerjanya masyarakat itu siapa yang punya camat, lurah, kepala desa, mereka lah yang harusnya bertanggung jawab untuk itu. Nah kebersihan lingkungan, siapa? Kan bukan petugas kesehatan tapi ada tugas dari dinas kebersihan, kan begitu. Tapi kenyataannya di lapangan ketika kasus DBD semua kembali ke tanggung jawab dinas kesehatan.” (FYS, 37 Tahun. Wc: 12 Desember 2018)*

Hal ini sejalan dengan penelitian Putri (2017) yang menyatakan dana yang kurang untuk program pemberantasan DBD dengan sumber dana berasal dari Pemerintah Kota dan APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Penelitian Sitepu (2012) menyebutkan dana APBD dialokasikan secara periode bersifat fluktuatif dan lebih banyak diprioritaskan pada hal teknis. Hal serupa dengan penelitian Sriwulandari (2009) bahwa kurangnya anggaran dana dari APBD pada pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit DBD di Dinkes Kabupaten Magetan.

#### 4. 3. Sarana dan Prasarana

Kinerja petugas program pemberantasan penyakit menular sangat dipengaruhi oleh sarana dan prasarana yang

berkaitan sehingga dalam memberikan pelayanan dan melaksanakan tugasnya, petugas terkait secara langsung akan membutuhkan sarana dan prasarana. Sarana dan prasarana yang terbatas untuk digunakan akan berakibat pelayanan yang diberikan tidak dapat sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, sarana dan bahan yang digunakan, yaitu mesin fogging dengan kebutuhannya setiap puskesmas sebanyak 4 unit, setiap kabupaten/kota sebanyak 10 unit, dan setiap provinsi sebanyak 10 unit, mesin ULV (*Ultra-Low Volume*), kendaraan pengangkut ULV (*Ultra-Low Volume*), kebutuhannya setiap kabupaten, kotamadya, dan provinsi sebanyak 2 unit, kebutuhan PSN kit dan kebutuhan Jumantik (Juru Pemantau Jentik), insektisida, larvasida, dan bahan pendukung diagnosis lainnya serta penatalaksanaan penderita DBD (Depkes RI, 2011). Jika sarana dan prasarana yang dibutuhkan oleh tenaga pelaksana mengalami kekurangan, maka hal tersebut bisa menghambat jalannya pelaksanaan program yang mengakibatkan pencapaian target tidak sesuai dengan perencanaan. Oleh karena itu, sarana menjadi suatu hal yang harus tersedia dan harus dapat mencukupi sesuai dengan kebutuhan berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, sarana dan prasarana Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara memiliki batasan sebagai penunjang di tingkat Kabupaten/Kota seperti *rapid test* dan alat *fogging*. Untuk diagnosis penyakit DBD (Demam Berdarah *Dengue*), dilakukan pemeriksaan di laboratorium untuk identifikasi trombosit dan hematokrit. Pada program DBD (Demam Berdarah *Dengue*) Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara terdapat insektisida sebanyak 2 liter, *rapid test* 100 item, dan larvasida 300 botol. Indikator sarana dan prasarana tersebut sudah terpenuhi sebagai fasilitator kepada tingkat Kabupaten/Kota. Sarana dan prasarana digunakan untuk sosialisasi, kemudian jika ada kasus DBD (Demam Berdarah *Dengue*) akan dilaksanakan upaya *fogging* pada daerah sasaran. Hal ini bertentangan dengan penelitian Putri (2017) bahwa masih terdapat tantangan berupa sarana dan prasarana pada program DBD.

Sarana dan prasarana tersebut hanya berupa materi hasil pembekalan. Pada penelitian Rahayu (2012) dari segi jumlah ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas ketapang masih tidak mencukupi. Hal ini bertentangan dengan penelitian Anita (2016), hasil penelitian diperoleh indikator untuk ketersediaan alat di Puskesmas Rambipuji telah memenuhi 87,5% atau memenuhi 7 dari 8 alat yang dibutuhkan seperti mikroskop, pipet Hb, hemometer sahli, hemositometer, pipet leukosit, dan kamar hitung trombosit. Pada upaya pencapaian tujuan kebijakan, harus didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Tanpa sarana dan prasarana, tugas spesifik tidak dapat diselesaikan secara optimal dan sarana dan prasarana yang kurang memadai akan menimbulkan hambatan pada proses pelaksanaan.

#### 4. 4. Media Penyuluhan

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, Media pada program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara hanya berupa *Banner*, serta kurang tersedianya *leaflet*, *flipchart* dan poster. Kekurangan *leaflet* disebabkan dana yang minim untuk program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera utara. Hal ini sejalan dengan penelitian Putri (2017) bahwa media penyuluhan hanya menggunakan LCD (*Liquid Crystal Display*) dan proyektor sehingga penyuluhan bersifat monoton. Penelitian Andrayani (2017) Penyuluhan hanya di lakukan secara oral (menggunakan proyektor) dan tidak membagikan *Leaflet* kepada masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian Anita (2016), program pemberantasan penyakit DBD (P2DBD) diperoleh indikator media sebesar 77,8% yang meliputi buku program pengendalian DBD, buku Tatalaksana DBD, buku petunjuk pelaksanaan teknis jumentik, *leaflet*, *flipchart*, *poster*, formulir K-DBD, formulir W2, dan bagan penatalaksanaan penderita DBD.

Media penyuluhan yang belum tersedia secara lengkap mengakibatkan promosi kesehatan tentang demam berdarah *dengue* tidak berjalan dengan optimal. Tersedianya *banner* pada media penyuluhan belum menyentuh masyarakat umum. Oleh karena itu, media penyuluhan perlu ditambahkan seperti *leaflet*, *flipchart*, dan poster agar pada

pelaksanaan penyuluhan dengan pemanfaatan media yang lengkap.

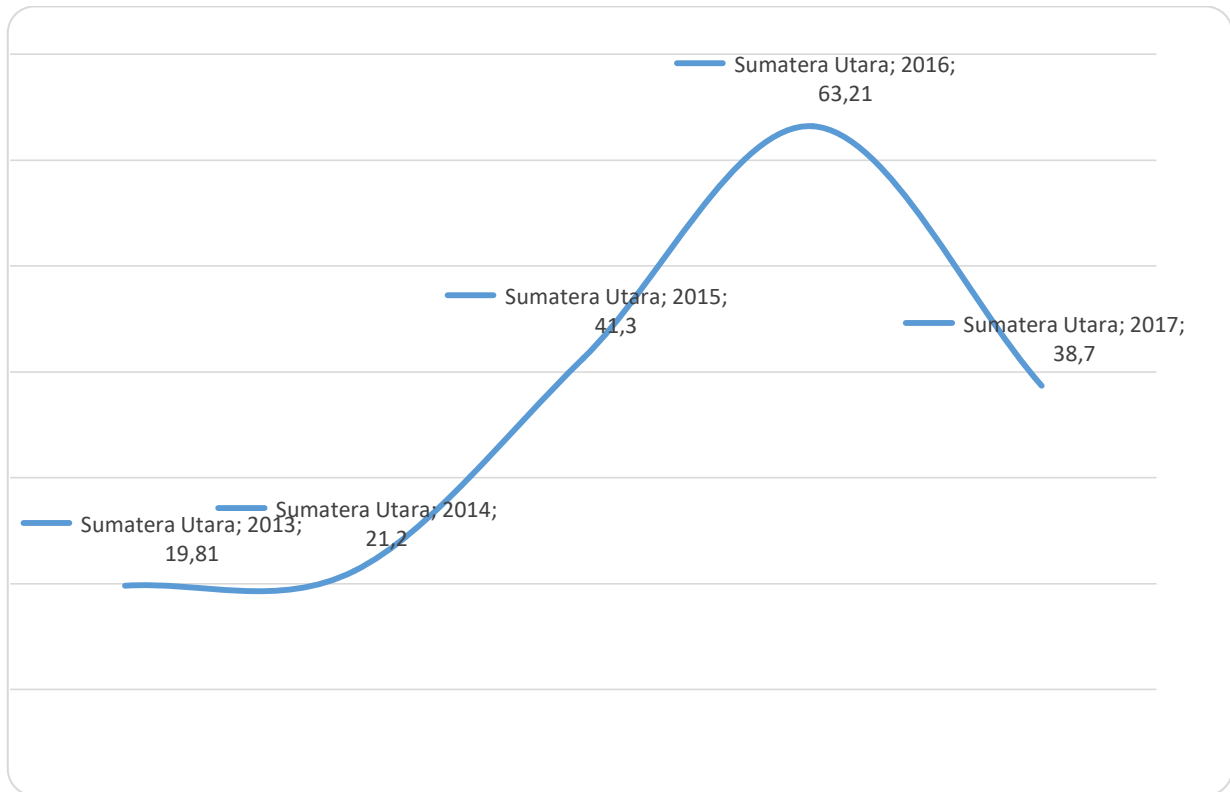
#### 5. Kesimpulan dan Saran

Analisis indikator masukan pada program pemberantasan demam berdarah *dengue* di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang sudah terpenuhi yaitu pada sumber daya manusia dan sarana prasarana, sedangkan yang menjadi tantangan bagi program tersebut yaitu dana dan media penyuluhan. Saran untuk Dinas Kesehatan Sumatera Utara, alokasi dana perlu dilakukan evaluasi serta permintaan alokasi dana kepada pusat sesuai alokasi pendanaan yang ideal, karena berdampak pada minimnya penyelenggaraan pelatihan bagi petugas kesehatan, media penyuluhan serta kegiatan operasional DBD di Sumatera Utara.

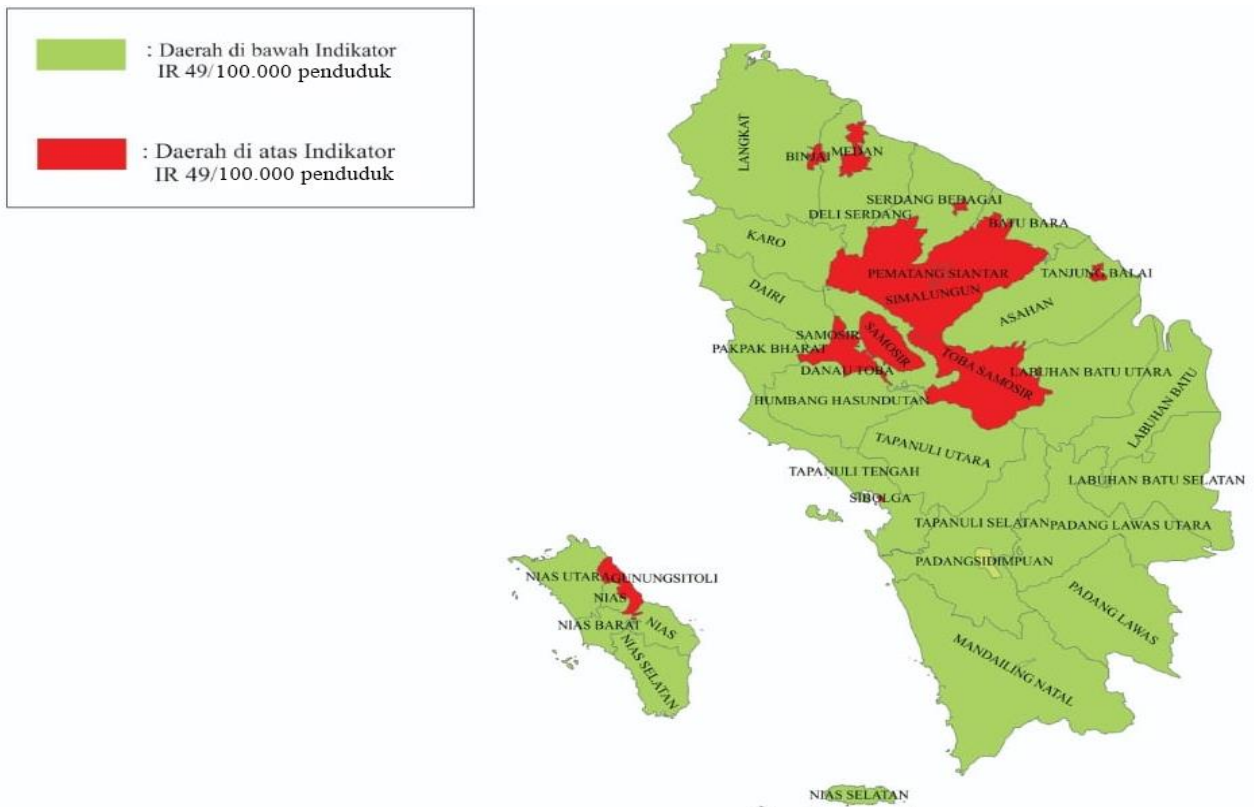
#### Daftar Pustaka

- Anita dkk. 2016. Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Tahun 2015 (Perbandingan antara Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji Kabupaten Jember). Jurnal IKESMA Volume 12 Nomor 2 September 2016
- Andrayani, Suttha, 2017. Pelaksanaan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Puskesmas Hutabaginda Kecamatan Tarutung Tahun 2017. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan
- Bahtiar, Y. 2012. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tokoh Masyarakat Dengan Perannya Dalam Pengendalian Demam Berdarah di Wilayah Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya. E-Journal.Litbang.Depkes. Volume 4, Nomor 2, Desember 2012. halaman 12-20.
- Dinkes Sumatera Utara. 2018. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017. Medan, Dinas Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. 2011. Informasi Umum DBD. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Frans, YS, Antonius S, Dibyo, P, 2010, Evaluasi dan Implementasi Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Singkawang-Kalimantan Barat

- tahun 2010, BALABA, Vol. 8, No. 1, Tahun 2011, Hal. 5-10.
- Ginanjari, Genis. 2008. Demam Berdarah. Yogyakarta: PT. Bintang Pustaka.
- Kemenkes RI. 1992. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : 581 / MENKES / SK / VII / 1992 Tentang Pemberantasan Penyakit DBD. Jakarta.
- Kusumo, Rika Adi, Onny Setiani, Budiyo. 2014. Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Semarang Tahun 2011 (Studi di Dinas Kesehatan Kota Semarang). Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia Vol. 13 No.1 April 2014
- Laras, P, 2010, Evaluasi Sistem Surveilans DBD Berdasarkan Komponen dan Atribut Surveilans di DKK Trenggalek, Thesis, Unair, Surabaya.
- Mufidz, Maulana. 2016. Evaluasi Input Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue di Dinas Kesehatan Kab Tegal. Vol 5, No. 2. Unnes Journal of Public Health.
- Mustaring, N.A. 2010. Evaluasi Pengembangan Kelurahan Siaga di Kelurahan Tamangapa Kota Makassar tahun 2009. Skripsi. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Putri, Citra Resmi Lestariana dan Budi Laksono. 2017. Keefektifan Petugas Surveilans Kesehatan Demam Berdarah Dengue dalam Menentukan Angka Bebas Jentik. Unnes Journal of Public Health 6 (1) (2017)
- Rahayu, T, 2012, Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Ketapang 2 (Studi di Kecamatan Mentawa Baru Ketapang Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah), Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 1, No. 2, Tahun 2012, Hal. 479 – 492.
- Siyam, N, 2010, Fasilitas Pelaporan KD-RS dan W2 DBD Untuk Meningkatkan Pelaporan Surveilans DBD. KEMAS, Vol. 8, No. 2, Tahun 2013, Hal. 113-120.
- Sitepu, F.Y., dkk. 2012. Evaluasi dan Implementasi Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Singkawang, Kalimantan Barat, 2010. Balaba, 8(01): 5-10.
- Sri Wulandari, Wiwit. 2009. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2008. Skripsi. Jurusan Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Sebelas Maret Surakarta
- Sari, Yunita Manda. 2013. Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberantasan DBD (P2DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Makassar. JURNAL MKMI, Juni 2013
- Sulistya, 2006, Evaluasi Kegiatan Pelaksanaan Surveilans Malaria Di Dinas Kesehatan Kab.Sleman Tahun 2005, Thesis, Undip, Semarang.
- Syahraji, M dan Dian Budi Santoso. 2019. Indikator Input Sistem *Surveillance* Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Yogyakarta. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol. 7, No, 1 Maret 2019
- WHO. 2019. Dengue and Severe Dengue. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue> pada 10 Mei 2019.
- Zubaedah, I.S. 2007. Hubungan Faktor-Faktor Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Petugas Pokja DBD Tingkat Kelurahan di Kota Tasikmalaya [Tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro.



**Gambar 1. Grafik Trend IR DBD di Sumatera Utara Tahun 2013-2017**



**Gambar 2. Pemetaan angka IR DBD Kabupaten/Kota di Sumatera Utara 2017**



**Tabel 1. Gambaran Indikator Masukan Program Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Dinas Kesehatan Sumatera Utara**

No	Variabel	Hasil	Keterangan
1	Sumber Daya Manusia	2 orang dokter, 1 orang tenaga sanitarian dan 1 orang ahli epidemiologi (S2)	Sudah terpenuhi pada tingkat provinsi yang memiliki sumber daya manusia berupa dokter, tenaga sanitarian dan ahli epidemiologi.
2	Dana	Terdapat anggaran dana sebesar Rp 200 juta	Belum terpenuhi, alokasi penganggaran dana untuk program DBD yaitu lebih dari Rp 1 miliar
3	Sarana dan Prasarana	Terdapat insektisida sebanyak 2-liter, <i>rapid test</i> 100 item, dan larvasida 300 botol	Sudah terpenuhi, sarana dan prasarana untuk tingkat provinsi telah tercukupi karena Dinas Kesehatan Provinsi bukan pelaksana langsung untuk ke daerah sasaran
4	Media Penyuluhan	Hanya berupa <i>Banner</i>	Belum terpenuhi. <i>Leaflet</i> , <i>Flipchart</i> dan <i>Poster</i> belum ada

## EVALUASI SISTEM INFORMASI KESEHATAN PUSKESMAS KOTA MATSUM DI MEDAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN INSTRUMEN *HEALTH METRICS NETWORK*

Putra Apriadi Siregar; Luthfiah Mawar; Wan Rizky Chairunnisa; Maulida Rezkiyah; Dinda Wisdayanti; Ananda Nurul Hidayah; Rivai Diski Purba

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Medan

Email : [siregar.putra56@gmail.com](mailto:siregar.putra56@gmail.com)

### Track Record Article

Diterima : 29 Maret 2019  
Dipublikasi: 25 Juni 2019

#### Abstract

*The implementation of a Health Information System (HIS) will produce an overview of the development of health service status in a health facility. This description can be seen by carrying out HIS evaluation activities. The HIS evaluation seeks to improve and strengthen the health available at the puskesmas, the results of these efforts are expected to be an important step to improve the quality of public health services. This study aims to determine the HIS description in Matsum City Health Center. The study was conducted by evaluating the HIS performance at the Puskesmas. The study was conducted at the City Matsum Health Center Medan, North Sumatra in July 2018. The subjects in this study were the Head of the Sub-Section of the Administration of the City of Matsum Health Center which was taken based on purposive sampling. The data used in the form of primary data taken by conducting direct interviews and observation. Check the validity of the data using the triangulation method. The HIS City Health Center Matsum performance evaluation was conducted using a version of HMN version 4.0 by assessing various components of HIS. The results of evaluation that have been conducted at the city Health Center in Matsum, from the six HIS components according to the HMN instrument, none of the components were included in the "not adequate" category with the highest score on the Dissemination and Use Components while the lowest score was in the Data Management Component. The conclusion of this study is that the HMN-based Health Information System at Matsum City Health Center has been running quite well but still needs to be improved especially regarding data processing.*

**Keywords:** *Evaluation of HIS, Approach , Health Metrics Network , City Health Center*

#### Abstrak

Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) akan menghasilkan gambaran mengenai perkembangan status pelayanan kesehatan yang ada pada suatu fasilitas kesehatan. Gambaran tersebut dapat diketahui dengan melakukan kegiatan evaluasi SIK. Evaluasi SIK berupaya sebagai peningkatan dan pemantapan kesehatan yang ada di puskesmas, hasil dari upaya tersebut diharapkan sebagai langkah penting untuk meningkatkan mutu kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran SIK di Puskesmas Kota Matsum. Penelitian dilakukan dengan mengevaluasi kinerja SIK di Puskesmas. Penelitian dilakukan di Puskesmas Kota Matsum Medan, Sumatera Utara pada Juli 2018. Subjek pada penelitian ini yaitu Kepala Subbagian Tata Usaha Puskesmas Kota Matsum yang diambil berdasarkan Purposive sampling. Data yang digunakan berupa data primer yang diambil dengan melakukan wawancara langsung dan observasi. Pengecekan validitas data menggunakan triangulasi metode. Evaluasi kinerja SIK Puskesmas Kota Matsum dilakukan menggunakan pendekatan instrumen *Health Metrics Network (HMN) version 4.0* dengan menilai berbagai komponen SIK. Hasil evaluasi yang telah dilakukan di Puskesmas Kota Matsum, dari enam komponen SIK menurut instrumen HMN, seluruh komponen tidak ada yang masuk dalam kategori "tidak memadai" dengan skor tertinggi pada Komponen Diseminasi dan penggunaan sedangkan skor terendah pada Komponen Manajemen Data. Kesimpulan dari penelitian ini adalah Sistem Informasi Kesehatan berbasis HMN pada Puskesmas Kota Matsum sudah berjalan cukup bagus tetapi masih perlu ditingkatkan lagi khususnya mengenai pengolahan data.

**Kata Kunci:** *Evaluasi SIK, Pendekatan , Health Metrics Network , Puskesmas*

## 1. Pendahuluan

Kementerian Kesehatan RI berupaya untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan Indonesia dengan membuat Sistem Informasi Kesehatan Nasional, program ini dilakukan demi tersedianya informasi yang bermanfaat untuk mendukung pengambilan keputusan dalam melaksanakan program Kesehatan. Sistem informasi kesehatan nasional terdapat 7 komponen yang saling terhubung dan saling terikat, yaitu: sumber data manual, sumber data komputerisasi, sistem informasi dinas kesehatan, sistem informasi pemangku kepentingan, bank data kesehatan nasional, pengguna data oleh kementerian kesehatan dan pengguna data. Masalah klasik yang terjadi saat ini adalah pengelolaan data dan informasi belum terkoordinasi dengan baik, terdapat banyaknya tumpang tindih kegiatan dan pengelolaan data, dimana masing-masing unit mengumpulkan data sendiri dengan instrumen yang berbeda di berbagai tingkat. Selain itu pengumpulan data belum dilakukan secara efisien dan kadang data yang dikumpulkan *redundant*, bahkan tidak diperlukan. Ini diakibatkan oleh SIK yang terfragmentasi. SIK yang saat ini dibangun hanya untuk satu unit dan untuk satu fungsi yang ada di bagian tersebut, namun belum dapat digunakan untuk dimanfaatkan unit lain untuk fungsi yang lain (Hartono, 2002).

Hasil penelitian Nyamtema (2010) memperlihatkan bahwa lemahnya pengumpulan data kesehatan dan kurangnya informasi pengambilan keputusan di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi faktor sulitnya pengembangan SIK di Tanzania. Hasil penelitian Hartono (2007) memperlihatkan bahwa dari enam komponen dan standar SIK, lima diantaranya dinilai "ada tapi tidak adekuat" yaitu sumber daya (47%), indikator (61%), sumber data (51%), kualitas data (55%), dan diseminasi dan penggunaan informasi (57%). Sementara ada satu komponen yang dinilai "tidak adekuat sama sekali", yaitu komponen manajemen data (35%).

Perkembangan kesehatan disuatu negara sangat perlu diperhatikan. Namun pada kenyataan Sistem Informasi Kesehatan yang merupakan salah satu tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia masih belum memberikan hasil yang akurat, lengkap dan tepat waktu. Hal itu dikarenakan banyaknya

tantangan yang dihadapi dalam menjalani SIK terutama pada pihak penyelenggara SIK yang masih kurang paham dengan SIK sendiri sehingga SIK belum dilaksanakan secara efisien dan menghasilkan data yang kurang berkualitas (Kemenkes RI, 2012). Sistem Informasi Kesehatan perlu diselenggarakan di seluruh tatanan upaya kesehatan guna mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan (Permenkes RI, 2015).

Evaluasi pelaksanaan peta jalan SIK dilakukan pada tahun 2011 sampai dengan 2014 kemudian ditemukannya masalah untuk mencapai target yang diinginkan salah satunya terbatasnya pembiayaan adalah yang menjadi penghambat pelaksanaan kegiatan. Permasalahan yang muncul dalam menjalankan SIK mengenai kemampuan sumber daya dalam mengelola SIK yang masih terbatas, data dan informasi serta indikator belum dijalankan dengan baik, kemampuan sumber data dalam menyediakan data maupun informasi masih lemah, belum efektif dan efisiennya dalam kegiatan pengumpulan, pengolahan dan analisis serta informasi, dana dalam mendukung sumber daya khususnya pada bagian teknologi informasi dan komunikasi serta sarana prasarana, peningkatan dan pengembangan mutu SIK masih belum optimal, dan juga data dan informasi yang dihasilkan dari SIK belum digunakan sepenuhnya dalam pembangunan kesehatan nasional (Permenkes RI, 2015). Tidak berhasilnya program tersebut harus bisa menjadi acuan bagi pembangunan kesehatan di Indonesia bahwa SIK di Indonesia masih sangat perlu ditingkatkan. Sistem Informasi Kesehatan memiliki kedudukan yang strategis dalam sistem kesehatan dan manajemen kesehatan. SIK tidak dapat berdiri sendiri melainkan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem kesehatan. Oleh karena itu, perlu diselenggarakannya SIK di setiap upaya kesehatan sesuai dengan jenjang administrasi pemerintahan. SIK di tingkat pusat merupakan bagian dari sistem kesehatan nasional, di tingkat provinsi merupakan bagian dari sistem kesehatan provinsi, dan di tingkat kabupaten/kota merupakan bagian dari sistem kesehatan kabupaten/kota (Permenkes RI, 2005).

Menurut WHO (1990) bahwa evaluasi merupakan suatu cara yang sistematis dalam

mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang telah dipelajari untuk memperbaiki kegiatan yang sedang berjalan serta melakukan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan selanjutnya. Kemenkes RI (2012) menyatakan bahwa pada tahun 2007, Pusat Data dan Informasi telah melakukan evaluasi SIK dengan menggunakan perangkat *Health Metrics Network-World Health Organization* (HMN-WHO). *Health Metrics Network* (HMN) ini merupakan *assessment tool* yang digunakan untuk menilai atau mengevaluasi sistem informasi kesehatan disuatu daerah atau negara. Evaluasi ini meliputi 6 komponen utama SIK yaitu sumber daya (meliputi pengelolaan dan sumber daya), indikator, sumber data, manajemen data (pengumpulan; pengolahan dan analisis data), kualitas data, diseminasi dan penggunaan data.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tirzanny, dkk (2013) mengenai permasalahan SIK di puskesmas kabupaten Minahasa Tenggara menunjukkan bahwa pengelolaan/pelaksanaan SIK belum terlaksana secara online, semuanya masih manual, yaitu masih menggunakan pencatatan pada buku register dan formulir-formulir khusus. Tidak ada pedoman dalam penyelenggaraannya. Sebagian besar puskesmas belum ada sumber daya manusia (SDM) di bidang SIK dan tidak ada pelatihan khusus. Tidak ada dana khusus untuk SIK serta sarana dan prasarana untuk computer belum lengkap/tidak merata. SIK Nasional dibangun dari himpunan atau jaringan SIK Provinsi. Begitu juga SIK Provinsi dibangun dari himpunan atau jaringan SIK Kabupaten/Kota. Adanya mekanisme saling hubung antar subsistem informasi dengan berbagai cara yang sesuai, akan menghasilkan SIK yang terintegrasi. Dengan demikian, SIK dikembangkan harus selaras dengan tatanan tersebut guna meningkatkan penguatan SIK di Indonesia.

Hasil penilaian sistem informasi kesehatan dengan menggunakan perangkat penilaian dari Health Metric Network (HMN) yang dilakukan pada tahun 2012 menunjukkan bahwa keenam komponen penyelenggaraan sistem informasi kesehatan belum cukup memadai, terutama untuk komponen manajemen data masih kurang. Namun demikian, jika dibandingkan dengan tahun

2007 secara umum terlihat adanya perbaikan terutama pada komponen sumber daya.

Berdasarkan Permenkes tahun 2015 bahwa hasil penilaian SIK menggunakan penilaian berupa instrumen pendekatan HMN pada tahun 2012 memberikan hasil yaitu dari keenam komponen penyelenggaraan SIK belum cukup memadai, salah satu pada komponen manajemen data yang masih kurang memadai, tetapi bila dibandingkan dengan hasil penilaian SIK pada tahun 2007, secara umum sudah memiliki peningkatan khususnya pada komponene sumber daya (Permenkes, 2015).

Menurut Kemenkes RI, (2012), pada tahun 2007 Pusat data dan Informasi telah melakukan evaluasi mengenai SIK dengan menggunakan instrumen pedoman HMN dan mendapatkan hasil dari keenam komponen SIK yaitu "ada namun tidak adequate". Namun hasil tersebut lebih baik bila dibandingkan dengan pelaksanaan SIK pada tahun 2004 yang dilaksanakan oleh sebagian rumah sakit maupun puskesmas tanpa menggunakan pedoman atau panduan pelaksanaan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Wahyuni, dkk (2018) evaluasi SIK pada Puskesmas Kampung Baru yang terletak di Kota Medan memperoleh hasil dari keenam komponen yang di evaluasi menurut instrumen HMN, seluruh komponen berupa Komponen Sumber Daya SIK, Komponen Indikator, Komponen Sumber Data, Komponen Manajemen Data, Komponen Produk Informasi, dan Komponen Diseminasi dan Penggunaan masuk dalam kategori "sangat memadai" dengan skor tertinggi pada Komponen Indikator (100%) dan skor terendah pada Komponen Manajemen Data (87%). Secara keseluruhan gambaran kinerja SIK di Puskesmas Kp. Baru Kota Medan Provinsi Sumatera Utara "sangat memadai".

Hasil penelitian Damayati (2015) memperlihatkan kelengkapan data masih kurang padahal anggaran untuk penerapan e-Puskesmas sudah tersedia dengan cukup. Hal ini dapat dilihat dari masing-masing puskesmas memiliki anggaran untuk operasional sistem informasi manajemen kesehatan berbasis *web* yang dianggarkan secara rutin. Anggaran tersebut digunakan untuk pemeliharaan *hardware* (perangkat keras), *software* (perangkat lunak) dan biaya untuk koneksi internet.

Pengembangan SIK menurut HMN membutuhkan 6 (enam) komponen yang saling berinteraksi antara satu sama lainnya sehingga menghasilkan informasi yang lebih baik untuk kesehatan yang lebih baik pula. 6 komponen SIK tersebut. (WHO, 2008). Penetapan 6 komponen yang merupakan standar penilaian Sistem Informasi Kesehatan antara lain sumber daya SIK, indikator, sumber data, manajemen data, produk informasi dan pemanfaatan dan diseminasi. Kemudian berdasarkan situasi dan masalah-masalah yang dihadapi SIK di Indonesia, maka disusunlah 7 komponen SIK di Indonesia antara lain pengelola SIK, indikator, sumber data, manajemen data, sumber daya SIK, pengembangan SIK, pemanfaatan dan diseminasi (Kemenkes RI, 2012).

Ayat yang harus menjadi rujukan penilaian kinerja ada dalam Al-Quran pada surat At-Taubah ayat 105 Yang artinya Dan, katakanlah: "Bekerjalah kamu, maka, Allah dan Rasul-Nya, serta orang-orang mukmin akan melihat pekerjaanmu itu, dan kamu akan dikembalikan kepada Allah Yang Mengetahui akan yang gaib dan yang nyata, lalu diberitakan-Nya kepadamu apa yang telah kamu kerjakan". Dalam ayat ini tertulis "Bekerjalah kamu, maka, Allah dan Rasul-Nya, serta orang-orang mukmin akan melihat pekerjaanmu itu". Kita sebagai orang yang mukmin di perintahkan untuk melakukan pekerjaan dan mengevaluasi setiap pekerjaan yang telah dikerjakan. Sama halnya dengan Sistem Informasi Kegiatan (SIK). Perlunya diadakan evaluasi kesehatan guna memperbaiki kekurangan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Berdasarkan uraian diatas maka perlunya diadakan evaluasi dalam sistem informasi kesehatan di puskesmas sebagai upaya peningkatan dan pemantapan kesehatan yang ada di puskesmas. Hasil dari upaya tersebut diharapkan sebagai langkah penting untuk meningkatkan mutu kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini menjadi alasan untuk kemudian dilakukannya evaluasi terhadap sistem informasi kesehatan di Puskesmas Kota Matsum.

## 2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian dengan

pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2018 di Puskesmas Kota Matsum Kota Medan.

Informan terpilih dalam penelitian ini yaitu Kepala Puskesmas Kota Matsum, Kepala Sub.Bagian Tata Usaha Puskesmas Kota Matsum dan melakukan observasi dengan menggunakan lembar observasi berdasarkan pedoman *Health Metric Network* (HMN) serta melakukan telaah dokumen. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari dokumen dan studi kepustakaan yang berkaitan dengan evaluasi terhadap sistem informasi kesehatan di Puskesmas Kota Matsum.

Penelitian ini dilakukan dengan cara mengevaluasi kinerja SIK berdasarkan pedoman wawancara dan observasi yaitu pedoman *Health Metric Network* (HMN). pengolahan data, peneliti menggunakan pengolahan manual. Hasil data yang terkumpul kemudian diolah dengan cara reduksi, display, analisis dan pengambilan keputusan. Penelitian ini dilakukan pada Puskesmas Kota Matsum Provinsi Sumatera Utara yang dimulai pada tanggal 11 Juli 2018.

Pengolahan data, peneliti menggunakan pengolahan manual. Hasil data yang terkumpul kemudian diolah dengan cara reduksi, display, analisis dan pengambilan keputusan. Dalam penelitian kualitatif ini pengecekan keabsahan menggunakan Triangulasi metode, yaitu dilakukan dengan cara membandingkan informasi atau data dengan cara yang berbeda. Sebagaimana dikenal, dalam penelitian kualitatif peneliti menggunakan metode wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara dan observasi dengan menggunakan lembar observasi serta melakukan telaah dokumen.

## 3. Hasil

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kota Maksu dengan melakukan wawancara mendalam, melakukan observasi menggunakan lembar observasi dan melakukan telaah dokumen untuk mengevaluasi Sistem Informasi Kesehatan Puskesmas Kota Maksu Kota Medan.

Berdasarkan grafik 1.1 diketahui bahwa diseminasi dan Penggunaan Informasi (*Dissemination & use*) merupakan data tertinggi dan termasuk kategori sangat memadai (*Highly adequate*) sedangkan data manajemen (*Data management*) merupakan

data paling rendah dan termasuk dalam kategori memadai (*Adequate*). Pada diagram diatas maka dapat dilihat bahwa terdapat tiga yang telah mencapai *highly adequate* yaitu *Indicators, Information Product, dan Dissemination & use* sedangkan lainnya baru mencapai kategori memadai.

Berdasarkan Tabel 1. diketahui bahwa hasil evaluasi komponen SIK di Puskesmas Kota Maksu untuk komponen sumber daya termasuk dalam kategori memadai (72%) dengan nilai *Policy and Planning* kategori sangat memadai (86%) *HIS institutions, human resources and financing* kategori memadai (56%) *HIS Infrastructure* kategori sangat memadai (93%). Evaluasi komponen Indikator termasuk dalam kategori sangat memadai (80%). Komponen Sumber Data secara keseluruhan termasuk dalam kategori memadai (58%) dengan hasil sensus dalam kategori memadai (50%) vital statistik kategori tidak memadai (14%) *population-based surveys* kategori memadai (56%) *health & disease record* kategori memadai (71%) *health service records* kategori sangat memadai (79%) dan *resource record* kategori sangat memadai (77%). Pada komponen selanjutnya yaitu manajemen data termasuk dalam kategori memadai (53%). Evaluasi yang dilakukan terhadap produk informasi menunjukkan hasil dalam kategori sangat memadai (78%). Untuk komponen Pemanfaatan dan Diseminasi secara keseluruhan termasuk dalam kategori sangat memadai (90%) dengan hasil penilaian terhadap *Analysis and use of information* dalam kategori sangat memadai (100%) *Information use for policy and advocating* dikategori memadai (67%) *Information Use For Planing and Priority Setting* dikategori sangat memadai (100%) *Information use for Resource Allocation* termasuk kedalam kategori sangat memadai (83%) dan *Information use for implemenrtation and action* dikategori sangat memadai (89%).

#### 4. Pembahasan

SIK merupakan seperangkat tatanan yang melibatkan ataupun menggunakan data, informasi, indikator, prosedur, perangkat dan teknologi serta sumber daya manusia yang memiliki kaitan satu sama lain dan dikelola dengan tujuan dapat mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Salah satu standar penilaian SIK dapat dilakukan

menggunakan pendekatan instrumen HMN yang ditetapkan oleh WHO berdasarkan kesepakatan global. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kp. Baru Provinsi Sumatera dengan melakukan survei kebutuhan SIK lapangan berdasarkan pedoman wawancara kepada petugas yang memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menjawab dengan menggunakan pendekatan instrumen *Health Metrics Network (HMN)*.

Setelah dilakukannya penelitian di Puskesmas Kota Matsum di Sumatera Utara tahun 2018 dan dilakukannya observasi langsung ke lokasi penelitian maka penelitian ini menggunakan satu informan yang memiliki informasi yang sangat banyak dan terpercaya mengenai Sistem Informasi Kesehatan di Puskesmas Kota Matsum dan melakukan observasi terhadap dokumen dan kelengkapan alat-alat SIK yang ada di Puskesmas Kota Matsum.

Hasil penilaian terhadap Sumber Daya SIK adalah termasuk dalam kategori "memadai (*adequate*)", yaitu dengan persentase sebesar 72%. Hal ini dikarenakan di dalam komponen Sumber Daya ini, sub komponen Kebijakan dan Perencanaan memiliki persentase (86%) yang tergolong sangat memadai, ini disebabkan karena puskesmas telah menjalankan SIK berdasarkan UU terbaru dan dijalankan secara penuh dan teratur. Pada sub komponen Institusi Pengelola, SDM dan Pembiayaan SIK memiliki persentase (56%) yang tergolong memadai, ini disebabkan unit SIK telah berfungsi pada Puskesmas Kota Matsum tetapi masih terdapat kekurangan pada sumber daya dan fasilitas SIK. Kemudian untuk ketersediaan Infrastruktur SIK sudah tersedia untuk keperluan dasar SIK yang bersumber dari Dinas Kesehatan yang memiliki persentase (93%) tergolong sangat memadai. Sumber Daya Sistem Informasi Kesehatan pada Puskesmas Kota Matsum sudah sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2014 tentang SIK namun Puskesmas tersebut masih perlu melakukan peningkatan

terutama pada bagian sumber daya atau tenaga SIK yang harus memiliki pengalaman dibidangnya dan dapat bijak mengatasi masalah SIK dalam Puskesmas tersebut.

Hasil penilaian terhadap Indikator SIK adalah masuk dalam kategori "Sangat Memadai (*Highly Adequate*)", yaitu dengan persentase

sebesar 80%. Hal ini dikarenakan di dalam komponen indikator ini, pelaporan pada set minimum indikator bersifat reguler yang di laporkan secara teratur yaitu setahun sekali. Indikator inti minimum nasional telah diidentifikasi ke tingkat nasional dan subnasional yang mencakup semua kategori indikator kesehatan (faktor penentu kesehatan; masukan sistem kesehatan, keluaran dan hasil; dan status kesehatan). Pemilihan dan penetapan indikator SIK di Puskesmas Kota Matsum sudah sesuai dengan ketentuan dalam PP Nomor 46 Tahun 2014 dan kerangka HMN.

Hasil penelitian Lestari (2016) menunjukkan bahwa hasil evaluasi terhadap 7 komponen SIK di Provinsi Jawa Tengah menunjukkan bahwa empat komponen berada dalam kategori "Ada tapi tidak Adekuat" yaitu komponen Pengelolaan SIK, Sumber Daya SIK, Sumber Data SIK dan Manajemen Data SIK. Sementara tiga komponen lainnya berada dalam kategori "Adekuat", yaitu komponen Indikator SIK, Produk Informasi SIK dan Diseminasi dan Penggunaan Informasi. Hasil penelitian Jakti (2016) memperlihatkan bahwa hasil penilaian SIJARIEMAS menggunakan *assesment tolls* HMN menunjukkan skor pada sumber daya 84%, indikator 33%, sumber data 64%, manajemen data 25%, produk informasi 73% dan diseminasi dan penggunaan informasi 39%.

Penilaian terhadap komponen Sumber data termasuk dalam kategori memadai Dengan berpedoman pada Kuesioner HMN maka data yang didapat dari aspek *Census, Vital statistics, Population-based surveys, Health & disease records*, dan *Resource records* rata-rata nilai adalah 58 % sehingga sumber data pada Puskesmas Kota Matsum tergolong memadai (*adequat*) meskipun begitu masih diperlukan peningkatan dikarenakan penilaian masih rendah meskipun tergolong *adequat*. Rata-rata aspek masih diperlukan pembenahan atau peningkatan terutama pada data *vital satasttics* dan data *cencus* karena masih ada tetapi tidak memadai (*Present but not adequat*). Data-data tersebut sebenarnya tidak diharapkan untuk sebuah layanan kesehatan milik negara sehingga masih diperlukan peningkatan yang signifikan pada masing-masing aspek untuk menjadi tempat pelayanan kesehatan yang sangat memadai.

Data manajemen memiliki nilai rata-rata yaitu memadai (53%). Meskipun memadai, data manajemen masih jauh untuk mencapai sangat memadai maka dari itu diperlukannya dorongan untuk meningkatkan layanan pada manajemen data terutama pada data sistem informasi kesehatan. Hal ini dikarenakan kurangnya pengumpulan data yang dikumpulkan dan disimpan didalam gudang penyimpanan pelaporan kesehatan. Apabila pengelolaan manajemen data bisa berjalan dengan baik maka akan menghasilkan informasi yang berguna dan lebih berarti bagi penerimanya yang menggambarkan suatu kejadian sehingga akan berguna untuk pengambilan keputusan. Pengumpulan data secara rutin umumnya dilakukan oleh petugas kesehatan. Komponen manajemen data SIK di Puskesmas Kota Matsum masih memadai. Hal ini dikarenakan pada puskesmas Kota Matsum kurang dalam melaksanakan prosedur yang dibuat mengenai manajemen data terkait pengumpulan data yang dikumpulkan dan disimpan didalam gudang penyimpanan pelaporan kesehatan yang berisi informasi seperti laporan indikator kesehatan, cara pengumpulan data kesehatan, waktu pengumpulan data, teknik analisis data yang digunakan, dan demografi. Apabila manajemen data diolah dengan baik maka akan menghasilkan data dan informasi yang berkualitas. penduduk. Akan tetapi pengumpulan data secara rutin juga dapat dilakukan oleh masyarakat (kader kesehatan). Bentuk lain dari pengumpulan data secara rutin adalah registrasi vital. Adapun pengumpulan data secara non-rutin umumnya dilakukan melalui survei, sensus, evaluasi cepat (kuantitatif atau kualitatif), dan studi-studi khusus/penelitian. Intervensi kesehatan tidak efektif dan tidak tepat sasaran tanpa informasi dan data yang akurat dan tepat waktu. Pengumpulan data tersebut apabila dilakukan secara teratur dan sesuai dengan pedoman dapat embuat manajemen data pada Puskesmas Kota Matsum bisa termasuk dalam kategori Sangat Memadai.

Hasil penelitian Damayati (2015) menunjukkan bahwa kelengkapan data di puskesmas percontohan e-Puskesmas dikategorikan kurang, hal ini tidak terlepas dari jumlah operator di puskesmas percontohan e -Puskesmas dikategorikan kurang sehingga berdampak kepada kelengkapan data . Seluruh

kepala puskesmas di puskesmas percontohan e-Puskesmas mendukung penerapan e-Puskesmas dan masing-masing puskesmas memiliki anggaran untuk biaya operasional penerapan e- Puskesmas yang dianggarkan secara rutin.

Hasil penilaian pada komponen Produk Informasi SIK di Puskesmas Kota Matsum memiliki rata-rata (78%) tergolong sangat memadai. Pada komponen ini mengambil data dari data mortalitas, morbiditas dan faktor resiko. Data mortalitas dibawah 5 tahun Puskesmas Kota Matsum dengan kriteria penilaian kualitas yaitu metode pengumpulan data didapatkan dengan cara melihat riwayat kelahiran dan sistem pendaftra sampel, ketepatan waktu tidak lebih dari 2 tahun, periodisitas telah terjadi lebih dari 3 kali dalam 10 tahun terakhir, konsisten data yang dimiliki tidak memiliki perbedaan besar selama 10 tahun terakhir, data kematian sudah lebih dari 90% dilaporkan, data-data sudah disusun berdasarkan karakteristik dan metode penyesuaiannya terjadi secara transparan dan mapan. Pada mortalitas Ibu sama dengan usia dibawah 5 tahun. Morbiditas Pravalensi HIV, Indikator Status Kesehatan Cakupan Vaksin Campak, Evaluasi Tenaga Kesehatan yang Profesional dan Kelengkapan Administrasi Kesehatan, Cakupan Tingkat Keberhasilan Pengobatan TB, Pengeluaran Anggaran Dana Kesehatan oleh Pemerintah dan Lembaga Terkait, Pengeluaran Anggaran Pribadi untuk Kebutuhan Pelayanan Kesehatan, Jumlah Tenaga Kesehatan yang Bekerja di Fasilitas, dan Pravalensi Merokok sudah sangat memadai karena sudah sesuai dengan peraturan pemerintah. Data produk informasi memiliki nilai rata-rata yaitu 78% (*highly adequate*). Hal ini cukup bagus untuk sebuah layanan kesehatan negara karena dapat dipahami bahwa pengolahan data menjadi informasi untuk perencanaan dan pengambilan keputusan sudah cukup relevan. Hasil ini dapat membuat pandangan bahwa informasi memiliki atau memegang peranan penting terhadap sebuah organisasi.

Tujuan akhir dari pengembangan sistem informasi adalah penyajian data dan informasi untuk mendukung kegiatan pengambil keputusan dan penetapan kebijakan. Setiap pengelolaan SIK, baik itu yang masih bersifat manual maupun komputerisasi wajib melakukan pelaporan sesuai dengan

standar dataset minimal yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Hasil penilaian pada komponen Diseminasi dan Penggunaan SIK di Puskesmas Kota Matsum memiliki rata-rata (90%) tergolong sangat memadai. Hal ini dikarenakan di dalam komponen Diseminasi dan Penggunaan SIK ini, sub komponen Analisis dan Penggunaan Informasi (100%) yang tergolong sangat memadai dikarenakan oleh pentingnya informasi yang telah diterapkan pada puskesmas seperti terdapatnya informasi-informasi yang jelas dan relevan sehingga mempermudah sistem informasi, Kebijakan dan Advokasi (67%) tergolong memadai dikarenakan sistem pelaporan sudah bagus hanya saja belum terpublikasi ke seluruh masyarakat hanya kepada dinas kesehatan saja, Perencanaan dan Pengaturan Prioritas (100%) tergolong sangat memadai dikarenakan perencanaan dan proses alokasi sumber daya di Puskesmas Kota Matsum berguna untuk merencanakan pengembangan terpadu tahunan, Alokasi Sumber Daya (83%) tergolong sangat memadai karena telah didukung oleh adanya dukungan-dukungan, dan Implementasi dan Tindakan (89%) tergolong sangat memadai dikarenakan informasi-informasi kesehatan sudah diberikan kepada para manajer puskesmas dan informasi tersebut digunakan untuk profil puskesmas dan mengantisipasi resiko dengan memperhatikan faktor-faktor resiko yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa penyebaran dan penggunaan data pada Puskesmas Kota Matsum sudah sangat memadai tetapi ada salah satu aspek yang masih *adequate* dan jauh untuk tergolong kepada sangat memadai (*highly adequate*) yaitu aspek *information us for policy and advocacy* yang masih 67% (*adequate*) sehingga masih diperlukan peningkatan pada pelaksanaan kebijakan beserta advokasinya.

Puskesmas Kota Matsum memiliki komponen SIK dengan rata-rata memadai hal ini dapat menunjukkan bahwa SIK pada Puskesmas Kota Matsum sudah berjalan. Apabila pada setiap masing-masing komponen ditingkatkan khususnya pada bagian kinerja pelaksanaan SIK akan membuat data-data yang didapatkan dapat diolah menjadi informasi dan berguna dan dapat mewujudkan sistem informasi kesehatan yang mampu mendukung proses pembangunan kesehatan dalam menuju masyarakat sehat yang mandiri. Semakin



baiknya kualitas dari sistem informasi kesehatan pada suatu puskesmas akan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat hal ini dikarenakan perkembangan kesehatan masyarakat dapat diukur ataupun dipantau perkembangannya sehingga lebih mudah dalam melakukan penanganan dan peningkatan kesehatan pada masyarakat. Pengumpulan data-data yang didapatkan apa bila dikumpulkan dan dilaporkan secara tepat waktu pada bank data akan membuat keadaan kesehatan masyarakat akan dapat diperhatikan secara optimal sehingga apabila terjadi hal yang tidak diinginkan seperti KLB/Wabah dapat diketahui penyebabnya dan bagaimana cara pengendalian penyakit tersebut dengan menggunakan data-data yang telah dikumpul dalam bentuk informasi yang terkini sehingga tidak diperlukannya penyelidikan yang dilakukan dari awal. Hal itu membuat proses penanganan kasus penyakit berjalan secara efisien dan efektif.

Evaluasi SIK yang dilakukan oleh Lestari, dkk (2016) dalam penelitiannya tentang Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah Dalam Rangka Penguatan Sistem Informasi Kesehatan Nasional diperoleh hasil bahwa secara keseluruhan evaluasi pada masing masing 7 komponen SIK yaitu anatara lain pengelola SIK, indikator, sumber data, manajemen data, sumber daya SIK, pengembangan SIK, pemanfaatan dan diseminasi di Provinsi Jawa Tengah berada dalam kategori "memadai". Pada empat komponen yaitu komponen pengelolaan, komponen sumber daya, komponen sumber data dan komponen manajemen data berada dalam kategori "tersedia tapi tidak memadai". Sedangkan tiga komponen lainnya seperti komponen indikator, komponen produk informasi dan komponen diseminasi dan penggunaan informasi berada dalam kategori "memadai" (Lestari, dkk., 2016).

Pelaksanaan SIK pada puskesmas lebih dilaksanakan dengan melakukan kerja sama dengan lintas sektor hal ini dikarenakan data yang digunakan merupakan data yang bersumber dari survei maupun sensus serta keterlibatan lintas sektor yang memiliki data terkait kesehatan lingkungan, iklim, cuaca, data kesehatan terkait pariwisata, kegiatan lalu lintas kendaraan/transportasi, ketenagakerjaan, terkait masalah sosial, hukum

dan lain-lain. Hal itu akan membantu petugas SIK dalam mengumpulkan data-data terkait kesehatan karena mendapatkan data atau informasi dari sumber yang langsung menangani atau terjun langsung ke masalah-masalah kesehatan yang muncul pada sektor diluar sektor kesehatan.

Pelaksanaan evaluasi terkait kinerja pelaksanaan SIK pada Puskesmas sangat perlu dilakukan secara rutin hal ini dikarenakan data-data yang didapatkan dalam sistem informasi kesehatan ini sangat memberikan gambaran perkembangan ataupun kondisi kesehatan pada masyarakat. Sering sekali ditemukannya kelemahan pelaksanaan SIK di komponen sumber daya, dapat disimpulkan bahwa pelatihan pelaksanaan SIK kepada pelaksana atau penanggung jawab SIK harus secara rutin diberikan dan petugas pelaksana harus mengkhususkan diri dalam pelaksanaan SIK. Kerja ganda atau mengambil dua tanggung jawab sering dilakukan oleh petugas SIK sehingga dalam menjalankan tanggung jawabnya dalam menjalankan SIK memiliki kendala waktu dan tidak optimal menjalankannya.

Untuk mencapai sangat memadai peneliti menyarankan kepada Puskesmas Kota Matsum untuk komponen sumber daya untuk ditingkatkan lagi dalam sumber daya manusia yang mengelolah SIK dan sumber daya mampu menggunakan peralatan SIK dengan semaksimal mungkin, dan diharapkan agar peralatan yang digunakan untuk pelaksanaan SIK dapat dipenuhi sehingga SIK dapat berjalan sesuai dengan pedoman pelaksanaan. Komponen Sumber Data bisa mencapai sangat memadai dengan cara melaksanakan sensus kepada masyarakat secara rutin dan melakukan pencatatan serta pelaporan data secara teratur sehingga data-data bisa secara tepat waktu dan data kesehatan bisa diterima oleh masyarakat. Komponen manajemen data masih sangat perlu ditingkatkan, meskipun telah mencapai kategori memadai tetapi masih sangat jauh untuk mencapai kategori sangat memadai. Hal ini berarti masih perlunya perbaikan dalam pengolahan pada komponen manajemen data dengan cara melakukan pengumpulan data-data dengan teratur dan memiliki tempat khusus sebagai penyimpanan data-data kesehatan sehingga data-data kesehatan

mudah disediakan setiap kali dibutuhkan data-data tersebut.

## 5. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan dari penelitian adalah Keberhasilan pelaksanaan suatu sistem bergantung pada sumber daya yang mendukung sistem tersebut. Sumber Daya SIK di Puskesmas Kota Matsum termasuk dalam kategori "Adequate" (75%). Berdasarkan hasil evaluasi diketahui bahwa komponen Sumber Data SIK di Puskesmas Kota Matsum "Adequate" (58%). Secara keseluruhan hasil evaluasi manajemen data SIK di Puskesmas Kota Matsum masuk dalam kategori "Adequate" (53%). Hasil penilaian terhadap produk informasi SIK di Puskesmas kota Matsum masuk ke dalam kategori "Adequate" (71%). Hasil evaluasi terhadap desiminasi dan penggunaan informasi pada SIK di Puskesmas Kota Matsum "Highly adequate" (90%). Hal ini menunjukkan sistem informasi kesehatan berbasis HMN pada Puskesmas Kota Matsum sudah berjalan cukup bagus tetapi masih perlu meningkatkan mutu kualitas pelayanan kesehatan masyarakat khususnya dalam pengolahan data.

Saran yang dapat diberikan adalah kepada Petugas puskesmas yang memiliki tanggung jawab terhadap pelaksanaan SIK lebih profesional dalam melaksanakan pekerjaannya dan ditingkatkan kinerja serta kualitas pelayanan kesehatan pada puskesmas karena telah memegang amanah yang penting . Kepada pemerintah diharapkan lebih mengoptimalkan Sistem Informasi Kesehatan pada puskesmas dengan mengerjakan petugas SIK yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan berkopeten dan diharapkan juga bisa melengkapi fasilitas untuk mendukung pelaksanaan SIK. Kepada sesama peneliti diharapkan lebih sering melakukan penelitian mengenai evaluasi Puskesmas sehingga Puskesmas yang merupakan pelayanan kesehatan primer dapat bekerja lebih optimal.

Evaluasi yang telah dilakukan terhadap kinerja SIK di puskesmas kota matsum berdasarkan pedoman penilaian menggunakan instrumen HMN terha dap 6 (enam)komponen terdapat 3 (tiga) komponen yang telah mencapai kategori sangat memadai sedangkan 3 (tiga) komponen lainnya masih mencapai kategori memadai. Untuk mencapai sangat memadai peneliti menyarankan kepada

puskesmas kota matsum untuk komponen sumber daya untuk ditingkatkan lagi dalam sumber daya manusia yang mengelolah SIK dan sumber daya mampu menggunakan peralatan SIK dengan semaksimal mungkin, dan diharapkan agar peralatan yang digunakan untuk pelaksanaan SIK dapat dipenuhi sehingga SIK dapat berjalan sesuai dengan pedoman pelaksanaan. Komponen Sumber Data bisa mencapai sangat memadai dengan cara melaksanakan sensus kepada masyarakat secara rutin dan melakukan pencatatan serta pelaporan data secara teratur sehingga data-data bisa secara tepat waktu dandata data kesehatan bisa diterima oleh masyarakat. Komponen manajemen data masih sangat perlu ditingkatkan, meskipun telah mencapai kategori memadai tetapi masih sangat jauh untuk mencapai kategori sangat memadai. Hal ini berarti masih perlunya perbaikan dalam pengolahan pada komponen manajem data dengan cara melakukan pengumpulan data-data dengan teratur dan memiliki tempat khusus sebagai penyimpanan data-data kesehatan sehingga data-data kesehatan mudah disediakan setiap kali dibutuhkan data-data tersebut.

Peran serta dinas kesehatan dalam meningkatkan kinerja SIK pada Puskesmas dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan-pelatihan sumber daya pelaksana SIK sehingga sumber daya menjadi terampil dalam menjalankan tugasnya. Sumber daya juga harus dikhususkan sehingga sumber daya SIK tidak menjalani kerja ganda dengan kegiatan puskesmas lainnya. Dinas juga bisa memenuhi kebutuhan untuk pelaksanaan SIK seperti dari segi sarana prasarana, peralatan seperti alat mengirimkan laporan secara online agar pencatatan dan pelaporan data-data bisa tepat waktu. Terdapat 3 (tiga) komponen yang masih belum mencapai kategori sangat memadai seperti komponen sumber daya, dinas kesehatan bisa memfasilitasi sumber daya SIK dalam menjalankan sistem informasi kesehatan pada Puskesmas Kota Matsum begitu juga dengan sumber data data dan manajemen data di Puskesmas Kota Matsum.

## Daftar Pustaka

Damayati, Dwi Santy. 2015. *Gambaran Penerapan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Berbasis WEB di Puskesmas Kota Makassar Tahun 2015*. Al-Sihah :

Public Health Science Journal Volume 7, Nomor 2, Juli-Desember 2015; 19-202.

Depkes RI. (2001) *Sistem Informasi Kesehatan*. Jakarta : Depkes RI.

Hartono B, Bambang S, Tjahjoso D. 2007. *Indonesia Health Information System Review and Assessment*.

HMN. (2013). *Pedoman HMN*. <http://www.who.int/helthmetrics/en/>

Jakti, Uray Bilchairi. 2016. *Evaluasi Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal-Neonatal (SIJARIEMAS) di Kabupaten Tegal Dengan Pendekatan Model Health Metrics Network (HMN)*. Wawasan Kesehatan Vol 3, No 1 Juli 2016; 109-118.

J. Meleong, Lexy. (2009). *Metodologi Penelitian Kualitatif*: Bandung : Remaja Rosdakarya.

Kemenkes RI. (2011) *Pedoman Sistem Informasi Kesehatan*. Jakarta: Kementrian kesehatan.

Kemenkes RI. (2012). *Sistem Informasi Kesehatan Tahun 2011-2014*. (Jakarta:Bakti Husada).

Lestari, dkk. (2016). *Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah*. Semarang: Universitas Diponegoro.

M, Tirzany V, dkk. *Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Minahasa Tenggara*.

Ningsih, dkk. (2016). *Health Metrics Network (HMN) System*.

Nyamtema, AS. 2010. *Bridging the gaps in the Health Management Information System in the Context of a Changing Health Sector*. BMC Med Inform Decis Mak. 2010 Jan;10;36.

Permenkes. (2015) *Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Tahun 2015-2019*.

Rahardjo, Mudjia. (2012). *Triangulasi dalam penelitian kualitatif*.

Raharyanti, Fenny. dkk. (2014). *Pelaksanaan BPJS Kesehatan Kota Bogor Tahun 2014 dalam Rangka Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat*.

SIMKES UGM. (2008). *Komponen HMN*. [https://www.kompasiana.com/asnawio/sistem-informasi-kesehatan\\_54fd1a38a3331111d50f878.com](https://www.kompasiana.com/asnawio/sistem-informasi-kesehatan_54fd1a38a3331111d50f878.com).

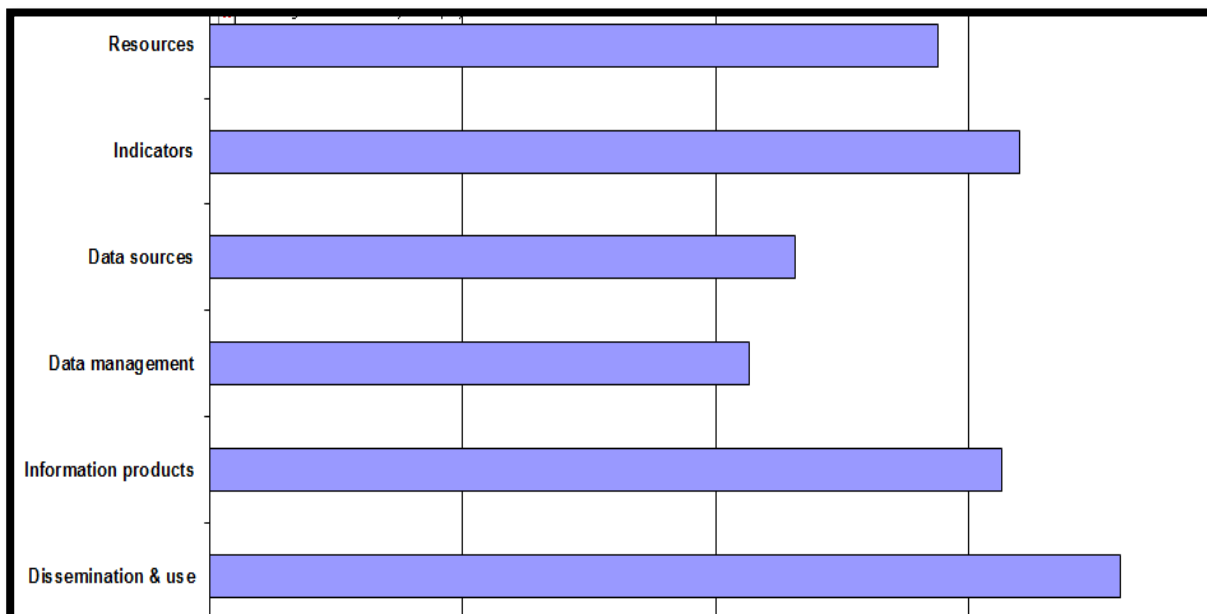
Sukmadinata, N.S. (2009). *Metode Penelitian Pendidikan*: Bandung (ID): PT.Remaja Rosda Karya.

Syahdrajat, Tantar.(2015). *Panduan Menulis Tugas Akhir Kedokteran & Kesehatan*: Jakarta: Kencana.

Utami, Tri Niswati. dkk. (2015). *Perspektif Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*: Yogyakarta: Deepublish.

WHO. (2006). *Health Metrics Network Strengthening Country Health Information: Assessment and Monitoring Tool*. World Health Organization

**Grafik 1**  
**Hasil Evaluasi 6 Komponen SIK di Puskesmas Kota Matsum Tahun 2018**



**Tabel 1**  
**Hasil Evaluasi 6 Komponen SIK di Puskesmas Kota Matsum Tahun 2018**

NO	KATEGORI	TOTAL SKOR MAKSIMUM	SKOR RATA-RATA	%	KATEGORI
1.	<b>Sumber Daya</b>	<b>75</b>	<b>54,0</b>	<b>72%</b>	<b>Memadai</b>
	- Kebijakan dan Perencanaan	21	18,0	86%	Sangat Memadai
	- Institusi, Sumber Daya Manusia, dan Pembiayaan SIK	39	22,0	56%	Memadai
	- Infrastruktur SIK	15	14,0	93%	Sangat Memadai
2	<b>Indikator</b>	<b>15</b>	<b>12,00</b>	<b>80%</b>	<b>Sangat Memadai</b>
3	<b>Sumber Data</b>			<b>58%</b>	<b>Memadai</b>
	- Sensus			50%	Memadai
	- Statistik Vital			14%	Tidak Memadai
	- Survei Berbasis Populasi			56%	Memadai
	- Pencatatan Kesehatan dan Penyakit			71%	Memadai
	- Pencatatan Pelayanan Kesehatan			79%	Sangat Memadai
	- Pencatatan Sumber Daya			77%	Sangat Memadai
4	<b>Manajemen Data</b>	<b>15</b>	<b>8,0</b>	<b>53%</b>	<b>Memadai</b>
5	<b>Produk Informasi</b>	<b>168</b>	<b>132,0</b>	<b>78%</b>	<b>Sangat Memadai</b>
6	<b>Pemanfaatan dan Diseminasi</b>	<b>30</b>	<b>27,0</b>	<b>90%</b>	<b>Sangat Memadai</b>
	- Analisis dan Penggunaan Informasi	9	9,0	100%	Sangat Memadai
	- Kebijakan dan Advokasi	3	2,0	67%	Memadai
	- Perencanaan dan Pengaturan Prioritas	3	3,0	100%	Sangat Memadai
	- Alokasi Sumber Daya	6	5,0	83%	Sangat Memadai
	- Implementasi dan Tindakan	9	8,0	89%	Sangat Memadai

## GAMBARAN PROGRAM DETEKSI DINI KANKER SERVIKS DENGAN METODE IVA TEST DI DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA

Muhammad Andri<sup>1</sup>, Sri Rezeki Hartati Eliandy<sup>2</sup>, Devi Juliana Pohan<sup>2</sup>, Reinpal Falefi<sup>2</sup>, Dyah Retno Wulandari<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Medan

<sup>2</sup>Peminatan Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Medan

<p><b>Track Record Article</b></p> <p>Diterima : Dipublikasi:</p>	<p style="text-align: center;"><b>Abstrak</b></p> <p><b>Latar belakang:</b> Berdasarkan data Riskesdas 2013, di Indonesia terdapat 90-100 kasus kanker serviks per 100.000 penduduk. Setiap tahun terjadi 200.000 kasus kanker serviks. Kanker serviks mempunyai frekuensi relatif tertinggi (25,6%) di Indonesia. <b>Tujuan Penelitian:</b> Untuk memperoleh gambaran program deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA Test di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. <b>Metodologi:</b> Metode pada penelitian ini menggunakan metode kualitatif, desain penelitian yang digunakan yaitu studi kasus. Subjek penelitian diambil berdasarkan purposive sampling. Lokasi yang diambil pada penelitian ini di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, mulai bulan Oktober sampai Desember 2018. <b>Hasil:</b> Indikator SDM kesehatan tidak tercapai, sarana dan prasarana yang tercapai hanya ruangan tertutup, tidak berlantai tanah, lampu sorot, speculum, wadah plastik, dan bahan habis pakai. Sosialisasi disesuaikan dengan permintaan, deteksi dini tidak tercapai secara indikator, terdapat profil kesehatan provinsi yang diterbitkan setiap 1 tahun sekali. <b>Kesimpulan:</b> SDM kesehatan tidak tercapai, hanya ada 3 puskesmas yang tercapai, Sarana dan prasarana hanya beberapa indikator yang tercapai. Sosialisasi tercapai berdasarkan permintaan dari kabupaten. Kegiatan deteksi dini dengan IVA atau tidak tercapai yaitu hanya ada 4 Kabupaten. Secara kumulatif hanya mencapai 3,38% dan tidak sesuai indikator yang telah ditetapkan dari Kemenkes. Profil Kesehatan Provinsi tercapai 1 kali dalam setahun dilakukan pembaharuan profil kesehatan.</p> <p><b>Kata kunci:</b> Program, Kanker Serviks, Tes Iva.</p> <p style="text-align: center;"><b>Abstract</b></p> <p><b>Background:</b> Based on the 2013 Riskesdas data, in Indonesia there were 90-100 cases of cervical cancer per 100.000 thousand residents. Every year 200,000 cases of cervical cancer occur. Cervical cancer has the highest relative frequency (25.6%) in Indonesia. <b>Research Objectives:</b> To obtain an overview of the cervical cancer early detection program using the IVA Test method at the North Sumatra Provincial Health Office. <b>Methodology:</b> The method in this study uses a qualitative method, the research design used is a case study. The research subjects were taken based on purposive sampling. The location taken in this study was at the North Sumatra Provincial Health Office, starting from October to December 2018. <b>Results:</b> Health HR indicators were not achieved, facilities and infrastructure achieved were only closed rooms, no ground floor, spotlights, speculum, plastic containers, and consumables. Socialization is adjusted to demand, early detection is not achieved on an indicator basis, there is a provincial health profile. <b>Conclusion:</b> Health human resources were not achieved, only 1 health center was reached, facilities and infrastructure were only a few indicators achieved. Socialization is achieved based on requests from the district. Early detection activities with IVA test are not achieved, namely there are only 4 districts. Cumulatively only reached 3.38% and did not match the indicators set by the Ministry of Health. Only a few districts were reached. The Provincial Health Profile is achieved 1 time a year a health profile is updated.</p> <p><b>Keywords:</b> Program, Cervical cancer, Iva test.</p>
---	---

## 1. Pendahuluan

*World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa pada 2020 penyebab kematian dan kesakitan yang diakibatkan oleh penyakit tidak menular adalah 70% dan 60% dari penyakit lain. Salah satu penyakit tidak menular seperti kanker leher rahim (serviks) dimana berdasarkan data *Globocan* (IARC-2002) kanker leher rahim menempati urutan kedua dengan incidence rate 16 per 100.000 perempuan, kasus baru yang ditemukan 9,7% dengan jumlah kematian 9,3% per tahun dari seluruh kasus kanker pada perempuan di dunia. Berdasarkan data *Globocan, International Agency for Research on Cancer (IARC)* bahwa pada tahun 2012 terdapat 14.067.894 kasus kanker dan 8.201.575 kematian akibat kanker di seluruh dunia. Ditemukan kasus baru kanker leher rahim di seluruh dunia sebesar 14%. Angka kesakitan kanker leher rahim (serviks) lebih tinggi di Negara-negara berkembang, hampir 80% kasus kanker leher rahim (serviks) berada di negara berkembang, yaitu Afrika 16%, Eropa 12%, dan Asia sebesar 54%.

Berdasarkan data *Riskesmas* (2013), di Indonesia terdapat 90-100 kasus kanker leher rahim (serviks) per 100.000 penduduk. Setiap tahun terjadi 200.000 kasus kanker leher rahim (serviks). Kanker leher rahim (serviks) mempunyai frekuensi relatif tertinggi (25,6%) di Indonesia. Sedikitnya 231.000 wanita diseluruh dunia meninggal akibat kanker leher rahim (serviks) (Parkin-2000). Prevalensi tertinggi kanker di Indonesia terjadi di D.I Yogyakarta dengan prevalensi 4,1% diikuti Jawa Tengah sebesar 2,1% dan terendah di Gorontalo sebesar 0,2% sedangkan prevalensi kanker di Sumatera Utara adalah sebesar 1,0 % (Riskesmas,2013).

Di Indonesia telah diatur program tentang penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim berdasarkan Permenkes RI No.34 Tahun 2015, dimana secara spesifik program tersebut mengutamakan pendekatan preventif, diagnosis dini, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif; serta evaluasi dari setiap pendekatan tersebut. Seperti penelitian yang dilakukan oleh (Agil, 2012) tentang evaluasi program pengendalian kanker leher rahim di Kabupaten Kebumen dengan pendekatan *Malcolm Baldrige*

didapatkan hasil penelitian bahwa evaluasi program pengendalian kanker leher rahim di Kabupaten Kebumen ada 4 kriteria yang baik, salah satunya yang paling baik adalah Perencanaan Strategis, dan ditemukan 3 kriteria yang belum baik/memadai yaitu salah satunya hasil dari kinerja program.

Penelitian oleh Dwipoyono (2009) di negara-negara maju, berdasarkan pencatatan registrasi kanker serviks yang ada, terlihat penurunan insiden dan kematian yang diakibatkannya. Hal ini terjadi karena perbaikan status sosial ekonomi dibandingkan akibat program deteksi dini. Program deteksi dini dilakukan dengan mengaplikasikan tes Pap (berbasis sitologi) kepada semua perempuan yang aktif secara seksual setahun sekali. Penurunan angka-angka tersebut terlihat dalam 40-50 tahun terakhir. Tujuan program tersebut adalah mendapatkan lesi pra-kanker untuk kemudian dilakukan pengobatan sebelum berkembang menjadi kanker *invasive*.

Pemeriksaan IVA tes di Indonesia tahun 2016 sebesar 5% dengan IVA positif sebesar 73.453 (Kemenkes, 2017). Pada tahun 2017, pemeriksaan IVA tes menurun menjadi 2,98% dengan hasil IVA positif sebesar 105.418 (Kemenkes, 2018). Di Sumatera Utara pada tahun 2016 dilakukan pemeriksaan sebesar 1,86% dengan IVA positif sebesar 0,89% (Dinkes Sumatera Utara, 2017). Pada tahun 2017 pemeriksaan meningkat menjadi 2,02% dengan IVA positif sebesar 0,01% (Dinkes Sumatera Utara, 2018). Meskipun persentase pemeriksaan meningkat (1,86% menjadi 2,02%) tetapi masih berada dibawah indikator pemeriksaan 40% yang ditetapkan oleh Permenkes RI No.34 Tahun 2015.

Berdasarkan penelitian oleh Rasjidi(2010), Deteksi dini kanker leher rahim meliputi program skrining yang terorganisasi dengan sasaran pada kelompok usia yang tepat dan sistem rujukan yang efektif di semua tingkat pelayanan kesehatan. Pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) merupakan metode yang dapat dilakukan secara massal dan murah serta menjawab kendala pada metode tes pap smear. Menurut penelitian sensitivitas IVA untuk mendeteksi kanker serviks sebesar 75%, dengan spesifisitas sebesar 85 % serta hasil pemeriksaan IVA yang positif menunjukkan adanya lesiprakanker

serviks. Hal ini sejalan dengan penelitian Wiyono (2008), Pemeriksaan skrining pada kanker serviks yang menggunakan asam asetat 3-5% memiliki sensitifitas, spesifisitas, nilai duga positif dan nilai duga negatif berturut-turut sebesar 84%, 87%, 89% dan 88% sehingga pemeriksaan IVA tes lebih cepat dengan validitas yang tinggi. Penelitian Peirson (2013) bahwa deteksi dini kanker serviks (lesi prakanker) dapat menurunkan insiden kanker serviks dan menurunkan mortalitas.

Berdasarkan penjabaran sebelumnya, maka penulis berfokus untuk melakukan penelitian mengenai "Evaluasi Program Pengendalian Kanker Serviks Dengan Metode Iva Tes yang ada pada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara." Dengan menggunkan acuan Permenkes RI No.34 Tahun 2015, meliputi upaya Promotif dan Preventif, diagnosis dini, Pengobatan, rehabilitasi dan Perawatan Paliatif.

## 2. Metode

Metode pada penelitian ini menggunakan metode kualitatif, desain penelitian yang digunakan yaitu studi kasus. Desain studi kasus ini digunakan karena agar dapat memperoleh informasi secara mendalam mengenai evaluasi program pemberantasan penyakit tidak menular kanker leher rahim. Subjek penelitian diambil berdasarkan *purposive sampling*. Informan yang diteliti sebanyak 2 orang, yaitu kepala seksi program penanggulangan penyakit menular dan koordinator program kanker leher rahim. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi, dengan instrument penelitian berupa pedoman wawancara dan pedoman observasi. Lokasi yang diambil pada penelitian ini di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, penelitian dilakukan mulai bulan Oktober sampai Desember 2018.

## 3. Hasil

Berdasarkan table 1, dapat disimpulkan bahwa Indikator SDM kesehatan tidak tercapai, sarana dan prasarana yang tercapai hanya ruangan tertutup, tidak berlantai tanah, lampu sorot, speculum, wadah plastik, dan bahan habis pakai. Pada sistem informasi, yang tersedia hanya Offline menggunakan aplikasi berbasis excel di computer/laptop (desktop based), sosialisasi disesuaikan dengan permintaan, deteksi dini tidak tercapai secara

indikator, hanya 1 puskesmas yang terlatih dan terdapat profil kesehatan provinsi.

## 4. Pembahasan

### 4.1 Sumber Daya Manusia

Berdasarkan Kepmenkes RI No. 34 Tahun 2015 Tentang penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim terdapat indikator dari program penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim yang digunakan untuk mengukur kinerja dari program tersebut. Salah satu indikator yang dimaksud adalah indikator Sumber Daya Manusia (SDM) yang mendukung program penanggulangan kanker leher rahim tersebut. Untuk melakukan pemeriksaan IVA dapat dilakukan oleh bidan kompeten ataupun dokter yang telah tersertifikasi masing-masing minimal 1 bidan dan 1 dokter, jumlah yang diharapkan ada 2 orang bidan dan 1 orang dokter yang telah tersertifikasi atau telah mengikuti pelatihan dalam setiap puskesmas. Keberhasilan suatu program ditentukan oleh kualitas sumberdaya manusia (SDM) yang melaksanakannya. Semakin tinggi kualitas SDM yang dimiliki oleh suatu program, maka semakin tinggi tujuan yang akan dicapai. Begitu pula sebaliknya, apabila SDM pada suatu program memiliki kualitas yang rendah, maka tujuan yang ditetapkan tidak sepenuhnya dapat tercapai. Sumber daya manusia yang terampil berarti mampu melakukan tugas dan tanggungjawabnya dengan baik dan benar. Data sumber daya manusia kesehatan per kabupaten di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2018. Dapat dilihat pada table 2.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara memiliki 33 Kabupaten dengan 602 puskesmas. Namun tidak semua puskesmas memiliki sumber daya manusia yang memadai untuk menunjang kegiatan program penanggulangan kanker leher rahim tersebut. Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa terdapat kabupaten yang sesuai dengan indikator Sumber Daya Manusia yang ditetapkan yaitu kabupaten/kota Binjai dengan jumlah puskesmas sebanyak 8 Puskesmas yang terdiri dari 9 bidan dan 9 dokter yang telah tersertifikasi, Kabupaten Sibolga dengan Jumlah Puskesmas yaitu 5 Puskesmas yang terdiri dari 9 bidan dan 5 dokter yang telah tersertifikasi. Kabupaten tersebut adalah kabupaten dengan jumlah Puskesmas yang terdiri dari tenaga kesehatan yang telah sesuai

dengan indikator minimal untuk melakukan pemeriksaan IVA yang dilakukan oleh 1 bidan dan 1 dokter yang kompeten atau telah tersertifikasi dan mendapatkan pelatihan. Sementara itu hanya ada 1 Kabupaten dengan 15 Puskesmas yang telah memenuhi indikator yang diharapkan dari Sumber Daya Manusia (SDM) untuk melakukan pemeriksaan Iva Test. Kabupaten tersebut adalah kabupaten Labuhan Batu dengan jumlah bidan sebanyak 77 orang dan dokter umum sebanyak 20 orang. Hal ini menunjukkan bahwa hanya ada 3 kabupaten di Provinsi Sumatera Utara yang telah memenuhi indikator SDM yang telah ditetapkan baik indikator Sumber Daya Manusia minimal maupun yang diharapkan oleh Kepmenkes RI No. 34 Tahun 2015 Tentang penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim. Data tersebut juga didukung dengan pendapat hasil wawancara informan yaitu:

*“Untuk 1 Puskesmas untuk deteksi kanker serviks dengan metode Iva Tes itu ya harus ada 1 bidan dan 1 dokter yang punya sertifikat” SB, 43 tahun” 10 Desember 2018).*

Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Amelia., dkk (2019) yang mengatakan bahwa seluruh Puskesmas di Kabupaten Semarang telah mempunyai 1 bidan dan 1 dokter yang telah mendapat pelatihan. Jumlah tersebut sudah sesuai dengan pedoman Permenkes No. 34 Tahun 2015 bahwa bidan pelaksana program IVA test minimal 1 orang bidan dan 1 orang dokter umum yang telah dilatih atau telah tersertifikasi.

Dapat disimpulkan, bahwa indikator SDM kesehatan dari hasil wawancara belum optimal sehingga perlu adanya sosialisasi untuk peningkatan SDM kesehatan tentang kanker serviks. Kekurangan sumber daya manusia ini lah yang memberikan dampak pada pelayanan kesehatan untuk penanggulangan kanker leher rahim menjadi kurang optimal. Menurut Indiahono (2009) dalam Amelia., dkk (2019) kegagalan dalam implementasi sering terjadi karena sumberdaya manusia tidak mencukupi, tidak memadai, ataupun tidak kompeten dibidangnya. Selain itu pelaksana program juga memiliki tugas yang lain, atau merangkap juga sebagai pemegang program yang lain, seperti bidan yang harus berjaga untuk persalinan dan kegiatan program yang lainnya. Oleh karena itu diperlukan untuk meningkatkan sumber daya

manusia dan pelatihan kepada para bidan dan dokter agar program dapat berjalan dengan baik.

#### 4.2 Sarana dan Prasarana

Untuk menunjang kegiatan program kanker leher rahim haruslah memiliki sarana dan prasarana yang memadai agar suatu program dapat berjalan dengan optimal. Program penanggulangan kanker leher rahim tercantum dalam Kepmenkes RI No 34 Tahun 2015 tentang penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim. Program tersebut memiliki indikator yaitu sarana dan prasarana yang menunjang program tersebut. Sarana dan prasarana terdiri dari (1) ruangan tertutup dengan pembagi antar tempat tidur; (2) terdapat satu buah meja periksa dengan satu kursi periksa; (3) tidak berlantai tanah; (4) tersedia lampu sorot; (5) Speculum berukuran S, M, L; (6) wadah plastic tiga buah untuk larutan asam cuka 3-5% dan larutan klorin; (7) ember ukuran sedang tiga buah untuk dekontaminasi klorin, larutan deterjen dan larutan air DTT; (8) Bahan habis pakai seperti kapas lidi, spatula kayu, cuka (asam asetat 3-5%), klorin, jeli speculum, sarung tangan, kain untuk membersihkan lampu halogen, dan tempat tidur/meja pemeriksaan; (9) Peralatan krioterapi yang terdiri dari kondom sebagai pelindung dinding vagina, tabung gas berisi gas N2O atau CO2.

Sarana adalah segala jenis peralatan, perlengkapan dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama dalam pelaksanaan suatu program sedangkan prasarana adalah suatu tempat atau ruangan untuk melaksanakan program. Penjelasan tersebut memberikan arahan bahwa sarana dan prasarana merupakan seperangkat alat yang digunakan dalam suatu proses kegiatan baik peralatan pembantu maupun peralatan utama, yang keduanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang ditentukan (Riyadini, 2016). Tanpa ketersediaan sarana dan prasarana, suatu kegiatan tidak dapat diselesaikan sebagaimana seharusnya, bahkan akan mengalami hambatan atau tidak berjalan dengan lancar. Sarana dan prasarana merupakan seperangkat alat yang digunakan untuk proses kegiatan salah satunya dalam pelaksanaan program deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA.

Menurut hasil wawancara yang dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara setiap puskesmas hanya



memiliki sarana dan prasarana seperti ruangan yang tertutup, tidak berlantai tanah, lampu sorot, speculum, wadah palastik, dan bahan habis pakai saja telah tercapai sesuai dengan Kepmenkes RI No 34 Tahun 2015 tentang penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan didapatkan bahwa untuk barang-barang seperti ember ukuran sedang tiga buah untuk dekontaminasi klorin, larutan deterjen dan larutan air DTT, ruangan tertutup dengan pembagi antar tempat tidur, satu buah meja periksa dengan satu kursi periksa, tidak berlantai tanah disediakan oleh masing-masing puskesmas. Menurut informan pemeriksaan deteksi dini dilakukan di Ruang KIA di puskesmas tersebut.

*"Sarana dan prasana misalnya untuk program yang pasti spektrum, alat-alat habis pakai, asam asetatnya, betadinenya, terus kapas ceboknya, kami siapkan dari sini. Kan target kita kan 150, alat yang kami bawa dari sini ya 180. Kami nih kalok memang, misalnya kemaren ini ada bansos kkn misalnya anak kkn. Targetnya 400 ini misalnya di Karo, alat ini Cuma 180 ini. Kalok kabupaten ini ada menyiapkan juga. Tapi kami tetap standby bawa alat-alatnya 180."*(SB, 43 tahun. 10 Desember 2018)

*"Kita kasih syarat gini petugas, harus ada lampunya, harus ada obgin bed nya. Itu yang mereka sediakan. Kalok barang habis pakai itu kami yang sediakan dari dinkes sama speculum sama lainnya lah."*(SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).

Hal yang sama juga terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2015) yang mengatakan bahwa sarana dan prasarana yang sifatnya berupa alat dan bahan tersebut merupakan standard alat dan bahan pendukung kesehatan seperti speculum, bed gynecology, lidi waten dan sebagainya seluruhnya tersedia cukup dan layak karena bahan tersebut merupakan standard alat yang memang sudah ada di Puskesmas terlepas dari adanya program IVA. Menurut Undang - Undang Nomor 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim pendanaan untuk penanggulangan kanker serviks bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Swasta, Jaminan Kesehatan dan/atau sumber lain sesuai ketentuan dengan

perundang-undangan. Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat satu (1) diprioritaskan untuk model tuntas penyelenggaraan program dalam bentuk koordinasi dan integrasi sarana, prasarana, alat, dan tenaga kesehatan untuk penanggulangan secara berkesinambungan, efektif dan efisien. Berdasarkan hasil wawancara pendanaan sudah sesuai dengan peraturan perundangan yaitu:

*"Yang mendanai kita itu APBD sama APBN. Setiap kita turun ke lapangan pasti selalu didanai lah jadi enggak dari kita dananya itu. Untuk masalah dana pun enggaklah mana mungkin kurang. Hehehe."*(SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).

Dana merupakan salah satu sumber daya yang terpenting dalam menunjang keberhasilan suatu program yang dijalankan. Hal yang sama juga terjadi pada penelitian Magfiroh (2018) yang mengatakan bahwa Program tes IVA yang ada di Puskesmas Sukoharjo menggunakan dana yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo dan APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah). Dana yang diperoleh oleh Puskesmas Sukoharjo digunakan untuk jasa dan prasarana, peralatan, bahan habis pakai selama pemeriksaan deteksi dini kanker serviks melalui tes IVA.

#### 4.3 Sosialisasi

Kegiatan sosialisasi merupakan satu indikator yang berpengaruh untuk meningkatkan partisipasi serta pengetahuan WUS dan berjalannya suatu program. Berdasarkan penelitian, didapatkan bahwa kegiatan sosialisasi berjalan sesuai dengan keputusan yang ditetapkan oleh koordinator pemegang program PTM Kanker Serviks Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Dalam kegiatan ini, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara melakukan sosialisasi serta pemeriksaan secara langsung deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA pada peserta, dengan target yang ditetapkan sebanyak 150 peserta atau partisipan dalam sosialisasi dan deteksi dini.

Kegiatan sosialisasi inidilaksanakan dengan baik. Kegiatan ini berkerjasama dengan lintas sektor yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, sehingga seluruh masyarakat di wilayah tersebut mendapatkan informasi terkait dengan program kanker serviks yaitu deteksi

dini dengan metode IVA. Dimana alurnya, yang pertama melalui Dinas kesehatan atau kabupaten, kemudian kabupaten menyampaikan ke tingkat kecamatan, lalu ke kepala desa kemudian kepada masyarakat. Oleh karena itu, sangat penting untuk melibatkan semua golongan masyarakat agar informasi tersampaikan keseluruhan masyarakat agar mendukung berjalannya agenda dari program tersebut. Dimana dalam Kemenkes No.34 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim tahun 2015 dinyatakan bahwa upaya penyebaran informasi dilakukan dengan pengembangan strategi KIE yang efektif dan menyediakan serta mengembangkan pesan - pesan yang informatif dengan cara pendekatan sosial budaya yang tepat, yaitu dengan strategi berbasis masyarakat, berbasis fasilitas maupun berbasis media.

Sebagaimana dengan pernyataan informan berikut :

*"Rencana kegiatan yang akan dilakukan sudah disosialisasikan ke dinas yang akan didatangi terlebih dahulu. Kan begini, kita turun jumpain Dinasnya untuk konfirmasi, kemudian mereka yang menentukan partisipan yang akan datang beserta menentukan tempat untuk sosialisasi"(SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).*

*"kalok misalnya batal, ya cari daerah lain. Daerah yang memungkinkan kami datangi ke situ"(SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).*

*"Semua instansi terkait, secara rutin dan berkesinambungan penyuluhan informasi kami berikan. Kami menyampaikan itu ke kabupaten, kabupaten itu ke tingkat kecamatan. ya mungkin ke kepala desa lah, kepala desa ke masyarakat. Dan ini masyarakat udah kenal dan udah tau kok"(SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).*

Keterangan dari informan tersebut menyatakan bahwa kegiatan sosialisasi yang dilakukan sudah terencana dengan baik. Akan tetapi, kegiatan sosialisasi tersebut masih bergantung pada permintaan dari setiap kabupaten dan jika sedang ada kegiatan besar yang akan dibuat. Meskipun kegiatan sosialisasi tersebut belum optimal tetapi masih berjalan untuk mencapai target cakupan deteksi dini WUS 30-50 tahun di Sumatera

Utara tersebut. Yang sebagaimana dengan pernyataan informan :

*"Kalok untuk sosialisasinya gaktentu.Yatergantung, misalnya kalok ada program atau kita misalnya ada pelatihan.Kadang setahun 2 kali tergantung permintaan dari ini lah. Misalnya ada permintaan pertemuan gitu, nanti orang ibu pergi ke daerah-daerah atau orang daerah mengadakan di provinsi ini pelatihan" (AZ, 50 tahun. 10 Desember 2018*

*"Itu tergantung kabupaten.Kita datang ke kabupaten dan mereka pasti undang kita dan mereka bilang. Hmm misalnya nih minggu semalam kan kami ke Samosir. Ini kami mau turun, mereka lah yang menentukan tempat.Mereka bilang didesa ini, oke siapkan ini, kami turun kami langsung sosialisasi langsung ke pasien eh mereka yang persiapkan. Kami tinggal datang bawa alat dan kami lakukan dengan target selalu untuk iva dan payudara itu 150. (SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).*

Berdasarkan pernyataan tersebut, indikator sosialisasi pada program ini sudah berhasil. Walaupun tidak adanya jadwal rutin yang terbentuk di program tersebut untuk melakukan sosialisasi yang ditetapkan di setiap daerah yang berada di wilayah kerja Dinkes Provsu tersebut, sehingga di khawatirkan informasi terkait dengan agenda sosialisasi yang akan di dilakukan juga informasi kesehatan khususnya agenda deteksi dini kanker serviks tidak dapat tersebar ke seluruh daerah baik yang belum dilakukan sosialisasi maupun daerah yang membatalkan kegiatan sosialisasi. Oleh karena itu, perlunya peningkatan sosialisasi dan advokasi dalam skala provinsi yaitu kepada kabupaten/Kota yang berada di wilayahnya agar mencapai tujuan dan sasaran dari program tersebut karena kegiatan ini merupakan bagian dari peran Dinas Kesehatan Provinsi sebagai lintas program dan lintas sector.

#### 4.4 Deteksi Dini (Iva Test)

Berdasarkan Kepmenkes RI No 34 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim terdapat indikator capaian deteksi dini dengan IVA yaitu Indikator prevalensi WUS yang dideteksi dini kanker leher rahim yaitu 40%. Indikator deteksi dini untuk Provinsi Sumatera Utara

melalui metode IVA yaitu sebesar 35% berkurang 5% dari indikator yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI No 34 Tahun 2015. Pengurangan target sebanyak 5% di Provinsi Sumatera Utara disebabkan karena keterbatasan pelaksanaan dari Dinas Kesehatan Provinsi.

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa provinsi Sumatera Utara memiliki 4 kabupaten yang sesuai dengan indikator deteksi dini Kanker serviks yang telah ditetapkan oleh Kemenkes. Empat (4) kabupaten tersebut terdiri dari Kabupaten Samosir (38,99%), Padang Lawas Utara (40,43%), Labuhan Batu Utara (41,78%), dan Tebing Tinggi (86,62%), berdasarkan presentase total untuk provinsi Sumatera Utara dari perhitungan data kabupaten sebesar 3,38%. Hal tersebut tidak memenuhi indikator yang telah ditetapkan yaitu sebesar 35%.

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa total populasi perempuan usia 30 s/d 50 tahun di tiga puluh tiga kabupaten/kota Sumatera Utara adalah sebesar 2.387.224, dan berdasarkan data total perempuan yang melakukan pemeriksaan serviks hanya sebesar 80.773 dengan persentase sebesar 3,38%. Angka tersebut menunjukkan bahwa belum mencapai setengah dari populasi perempuan usia 30-50 tahun melakukan pemeriksaan serviks. Kabupaten/kota dengan pencapaian tertinggi sesuai indikator adalah kota tebing tinggi dengan pencapaian pemeriksaan leher rahim sebesar 86,62, Kabupaten Labuhan batu utara (41,78%), kabupaten padang lawas (40,43%), dan Kabupaten Samosir (38,99%).

Berdasarkan hasil wawancara dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Sumatera Utara memiliki 33 kabupaten. Dari 33 kabupaten tersebut yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim yaitu terdapat 18 kabupaten dan yang sudah tercapai yaitu 15 kabupaten, sedangkan untuk 3 kabupaten lagi sedang dalam proses. Setiap kabupaten (18 kabupaten) ditetapkan pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim sebanyak 150 WUS. Sebagaimana pernyataan dari responden menetapkan bahwa setiap kabupaten harus 150 WUS yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim. Dan hal ini sesuai dengan hasil wawancara yaitu:

*"Hmm jadi gini di provinsi kan ada 33 kabupaten namun untuk tahun ini pelaksanaan deteksi dini kanker serviks*

*dan payudara itu harus digadandeng. Kanker deteksi dini leher rahim dan kanker payudara itu selalu digandeng berdua dan untuk tahun ini ada 18 kabupaten yang dilakukan. Nanti kalok untuk 18 ini bisa kami kasikan datanya , tapi itu tadi 1 provinsi ini ada 33 kabupaten dan 18 untuk 1 tahun ini dan masih tercapai sekarang 15 kabupaten, ada 3 kabupaten lagi lah untuk sampai bulan 12 ini."* (AZ, 50 tahun. 10 Desember 2018).

*"Kan totalnya 18 kabupaten yang sduah tercapai 15 jadi tinggal 3 lagi kan. Bulan ini pasti tercapai, ini kami mungkin..tinggal Deli Serdang, Tapteng,.. dan tiga-tiga itu. Mungkin minggu ini kami ke Deli Serdang. Pastilah tercapai 18 itu dan memang harus-harus tercapai"* (AZ, 50 tahun. 10 Desember 2018).

*"Ehmm iya biasanya kita tentukan 150. Dan harus mencapai target. Kalok gak mencapai target ya gak boleh pulang. Ada juga istilahnya deteksi dini khusus dalam arti ada event-event tertentu misalnya hari kesehatan nasional, hari-hari tertentu yang misalnya hari-hari yang dianggap besar ya sama mereka, hari bayangkari atau kegiatan lain lah dan event-event tertentu kami turun juga namun untuk itu tidak ditentukan berapa targetnya sampek sekian palingan ini minimal 100 tidak ditentukan, namun kalok untuk deteksi ini yang merupakan program dari provinsi kita tentukan 150 dulu."* (SB, 43 tahun. 10 Desember 2018).

Deteksi dini kanker serviks merupakan salah satu upaya untuk mencegah dan mengobati segera apabila ditemukan kelainan pada serviks. Sasaran dari program ini adalah wanita usia subur dengan usia 30-50 tahun. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara telah melaksanakan program deteksi kanker serviks dengan metode Iva Test sejak tahun 2007. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara bekerja sama dengan seluruh Dinas Kabupaten yaitu sebanyak 33 Dinas Kabupaten/Kota yang terdiri dari beberapa Puskesmas per Kabupaten di Provinsi Sumatera Utara. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara didapatkan data mengenai distribusi cakupan

Puskesmas Terlatih per kabupaten pada tahun 2018 yaitu seperti pada tabel 4.

Berdasarkan dari tabel 4 bahwa cakupan puskesmas terlatih ialah puskesmas dengan tenaga kesehatan yang professional dalam melakukan Test IVA. Berdasarkan pedoman, indikator dari puskesmas terlatih memiliki capaian target yaitu sebesar 70%, dapat dilihat bahwa puskesmas yang telah mencapai indikator hingga di atas target diantaranya adalah Puskesmas Kabupaten/kota Asahan (76%), Batubara (100%), Labuhan batu (73%), Labuhan Batu Utara (100%), Nias (83%), Samosir (100%) Serdang Bedagai (100%), Tapanuli utara (100%) Binjai (100%), Medan (85%), Padang Sidempuan (100%), Sibolga (100%), Tanjung Balai (100%) dan Tebing tinggi (100%). Dapat diketahui bahwa untuk distribusi cakupan Puskesmas terlatih belum tercapai. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Riyadini (2016) yang mengatakan bahwa dari 37 Puskesmas di Dinas Kesehatan Kota Semarang hanya 15 Puskesmas yang telah melaksanakan program tersebut. Terbatasnya jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan program tersebut dikarenakan tidak semua bidan dan dokter di Puskesmas yang ada di Kota Semarang yang telah diberi pelatihan/bersertifikat.

#### 4.5 Profil Kesehatan Provinsi

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara memiliki indikator berupa Profil dari Dinas Kesehatan Provinsi yang dilakukan pembaruan dan diterbitkan setiap tahun oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Hal ini berarti Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara telah memenuhi capaian indikator dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara disusun berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota dan hasil pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Provinsi termasuk lintas sector terkait, yang diterbitkan secara berkala setiap setahun sekali. Profil kesehatan provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 berisikan data dan informasi kesehatan periode Januari s/d Desember 2017 yang proses penyusunannya dilakukan dalam 2 tahapan, yakni tahap pengumpulan lampiran table-tabel (draft profil) dan tahap penyusunan narasi dan lampiran-lampiran (financial).

Dalam proses penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun

2017, senantiasa dilakukan penyempurnaan dari segi analisis maupun bentuk tampilan (template) sesuai masukan, saran dan kritik yang membangun dari bidang-bidang dan UPT pada Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan para pembaca/pengguna data/informasi lainnya. Dengan demikian Profil Kesehatan yang akan diterbitkan diharapkan dapat bermanfaat untuk memantau dan mengevaluasi hasil pembangunan kesehatan di tingkat provinsi maupun Kabupaten/Kota, serta dapat menjadi dasar dalam pengambilan keputusan bagi para penentu kebijakan (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2017). Sehingga rekomendasi yang dapat diberikan oleh peneliti kepada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera yaitu dengan mempertahankan kinerja yang telah dicapai oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.

## 5 Kesimpulan dan Saran

### 5.1 Kesimpulan

1. SDM kesehatan tidak tercapai, hanya ada 3 Kabupaten yang tercapai
2. Sarana dan prasarana hanya beberapa indikator didalamnya yang tercapai, yaitu : Ruang tertutup dengan pembagi antar tempat tidur; Tidak berlantai tanah; Tersedia lampu sorot; Speculum berukuran S,M,L; Wadah plastic 3 buah untuk larutan asa cuka 3-5%, dan larutan klorin; Bahan habis pakai:Kapas lidi, spatula kayu, cuka(asam asetat 3-5%), klorin, jeli speculum, sarung tangan, kain untuk membersihkan lampu halogen, dan tempat tidur/meja pemeriksaan.
3. Sosialisasi tercapai berdasarkan permintaan dari kabupaten
4. Deteksi Dini, kegiatan skrining atau deteksi dini dengan IVA atau Pap Smear tidak tercapai yaitu hanya ada 4 Kabupaten yang tercapai yaitu Kabupaten Samosir, Padang Lawas Utara, Labuhan Batu Utara, dan Tebing Tinggi. Secara kumulatif untuk deteksi dini kanker leher rahim hanya mencapai 3,38% dan tidak mencapai dari indikator yang telah ditetapkan dari Kemenkes.
5. Profil Kesehatan Provinsi tercapai 1 kali dalam setahun dilakukan pembaharuan profil kesehatan

### 5.2 Saran

1. Meningkatkan jumlah tenaga kesehatan disetiap Puskesmas minimal 1 orang bidan dan 1 orang dokter yang bersertifikat atau telah mengikuti pelatihan. Yang diharapkan yaitu 2 orang bidan dan 1 orang dokter bersertifikat
2. Sarana dan prasarana, menambah alat dengan pembagian dana dari APBD
3. Sebaiknya menetapkan target dan menentukan jadwal sosialisasi tidak tergantung berdasarkan permintaan dari kabupaten
4. Meningkatkan kegiatan deteksi dini dengan menetapkan jadwal kegiatan di setiap daerahnya sehingga deteksi dini dapat mencapai target di setiap daerah dan di wilayah Sumut
5. Meningkatkan kualitas puskesmas yang terlatih sehingga dapat mencakup semua masyarakat untuk melakukan deteksi dini di puskesmas yang ada di setiap kabupaten
6. Mempertahankan kinerja yang telah dicapai oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

#### Daftar Pustaka

- Agil, Mulyaeni. 2012. *Evaluasi Program Pengendalian Kanker Leher Rahim Metode IVA di Kabupaten Kebumen dengan Pendekatan Malcom Baldrige*. Depok: Faklutas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Anggraini, Fitria Dwi. 2015. *Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Program Deteksi Dini Kanker Serviks Melalui Pemeriksaan Iva (Inpeksi Visual Asam Asetat) di Puskesmas Wilayah Kota Surabaya*. Surabaya: Prodi D III Kebidanan: UNUSA.
- Amelia, Rizky., Ulva Nurul Fajriyah., Dhita Aulia Octaviani. 2019. *Evaluasi Pelaksanaan Program Deteksi Dini Kanker Serviks dengan Metode Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) dan Deteksi Dini Kanker Payudara dengan Metode Clinical Breast Examination (CBE)*. Semarang: Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Dwipoyono, Bambang. 2009. *Kebijakan Pengendalian Penyakit Kanker Serviks di Indonesia*. Indonesian Journal of Cancer. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Dinkes Sumatera Utara. 2017. *Profil Kesehatan Sumatera Utara 2016*. Medan: Dinkes Sumatera Utara.
- Globocan. 2012. *International Agency for Research on cancer (IARC)*.
- Indiahono, Dwiyanto. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisis*. Yogyakarta.: Gava Media.
- Kepmenkes RI. 2015. *PP/Menkes/RI/No.34 Tahun 2015 Tentang Pedoman Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim*. Jakarta: KemenkesRI.
- Kepmenkes RI. 2015. *PP/Menkes/RI/No.34 Tahun 2015 Tentang Pedoman Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim*. Jakarta: KemenkesRI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Magfiroh, Ilmia Nur., Tanjung Anita Sari Indah Kusuma Ningrum. 2018. *Implementasi Program Test Invspeksi Visual Asam Asetat (IVA) di Puskesmas Sukoharjo*. Surakarta: Prodi Kesehatan Masyarakat. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Parkin DM. 2008. *National Cancer Control Planning*. Indonesian Journal of Cancer. Inggris Britania Raya: Clinical Trials Service and Epidemiological Studies Unit, University of Oxford.
- Peirson, L; Donna; Warren, C. 2013. *Screening For Cervical Cancer: a Systematic Review and Meta-Analysis*. Biomed Central Journal, 2(13):1-14.
- Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 . 2013. Jakarta: Kemenkes RI.
- Riyadini, Marsya Savitri. 2016. *Analisis Implementasi Program Deteksi Dini Kanker Serviks Dengan Metode Inpeksi Visual Asam Asetat (IVA) di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2015*. Semarang: Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang.
- Rasjidi, Imam. 2010. *Kanker Serviks dalam Buku Epidemiologi Kanker pada Wanita*. Jakarta, SagungSeto.
- WHO. 2006. *Comprehensive Cervical Cancer Control*: Jenewa
- Wiyono, Spto; Iskandar, T. Mirza; Suprijono.2008. *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) Untuk Deteksi Dini Lesi Prakanker Serviks*.Media MedikaIndonesia Vol. 43 No. 3.

**Tabel 1. Capaian Program Kanker Leher Rahim Di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018**

No	Data	Indikator	Hasil	Keterangan
1.	SDM Kesehatan	1 Puskesmas, minimal harus ada 1 orang bidan dan 1 orang dokter bersertifikat atau dalam 1 Puskesmas yang diharapkan yaitu 2 bidan dan 1 dokter yang telah bersertifikat.	Tidak Tercapai	Hanya ada 3 kabupaten yang tercapai (Labuhan Batu, Sibolga, dan Binjai).
2.	Sarana dan prasarana	Bahan dan peralatan seperti : 1. Ruangan tertutup dengan pembagi antar tempat tidur 2. Terdapat 1 buah meja periksa dengan 1 kursi periksa 3. Tidak berlantai tanah 4. Tersedia lampu sorot 5. Speculum berukuran S,M,L 6. Wadah plastic 3 buah untuk larutan asa cuka 3-5%, dan larutan klorin 7. Ember ukuran sedang 3 buah untuk dekontaminasi klorin, larutan deterjen dan larutan air DTT. 8. Bahan habis pakai: Kapas lidi, spatula kayu, cuka (asam asetat 3-5%), klorin, jeli speculum, sarung tangan, kain untuk membersihkan lampu halogen, dan tempat tidur/meja pemeriksaan. 9. Peralatan krioterapi yang terdiri dari kondom sebagai pelindung dinding vagina, tabung gas berisi gas N2O atau CO2	Tercapai Tidak Terukur Tercapai Tercapai Tercapai Tidak Terukur Tercapai Tidak Terukur	Berdasarkan hasil wawancara pemeriksaan di lakukan di ruangan KIA, dan alat-alat yang digunakan untuk pemeriksaan biasanya pihak dari dinkes meminta bantuan dari petugas kabupaten yang akan didatangi untuk menyediakan alat-alatnya.  Untuk bahan habis pakai biasanya di bawa dan sediakan dari dinkes.
4.	Sosialisasi	Indikator disesuaikan dengan kebijakandaerah bersangkutan	Tercapai	Berdasarkan hasil wawancara sosialisai dilakukan tergantung permintaan dari kabupaten atau dalam rangka acara- acara besar
5.	Deteksi Dini	Skrining atau deteksi dini dengan IVA atau Pap Smear sebesar: 1. Indikator prevalensi WUS yang dideteksi dini kanker leher rahim yaitu 40%. 2. Target 35% Sumut	Tidak Tercapai Tidak Tercapai	Hanya ada 3 kabupaten Labuhan Batu Utara (41,78%), Padang Lawas Utara (40,43%), dan Tebing Tinggi (86,62%).  Berdasarkan telaah dokumen/data Sumut hanya mencapai 3,38%
6.	Profil Kesehatan Provinsi	1 kali dalam setahun pembaharuan profil kesehatan	Tercapai	Setiap tahun dilakukan pembaharuan profil kesehatan dinkes Provinsi Sumatera Utara

(Sumber : Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara)

**Tabel 2. Capaian SDM Kesehatan Per Kabupaten Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas	Bidan	Dokter Umum	Ketercapaian	Keterangan
Asahan	29	74	17	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 12
Batubara	15	18	14	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 1
Dairi	18	54	13	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 5
Deli Serdang	34	12	6	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 22 dan dokter sebanyak 28
Humbang Hasundutan	12	5	4	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 7 dan dokter sebanyak 8
Karo	19	1	1	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 18 dan dokter sebanyak 18
Labuhan Batu	15	77	20	Tercapai	Bidan dan dokter terlatih sesuai indikator SDM yang diharapkan yaitu 2 bidan dan 1 dokter
Labuhan Batu Selatan	17	0	0	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 17 dan dokter sebanyak 17
Labuhan Batu Utara	18	50	4	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 14
Langkat	30	20	9	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 10 dan dokter sebanyak 21
Mandailing Natal	26	4	3	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 22 dan dokter sebanyak 23
Nias	12	27	5	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 7
Nias Barat	8	2	2	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 6 dan dokter sebanyak 6
Nias Selatan	36	25	6	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 11 dan dokter sebanyak 30
Nias Utara	11	-	-	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 11 dan dokter sebanyak 11
Padang Lawas	16	5	3	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 11 dan dokter sebanyak 13
Padang Lawas Utara	17	4	3	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 13 dan dokter sebanyak 14
Pakpak Bharat	8	24	7	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 1
Samosir	12	4	2	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 8 dan dokter sebanyak 10
Serdang Bedagai	20	1	1	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 19 dan dokter sebanyak 19
Simalungun	46	-	-	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 46 dan dokter sebanyak 46
Tapanuli Selatan	16	12	6	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 4 dan dokter sebanyak 10
Tapanuli Tengah	24	2	2	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 22 dan dokter sebanyak 22
Tapanuli Utara	20	8	5	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 12 dan dokter sebanyak 15
Toba Samosir	19	20	14	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 5
Binjai	8	9	9	Tercapai	Tenaga kesehatan minimal 1 orang bidan dan 1 orang dokter tersertifikasi
Gunung Sitoli	6	0	0	Tidak Tercapai	Kekurangan bidan sebanyak 6 dan dokter sebanyak 6
Medan	39	54	35	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 4
Padang Sidempuan	10	18	1	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 9

Pematang Siantar	19	24	11	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 8
Sibolga	5	9	5	Tercapai	Tenaga kesehatan minimal 1 orang bidan dan 1 orang dokter tersertifikasi
Tanjung Balai	8	8	4	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 4
Tebing Tinggi	9	22	8	Tidak Tercapai	Kekurangan dokter sebanyak 1

(Sumber : Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara)

**Tabel 3. Cakupan Deteksi Dini Kanker Serviks Per Kabupaten Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018**

Kabupaten	Pemeriksaan Serviks	%	Total Perempuan
Asahan	1.039	1,09%	95.288
Batubara	478	0,83%	57.283
Dairi	3.405	9,87%	34.494
Deli Serdang	8.496	2,74%	309.981
Humbang Hasundutan	117	0,37%	31.904
Karo	2.494	3,76%	66.308
Labuhan Batu	788	0,55%	144.218
Labuhan Batu Selatan	8	0,01%	70.662
Labuhan Batu Utara	20.550	41,78%	49.190
Langkat	563	0,23%	244.910
Mandailing Natal	341	0,60%	56.401
Nias	188	0,50%	37.661
Nias Barat	-	0,00%	9.483
Nias Selatan	203	0,45%	45.075
Nias Utara	-	0,00%	-
Padang Lawas	1.103	2,14%	51.466
Padang Lawas Utara	20.550	40,43%	50.829
Pakpak Bharat	307	2,49%	12.336
Samosir	5.060	38,99%	12.979
Serdang Bedagai	26	0,01%	204.428
Simalungun	479	0,45%	106.345
Tapanuli Selatan	604	0,95%	63.253
Tapanuli Tengah	1.531	2,33%	65.672
Tapanuli Utara	501	1,48%	33.895
Toba Samosir	2.940	7,35%	40.005
Binjai	1.111	2,74%	40.594
Gunung Sitoli	1.185	0,00%	-
Medan	2.588	0,77%	336.734
Padang Sidempuan	511	1,75%	29.166
Pematang Siantar	20	0,04%	48.731
Sibolga	328	2,93%	11.183
Tanjung Balai	62	0,27%	23.059
Tebing Tinggi	3.197	86,62%	3.691
<b>Total</b>	<b>80.773</b>	<b>3,38%</b>	<b>2.387.224</b>

(Sumber: Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara)



**Tabel 1.4. Distribusi Cakupan Puskesmas Terlatih Per Kabupaten Di Provinsi Sumatera Utara 2018.**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas	Puskesmas Terlatih	Persentase
Asahan	29	22	76%
Batubara	15	15	100%
Dairi	18	12	67%
Deli Serdang	34	10	29%
Humbang Hasundutan	12	6	50%
Karo	19	0	0%
Labuhan Batu	15	11	73%
Labuhan Batu Selatan	17	0	0%
Labuhan Batu Utara	18	18	100%
Langkat	30	20	67%
Mandailing Natal	26	3	12%
Nias	12	10	83%
Nias Barat	8	2	25%
Nias Selatan	36	16	44%
Nias Utara	11	6	55%
Padang Lawas	16	3	19%
Padang Lawas Utara	17	5	29%
Pakpak Bharat	8	3	38%
Samosir	12	12	100%
Serdang Bedagai	20	20	100%
Simalungun	46	2	4%
Tapanuli Selatan	16	6	38%
Tapanuli Tengah	24	2	8%
Tapanuli Utara	20	20	100%
Toba Samosir	19	14	74%
Binjai	8	8	100%
Gunung Sitoli	6		0%
Medan	39	33	85%
Padang Sidempuan	10	10	100%
Pematang Siantar	19	12	63%
Sibolga	5	5	100%
Tanjung Balai	8	8	100%
Tebing Tinggi	9	9	100%
<b>Total</b>	<b>602</b>	<b>323</b>	<b>54%</b>

(Sumber : Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara)

## Penerapan Program Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Deli Serdang

Ikhsan Ibrahim Pohan<sup>1</sup>, Arbitra Morlindah Ruapertiwi<sup>2</sup>, Ananda Ayu Dhelia Ghani Damanik<sup>2</sup>, Ade Rahma Sari Nasution<sup>2</sup>, Ema Rizka Sazkiah<sup>2</sup>, Riyan Rahmat Ramadhan Tanjung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Politeknik Kesehatan Yayasan RSU dr. Rusdi

Peminatan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan

Email : [Baimm89@gmail.com](mailto:Baimm89@gmail.com)

### Track Record Article

Diterima : 2 April 2019  
Dipublikasi: 25 Juni 2019

### Abstract

**Background :** Implementation of No Smoking Area for safeguard people at risk of public health problems because smoke-polluted environment. Implementation of No Smoking Area have purposed to created space and healthy environment, providing protection to public from the adverse effects of cigarettes either directly or indirectly and creating public awareness for healthy living as well as to reduce the risk of non communicable disease. **Objective :** The purpose of this study was to know determine the implementation and evaluation of programs No Smoking Area in Health Center on Deli Serdang Health Department. **Methodology :** The study used a qualitative research with case study approach. Data collection was done by in-depth interview, observation, inspection of documents and records contained in Deli Serdang Health Department. **Results andConclusions :** The study shows that the health center Deli Serdang have been a written policy on No Smoking Area form of decree. Observations were conducted in 33 health centers there are only 15 health centers that have a media campaign about the ban on smoking in health care facilities. No Smoking Area policy announcement via picture, signs prohibiting smoking, wall magazines, circulars and loudspeakers in 15 health centers have been observed. **Suggestion:** It is important for the health center, Deli Serdang Helth Depatment to improve the implementation of the Program for the purpose of Programs No Smoking Area can be achieved and reduce the incidence of pain on non-communicable diseases. **Keywords :** Implementation, No Smoking, Health Center, Deli Serdang

### Abstrak

**Latar belakang :** Penerapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penerapan KTR bertujuan untuk menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat, memberikan perlindungan kepada masyarakat dari dampak buruk rokok baik langsung maupun tidak langsung; dan menciptakan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat serta untuk menurunkan resiko pada masyarakat agar terhindar dari penyakit tidak menular. **Tujuan penelitian :** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan dan evaluasi program Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang. **Metodologi :** Jenis penelitian yangdigunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan berupa studi kasus. Pengumpulan data yang digunakan untuk mendapatkan data / informasi yaitu melalui wawancara mendalam, observasi, pemeriksaan dokumen dan arsip yang terdapat pada Dinas Kesehatan Deli Serdang. **Hasil dan Kesimpulan :** Penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Kabupaten Deli Serdang telahmemiliki kebijakan tertulis tentang KTR berbentuk Peraturan Bupati. Observasi yang dilakukan di 33 puskesmas hanya terdapat 15 puskesmas yang memiliki media promosi tentang larangan merokok di fasilitas pelayanan kesehatan. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster,tanda laranganmerokok,mading,surat edaran dan pengeras suara di 15 Puskesmas yang telah di observasi. Ketercapaian penyuluhan KTR di puskesmas tidak terukur karena tidak ada petugas khusus untuk penyuluhan terkait masalah KTR. **Saran :** Penting untuk Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang untuk meningkatkan pelaksanaan Program KTR agar tujuan dari Program KTR (Kawasan Tanpa Rokok) dapat tercapai dan menurunkan angka kejadian sakit pada penyakit tidak menular. **Kata Kunci :** Penerapan, Kawasan Tanpa Rokok, Puskesmas, Deli Serdang

## 1. Pendahuluan

Penyakit jantung koroner (PJK) atau di kenal dengan Coronary Artery Disease (CAD) merupakan suatu penyakit yang terjadi ketika arteri yang mensuplai darah untuk dinding jantung mengalami pengerasan dan penyempitan (Lyndon, 2014). Arteri yang mensuplai miokardium mengalami gangguan, sehingga jantung tidak mampu untuk memompa sejumlah darah secara efektif untuk memenuhi perfusi darah ke organ vital dan jaringan perifer secara adekuat. Pada saat oksigenisasi dan perfusi mengalami gangguan, pasien akan terancam kematian.

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Berdasarkan Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, terutama penyakit jantung koroner diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030.

Hasil dari Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2013 menunjukkan penyakit jantung koroner berada pada posisi ketujuh tertinggi PTM (Penyakit Tidak Menular) di Indonesia. Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan gejala sebesar 1,5% atau sekitar 2.650.340 orang. Provinsi dengan jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 1,3% atau sekitar 375.127 orang, sedangkan jumlah prevalensi paling sedikit yaitu Papua Barat yaitu 6.690 orang (Kemenkes RI, 2013).

Dalam upaya mewujudkan Indonesia sehat, pemerintah mengeluarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/Menkes/ PB/I/2011 No. 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok. Penerapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penerapan KTR bertujuan untuk menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat; memberikan perlindungan kepada masyarakat dari dampak buruk rokok baik langsung maupun tidak langsung; dan menciptakan

kesadaran masyarakat untuk hidup sehat (Perda Kota Medan No. 3 Tahun 2014).

Menurut Perda Kota Medan No. 3 Tahun 2014 pasal 7 menyebutkan bahwa KTR meliputi fasilitas pelayanan kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak bermain; tempat ibadah; angkutan umum; tempat kerja; tempat umum. Salah satu kawasan yang menerapkan KTR ialah fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/ atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Institusi pelayanan kesehatan yang menerapkan KTR seperti rumah sakit, rumah bersalin, poliklinik, puskesmas, balai pengobatan, laboratorium, posyandu, tempat praktek kesehatan swasta, apotik dan tempat pelayanan kesehatan lainnya.

Hasil penelitian Panjaitan (2015) tentang Implementasi Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 3 tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok pada sekolah di Kota Medan Tahun 2014 menyatakan, bahwa masih kurangnya komunikasi dari Pemerintah Daerah (Pemda) kepada pihak pimpinan sekolah dalam hal sosialisasi penerapan KTR, masih kurangnya sumber daya dalam hal sarana dan prasarana untuk penerapan KTR di sekolah, masih kurangnya tanggapan dari sasaran/pelaksana kebijakan dan masih kurang berjalannya birokrasi dalam penerapan KTR di sekolah. Direkomendasikan agar Pemda Kota Medan melakukan sosialisasi penerapan KTR sebagai pemberitahuan secara jelas dan konsisten kepada pelaksana kebijakan mengenai penerapan KTR terkhusus di tempat proses belajar mengajar dan kepada pihak sekolah agar melakukan sosialisasi penerapan KTR sebagai pemberitahuan secara jelas dan konsisten kepada pelaksana kebijakan untuk mewujudkan penerapan KTR yang efektif di lingkungannya.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan evaluasi terhadap penerapan program pencegahan dan pengendalian Penyakit Jantung Koroner (PJK) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.

## 2. Metode

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober – Desember tahun 2018 dan Lokasi yang dijadikan penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Deli Serdang di Jl. Diponegoro Lubuk Pakam, Petapahan, Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang, Sumatera Utara 2018.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan berupa studi kasus dengan tujuan agar peneliti dapat memperoleh informasi secara mendalam mengenai gambaran pelaksanaan program KTR (Kawasan Tanpa Roko) di Dinas Kesehatan Deli Serdang. Pengumpulan data yang digunakan untuk mendapatkan data / informasi yaitu melalui wawancara mendalam, pengamatan atau observasi, pemeriksaan dokumen dan arsip yang terdapat pada Dinas Kesehatan Deli Serdang.

Informan penelitian ini diambil berdasarkan *Purposive sampling* karena pada penelitian ini informan dipilih menurut pengetahuan yang cukup, bersedia serta mampu menjelaskan keadaan sebenarnya tentang objek penelitian.

Pengumpulan Data primer dilakukan dengan metode wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dan observasi.

### 5.3 Wawancara mendalam (*indepth Interview*).

Pokok-pokok pertanyaan yang diajukan meliputi: Gambaran gambaran program KTR, indikator program KTR, serta capaian keberhasilan program pencegahan dan pengendalian KTR di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.

### 5.4 Observasi atau pengamatan

Pengamatan dilakukan untuk melihat bagaimana gambaran program KTR yang berjalan di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang, yang di observasi meliputi: pencapaian indikator pencegahan dan penanggulangan di Dinas Kesehatan Deli Serdang Sumatera Utara, indikator penemuan, pertolongan, dan pelaporan di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang, kemudian dikombinasikan dengan hasil wawancara yang dilakukan, untuk melihat kenyataan yang ada di lapangan secara langsung.

Data sekunder diperoleh dari Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, Profil Dinas Kesehatan Kab. Deli Serdang, serta pedoman program pencegahan dan pengendalian KTR (PJK) di Dinas Kesehatan

Kab. Deli Serdang. Pada pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara telaah dokumen. Telaah dokumen dilakukan dengan menelusuri arsip-arsip tentang program pemberantasan dan penanggulangan KTR (PJK) di Dinas Kesehatan Deli Serdang.

## 3. Hasil dan Pembahasan

### 3.1 Kebijakan tertulis tentang Kawasan Tanpa Rokok

Menurut Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok meliputi fasilitas pelayanan kesehatan dan dijelaskan juga pada Pasal 2 untuk memberikan acuan bagi pemerintah dalam menetapkan KTR. Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 35 Tahun 2012 telah menjelaskan adanya peraturan tentang kawasan tanpa rokok.

Dinas Kesehatan Deli serdang telah memiliki peraturan bupati, sedangkan untuk peraturan daerah belum di miliki. Sehingga dalam penerapan di fasilitas pelayanan kesehatan belum menggunakan peraturan daerah.

Kalimat hasil wawancara :

*"kalok untuk KTR kita di Dinas Kesehatan ini masih pakek yang SK nya bupati"* (Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dilihat dari kondisi Dinas Kesehatan Deli Serdang dengan indikator ketercapaian, Dinas Kesehatan Deli Serdang belum memenuhi Peraturan Daerah yang telah dijelaskan pada peraturan bersama kementerian dengan kemendagri. Sehingga karena masih berbentuk peraturan Bupati implementasi dalam kebijakan tersebut belum berjalan dengan baik dan tujuan KTR belum dapat terlaksana. Untuk sekolah-sekolah yang di bawah tanggung jawab Dinas Pendidikan sudah memakai peraturan daerah

Kalimat hasil wawancara :

*"yang untuk sekolah dia ini sudah berbentuk Perda. Jadi kalok sekolah itu menyalahi berarti mereka sudah kenak tuntutan kan"* (Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Sebaiknya Dinas Kesehatan Deli Serdang dapat mengadvokasikan kepada pemerintah daerahnya agar terbentuk Peraturan Daerah untuk Kawasan Tanpa Rokok di fasilitas pelayanan kesehatan agar lebih efektif dalam implementasi kebijakan KTR tersebut.

### 3.2 Tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR

Menurut Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa rokok terdapat penjelasan tentang Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di fasilitas pelayanan kesehatan mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan daerah setempat dan menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.

Dinas Kesehatan Deli Serdang telah memiliki petugas pengawas KTR yaitu informan sendiri. Menurut keterangan informan dalam 34 puskesmas, seluruh puskesmas telah memiliki petugas untuk program KTR dan pengawasan program KTR telah dilaksanakan di masing-masing puskesmas dan kemudian ada pelaporan untuk pengawasan kepada Dinas Kesehatan Deli serdang.

Kalimat hasil wawancara :

*"yang jelasnya pelayanan kesehatan.*

*Jadi seluruh puskesmas yang ada di Deli serdang ini 34 puskesmas. 34 puskesmas ini sudah KTR" (Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)*

Dilihat dari kondisi Dinas Kesehatan Deli serdang untuk pengawasan KTR di puskesmas sudah mencapai indikator dan pengawan program telah terlaksana dengan baik tetapi tidak berjalan dengan kebijakan yang masih berbentuk pergub dengan sanksi hanya teguran.

Sebaiknya Dinas Kesahatan Deli Serdang mempertahankan kinerja yang telah baik sehingga nanti ketika peraturan KTR telah berbentuk Peraturan Daerah implementasi kebijakan didukung dengan pengawasan yang seimbang sehingga tujuan KTR dapat tercapai.

### 3.3 Media promosi tentang larangan merokok di fasilitas pelayanan kesehatan

Didalam buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 menjelaskan tentang Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pasien/pengunjung melalui poster, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya. Penyediaan tempat bertanya dan Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok belum efektif. Media promosi yang terdapat pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang hanya berupa slogan ataupun poster tanda larangan merokok, sedangkan pengumuman dengan pengeras suara dan penyediaan tempat bertanya belum ditemukan di sejumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang terdapat di Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.



**Gambar 1.2 Media Promosi yang terdapat pada Dinas Kesehatan Deli Serdang**

Ketercapaian tidak terukur, dikarenakan berdasarkan pernyataan dari informan bahwa Dinas Kesehatan memiliki kegiatan penyuluhan tentang KTR, namun tidak adanya data yang ditunjukkan. Berdasarkan observasi peneliti di 15 puskesmas dari 34 puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli serdang terdapat beberapa Puskesmas yang memasang alat atau media promosi KTR seperti poster, *standing banner* di dinding puskesmas.

Promosi dalam penerapan KTR di area fasilitas pelayanan kesehatan belum berlangsung dengan optimal diseluruh fasilitas pelayanan kesehatan karena minimnya tim yang ditugaskan dalam memberikan bimbingan dan penyuluhan langsung pada perokok aktif.

Masyarakat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang mengetahui larangan merokok di fasilitas kesehatan yang telah diberlakukan.

Sarana yang memadai mempengaruhi implementasi dari pelaksanaan suatu program atau kebijakan, maka diharapkan adanya sarana promosi seperti poster-poster tentang KTR yang ditempelkan di dinding atau pintu masuk di fasilitas pelayanan kesehatan.

### **3.4 Kegiatan sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung maupun tidak langsung**

Didalam buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 tertera indikator tentang terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik).

Ketercapaian di seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Deli Serdang Tidak Terukur. Tidak adanya data yang membuktikan adanya sosialisasi kebijakan KTR secara langsung maupun tidak langsung. Berdasarkan informasi yang peneliti dapatkan dari informan bahwa Dinas Kesehatan Deli Serdang melakukan sosialisasi kebijakan KTR melalui kerjasama puskesmas untuk melakukan sosialisasi kebijakan KTR ke sekolah-sekolah di sekitar puskesmas. Pihak puskesmas akan menyampaikan kepada siswa-siswa dan guru-guru bahwa ada peraturan tentang KTR dan adanya sanksi jika melanggar. Sosialisasi kebijakan KTR pada puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang hanya berupa teguran. Jika ada pasien atau pengunjung yang merokok di area gedung Puskesmas maka akan ditegur oleh petugas kesehatan yang tidak merokok dan pasien atau pengunjung tersebut akan diminta untuk keluar gedung Puskesmas. Kalimat hasil wawancara :

*"kegiatannya kita ke puskesmas lah, puskesmas melakukan penyuluhan"*  
(Informan 1, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Hasil observasi peneliti pada 15 dari 34 Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli serdang tidak ditemukan poster atau pamflet tentang sosialisasi kebijakan KTR yang diberlakukan.

Banyak masyarakat yang belum mengetahui tentang kebijakan KTR di fasilitas kesehatan wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang.

Kegiatan sosialisasi tentang KTR, baik melalui pengumuman ataupun poster-poster

agar lebih di tingkatkan sehingga informasi terkait KTR dapat terdistribusi dengan baik.

### **3.5 Pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tandalarangan merokok, mading, surat edaran dan pengeras suara**

Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Dilingkungan Perkantoran Provinsi Sumatera Utara yang terdapat pada Pasal 6 dan 7 tentang pengumuman kebijakan KTR melalui poster telah ditentukan Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- Ukuran dan Warna: kontras, sehingga mudah terlihat dan dibaca serta tidak mengganggu keindahan tempat;
- Materi: terdapat tulisan "DILARANG MEROKOK" atau "NO SMOKING"; dan terdapat gambar/symbol rokok menyala dicoret di dalam lingkaran berwarna merah.

Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan. Sedangkan Tanda/petunjuk boleh merokok harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- Ukuran dan Warna: kontras sehingga mudah terlihat dan dibaca serta tidak mengganggu keindahan tempat;
- Materi: terdapat tulisan "KAWASAN MEROKOK" atau "SMOKING AREA"; dan terdapat gambar/symbol rokok menyala di dalam lingkaran berwarna biru. Tanda/petunjuk boleh merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.

Ketercapaian indikator terpasangnya tanda larangan merokok, mading dan juga pengeras suara dilihat dari 34 puskesmas yang dibawah wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Deli Serdang dari 15 yang di observasi dan telah memiliki tanda larangan merokok.

### **3.6 Terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan**

Berdasarkan buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 tentang terpasangnya tanda KTR disekitar fasilitas pelayanan kesehatan dan diperkuat dengan Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 Pasal 6 menjelaskan Tanda/petunjuk/peringatan

larangan merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.

Observasi yang dilakukan di 15 puskesmas dari 34 puskesmas yang ada bahwa terpasangnya tanda KTR di sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan khususnya puskesmas. 15 puskesmas yang di observasi memiliki setidaknya 2-3 tanda larangan merokok di sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan seperti didepan pintu masuk gedung dan tempat parker kendaraan dalam bentuk "plang".

Kalimat hasil wawancara :

*"semua ada. Dilarang merokok, seperti itu kan, nampak kan . rokok digarisin"*

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Ketercapaian indikator terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan belum terukur dikarenakan puskesmas yang di observasi hanya 15 dari 34 puskesmas yang ada akan tetapi 15 puskesmas yang telah di observasi sudah memenuhi indikator terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan berupa plang atau spanduk yang dipasang di area sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan khususnya puskesmas.

Dampak yang terjadi setelah dilakukan observasi di 15 puskesmas masih ada beberapa pengunjung puskesmas yang merokok di area puskesmas.

Saran untuk pengelola atau manajemen fasilitas pelayanan kesehatan harus lebih tegas dalam menjalankan kebijakan KTR agar masyarakat tidak melanggar KTR sesuai dengan peraturan yang sudah di tetapkan.

### **3.7 Terlaksana penyuluhan KTR, etika merokok dan tidak merokok di fasilitas pelayanan kesehatan**

Berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri dalam Negeri Dalam Negeri No 188/MENKES/PB/I/2011 No 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok Pasal 7 yang menjelaskan Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan bertugas untuk memberikan penyuluhan dan pengetahuan mengenai bahaya merokok bagi perokok dan perokok pasif, menyediakan konseling berhenti merokok, memberikan informasi dan edukasi, dan pengembangan kemampuan masyarakat

untuk berperilaku hidup sehat dan memberikan bimbingan teknis bagi penyediaan tempat khusus untuk merokok.

Ketercapaian penyuluhan KTR di puskesmas wilayah kabupaten Deli Serdang tidak terukur dikarenakan tidak adanya petugas khusus untuk penyuluhan terkait masalah KTR.kemudian dari 15 puskesmas yang ada tidak di ketahui apakah terdapat program penyuluhan tentang masalah KTR hanya saja diungkapkan bahwasanya sosialisasi KTR dilakukan di sekolah-sekolah saja.

Kalimat hasil wawancara :

*"kalok kemaren itu, kalok untuk dilaksanakan, kami itu ke sekolah-sekolah. Karna kan anak-anak remaja mulai merokok ni, itu yang kami lakukan selama ini. Dan kalo untuk puskesmas, bekerja sama dengan puskesmas lah kami turun ke sekolah-sekolah itu"*

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dampak yang ditimbulkan yaitu tidak terukur indikator penyuluhan KTR adalah kurangnya pengetahuan masyarakat terkait KTR khususnya di tempat umum,tempat bermain dan tempat ibadah.

Masyarakat hanya mengetahui KTR di sekolah dan di tempat kerja padahal terdapat 7 tatanan KTR yang harus di sosialisasikan kepada masyarakat.

Saran dibentuknya petugas penyuluh khusus KTR dari dinas kesehatan untuk 7 tatanan yang telah ditetapkan agar mampu mensosialisasikan dan mengedukasi masyarakat terkait KTR sehingga kebijakan KTR dapat berjalan optimal.

### **3.8 Lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok**

Berdasarkan buku pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006 tentang lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok yang dilarangnya merokok di sekitaran fasilitas pelayanan kesehatan seperti,kantin,gedung,tempat parkir,kamar mandi dan taman yang ada disekitaran lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Hasil observasi yang dilakukan di 15 puskesmas dari 33 puskesmas yang ada di wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Deli Serdang di temukannya masih banyaknya

pengunjung maupun pegawai puskesmas yang merokok di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya di tempat parkir yang membuat kebijakan KTR masih belum optimal di tatanan manapun.

Ketercapaian dari indikator lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok tidak tercapai dikarenakan pengunjung dan beberapa pegawai masih terlihat merokok di sekitar lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan dalam hal ini puskesmas.

Kalimat hasil wawancara :

*"yang turun langsung ini petugas puskesmasnya. Kita ini hanya meng hayo kan sama petugas-petugas puskesmasnya. Nah kalau dengar kabar dari mereka ya hanya teguran-teguran yang tadi itu ajalah"*

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dampak yang ditimbulkan akibat tidak berjalannya indikator lingkungan bebas dari asap rokok adalah kebijakan KTR dan tanda larangan merokok tidak berjalan di fasilitas pelayanan kesehatan akibatnya regulasi KTR tidak dihiraukan dan tidak akan pernah berjalan.

Sanksi bagi pelanggar KTR agar lebih di tingkatkan di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan baik kepada masyarakat maupun pegawai instansi tersebut agar kebijakan KTR tidak hanya sebuah pajangan melainkan sebuah aturan.

### **3.9 Petugas yang tidak merokok menegur perokok untuk mematuhi ketentuan KTR**

Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Perkantoran Provinsi Sumatera Utara yang terdapat pada Pasal 8 terkait pembinaan dan pengawasan. Kepala Daerah berwenang melakukan pembinaan dan pengawasan sebagai upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok apabila ada yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok, dilakukan:

- 1) teguran lisan
- 2) teguran tertulis
- 3) sanksi administratif

Ketercapaian pada puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli serdang tidak terukur Karena tidak adanya bukti yang mendukung. Berdasarkan informasi yang peneliti dapatkan langsung dari informan melalui wawancara bahwa petugas yang tidak

merokok akan menegur pengunjung yang merokok di area KTR.

Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan di 15 puskesmas dari 34 puskesmas yang menjadi bagian dari wilayah kerja Dinas Kesehatan kabupaten Deli Serdang, peneliti tidak menemukan petugas yang menegur pengunjung pasien yang merokok di wilayah puskesmas.

Kalimat hasil wawancara :

*"KTR itu Kawasan Tanpa Rokok, hanya di bawah titisan air hujan itu. Jadi berbentuk ruangan. Jadi begitu dia keluar dari situ. Dia boleh, jadi hak mereka. Itu mereka mempunyai hak untuk merokok. Kita mana bisa kita bilang hei kau jangan merokok, kita gabisa bilang begitu. Jadi intinya jangan di dalam ruangan. Kalo pun dia di dalam ruangan. Dia keluar dulu, diluar titisan air hujan itu kan. Yang tampias itu. Jangan kita marah kalok orang itu merokok, kalok dipuskesmas pun hanya boleh di tegur. Tolong ya pak agak ke depan ya, dekat pohon ya pak"*

(Informan 2, Pegawai bagian Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Deli Serdang)

Dampak pada masyarakat dengan adanya pemahaman yang tidak sesuai ini masyarakat tidak merasa takut untuk melanggar peraturan. Sehingga perlu dilakukan evaluasi terkait permasalahan tersebut.

### **3.10 Perokok merokok diluar KTR dan adanya sanksi yang telah berlaku bagi masyarakat yang melanggar peraturan KTR**

Berdasarkan Perda Kota Medan Pasal 44 Tahun 2014 Tentang Ketentuan Pindaan yang terdapat 3 poin bagi perokok merokok yang melanggar KTR.

(1) Setiap orang yang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 22 ayat (1) dan ayat (3), dan Pasal 41, diancam pidana kurungan paling lama 3 (tiga) hari atau pidana denda paling banyak Rp 50.000,00 (lima puluh ribu rupiah).

(2) Setiap orang atau badan yang mempromosikan, mengiklankan, menjual, dan/atau membeli rokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (2) dan ayat (5) huruf a dan huruf b dan Pasal 42, diancam pidana kurungan paling lama 7 (tujuh) hari atau pidana denda paling banyak Rp 5.000.000,00 (lima juta rupiah).



(3) Setiap pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab KTR yang tidak melakukan pengawasan internal, membiarkan orang merokok, tidak menyingkirkan asbak atau sejenisnya, dan tidak memasang tanda-tanda dilarang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 dan Pasal 43, diancam pidana kurungan paling lama 15 (lima belas) hari atau pidana denda paling banyak Rp 10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah).

Ketercapaian pada indikator ini tidak terukur pada seluruh puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Deli Serdang. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari informan bahwa sanksi yang berlaku bagi pelanggar KTR adalah dalam bentuk sanksi moral yaitu teguran. Hal ini dikarenakan peraturan yang berlaku berupa peraturan bupati.

Dampak yang di timbulkan akibat hal ini yaitu kurang efektifnya sanksi yang telah dilakukan sehingga KTR tidak terlaksana secara optimal. Masyarakat tidak merasa sanksi yang berlaku memberikan kerugian yaitu hanya bersifat malu ketika ditegur dan masyarakat merasa bahwa tidak tegasnya aturan tersebut.

Diharapkan dibuat peraturan baru dengan sanksi yang lebih tegas dan membuat jera bagi pelanggar KTR agar terlaksananya program KTR dengan baik di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Dinas kesehatan Kabupaten Deli Serdang.

#### 4. Kesimpulan dan Saran

1. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang belum mencapai indikator yang telah di tetapkan.
2. Puskesmas Wilayah Kabupaten Deli Serdang harus meningkatkan pelaksanaan Program KTR agar tujuan dari Program KTR (Kawasan Tanpa Rokok) dapat tercapai.

#### Daftar Pustaka

- Fadma Yuliani, Fadil Oenzil, Detty Iryani. *Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian PJK Pada Penderita Diabetes Mlitus Tipe 2*. Jurnal Kesehatan Andalas. 2014
- Iskandar, Dkk. *Faktor Risiko Terjadinya PJK Pada Pasien Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh*. Jurnal Action, Vol 2, Nomor 1, Mei 2017
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Penyakit Tidak Menular Tahun 2016*. Jakarta. Hlm.30
- Suiraoaka, IP. *Penyakit Degeneratif Mengenal, Mencegah Dan Mengurangi Faktor Risiko 9 Penyakit Degeneratif*. Nuha Medika. (Yogyakarta: 2012)
- Sudoyo, Et All. *Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi IV." Dalam Asupan Lemak Jenuh Dan Status Gizi Sebagai Faktor Risiko Kejadian Penyakit Jantung Koroner Di RSUP Sanglah* (Jakarta: FKUI) 2011. Hlm.9-10.
- Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. *Info Datin : Situasi Kesehatan Jantung*. 2013
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor.188/MENKES/PB/I/2011 Nomor 7 Tahun 2011 tentang *Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok*.
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 *Tentang Kesehatan Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan*.
- Peraturan Dearah Kota Medan Tahun 2014.
- Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 *Tentang Kawasan Tanpa Rokok Dilingkungan Perkantoran Provinsi Sumatera Utara*.
- Pedoman KTR yang diterbitkan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2006.
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri dalam Negeri Dalam Negeri No 188/MENKES/PB/I/2011 No 7 Tahun 2011 *Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok*.

## KELUHAN SUBJEKTIF PENYAKIT KULIT PADA PEKERJA DI BAGIAN PACKING HASIL LAUT

Etianopa<sup>1</sup>, Sutinah<sup>2</sup>, Deni Septiandi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi

<p><b>Track Record Article</b></p> <p>Diterima : Dipublikasi:</p>	<p style="text-align: center;"><b>Abstrak</b></p> <p>Penyakit kulit pada nelayan akibat pengaruh air laut yang karena kepekatannya oleh garam, dalam hal ini air laut merupakan penyebab dermatosis kulit kronis dengan sifat primer. Tapi penyakit kulit mungkin pula disebabkan oleh jamur atau binatang laut. Pekerjaan basah merupakan tempat berkembangnya penyakit jamur. Gatal mungkin menghinggapi nelayan yang hidup di pantai dengan keadaan sanitasi yang kurang baik. Penelitian ini merupakan penelitian <i>analitik</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keluhan subjektif pada karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2017 yang berjumlah 41 orang. Sampel secara <i>total sampling</i> yaitu seluruh karyawan yang berjumlah 41 orang. Proses penelitian ini dilakukan pada tanggal 9 April-20 April Tahun 2018 di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan <i>uji Chi Square</i>. Hasil penelitian diperoleh sebagian besar (58,5%) responden memiliki pengetahuan rendah, (56,1%) responden memiliki sikap kurang baik, (56,1%) responden memiliki personal hygiene kurang baik dan (65,9%) responden pernah mengalami keluhan subjektif penyakit kulit. Hasil analisis bivariat diperoleh bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan <math>p\text{-value} = 0,014</math>, sikap dengan <math>p\text{-value} = 0,026</math>, personal hygiene dengan <math>p\text{-value} = 0,000</math> dengan keluhan subjektif penyakit kulit. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang pencegahan penyakit kulit, serta pemeriksaan rutin kesehatan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan setempat agar kejadian penyakit kulit dapat dikenali secara dini.</p> <p><b>Kata kunci:</b> Pengetahuan, Sikap, Personal Hygiene, Keluhan Subjektif</p> <p style="text-align: center;"><b>Abstract</b></p> <p><i>Skin disease in fish caused by sea water due to its concentration by salt, in this case is the cause of chronic skin dermatosis with primary properties. But skin diseases may also be caused by fungi or sea animals. Wet work is a place for developing fungal diseases. Itching may come upon fishermen who live on the beach with inappropriate ones. This research is an analytical study with cross sectional study which aims to study the factors associated with subjective assessment of employees in the Marine Products Packaging Department in the Treasury of East Tanjung Jabung Regency in 2018. The population in this study were all employees in the Marine Products Packing Section in The treasurer of Tanjung Jabung Timur Regency in 2017 was arrested by 41 people. Samples with a total sample are all employees taken 41 people. The process of this research was carried out on April 9-April 20, 2018 in the Sea Products Packing Section in the Treasurer of East Tanjung Jabung Regency. Data were analyzed by univariate and bivariate using Chi Square test. The results showed that most (58.5%) respondents had low knowledge, (56.1%) respondents had a bad attitude, (56.1%) respondents had poor personal hygiene and (65.9%) respondents had increased subjective complaints of skin diseases. The results of bivariate analysis were obtained about a significant relationship between knowledge with <math>p\text{-value} = 0.014</math>, attitude with <math>p\text{-value} = 0.026</math>, personal hygiene with <math>p\text{-value} = 0.000</math> with subjective complaints of skin disease. It is expected to increase knowledge and insight into skin diseases, as well as routine health checks by utilizing local health services so that skin diseases can be identified earlier.</i></p> <p><b>Keywords:</b> Knowledge, Attitude, Personal Hygiene, Subjective Complaints</p>
---	---

## 1. Pendahuluan

Penyakit menular atau penyakit infeksi yang menular pada manusia merupakan masalah penting yang dapat terjadi setiap saat terutama di negara yang sedang berkembang khususnya Indonesia dimana lingkungan hidupnya jelek oleh karena terjadinya urbanisasi secara besar-besaran dari desa ke kota, tumpukan sampah terdapat dimana-mana, polusi udara, pencemaran sumber air oleh limbah manusia dan industri di samping itu kurang kesadaran masyarakat terhadap kebersihan dan kesehatan lingkungan (Chandra, 2013).

Kurangnya air bersih khususnya untuk menjaga kebersihan diri dapat menimbulkan berbagai penyakit kulit. Hal ini terjadi karena bakteri yang selalu ada pada kulit mempunyai kesempatan untuk berkembang. Apalagi di antara masyarakat dengan keadaan gizi yang kurang seperti kekurangan vitamin A, B dan C. Segala macam penyakit kulit yang disebabkan jamur dan bakteri (Soemitrat, 2009).

Penyakit kulit adalah infeksi yang paling umum terjadi pada orang-orang dari segala usia. Sebagai besar pengobatan infeksi kulit membutuhkan waktu lama untuk menunjukkan efek. Masalahnya menjadi lebih mencemaskan jika penyakit tidak merespons terhadap pengobatan. Jenis penyakit kulit dapat berkisar dari hampir tak terhingga mengancam kehidupan. Bakteri, virus dan jamur menginfeksi kulit sangat umum terjadi dan dapat merusak kulit tetapi tidak pernah sampai mematikan (Susanto, 2013).

Jamur adalah mikroorganisme yang terdapat dimana-mana di darat, di air, maupun udara. Jamur pada kulit biasanya tumbuh menyerang badan, kaki, lipatan pada orang gemuk (misalnya sekitar leher) di bawah payudara, beberapa bagian tumbuh berambut, ketika serta selangkangan. Jamur tumbuh lebih cepat bila sering menggunakan pakaian ketat dari bahan sintesis. Pemicu lainnya adalah seringnya menggunakan menggunakan aksesoris yang pas pada kulit, seperti jam tangan, perhiasan, kaos kaki serta sepatu (Irianto, 2009).

Infeksi jamur kulit cukup banyak ditemukan di Indonesia yang merupakan negara tropis beriklim panas dan lembab, apalagi bila higienie juga kurang sempurna. Di Jakarta golongan penyakit ini sepanjang massa selalu menempati urutan kedua setelah

dermatitis. Di daerah yang lain seperti Padang, Bandung, Semarang, Surabaya dan Manado keadaannya kurang lebih sama yakni urutan kedua sampai ke empat terbanyak dibandingkan golongan penyakit yang lainnya (Harahap, 2013).

Jamur akan tumbuh lebih subur lagi bila kebersihan tubuh kurang terjaga, kondisi tubuh menurun serta mengkonsumsi beberapa jenis obat seperti antibiotik steroid dan lain-lain. Tempat-tempat umum seperti kolam renang dan tempat ganti pakaian merupakan tempat idela bagi perpindahan jamur. Jamur dapat menembus jaringan kulit terdalam dan menimbulkan infeksi. Infeksi jamur dapat menular ke bagian lain melalui garukan, handuk, dan lain-lain. Gejala khas dari penyakit jamur antara lain kemerahan kulit yang berbatas tegas, erosi dan bersisik, benjolan keras pada kulit, tangan, atau lutut dan berwarna merah atau cokelat (Irianto, 2009).

Penyakit kulit pada nelayan mungkin akibat pengaruh air laut yang karena kepekatannya oleh garam menarik air dari kulit, dalam hal ini air laut merupakan penyebab dermatosis kulit kronis dengan sifat primer. Tapi penyakit kulit mungkin pula disebabkan oleh jamur atau binatang laut. Pekerjaan basah merupakan tempat berkembangnya penyakit jamur. Gatal mungkin menghinggapi nelayan yang hidup di pantai dengan keadaan sanitasi yang kurang baik, sebabnya ialah larva sejenis cacing yang menembus kulit masuk ke dalam tubuh. Beberapa jenis ikan dapat menyebabkan kelainan kulit, biasanya nelayan mengetahui ikan-ikan yang mendatangkan gatal demikian. Demikian pula banyak ikan dan binatang laut yang berduri sehingga melukai nelayan atau mengandung racun sangat berbahaya sehingga menyebabkan kematian apabila terjadi kontak dengannya atau jika memakannya (Suma'mur, 2009).

Penyakit jamur kulit atau dermatomikosis adalah penyakit pada kulit, kuku, rambut, dan mukosa yang disebabkan infeksi jamur. Pada umumnya golongan penyakit ini dibagi atas infeksi superfisial, infeksi kutan, dan infeksi subkutan. Infeksi superfisial yang paling sering ditemukan adalah pitirialis versikolor. Yang termasuk dengan infeksi kutan adalah dermatofitosis dan kandidosis kutis. Infeksi subkutan yang

kadang-kadang ditemukan adalah sporotrikosis, fikomikosis subkutan, aktinomikosis dan kromomikosis (Harahap, 2013)..

Karena jamur mudah tumbuh pada lingkungan lembab, untuk mencegah kulit harus selalu kering dan menghindari kontak dengan penderita. Langkah-langkah pencegahan dengan mencuci tangan setelah kontak binatang, tanah dan tanaman, jangan sentuh penderita, pakai pakaian yang longgar, jaga kebersihan diri setelah berolahraga yang melibatkan kontak fisik dan orang lain, cuci tangan setelah kontak dengan penderita dan menghindari cuaca panas atau keringat yang berlebihan (Susanto, 2013).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan di bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur lokasi packing hasil laut memiliki lemari untuk penyimpanan es, perlengkapan untuk es seperti gergaji, pisau dan alat penggerak es serta mesin penggilingan es, tetapi tidak semua tempat packing hasil laut memiliki mesin penggilingan es. Para pekerja packing hasil laut ini bekerja pada jam kerja yang tidak teratur, jika hasil melaut dari nelayan sedikit, maka hasil laut yang akan packing oleh pekerja packing ikan juga sedikit, tetapi jika hasil melaut nelayan besar, maka hasil laut yang akan packing oleh pekerja juga banyak. Dalam keadaan normal atau jika hasil melaut nelayan sedikit, pekerja packing bekerja dari pukul 08.00-22.00 WIB, tetapi jika hasil melaut nelayan besar, maka pekerja bekerja dari pukul 08.00-23.30 wib. Proses kerja packing hasil laut ini rata-rata menghabiskan waktu sekitar  $\pm$  3-4 jam. Jika dihitung pada keadaan normal jam kerja dari pekerja packing hasil laut sekitar 14 jam dan bekerja selama 7 hari dalam seminggu tanpa hari libur.

Proses kerja dari packing hasil laut ini menghabiskan waktu sekitar 3-4 jam dalam satu kali proses packing hasil laut. Hasil laut yang datang dari nelayan diletakkan di atas meja, kemudian dilakukan proses pembersihan, setelah hasil laut selesai dibersihkan, hasil laut kemudian dipilah sesuai dengan jenis dan besarnya masing-masing dan diletakkan didalam keranjang. Hasil laut kemudian ditimbang dengan menggunakan timbangan, selanjutnya dilakukan proses packing. Pada proses packing ini hasil laut dimasukkan kedalam

peti plastik yang sudah diletakkan sebuah kantong plastik besar yang telah dilapisi oleh bongkahan-bongkahan es yang sudah dihaluskan dengan menggunakan mesin penggilingan es.

Pekerja packing hasil laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti disalah satu tempat packing hasil laut diperoleh sebagian besar pekerja packing hasil laut mengalami keluhan gatal-gatal, kulit keras dan mengkerut serta nyeri pada tangan dan jari serta tidak ada satupun pekerja packing hasil laut yang menggunakan fasilitas kerja berupa alat pelindung diri sarung tangan dan hanya menggunakan sepatu boots serta tidak tersedia wastafel dan sabun mandi di tempat peneliti melakukan survei awal.

Hasil wawancara peneliti dengan 8 orang pekerja packing hasil laut mengenai pengetahuan tentang penyakit kulit diperoleh bahwa pengetahuan pekerja packing hasil laut rendah didasarkan atas beberapa pertanyaan yaitu 3 orang mengatakan: penyakit kulit pada pekerja pengemasan ikan adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh proses pekerjaan packing hasil laut, penyakit kulit adalah iritasi yang diperoleh dari pekerjaan karena faktor kontak langsung dengan air, hasil laut dan es yang berulang-ulang saat melakukan proses kerja packing hasil laut, dan kulit kemerahan, gatal-gatal, kasar, mengkerut dan pecah-pecah adalah gejala iritasi kulit. Sebanyak 5 orang pekerja packing hasil laut yang peneliti wawancara memberikan tanggapan negative atau tidak mengetahui tentang penyakit kulit akibat dari pekerjaan packing hasil laut.

## 2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat *analitik* dengan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keluhan subjektif pada karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur tahun 2018 yang berjumlah 41 orang. Sampel pada penelitian ini diambil menggunakan teknik pengambilan sampel secara *total sampling* yaitu seluruh karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara

Kabupaten Tanjung Jabung Timur yang berjumlah 41 orang. Penelitian ini dilakukan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur pada tanggal 9 April-20 April Tahun 2018. Analisis data terdiri dari analisis univariat untuk mengetahui gambaran setiap variabel dan analisis bivariat untuk melihat hubungan

Hasil analisis hubungan bahwa dari 24 responden yang memiliki pengetahuan rendah sebanyak 20 responden (83,3%) pernah mengalami keluhan subjektif. Sedangkan dari 17 responden yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 10 responden (58,8%) tidak pernah mengalami keluhan subjektif.

Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan keluhan subjektif pada

### **3.2 Hubungan Sikap Dengan Keluhan Subjektif Pada Karyawan**

Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 23 responden yang memiliki sikap kurang baik sebanyak 19 responden (82,6%) pernah mengalami keluhan subjektif. Sedangkan dari 18 responden yang memiliki sikap baik sebanyak 10 responden (55,6%) tidak pernah mengalami keluhan subjektif.

Untuk mengetahui hubungan antara sikap dengan keluhan subjektif pada karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur tahun 2018, dipergunakan uji analisis *Chi-Square* dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ), maka diperoleh *p-value* ( $0,011 < \alpha (0,05)$ ), maka ada hubungan antara sikap dengan keluhan subjektif penyakit kulit pada karyawan.

### **3.3 Hubungan Personal Hygiene Dengan Keluhan Subjektif**

Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 23 responden yang memiliki personal hygiene kurang baik sebanyak 21 responden (91,3%) pernah mengalami keluhan subjektif. Sedangkan dari 18 responden yang memiliki personal hygiene baik sebanyak 12 responden (66,7%) tidak pernah mengalami keluhan subjektif.

Untuk mengetahui hubungan antara personal hygiene dengan keluhan subjektif pada karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur tahun 2018, dipergunakan uji analisis *Chi-Square* dengan tingkat kepercayaan

antara variabel variabel independen (pengetahuan, sikap dan personal hygiene) dengan variabel dependen (keluhan subjektif)

## **3. Hasil**

### **3.1 Hubungan Pengetahuan Dengan Keluhan Subjektif Pada Karyawan**

karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur tahun 2018, dipergunakan uji analisis *Chi-Square* dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ), maka diperoleh *p-value* ( $0,005 < \alpha (0,05)$ ), maka ada hubungan antara pengetahuan dengan keluhan subjektif penyakit kulit pada karyawan.

95% ( $\alpha = 0,05$ ), maka diperoleh *p-value* ( $0,000 < \alpha (0,05)$ ), maka ada hubungan antara personal hygiene dengan keluhan subjektif penyakit kulit pada karyawan.

## **4. Pembahasan**

### **4.1 Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Personal Hygiene Karyawan Tentang Penyakit Kulit**

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan pada nelayan di Desa Weru Kabupaten Lamongan menunjukkan bahwa dari 90 responden, 52 orang mempunyai pengetahuan tentang scabies dalam kategori cukup.<sup>7</sup>

Dalam penelitian ini diketahui bahwa sebagian besar karyawan memiliki tingkat pendidikan yang rendah dengan masih sedikitnya yang menamatkan pendidikan minimal SMA/Sederajat. Hal ini mengindikasikan rendahnya tingkat pendidikan karyawan berpengaruh pada pengetahuannya tentang penyakit kulit. Pendidikan formal merupakan penunjang seseorang untuk memperoleh ilmu. Dengan adanya pendidikan formal maka adanya ilmu pengetahuan yang dapat dijadikan seseorang untuk berpikir dan membuka wawasannya tentang informasi yang penting bagi kesehatan dirinya termasuk informasi tentang penyakit kulit baik pengenalan tanda dan gejala, pengobatan, maupun upaya pencegahan penyakit kulit. Pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal akan tetapi dapat

diperoleh juga dari pendidikan nonformal seperti melalui media masa ataupun media elektronik hal ini dapat meningkatkan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapinya.

Asumsi mereka karena sering aktivitas di pembersihan ikan memunculkan adanya anggapan bahwa ikan yang berasal dari laut merupakan cara penyebaran penyakit kulit. Kebiasaan buruk seseorang yang kurang memperhatikan kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar adalah penyebab utama penyakit kulit yang dikeluhkan. Hal utama yang harus dilakukan adalah dengan menjalani perilaku sehat dan menjaga kebersihan tubuh serta lingkungan tempat tinggal merupakan langkah pencegahan dan usaha untuk meminimalisir resiko yang dapat memicu timbulnya penyakit kulit.

Masyarakat tidak menganggap penyakit yang ditimbulkan jamur berbahaya, mereka menganggap penyakit tersebut sekedar perubahan dari kulit dan akan hilang dengan sendirinya. Padahal cara penularan jamur sangat mudah, apabila spora dan hifa melekat pada dinding kulit yang terinfeksi maka akan melebar luas keseluruh bagian tubuh lainnya. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan suatu penyuluhan dan melakukan usaha dalam upaya memutuskan siklus hidup dari jamur misalnya dengan cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan, tidak memakai alat-alat pribadi secara bergantian, dan pengobatan secara teratur.

Hasil tersebut dapat dilihat dari jumlah responden yang memiliki sikap baik sebanyak 56 responden 96,6%. responden memiliki sikap baik telah berobat lebih dari sekali, sehingga kesadaran sikap akan penyakit dermatomikosis baik. Responden yang kesadaran sikap cukup hanya sebanyak 2 responden 3,4%, kurangnya kesadaran sikap akan penyakit dermatomikosis salah satunya tidak konsisten untuk berobat dan mengobati penyakitnya (Rizki, 2018).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar karyawan masih memiliki sikap yang masih kurang baik dalam upaya pencegahan penyakit kulit pada dirinya. Hal ini dipengaruhi karena

kurang baiknya pengetahuan yang dimiliki karyawan sehingga kurang baik pula sikapnya dalam menanggapi kejadian penyakit kulit akibat aktivitas kerja. Sikap karyawan ini akan berpengaruh juga pada perhatian dan kepeduliannya tentang pentingnya melakukan upaya-upaya sedini mungkin seperti menjaga kebersihan diri agar dirinya dapat terhindar dari faktor-penyebab terjadinya penyakit kulit akibat aktivitas kerja.

Reaksi karyawan terhadap informasi pentingnya upaya pencegahan kejadian penyakit kulit dapat dilihat dari tanggapan mereka dengan menyetujui atau tidaknya terhadap pentingnya upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit kulit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar karyawan sudah menunjukkan sikap baik jika menjaga kebersihan diri dengan cara selalau mandi baik sebelum maupun sesudah bekerja serta menghindari bertukar pakaian dengan teman atau oprang lain merupakan upaya pencegahan penyakit kulit. Selain itu juga, sikap yang baik juga ditunjukkan jika untuk menghindari terjadinya penularan penyakit kulit maka sebaiknya menghindari kontak langsung dengan orang lain yang menderita penyakit kulit.

Namun, masih banyak sikap karyawan yang masih kurang baik dengan menunjukkan sikap yang kurang terhadap upaya-upaya lainnya dalam pencegahan penyakit kulit, seperti menggunakan pakaian kerja dan pelindung sewaktu bekerja, mencuci tangan dan kaki dengan bersih secara rutin, dan pastikan sela-sela pada bagian tubuh kering, dan jika berkeringat sebaiknya segera ganti dengan pakaian yang kering. Disamping karena masih rendahnya pengetahuan karyawan tentang upaya pencegahan penyakit kulit, juga masih rendahnya kepedulian dan perhatian karyawan yang mendorong kesadaran akan pentingnya melakukan upaya pencegahan penyakit kulit bagi kesehatan dirinya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 61 responden, terdapat 39 responden (63,9%) memiliki personal hygiene yang buruk (Sarfiyah, 2016).

Dari hasil penelitian masih banyak ditemukan personal hygiene pada karyawan yang kurang baik dalam menjaga kebersihan diri setelah melakukan aktivitas pekerjaan. Hal ini terlihat masih banyaknya karyawan yang mencuci tangan maupun kaki tidak dengan air mengalir dan menggunakan sabun atau pembersih lainnya yang dapat membunuh kuman yang menempel di tangan sewaktu bekerja. Tujuan mencuci tangan dengan menggunakan air mengalir untuk menjaga kualitas air dalam kategori bersih untuk cuci tangan dan menggunakan sabun untuk membunuh kuman yang ikut menempel di tangan maupun kaki karena sabun menggunakan antiseptik yang dapat membunuh kuman.

Kebersihan pada pakaian kerja dan pakaian sehari-hari juga sangat penting untuk diperhatikan dalam melakukan upaya pencegahan penyakit kulit. Mencuci pakaian juga merupakan salah satu usaha untuk mencegah terjadinya penyakit kulit pada karyawan. Usahakan mencuci pakaian dengan menggunakan deterjen yang mengandung antiseptik pembunuh kuman untuk membunuh kuman yang masih menempel di baju kerja dan juga setelah mencuci, jangan lupa tangan dibersihkan kembali dengan baik. Tingginya risiko terkena dermatitis pada karyawan dapat dicegah dengan menjaga kebersihan diri pada saat bekerja maupun setelah bekerja sebagai nelayan. Dengan adanya perilaku hygiene, seperti halnya mencuci tangan dan kaki maupun seluruh anggota tubuh dengan mandi setelah bekerja, selalu mengganti pakaian kerja, dan lain-lain, maka karyawan akan dapat meminimalkan risiko terkena penyakit kulit.

#### **4.2 Gambaran Keluhan Subjektif Pada Karyawan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 61 responden, ada 41 responden (32.8%) yang memiliki riwayat penyakit kulit sebelumnya dan 20 responden (67.2%) lainnya tidak ada memiliki riwayat penyakit kulit sebelumnya (Sarfiyah, 2016).

Dari hasil penelitian ditemukan keluhan-keluhan yang dialami nelayan yaitu keluhan gatal, muncul ruam kemerahan,

pembengkakan, kulit menebal, neyri, timbul nanah atau koreng, kulit bersisik. Hal ini dapat terjadi dikarenakan banyak karyawan yang kurang memperhatikan kebersihan diri dan betapa pentingnya kesehatan kulit bagi karyawan bagian packing hasil laut. Padahal kulit merupakan organ tubuh yang terletak pada bagian paling luar dan kulit merupakan organ esensial dan vital serta merupakan cermin kesehatan dan kehidupan. Kejadian penyakit kulit juga disebabkan karena adanya riwayat diri dan keluarga dengan penyakit kulit.

Salah satu jenis penyakit kulit yang banyak terjadi dan dialami karyawan bagian packing hasil laut salah satunya adalah dermatitis. Dermatitis adalah jenis penyakit yang diakibatkan oleh gejala alergi. Kulit akan mengalami bintik-bintik kemerahan disertai gatal. Penyakit jenis ini bila tidak segera diobati dapat menyebabkan borok dan bisa menjalar pada kulit yang belum terinfeksi. Bagi penderita penyakit eksim, dituntut untuk selalu mempunyai perilaku hidup sehat karena hal ini berperan penting untuk mencegah tumbuh suburnya jamur pada kulit.

Personal hygiene merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan kenyamanan terutama dalam hal kebersihan kulit karena kulit yang bersih akan terhindar dari penyakit seperti dermatitis sebaliknya jika kulit yang kotor akan menimbulkan berbagai penyakit. Selain personal hygiene, karyawan bagian packing hasil laut juga dituntut untuk menjaga kebersihan lingkungan kerja dan sebisa mungkin untuk melakukan upaya pencegahan dan proteksi diri terhadap bahaya dan ancaman serangan penyakit yang dapat ditimbulkan dari lingkungan kerja yang kurang sehat.

#### **4.3 Hubungan Pengetahuan Dengan Keluhan Subjektif**

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan (koefisien 0,004) antara pengetahuan dengan kejadian scabies dengan kekuatan hubungan yang tergolong lemah (korelasi 0,301).<sup>7</sup> Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki karyawan

di bagian packing hasil laut, maka akan semakin baik pula upaya yang dilakukan karyawan tersebut dalam melakukan pencegahan penyakit kulit. Sebaliknya, semakin rendah pengetahuan yang dimiliki karyawan, maka semakin kurang baik pula upaya yang dilakukannya dalam melakukan pencegahan penyakit kulit. Hal ini berarti pengetahuan yang dimiliki oleh karyawan di bagian packing hasil laut akan mempengaruhi perilakunya pada upaya dalam melakukan pencegahan penyakit kulit. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai jangka menengah (*intermediat impact*) dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran (*out come*) pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2007)

Dengan pengetahuan tinggi yang dimiliki oleh karyawan di Bagian Packing Hasil Laut, keluhan subjektif diharapkan dapat dicegah, akan tetapi yang membuat hal tersebut tidak terjadi dalam penelitian ini dimungkinkan oleh beberapa hal seperti pengetahuan tersebut hanya tahu saja akan tetapi tindakan sehari-hari ketika bekerja, karyawan di Bagian Packing Hasil Laut tersebut tidak menerapkan dengan baik pengetahuan tersebut sehingga dengan kebiasaan tidak menggunakan alat pelindung diri maka karyawan di Bagian Packing Hasil Laut sering mengalami keluhan gatal-gatal pada kulit, sering terjadi kemerahan, dan sering terjadi gatal-gatal pada saat kulit berkeringat

Oleh sebab itu, sangatlah penting untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan masyarakat khususnya karyawan di bagian packing hasil laut tentang penyakit kulit baik pengetahuan dalam pengenalan faktor penyebab dan tanda serta gejala maupun upaya pencegahan dan penyakit kulit agar tidak memperburuk dan memperparah kondisi kesehatan kulit itu sendiri. Hal ini perlu upaya dari tenaga kesehatan untuk memberikan informasi dan keterampilan baik melalui penyuluhan kesehatan pada masyarakat khususnya karyawan di bagian packing hasil laut sehingga meningkatkan pengetahuan dan wawasan karyawan tersebut dalam melakukan upaya pencegahan sedini

mungkin untuk menghindarkan dirinya terhadap penyakit kulit akibat aktivitas kerja.

Selama telah dilakukan penyuluhan namun nelayan kurang menyaring materi yang diberikan tidak berkaitan langsung dengan kegiatan mereka. Sehingga perlu dilakukan perbaikan metode. Metode yang dapat memancing minat nelayan untuk mengikuti penyuluhan dari Dinas Kesehatan dengan metode ceramah dan demonstrasi. Pelaku kegiatan dapat memahami kegiatan penyuluhan dengan baik karena mendapatkan penjelasan (metode ceramah) yang didukung dengan alat-alat peraga di lapangan. Penyuluh juga memberikan penyuluhan dengan menunjukkan cara kerja tersebut (metode demonstrasi) Hal ini diharapkan dapat meningkatkan karyawan dalam mengikuti kegiatan penyuluhan

#### **4.4 Hubungan Sikap Dengan Keluhan Subjektif**

Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara sikap dengan keluhan gangguan kulit ( $p = 0,109$ ) (Fitri, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin baik sikap yang dimiliki karyawan di bagian packing hasil laut, maka akan semakin baik pula upaya yang dilakukan karyawan tersebut dalam melakukan pencegahan penyakit kulit. Sebaliknya, semakin kurang baik sikap yang dimiliki karyawan, maka semakin kurang baik pula upaya yang dilakukannya dalam melakukan pencegahan penyakit kulit. Hal ini berarti sikap yang dimiliki oleh karyawan di bagian packing hasil laut akan mempengaruhi perilakunya pada upaya dalam melakukan pencegahan penyakit kulit. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses pembelajaran, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama (Notoatmodjo, 2007).

Karyawan di bagian packing hasil laut yang memiliki sikap yang acuh terhadap penggunaan alat pelindung diri. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya



kesadaran karyawan di bagian packing hasil laut dalam bekerja. Sikap karyawan di bagian packing hasil laut yang merasa sudah kebal sehingga acuh ini mungkin disebabkan karena kurangnya penyuluhan tentang pengetahuan karyawan di bagian packing hasil laut.

Oleh karena itu, perlunya peningkatan sikap karyawan di bagian packing hasil laut dalam pencegahan penyakit kulit dengan arahan serta bimbingan sehingga para karyawan tersebut dapat menunjukkan sikap yang lebih baik lagi dari sebelumnya dalam mengupayakan pencegahan penyakit kulit sebagai dasar dan pedoman dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit kulit sejak awal untuk menghindari tertularnya penyakit menular kulit tersebut serta tidak meminjam atau bertukar handuk atau pakaian dengan nelayan lainnya serta menambah wawasan dan pengetahuannya yang dapat dijadikan sebagai dasar dan pedoman dalam melakukan tindakan pencegahan penyakit kulit sejak awal untuk menghindari tertularnya penyakit menular seperti penyakit kulit tersebut.

#### 4.5 Hubungan Personal Hygiene Dengan Keluhan Subjektif

Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan secara signifikan adalah personal hygiene dan lama kontak dengan hasil uji statistik didapatkan nilai  $p$ -value = 0,005 (Sarfiah, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin kurang baik personal hygiene yang dilakukan karyawan di bagian packing hasil laut maka akan semakin besar resiko untuk mengalami kejadian penyakit kulit. Sebaliknya, semakin baik personal hygiene yang dilakukan karyawan tersebut maka akan semakin kecil resiko untuk mengalami kejadian penyakit kulit.

Responden dengan wawasan cukup luas namun personal hygiene kurang baik dikarenakan kebiasaan yang dilakukan setiap hari yang sulit untuk dirubah serta mengalami keluhan subjektif dikarenakan jarang menjaga kebersihan dan malas untuk menggunakan alat pelindung diri. Lama kerja lebih dari 2 tahun sudah terbiasa dengan keadaan lembab, serta tidak menggunakan sepatu boot mudah untuk

mengalami penyakit kulit. Sebaiknya para karyawan di Bagian Packing Hasil Laut lebih menjagahygiene personal, misalnya cuci tangan dan kaki menggunakan sabun dan airmengalir setelah bekerja, mandi setelah pulang kerja, menggunakan sepatu boot dan sarung tangan yang bersih dan tidak lembab.

#### 5. Kesimpulan dan Saran

Sebagian besar (58,5%) responden memiliki pengetahuan rendah, (56,1%) responden memiliki sikap kurang baik, (56,1%) responden memiliki personal hygiene kurang baik, dan (65,9%) responden pernah mengalami keluhan subjektif penyakit kulit. Adanya hubungan pengetahuan dengan keluhan subjektif pada karyawan, dengan  $p$ -value= 0,005, sikap dengan keluhan subjektif pada karyawan, dengan  $p$ -value= 0,011 dan personal hygiene dengan keluhan subjektif pada karyawan, dengan  $p$ -value= 0,000. Pentingnya melakukan upaya pencegahan penyakit kulit pada karyawan di bagian packing hasil laut, maka sebaiknya diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang pencegahan penyakit kulit, serta pemeriksaan rutin kesehatan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan setempat agar kejadian penyakit kulit dapat dikenali (terdeteksi) secara dini sehingga tidak memperburuk kondisi kesehatan yang akan mempengaruhi produktivitas karyawan dalam bekerja, menggunakan alat pelindung diri saat bekerja mempacking hasil laut seperti sepatu boot dan sarung tangan untuk mencegah terpapar bahan iritan maupun allergen yang ada di tempat kerja dan sebaiknya para karyawan di bagian packing hasil laut yang bekerja di tempat pelelangan ikan lebih menjaga hygiene personal, misalnya cuci tangan dan kaki menggunakan sabun dan air bersih setelah bekerja, mandi setelah pulang kerja, mengganti pakaian kerja setiap hari, menggunakan alat pelindung diri yang bersih dan tidak lembab.

Diharapkan dapat menambah literatur dan bahan pustaka khususnya tentang faktor-faktor yang menyebabkan keluhan subjektif pada penyakit kulit serta personal hygiene dalam lingkungan kerja

karyawan di bagian packing hasil laut yang sehat bagi untuk bekerja sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan sebagai tambahan referensi bagi Mahasiswa HI Jambi Program Studi Kesehatan Masyarakat dalam melakukan penelitian.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan dan tambahan referensi bagi peneliti selanjutnya yang melakukan penelitian yang sama tentang kejadian keluhan subjektif penyakit kulit pada karyawan di bagian packing hasil laut dengan mengambil tempat dan variabel penelitian yang berbeda yang belum diteliti dalam penelitian ini selain variabel pengetahuan, sikap dan personal hygiene karyawan.

#### **Daftar Pustaka**

- Chandra, 2013. Kontrol Penyakit Menular. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta: ix, 110 hlm.
- Fitri, 2016. Hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan penggunaan APD dengan keluhan gangguan kulit pada petugas sampah batu layang Pontianak. Vol 3, No 1 (2015)
- Harahap, M, 2013. Ilmu Penyakit Kulit. Penerbit Hipokrates. Jakarta.
- Irianto, 2009. Parasitologi. Penerbit Yrama Widya. Bandung.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2007. Kesehatan Masyarakat ilmu dan seni. PT Rineka Cipta, Jakarta: xi, 427 hlm
- Rizki , 2018. Gambaran tingkat pengetahuan dan sikap penderita dermatomiksis di Puskesmas Bendosari Sukoharjo Vol 5 No. 2
- Ruttina, 2018. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dermatitis Kontak Akibat Kerja Pada Pedagang Ikan Di Pasar Tradisional-Modern Gudang Lelang Teluk Betung Kota Bandar Lampung Vol 8 No. 1
- Sarfiah, 2016. Faktor yang berhubungan dengan dermatitis kontak iritan pada nelayan di Desa Lamanggau Kecamatan Tomia Kabupaten Wakatobi Tahun 2016. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah Vol 3 No.

- Soemirat, 2009. Kesehatan Lingkungan. Penerbit Gajah Mada University Press. Yogyakarta
- Suma'mur, 2009. Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes) Penerbit Sagung Seto. Jakarta.
- Susanto, 2013. Penyakit Kulit dan Kelamin. Penerbit Nuha Medika. Yogyakarta.

**Tabel 1 Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Keluhan Subjektif Pada Karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2018**

No	Pengetahuan	Keluhan Subjektif				Total		p-value
		Pernah		Tidak Pernah		n	%	
		n	%	n	%			
1	Rendah	20	83,3	4	16,7	24	100,0	0,005
2	Tinggi	7	41,2	10	58,8	17	100,0	
	Total	27	65,9	14	34,1	41	100,0	

**Tabel 2 Hubungan Antara Sikap Dengan Keluhan Subjektif Pada Karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2018**

No	Sikap	Keluhan Subjektif				Total		p-value
		Pernah		Tidak Pernah		N	%	
		n	%	n	%			
1	Kurang Baik	19	82,6	4	17,4	23	100,0	0,011
2	Baik	8	44,4	10	55,6	18	100,0	
	Total	27	65,9	14	34,1	41	100,0	

**Tabel 3 Hubungan Antara Personal Hygiene Dengan Keluhan Subjektif Pada Karyawan di Bagian Packing Hasil Laut di Mendahara Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2018**

No	Personal Hygiene	Keluhan Subjektif				Total		p-value
		Pernah		Tidak Pernah		n	%	
		n	%	n	%			
1	Kurang Baik	21	91,3	2	8,7	23	100,0	0,000
2	Baik	6	33,3	12	66,7	18	100,0	
	Total	27	65,9	14	34,1	41	100,0	