

p-ISSN 2654-8232  
e-ISSN 2654-797X



# *Jurnal Umiah Kesehatan*



Volume 2

Number 2

Page  
45 - 86

Semarang  
July 2020

# PRO HEALTH

## Jurnal Ilmiah Kesehatan

---

- Ketua Editor (*Editor in Chief*) : Kartika Dian Pertiwi, S.K.M.,M.Kes
- Dewan Editor (*Editorial Board*) : Sri Lestari,S.K.M.,M.Kes  
Ita Puji Lestari,SKM., M.Kes
- Mitra Bestari (*Peer Review*) : Dr. Nurjazuli, SKM., M.Kes  
Dr. Elanda Fikri, SKM., M.Kes  
Dr. Widya Hary Cahyati, S.K.M., M.Kes.Epid  
Dr. Sigit Ambar Widyawati, SKM.,M.Kes
- Sekretariat Redaksi (*Managing Editor*) : Alfani Afandi, SKM., M.Kes.Epid

### Alamat Redaksi

Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan  
Gedung G Lantai 2

Jl. Diponegoro No. 136 Ungaran, Kab. Semarang

☎ (024) 6925408

📱 +62812-2911-7675

✉ jurnalprohealth@unw.ac.id atau prohealthjurnal@gmail.com

🌐 <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/PJ/>

**SAMBUTAN**  
**KETUA PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**

Assalamuala'ikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat-Nya kepada kita semua sehingga kita dapat menerbitkan Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan Volume 2 Nomor 2 di Tahun 2020 sebagai kontribusi ilmiah Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan merupakan salah satu sarana untuk menyajikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam pelayanan kebidanan.

Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan merupakan jurnal kesehatan masyarakat Nasional yang menerbitkan artikel berbasis penelitian yang berkaitan dengan epidemiologi, pendidikan dan promosi kesehatan, kebijakan dan administrasi kesehatan, kesehatan lingkungan, nutrisi kesehatan masyarakat, kesehatan seksual dan reproduksi, kesehatan kerja dan keselamatan serta bisostatistik baik dalam tataran akademis maupun praktis. Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan diterbitkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ngudi Waluyo dua kali setahun pada bulan Januari dan Juli.

Kami mengucapkan terima kasih atas dukungan semua pihak dalam menjaga eksistensi dan keberlanjutan Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan, kepada mitra bestari yang berkenan memberikan masukan kepada redaksi dan juga mereview tulisan yang ada, juga kepada anggota redaksi yang juga meluangkan waktu untuk bekerja agar Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan ini dapat terbit dengan baik. Semoga tulisan-tulisan dalam jurnal ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan memberikan banyak pencerahan untuk hal yang lebih baik.

Selamat membaca dan semoga bermanfaat.

Wassalamua'laikum Wr. Wb.

Semarang, Juli 2020

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat

Alfan Afandi, SKM., M.Kes.Epid

# PRO HEALTH

## Jurnal Ilmiah Kesehatan

---

### DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
DEWAN REDAKSI.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
<b>Gambaran Perilaku Ibu Rumah Tangga dalam Pengelolaan Sampah Domestik Studi Kasus di RW 03 Kelurahan Plamongansari Kota Semarang</b> .....	45
Fitria wulandari, Ita Puji Lestari	
<b>Persepsi Masyarakat terhadap Pelaksanaan Program Jamkesmas, Jampersal Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng</b> .....	50
Sabrina Farani	
<b>Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Asia dan Afrika</b> .....	56
Fitratur Rahmah Agustina, Diah Mulyawati Utari	
<b>Predictor Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Tahun 2018 di Indonesia</b> .....	62
Riezky Febiola, Mondastri Korib Sudaryo, Sri Ulfa Alriani	
<b>Analisis Persepsi <i>Stakeholder</i> dalam Penanganan Risiko Pestisida sebagai Dasar Penyusunan <i>Policy Brief</i> di Kabupaten Brebes</b> .....	68
Sri Lestari, Hanifa Maher Denny, Yuliani Setyaningsih	
<b>Hubungan Insomnia dengan Kejadian Migrain pada Remaja</b> .....	76
Faridah Aini, Raharjo Apriyatmoko	
<b>Gambaran Kejadian <i>Burnout</i> Pada Perawat Di RSUD Ungaran</b> .....	82
Mona Saparwati, Raharjo Apriyatmoko	
PEDOMAN PENULISAN NASKAH.....	87



## Gambaran Perilaku Ibu Rumah Tangga dalam Pengelolaan Sampah Domestik Studi Kasus di RW 03 Kelurahan Plamongsari Kota Semarang

Fitria wulandari<sup>1</sup>, Ita Puji Lestari<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitas Dian Nuswantoro, Fitria.wulandari@dsn.dinus.ac.id

<sup>2</sup> Universitas Ngudi Waluyo, itapujilestari@unw.ac.id

*Info Artikel : Diterima Februari 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020*

### ABSTRAK

Sampah dan Pengelolaannya saat ini menjadi masalah , dan menjadi prioritas di kota-kota besar. Pengelolaan sampah dengan cara dibakar menjadi salah satu cara yang sering dilakukan oleh sebagian masyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan, salah satunya adalah di wilayah kelurahan plamongsari, terutama di RW 03. Oleh karena itu di perlukan suatu penelitian lebih lanjut untuk menggambarkan perilaku ibu rumah tangga dalam mengelola sampah hasil aktifitas rumah tangga. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan wawancara dan observasi langsung. Penelitian di lakukan dengan pendekatan deskriptif dengan, dengan populasi adalah warga di RW 03 Kelurahan Plamongsari, metode pengambilan sample dengan metode purposive sampling dan pengambilan sample secara acak. Dari hasil penelitian diperoleh hasil bahwa 50% responden berpendidikan rendah, 23% berpendidikan menengah, dan sisanya sebanyak 13% berpendidikan tinggi. Gambaran perilaku ibu rumah tangga dalam mengelola sampah dapat digambarkan bahwa 51% responden mengelola sampah rumah tangga dengan cara di bakar, sedangkan 48% responden membuang sampah ke TPS( tempat Pembuangan Sementara), dan sisanya membuang sampah di lahan kosong. Masyarakat kurang mendapatkan informasi mengenai pengelolaan sampah yang baik, dari petugas kesehatan dalam beberapa kegiatan penyuluhan, karena materi penyuluhan yang diberikan lebih banyak di bidang kesehatan.

**Kata kunci:** Masyarakat, perilaku, pengelolaan sampah rumah tangga

### ABSTRACT

Waste and its management is currently a problem, and a priority in big cities. Waste management by burning is one method that is often done by some people both in urban and rural areas, one of which is in the Plamongsari village area, especially in RW 03. Therefore, further research is needed to describe the behavior of housewives in managing waste from household activities. This research was conducted son january 2020, with the type of descriptive research that is interviews and observations of health community at RW 03 plamongsari village. The results of the study showed that 50% of respondents had low education, 23% had high education, and the remaining 13% had high education. The description of the behavior of housewives in managing waste can be illustrated that 51% of respondents manage household waste by burning it, while 48% of respondents throw garbage into the TPs, and the rest dispose of waste in empty land. Communities lack information about good waste management, from health workers in some extension activities, because the extension material provided is more in the health sector. 51% of respondents treated waste by burning it, while the remaining 49% of respondents did not do waste processing, but the waste generated was directly disposed of at the Waste Disposal Site

**Keywords:** Community, habits, household waste management

## PENDAHULUAN

Sampah dan Pengelolaannya saat ini menjadi masalah, dan menjadi prioritas di kota-kota besar. Menurut KLHK dan kementerian perindustrian pada tahun 2016, jumlah timbunan sampah di Indonesia sudah mencapai 65,2 juta ton pertahun. Pertambahan jumlah penduduk menjadi salah satu faktor naiknya jumlah sampah yang dihasilkan, selain karena pertambahan jumlah penduduk sampah juga dihasilkan karena pola konsumsi makanan pada masyarakat. Produksi sampah yang perhari yang cukup tinggi terjadi di pulau Jawa, antara lain Surabaya yang menghasilkan sampah 9.896.78 m<sup>3</sup>, sedangkan di Jakarta sampah yang dihasilkan perharinya sekitar 7.164.53 m<sup>3</sup>.<sup>1</sup> Menurut dinas lingkungan hidup kota Semarang, hingga tahun 2019. Sampah yang ada sekarang ini sebagian besar berasal dari kegiatan pertanian, pasar, rumah tangga, hiburan atau industri. Salah satu bentuk sampah adalah sampah domestik, yang merupakan salah satu kegiatan rumah tangga, yang proses akhirnya akan menyisakan limbah domestik. (Sudirman 2005) Derajat kesehatan Masyarakat ditentukan oleh kondisi Host (manusia), agent (penyebab penyakit) dan environment (lingkungan). Perilaku masyarakat dalam mengelola sampah sangat mempengaruhi tingkat kesehatan lingkungan, salah satu perilaku yang

sampai saat ini masih banyak terjadi di masyarakat adalah perilaku membakar sampah. Perilaku adalah suatu sikap yang dilahirkan akibat interaksi antara manusia dengan lingkungan, sehingga perilaku individu dan masyarakat mempengaruhi hal tersebut. (Widodo T. Studi tentang peranan unit pasar dalam pengelolaan sampah di Pasar Merdeka Kota Samarinda. *Journal Administrasi Negara*. 2013; 1(1): 1-11). Sekitar 44,6 % ibu rumah tangga tidak mengelola sampah dengan baik.<sup>2</sup> Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dengan perilaku mengelola sampah domestik. Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan sebelumnya, timbulan rata-rata sampah domestik yang dihasilkan yaitu sebesar 2,76 liter/orang/hari dengan berat 0,42 kg/orang/hari. Perhitungan timbulan sampah dilakukan di Kecamatan Semarang Tengah, Semarang Timur, Gayamsari, Pedurungan, Candisari, Gajah Mungkur, Gunung Pati, dan Ngaliyan (Bappeda Kota Semarang 2013).<sup>3</sup> Sesuai dengan hasil penelitian diatas, maka peneliti ingin melanjutkan penelitian mengenai pengelolaan sampah di wilayah kecamatan pedurungan khususnya di RW 03 Kelurahan Plamongan Sari.

## MATERI DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menggambarkan pengetahuan ibu rumah tangga dalam mengelola limbah rumah tangga (limbah domestik) pada masyarakat desa Plamongansari, khususnya pada masyarakat RW 03, populasi dalam penelitian ini adalah seluruh warga RW 03, Kelurahan Plamongansari, penentuan besar

sample dengan metode purposive sampling, dan pengambilan sampling secara acak (random sampling). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 68 orang, variabel dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan ibu sebagai variabel bebas, sedangkan perilaku dalam mengelola limbah/sampah domestik menjadi variabel terikatnya

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan selama bulan Januari 2020, di Kelurahan Plamongan Sari, khususnya di RW 03, dengan jumlah sampel sebanyak 68 orang.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan maka dapat digambarkan karakteristik responden yang menjadi sampel penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 1.2 Karakteristik sampel berdasarkan tingkat pendidikan

VARIABEL	N	%
Tidak Sekolah	2	3 %
SD	22	32 %
SMP	12	18 %
SMA	16	24 %
SMK	7	10 %
PENDIDIKAN TINGGI	9	13 %

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa rata-rata pendidikan responden adalah SD, yaitu sebesar 32,4% (22 orang), 17,6% (12 orang) responden berpendidikan SMP, 23 orang responden

berpendidikan SMA/K, dan sisanya 13,2% (9 orang) menempuh pendidikan di universitas atau akademi. Dapat disimpulkan bahwa responden dalam penelitian ini mempunyai tingkat pendidikan rendah

(SD dan SMP) sebanyak 34 responden (50 %) , berpendidikan menengah 23 orang (38%), dan berpendidikan tinggi sebanyak 9 orang (13%) pada penelitian ini juga masih ditemukan responden yang

tidak mengalami sekolah formal sebanyak 2 orang (0,02%) responden. Karakteristik Responden berdasarkan umur tersaji dalam tabel berikut ini :

Tabel 1.1 Karakteristik Responden berdasarkan umur

Variabel	N	%	
UMUR RESPONDEN	< 20 tahun	8	12 %
	20-30 tahun	60	88 %

Pengetahuan ibu di lingkungan RW 3 di peroleh dari berbagai kegiatan penyuluhan yang dilakukan bersamaan dengan kegiatan warga pada saat PKK, atau kegiatan RW yang lainnya. Meskipun begitu tingkat pengetahuan ibu di RW 3 Kelurahan Palmongansari, di Kota Semarang mengenai sampah tergolong rendah, hal ini di akibatkan karena materi penyuluhan yang diberikan kebanyakan mengenai permasalahan kesehatan, seperti masalah pengendalian jentik nyamuk, penyakit DBD, diare dan pemberian imunisasi pada anak, dan masih minim penyuluhan mengenai bagaimana pengelolaan sampah yang tepat. Penyuluhan tentang sampah lebih banyak mengarah kepada bagaimana melakukan pemilahan sampah dan membuat bahan daur ulang sampah, tanpa mendahului dengan memberikan pengetahuan kepada masyarakat mengenai bagaimana seharusnya sampah dikelola. Pengetahuan Masyarakat tentang bahaya sampah domestik/sampah rumah tangga belum banyak diberikan terutama kepada ibu rumah tangga. Dimana pada kesehariannya ibu-ibu yang akan banyak berperan dalam pengelolaan sampah rumah tangga. Rumah tangga menghasilkan sampah domestik yang

Hasil dari susenas 2017 yang dilakukan oleh BPS menyebutkan bahwa 53,64% rumah tangga membakar sampah yang dihasilkan dan hanya 19,07% desa yang memiliki TPS. Sesuai dengan hasil wawancara dengan responden menyatakan bahwa 34% dari warga menyatakan bahwa membakar sampah adalah cara yang paling mudah dalam mengelola sampah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Della Oktivia , dkk, Dalam penelitian yang lain yang dilakukan oleh Riswa, dkk dalam pengelolaan sampah rumah tangga di kecamatan daha selatan, diperoleh hasil bahwa peran serta masyarakat dalam pengelolaan sampah sangat penting dalam melaksanakan pengelolaan sampah sesuai dengan perencanaan yang dilakukan. Dan diperlukan pembinaan secara terus menerus agar diperoleh hasil yang sesuai dengan perencanaan. Selain itu tingkat pendidikan dan perilaku terhadap kebersihan lingkungan, juga berkorelasi dengan perilaku dalam pengelolaan sampah, sehingga diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui pendidikan formal maupun non formal, sedangkan untuk mengendalikan perilaku

cukup tinggi setiap harinya, seiring dengan bertambahnya penduduk maka volume sampah yang dihasilkan juga semakin banyak, menurut soejatmiko, dalam Karakteristik Pengelolaan Sampah Rumah Tangga Skala Komunitas di Kota Semarang tahun 2017, volume sampah yang dihasilkan di kota semarang per harinya telah mencapai 1200 ton sampah, dengan jumlah penduduk sekitar 1,7 juta jiwa. <sup>(3)</sup> Dari hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa kebiasaan warga di RW 3 kelurahan plamongansari dalam mengelola sampah sehari-hari adalah dengan cara dibakar ( 35%), bahkan masih ada responden yang menyatakan bahwa sampah di buang ke lahan/tanah kosong ( 1%). Hanya ada 32 % masyarakat yang telah membuang sampahnya ke TPS. Sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Ririn Setyowati, dkk Hal tersebut mengindikasikan bahwa sebagian dari ibu rumah tangga yang menjadi responden penelitian berusaha mengaplikasikan penyuluhan mengenai kesehatan yang telah diperoleh dengan cara dan upaya yang mereka dapat lakukan.

tentang analisis beban emisi Co dan CH 4 dari kegiatan Pembakaran sampah rumah tangga secara terbuka di Kabupaten Kubu Raya, yang menyatakan bahwa sebanyak 70% responden dalam penelitian tersebut menyatakan membakar sampah dinilai lebih praktis dan cepat dalam mengurangi jumlah sampah, bukan karena tidak adanya fasilitas TPS ataupun retribusi<sup>4</sup>

masyarakat dalam pengelolaan sampah diperlukan waktu yang lebih lama lagi, salah satunya adalah dengan membiasakan masyarakat dalam perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). <sup>5</sup> Penelitian lain yang dilakukan oleh Bambang Munas, dalam model peningkatan partisipasi masyarakat dan penguatan sinergi dalam pengeolaan sampah sampah diperkotaan menyebutkan bahwa beberapa hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan partisipasi mayarakat dalam pengelolaan sampah dapat dilakukan dengan cara (1) melakukan pengenalan karakteristik sampah, (2) merencanakan dan menerapkan pengelolaan persampahan secara terpadu, (3) Memisahkan peran pengaturan dan pengawasan dari lembaga yang ada

dengan fungsi operator pemberi layanan, agar lebih tegas dalam melaksanakan reward & punishment dalam pelayanan, (4) Menggalakkan program Reduce, Reuse dan Recycle (3 R) agar dapat tercapai program zero waste pada masa mendatang, (5) Melakukan pembaharuan struktur tarif dengan menerapkan prinsip pemulihan biaya (full cost recovery) melalui kemungkinan penerapan tarif progresif, dan mengkaji kemungkinan penerapan struktur tarif yang berbeda bagi setiap tipe pelanggan; (6) Mengembangkan

teknologi pengelolaan sampah yang lebih bersahabat dengan lingkungan dan memberikan nilai tambah ekonomi bagi bahan buangan.<sup>6</sup>

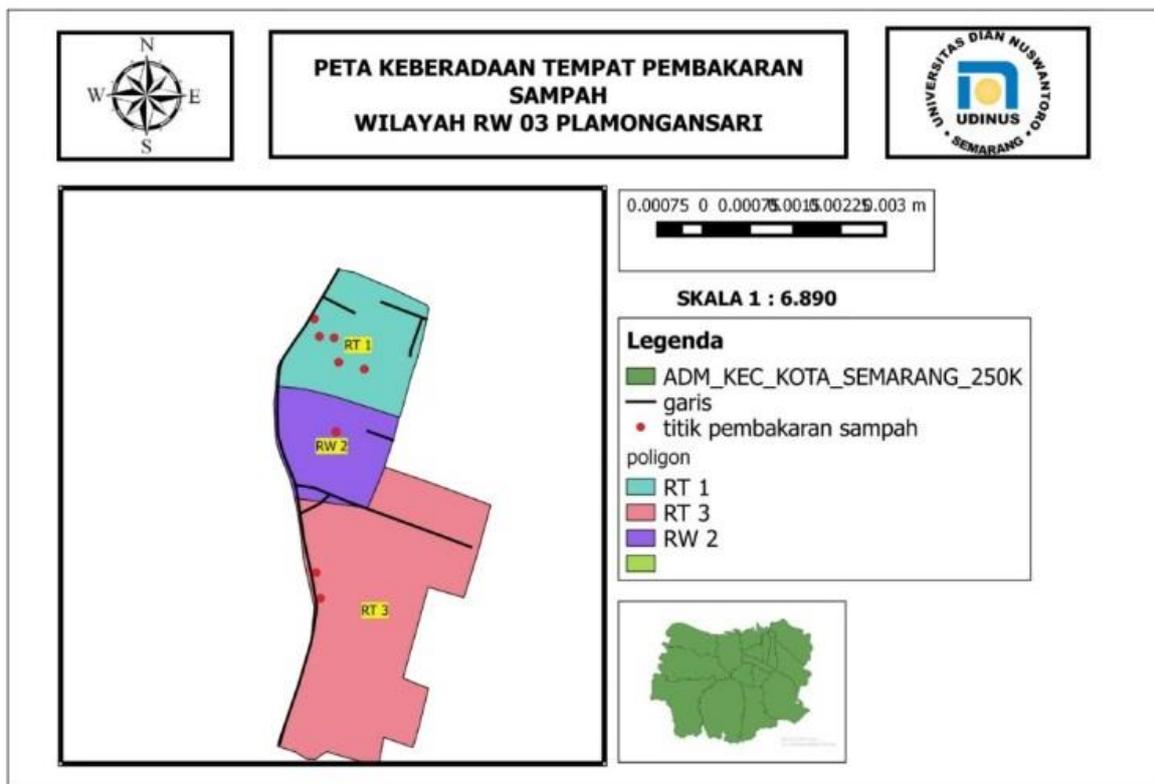
Sejumlah 68 Rumah tangga menjadi sample dalam penelitian ini, dimana yang menjadi kriteria inklusi adalah ibu atau anak perempuan dewasa dalam rumah tersebut. Dari 68 responden, dapat di jelaskan bagaimana perilaku dalam pengelolaan sampah sebagai berikut:

tabel 1. 2 perilaku masyarakat dalam mengolah sampah

Tingkat pendidikan	Perilaku Mengelola Sampah					
	Dibuang ke TPS		Dibakar		Di buang ke lahan kosong	
	n	%	n	%	n	%
Rendah	16	50%	19	54%	1	6%
Sedang	13	41%	10	29%	0	0
Tinggi	3	9%	6	17%	0	0
<b>JUMLAH</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Selain itu perilaku pengelolaan sampah dengan cara membakar juga masih banyak dilakukan oleh masyarakat, gambaran lokasi masyarakat yang masih

berperilaku membakar sampah dapat digambarkan dalam peta berikut ini:



Gambar 1.1 Pemetaan lokasi Pembakaran sampah warga

## PENUTUP

Sebanyak 51% responden di RW 03 Kelurahan Plamongansari kecamatan Pedurungan Kota Semarang, mengolah sampah dengan cara di bakar, sedangkan sisanya 49 % responden tidak melakukan pengolahan sampah, namun sampah yang dihasilkan langsung dibuang ke TPS. Untuk kader /petugas Kesehatan Sebaiknya dilakukan penyuluhan tentang pengelolaan sampah /limbah domestik secara

sederhana, dengan memanfaatkan pertemuan rutin yang ada masyarakat seperti kegiatan posyandu, pertemuan di tingkat RT/RW. Selain itu perlu dilakukan upaya untuk dapat meningkatkan kesadaran warga untuk menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal melalui media yang mudah di akses seperti dengan pemasangan MMT di tempat –tempat yang mudah di lihat oleh masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Subdirektorat Statistik Lingkungan Hidup, Statistik Lingkungan Indonesia, BPS.go.id/Publication 2018
2. Setyowati, r, *Surahma A*, pengetahuan dan perilaku ibu rumah tangga dalam pengelolaan sampah plastik, <http://journal.fkm.ui.ac.id/index.php/kesmas/article/view/331>, Vol 7, no 12 tahun 2013.
3. Jawoto sih, dkk , Karakteristik Pengelolaan sampah Rumah Tangga Skala Komunitas di Kota Semarang , [/riptek.semarangkota.go.id/index.php/riptek/issue/view/1](http://riptek.semarangkota.go.id/index.php/riptek/issue/view/1) Vol.12, No. 2 , Tahun 2018 Hal 119-130
4. Della Oktavia, DKK, ANALISIS BEBAN EMISI CO DAN CH4 DARI KEGIATAN PEMBAKARAN SAMPAH RUMAH TANGGA SECARA TERBUKA (Studi Kasus Kecamatan Sungai Kakap, Kabupaten Kubu Raya, <https://media.neliti.com/media/publications/191519>)
5. Riswa, dkk, Pengelolaan sampah rumah tangga di kecamatan daha selatan, jurnal ilmu lingkungan vol.9 no 1 , april 2011
6. Bambang Munas Dwiyanto, Model Peningkatan Partisipasi Masyarakat Dan Penguatan Sinergi Dalam Pengelolaan Sampah Perkotaan, Jurnal Ekonomi Pembangunan Volume 12, Nomor 2, Desember 2011, hlm.239-256.



## Persepsi Masyarakat terhadap Pelaksanaan Program Jamkesmas, Jampersal Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng

Sabrina Farani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitas Pendidikan Ganesha, sgrsabrinafarani27@gmail.com

Info Artikel : Diterima Juni 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020

### ABSTRAK

Program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin/JPKMM dapat berupa Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan jaminan persalin (Jampersal) yang yang dikeluarkan oleh pemerintah dalam upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jamkesmas dan Jampersal, Kebijakan RSUD Kabupaten Buleleng mengenai program Jamkesmas dan Jampersal, kendala-kendala yang dihadapi dalam program Jamkesmas dan Jampersal. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan populasi penelitian yaitu masyarakat yang dirawat di RSUD Kabupaten Buleleng dengan sampel berjumlah 50 orang yang ditetapkan dengan teknik *purposive sampling*. Variabel masukan/*input*, proses, dan hasil digali dengan menggunakan kuesioner dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa : (1) Persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jamkesmas di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng adalah sangat baik, (2) Pelaksanaan program Jampersal di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng adalah sangat baik, (3) Kendala-kendala yang dihadapi adalah ada juga peserta Jamkesmas dan Jampersal yang tidak memiliki KTP maupun KK, (4) Kebijakan RSUD Kabupaten Buleleng adalah: memberikan kemudahan kepada pasien yang dirawat mengenai pengurusan kelengkapan/persyaratan program Jamkesmas atau Jampersal dengan terlebih dahulu memberikan pelayanan atau perawatan kepada pasien.

**Kata kunci:** Persepsi Masyarakat, Program Jamkesmas, Program Jampersal

### ABSTRACT

*Health care programs for the poor / JPKMM can be in the form of Community Health Insurance (Jamkesmas) and social security guarantees (Jampersal) issued by the government in an effort to reduce the Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR). This study aims to describe and analyze people's perceptions of the implementation of the Jamkesmas and Jampersal program, Buleleng District Hospital Policy regarding the Jamkesmas and Jampersal program, the constraints faced in the Jamkesmas and Jampersal program. This study is a qualitative study, with the population of the research being treated in the District Hospital of Buleleng with a sample of 50 people determined by purposive sampling technique. Input, process, and outcome variables were explored using questionnaires and interviews. The results showed that: (1) Community perception of the implementation of the Jamkesmas program in the Delivery Room and Perinatology Room of Buleleng Regency Hospital was very good, (2) The implementation of the Jampersal program in the Delivery Room and Perinatology Room of Buleleng Regency Hospital was very good, (3) Constraints the constraints faced are there are also Jamkesmas and Jampersal participants who do not have a KTP or KK, (4) Buleleng District Hospital Policy is: providing convenience to patients treated regarding the management of Jamkesmas or Jampersal program requirements by first providing services or care to patient.*

**Keywords:** Community Perception, Community Health Assurance, Delivery Assurance

## PENDAHULUAN

Deklarasi Universal Hak Azasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) Tahun 1948 (Indonesia ikut menandatangani) dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan Pemerintah dan Pemerintah Daerah.<sup>1</sup> Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, dan terbitnya UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Karena melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.<sup>2</sup>

Berdasarkan konstitusi dan Undang-Undang tersebut, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang. JPKMM/Askeskin, maupun Jamkesmas kesemuanya memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.<sup>3</sup>

Program Jamkesmas Tahun 2011 dilaksanakan dengan beberapa perbaikan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian. Pada aspek kepesertaan, sejak tahun 2010 telah dilakukan upaya perluasan cakupan, melalui penjaminan kesehatan kepada masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, masyarakat miskin penghuni lapas/rutan serta masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat, sampai dengan satu tahun setelah kejadian bencana. Peserta yang telah dicakup sejak tahun 2008 meliputi masyarakat miskin dan tidak mampu yang ada dalam kuota, peserta program Keluarga Harapan (PKH), gelandangan, pengemis dan anak terlantar. Kementerian Kesehatan saat ini telah mencanangkan Jaminan Kesehatan Semesta pada akhir Tahun 2014, sehingga nantinya seluruh penduduk Indonesia akan masuk dalam suatu Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat (*universal coverage*).<sup>4</sup>

Pada aspek pelayanan, pada Tahun 2010 diperkenalkan paket INA-DRGs versi 1.6 yang lebih sederhana, lebih terintegrasi serta mudah dipahami dan diaplikasikan, namun demikian pada akhir tahun 2010 dilakukan perubahan penggunaan *software grouper* dari Indonesia Diagnosis Related Groups (INA-DRGs) ke Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs). Seiring dengan penambahan kepesertaan maka perlu perluasan jaringan fasilitas kesehatan rujukan dengan meningkatkan jumlah Perjanjian Kerja Sama antara Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan rujukan setempat.<sup>5</sup>

Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan Negara ASEAN lainnya. Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKI 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 1000 kelahiran hidup. Terlebih lagi dengan sistem pembayaran yang ditanggung sendiri oleh masyarakat (*Out of Pocket*), kebanyakan masyarakat tidak sanggup membayar ketika mereka jatuh sakit, apalagi kalau penyakitnya berat dan perlu tindakan operasi. Adapun kendala-kendala yang dihadapi khususnya bagi masyarakat miskin atau yang kurang mampu yaitu ada juga yang tidak memiliki kartu identitas diri, seperti KTP maupun Kartu Keluarga (KK).

Dengan adanya hal tersebut, jika masyarakat miskin atau yang kurang mampu ingin berobat ke pelayanan kesehatan baik Rumah Sakit maupun Puskesmas tentunya masing-masing tempat layanan kesehatan mempunyai masing-masing kebijakan dalam menyikapi kendala tersebut. Berdasarkan latar belakang penelitian di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui : *Pertama*, persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng. *Kedua*, persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng. *Ketiga*, kebijakan RSUD Kabupaten Buleleng mengenai program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) bagi masyarakat miskin atau kurang mampu. *Keempat*, kendala-kendala yang dihadapi dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) serta langkah-langkah pemecahan masalah tersebut.

Kemampuan pusat-pusat pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan bermutu dan harga obat yang terjangkau oleh masyarakat umum semakin menurun. Di sisi lain, kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan semakin meningkat sejalan dengan meningkatnya kesadaran mereka akan arti hidup sehat. Namun, daya beli masyarakat untuk

memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan semakin menurun akibat krisis ekonomi yang berkepanjangan, terutama harga obat-obatan yang hampir semua komponennya masih diimpor. Depkes sudah mengantisipasi dampak krisis ekonomi di bidang kesehatan dengan menyesuaikan terus kebijakan pelayanannya terutama di tingkat operasional. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer, baik di Puskesmas maupun di RS Kabupaten harus dijadikan indikator penerapan kebijakan baru di bidang pelayanan kesehatan. Realokasi dana DAU (Dana Alokasi Umum) dan DAK (Dana Alokasi Khusus) juga perlu terus dikembangkan oleh Pemda untuk membantu penduduk miskin.

Adapun pembatasan masalahnya adalah sebagai berikut : 1) Persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng tergolong cukup baik; 2) Persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng tergolong cukup baik; 3) Kebijakan RSUD Kabupaten Buleleng mengenai program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) bagi masyarakat miskin atau kurang mampu belum optimal; 4) Kendala-kendala yang dihadapi dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) serta langkah-langkah pemecahan masalah tersebut tergolong masih tinggi.

Manfaat dari penelitian ini adalah : *Pertama*, meningkatkan cakupan masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit. *Kedua*, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. *Ketiga*, terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel. Dalam pedoman pelaksanaan Jamkesmas ini lebih difokuskan pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan di Rumah Sakit dan balai kesehatan yang terdiri dari penyelenggaraan kepesertaan, penyelenggaraan pelayanan, penyelenggaraan pendanaan beserta manajemen dan pengorganisasiannya. Sedangkan pengelolaan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dalam program Jamkesmas diatur secara lebih mendetail dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Bagi sebagian orang, mungkin jampersal adalah kata yang masih asing, terjadinya tiga terlambat tersebut.<sup>4</sup>

Pengelolaan Jaminan Persalinan dilakukan pada setiap jenjang pemerintahan (pusat, provinsi, dan kabupaten/kota) menjadi satu kesatuan dengan pengelolaan Jamkesmas. Peserta Jaminan Persalinan dapat memanfaatkan pelayanan di seluruh jaringan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan (Rumah Sakit) di kelas III yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota. Pelaksanaan pelayanan Jaminan Persalinan mengacu pada standar

pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. Pembayaran atas pelayanan jaminan persalinan dilakukan dengan cara klaim oleh fasilitas kesehatan. Untuk persalinan tingkat pertama di fasilitas kesehatan pemerintah (puskesmas dan jaringannya) dan fasilitas kesehatan swasta yang bekerjasama dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota.<sup>4</sup>

Jampersal yang merupakan kependekan dari Jaminan Persalinan, adalah salah satu program yang dikeluarkan oleh pemerintah dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan dalam upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), menuju Millenium Development Goal's (MDG's) 2015.

## MATERI DAN METODE

Penelitian ini bersifat *ex-post facto*, karena tidak melakukan manipulasi terhadap gejala yang diteliti dan gejalanya secara wajar sudah ada di lapangan, dengan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan obyektivisme dan subyektivisme. Secara *ontologis* dalam penelitian ini menggunakan pendekatan evaluasi yang berorientasi pada tujuan (EBT) juga menggunakan pendekatan evaluasi yang berorientasi pada management (EBM).

Populasi pada penelitian ini adalah masyarakat yang dirawat di RSUD Kabupaten Buleleng. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 50 orang yang ditentukan berdasarkan kriteria purposive sampling yaitu memenuhi persyaratan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten menurut data di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng Bulan Agustus 2012.

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah (1) metode kuesioner sebagai metode utama, (2) metode wawancara, dan (3) metode observasi pasif/pencatatan dokumen sebagai metode pelengkap. Aktivitas dalam analisis data, yaitu data *reduction*, data *display*, dan *conclusion drawing/verification/triangulasi*. Jawaban responden diberi skor sehingga diperoleh data dalam bentuk interval, seperti data tentang masukan, proses, dan hasil/produk diberi skor secara politomi yaitu berkisar antara 1-5. Data tersebut selanjutnya diolah secara deskriptif kuantitatif dengan menggunakan analisis univariat (kriteria ideal teoritik).<sup>6</sup>

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penyebaran kuesioner yang dilakukan terhadap penelitian persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas), jaminan persalinan (jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng ditinjau dari aspek masukan/*input*, proses, dan hasil, diperoleh data antara lain: (1) variabel masukan/*input*, meliputi:

sarana prasarana, pelaksanaan program, SDM (tenaga kesehatan dan masyarakat); (2) variabel proses, meliputi: sosialisasi, supervisi, evaluasi; (3) variabel hasil, meliputi: kinerja tenaga kesehatan, jasa pelayanan (administrasi dan keuangan).

Untuk mendapatkan gambaran mengenai karakteristik distribusi skor dari masing-masing

komponen, berikut disajikan skor tertinggi, skor terendah, harga rerata, simpangan baku, varians, median, modus, histogram, dan kategorisasi masing-masing komponen yang diteliti. Di bawah ini disajikan rangkuman statistik seperti tampak pada tabel 1 berikut.

**Tabel 1. Statistik dari Komponen Masukan/Input, Proses, dan Hasil**

Variable statistik	Masukan/Input	Proses	Hasil
Rata-rata	111,98	111,02	122,34
Median	118,50	114,00	127,50
Modus	121	114	130
simpangan baku	16,00	10,50	9,95
Varian	256,10	110,14	99,05
Rentangan	62	39	30
Minimum	68	82	100
Maksimum	130	121	130
Jumlah	5599	5551	6117

Secara umum rata-rata skor komponen input sebesar 111,98 dengan simpangan baku (standar deviasi) sebesar 16,00. Hasil ini menunjukkan bahwa kecenderungan komponen masukan/*input* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan persalinan ditinjau dari SDM yaitu tenaga kesehatan yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng khususnya di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi sering menginformasikan kepada masyarakat miskin dan kurang mampu mengenai program tersebut serta dari sarana prasarana yang menunjang program tersebut sudah lengkap di RSUD Kabupaten Buleleng. Secara umum rata-rata skor komponen proses sebesar 111,02 dengan simpangan baku (standar deviasi) sebesar 10,50. Hasil ini menunjukkan bahwa kecenderungan komponen proses dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan persalinan yaitu tenaga kesehatan baik Bidan maupun Perawat yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng serta kader posyandu di masing-masing desa sering mensosialisasikan kepada masyarakat Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) merupakan program nasional yang diharapkan dapat berkontribusi meningkatkan akses dan pemerataan

pelayanan kesehatan masyarakat. Disamping itu juga petugas kesehatan sudah melakukan supervisi dan evaluasi ke fasilitas kesehatan yang lebih jelas untuk bisa melihat program Jamkesmas yang selama ini diberlakukan sudah tepat sasaran.

Secara umum rata-rata skor komponen hasil sebesar 122,34 dengan simpangan baku (standar deviasi) sebesar 9,95. Hasil ini menunjukkan bahwa kecenderungan komponen hasil dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan persalinan yaitu tenaga kesehatan baik Dokter, Bidan maupun Perawat yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng selalu mampu memberikan informasi dan pelayanan kepada pasien/masyarakat serta kesan pasien/masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan sangat baik dan merasa sangat puas. Jasa pelayanan yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien/masyarakat tergolong terjangkau baik dari harga obat-obatan maupun biaya-biaya pelayanan medis di RSUD Kabupaten Buleleng.

Secara teoretik disebutkan bahwa kualitas program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng tergantung pada kesiapan petugas kesehatan baik Bidan, Perawat, maupun dokter dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten dilihat dari

sarana prasarana, perencanaan program, proses sosialisasi, supervisi dan evaluasi, serta kinerja dari petugas kesehatan khususnya di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng.<sup>7</sup>

hasil analisis data pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng menunjukkan bahwa persepsi masyarakat tentang pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) dilihat dari Petugas Kesehatan yang meliputi Dokter, Bidan maupun Perawat di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng pada komponen masukan/*input* yang meliputi SDM yang ada di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi, sarana prasarana, serta perencanaan program, sangat baik dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng. Persepsi seseorang bisa diartikan sebagai proses pemahaman terhadap suatu informasi yang telah disampaikan oleh orang lain yang melakukan komunikasi, berhubungan atau bekerjasama.<sup>8</sup> Kotler dan Armstrong (2003) berpendapat bahwa persepsi merupakan proses menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan informasi guna membentuk gambaran yang berarti tentang dunia.<sup>9</sup> Orang-orang yang memperoleh rangsangan yang sama dapat membentuk persepsi yang berbedabeda, karena adanya tiga proses perseptual : (i) Perhatian selektif, dimana orang cenderung untuk menyaring informasi yang mereka dapatkan, (ii) Distorsi selektif, mendeskripsikan kecenderungan orang untuk menginterpretasikan informasi yang sesuai dengan cara yang mendukung apa yang telah mereka percaya, (iii) Retensi selektif, dimana pada dasarnya orang juga akan lupa sebanyak yang mereka ingat, untuk itulah mereka berusaha mempertahankan informasi yang mendukung sikap dan kepercayaan mereka.<sup>10</sup> Petugas Kesehatan yang meliputi Dokter, Bidan maupun Perawat di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng ditinjau dari komponen proses yang meliputi proses sosialisasi, supervisi, dan evaluasi sangat baik dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng.

Kebijakan yang diterapkan RSUD Kabupaten Buleleng khususnya di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi dalam pemecahan masalah meliputi

memberikan kemudahan kepada pasien yang dirawat mengenai pengurusan kelengkapan/persyaratan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau Jaminan Persalinan (Jampersal) dengan terlebih dahulu memberikan pelayanan atau perawatan kepada pasien. Kendala-kendala yang dihadapi adalah ada juga peserta Jamkesmas dan Jampersal yang tidak memiliki kartu identitas diri (KTP) maupun Kartu Keluarga (KK) sehingga kelengkapan/persyaratan dari program tersebut kurang lengkap.

Hasil penelitian ini mengandung implikasi sebagai berikut: 1) Bahwa masyarakat sebagai responden masih sangat perlu diberikan sosialisasi, supervisi, dan evaluasi mengenai program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) oleh petugas kesehatan yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng baik Bidan maupun Perawat, kader posyandu, maupun di kelurahan tempat tinggal mereka masing-masing yang mana agar mereka mengetahui perkembangan dari program tersebut atautkah ada program lain dari pemerintah guna meringankan beban masyarakat miskin atau kurang mampu. 2) Dihimbau kepada masyarakat yang tidak atau belum mempunyai identitas diri segera untuk mengurus kelengkapan tersebut di kelurahan atau kecamatan daerah masing-masing. 3) Kepada petugas kesehatan baik Bidan maupun Perawat di RSUD Kabupaten agar senantiasa meningkatkan profesionalisme dalam memberikan pelayanan maupun perawatan kepada pasien.

Berdasarkan temuan dalam penelitian ini, untuk meningkatkan kualitas program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) dapat dibuatkan rekomendasi sebagai berikut: 1) Bagi RSUD Kabupaten Buleleng, dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai salah satu masukan untuk memfasilitasi peningkatan kualitas atau profesionalisme petugas kesehatan baik Bidan maupun Perawat di RSUD Kabupaten dalam memberikan pelayanan maupun perawatan kepada pasien. 2) Bagi Institusi Pendidikan, dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai salah satu masukan atau rujukan dari penelitian-penelitian selanjutnya mengenai program-program pemerintah yang lainnya dalam meringankan beban masyarakat khususnya masyarakat miskin atau kurang mampu. 3) Bagi masyarakat sebagai responden, dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai salah satu bentuk program pemerintah dalam meringankan beban masyarakat khususnya masyarakat miskin atau kurang mampu sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. 4) Bagi Pemerintah Daerah setempat (kelurahan), agar mensosialisasikan secara optimal tentang program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) khususnya

persyaratan, seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) yang harus dimiliki oleh masyarakat agar mudah menggunakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal).<sup>11</sup>

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan seperti yang telah diuraikan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa persepsi masyarakat terhadap bahwa persepsi masyarakat terhadap pelaksanaan program Jamkesmas di Ruang Bersalin dan Ruang

Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng adalah sangat baik, pelaksanaan program Jampersal di Ruang Bersalin dan Ruang Perinatologi RSUD Kabupaten Buleleng adalah sangat baik, kendala-kendala yang dihadapi adalah ada juga peserta Jamkesmas dan Jampersal yang tidak memiliki KTP maupun KK, kebijakan RSUD Kabupaten Buleleng adalah: memberikan kemudahan kepada pasien yang dirawat mengenai pengurusan kelengkapan/ persyaratan program Jamkesmas atau Jampersal dengan terlebih dahulu memberikan pelayanan atau perawatan kepada pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

1. International Law Making. Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia. Jurnal Hukum Internasional. Oktober 2006; 4 (1): 133-168.
2. Mulia W.H.H, Sadewo, F.X.S. Kesadaran Tentang Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Penerapan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Kabupaten Tulungagung. Paradigma. 2015;3(2):1-8.
3. Haerudin. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Kota Yogyakarta. Demokrasi. 2010;9(2):149-166.
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2011. Buku Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
5. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).
6. Singarimbun, Masri & Effendi, Sofyan. (1997). *Metode Penelitian Survey*. Jakarta: LP3ES.
7. Azrul, Azwar (1995). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Pustaka Sinar
8. Harapan.Walgito, Bimo, (1999). *Psikologi Sosial*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
9. Kottler, P & G. Armstrong. *Dasar dasar Pemasaran*. Terjemahan oleh Drs. Benyamin Molan. PT. Indeks Gramedia. Jakarta. 2001.
10. Woestho, C. Analisis Kualitas Pelayanan Jamkesmas Ditinjau Dari Persepsi Dan Ekspektasi Pasien Jamkesmas Di Rsud Kota Bekasi. Jurnal Ilmiah Akuntansi dan Manajemen. 2017;13(1):31-42.
11. Jasfar, Farida. (2005). *Manajemen Jasa, Pendekatan Terpadu*. Penerbit Ghalia Indonesia. Bogor.



## Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Asia dan Afrika

Fitratur Rahmah Agustina<sup>1</sup>, Diah Mulyawati Utari<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitas Indonesia, fitraturrahmah@gmail.com

<sup>2</sup> Universitas Indonesia, fdiahutari08@gmail.com

Info Artikel : Diterima Juni 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020

### ABSTRAK

Berdasarkan WHO, 20 juta bayi mengalami BBLR setiap tahun, dan 96,5% diantaranya terjadi di negara berkembang. Studi ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan BBLR. Desain penelitian yaitu *literature review*. Artikel yang terkumpul sebanyak tujuh studi dan dikelompokkan berdasarkan kriteria inklusi: 1) penelitian *cross sectional*; 2) respondennya anak usia 0-59 bulan; 3) lokasi penelitian di Asia atau Afrika. Hasil studi menunjukkan bahwa jenis kelamin anak berhubungan dengan BBLR di India, Indonesia, Afghanistan, Armenia, Kamboja, Yordania dan Tanzania. Usia ibu berhubungan dengan BBLR di Armenia, Kamboja, Yordania, Nepal, Pakistan, Tanzania, Zimbabwe, Burkina Faso, Ghana, dan Senegal. Pendidikan ibu berhubungan dengan BBLR di Oman, Afganistan, Armenia, India, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Burkina Faso, Malawi, Senegal, Uganda, Tanzania, dan Zimbabwe. Pekerjaan ibu berhubungan dengan BBLR di Nepal dan Pakistan. Status gizi ibu (IMT) berhubungan dengan BBLR semua negara kecuali di Nigeria. Komplikasi kehamilan berhubungan dengan BBLR di Indonesia, dan Oman. Paritas berhubungan dengan BBLR di Indonesia, Armenia, Kamboja, Nepal, Pakistan, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Nigeria, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Kehadiran ANC berhubungan dengan BBLR di India, Nepal, Pakistan, Yordania, Malawi, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Status ekonomi berhubungan dengan BBLR di Afganistan, Armenia, Indonesia, Kamboja, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Tanzania dan Zimbabwe.

**Keywords:** faktor, bayi, BBLR, Asia, Afrika

### ABSTRACT

According to WHO, 20 million babies born every year experience LBW, and 96.5% of them occur in developing countries. This study aims to analyze the factors associated with LBW. The design of this study is *literature review*. The articles collected are grouped according to the following inclusion criteria: 1) is a *cross sectional study*; 2) respondents are children aged 0-59 months; 3) research locations in Asia or Africa. The results of the study show that the sex of the child has a significant relationship with LBW in India, Indonesia, Afghanistan, Armenia, Cambodia, Jordan and Tanzania. Mothers aged  $\geq 35$  years are more at risk of giving birth to LBW babies in Armenia, Cambodia, Jordan, Nepal, Pakistan, Tanzania, Zimbabwe, Burkina Faso, Ghana and Senegal. Mother's education has a significant relationship with LBW in Oman, Afghanistan, Armenia, India, Nepal, Oman, Pakistan, Jordan, Burkina Faso, Malawi, Senegal, Uganda, Tanzania, and Zimbabwe. Occupational mothers have a significant relationship with LBW only in Nepal, and Pakistan. Maternal nutritional status (IMT) has a significant relationship with LBW events in India, Cambodia, Nepal, Pakistan, Jordan, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Senegal, Tanzania, Uganda, and Zimbabwe. Pregnancy complications have a relationship with LBW only in Indonesia, and Oman. The number of parities has a significant relationship with LBW in Indonesia, Armenia, Cambodia, Nepal, Pakistan, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Nigeria, Tanzania, Uganda, and Zimbabwe. The number of ANC attendees has a significant relationship with LBW in India, Nepal, Pakistan, Jordan, Malawi, Tanzania, Uganda, and Zimbabwe. The economic status of the family was found to have relations with LBW in Afghanistan, Armenia, Indonesia, Cambodia, Nepal, Oman, Pakistan, Jordan, Tanzania and Zimbabwe.

**Keywords:** factor, baby, LBW, Asia, Africa

## PENDAHULUAN

Berat badan lahir rendah (BBLR) didefinisikan sebagai berat anak saat lahir kurang dari 2500 g. Secara global BBLR terus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan dan memiliki serangkaian konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang<sup>1</sup>. BBLR bukan hanya menjadi penyebab utama mortalitas dan morbiditas anak, tetapi juga berdampak pada prestasi anak saat di sekolah<sup>2</sup>. Selain itu, sebuah penelitian menemukan bahwa BBLR juga dapat meningkatkan risiko penyakit degeneratif seperti penyakit kardiovaskular, hipertensi,anker payudara dan testis, dan osteoporosis di kemudian hari<sup>3</sup>.

Berdasarkan data WHO, prevalensi BBLR secara global yaitu 15,5%. Angka ini menunjukkan bahwa sekitar 20 juta bayi yang lahir per tahun mengalami BBLR dan 96,5% diantaranya terjadi di negara berkembang<sup>4</sup>. Prevalensi BBLR secara regional terbesar ditemukan di Asia Selatan yaitu 28%, Afrika sub-Sahara 13%, dan Amerika Latin 9%<sup>1</sup>.

Beberapa penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa BBLR disebabkan oleh beberapa faktor. Pencegahan terhadap faktor-faktor tersebut juga telah ditemukan dapat mengurangi kejadian BBLR. Faktor-faktor yang berkaitan dengan BBLR diklasifikasikan secara luas diantaranya yaitu faktor genetik, konstitusional, demografi, social ekonomi, kebidanan, gizi, morbiditas ibu selama kehamilan, paparan toksik, dan perawatan antenatal (ANC)<sup>5</sup>. Kejadian BBLR sebagian besar diawali dari ibu yang hamil dengan kondisi kurang energi kronis (KEK), dan risikonya lebih tinggi pada ibu hamil usia 15-19 tahun. Selain itu, ibu yang masih muda atau menikah di usia remaja 15-19 tahun cenderung melahirkan anak berpotensi pendek dibanding ibu yang menikah pada usia 20 tahun keatas<sup>6</sup>.

Studi ini akan mengkaji literatur yang membahas mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR. Artikel yang dikaji sebanyak tujuh artikel yang membahas tentang faktor-faktor yang berkaitan dengan BBLR di sembilan negara Asia (Indonesia, India, Pakistan, Afganistan, Armenia, Oman, Kamboja, Yordania, Nepal), dan delapan negara di Afrika (Burkina Faso, Ghana, Malawi, Senegal, Uganda, Tanzania, Zimbabwe dan Nigeria).

## MATERI DAN METODE

Penelitian ini menggunakan desain *literature review*. Artikel-artikel yang ditelaah dikumpulkan dari beberapa *database*, yaitu Pubmed, google scholar, ProQuest, dan Scopus. Artikel yang dikumpulkan adalah artikel yang membahas determinan atau faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR. Proses pencarian literatur menggunakan kata kunci yang sesuai dengan tujuan penelitian, diantaranya *determinants, factors, low birth weight, infants, babies, Asia*, dan *Africa*. Kami juga menggunakan *filter* jenis artikel adalah *research article*, dan artikel tersedia dalam bentuk *fulltext*. Pemilihan artikel juga memperhatikan batasan tahun yaitu dimulai dari tahun 2014 dan terbaru tahun 2019. Artikel yang terkumpul kemudian dipilih dengan menggunakan kriteria inklusi berikut: 1) merupakan penelitian *cross sectional*; 2) respondennya adalah anak usia 0-59 bulan; 3) lokasi penelitian di Asia atau Afrika. Setelah melakukan pencarian dan penyeleksian *literature*, terpilih tujuh artikel yang memenuhi kriteria yang sesuai dengan tujuan studi ini, yang terdiri dari 17 negara yaitu Indonesia, India, Pakistan, Afganistan, Armenia, Oman, Kamboja, Yordania, Nepal, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Senegal, Uganda, Tanzania, Zimbabwe dan Nigeria.

Selanjutnya dilakukan ekstraksi data dengan mengelompokkan data menurut variabel yang ingin dikaji. Setelah terkumpul langkah selanjutnya adalah sintesis data untuk dihubungkan guna mendapatkan korelasi antara determinan dengan kejadian BBLR sehingga diketahui faktor risiko apa saja yang berhubungan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Prevalensi BBLR ditemukan bervariasi di antara negara-negara di Asia dan Afrika. Prevalensi BBLR tertinggi ditemukan di Pakistan yaitu 31,4%<sup>5</sup>, kemudian diikuti oleh Nepal yaitu 27,1%<sup>5</sup>, India 20%<sup>7</sup>, Yordania 19,6%<sup>5</sup>, Uganda 25,8%<sup>8</sup>, Senegal 15,7%<sup>8</sup>, Afganistan 15,5%<sup>9</sup>, Kamboja 14,5%<sup>5</sup>, Zimbabwe 14,5%<sup>5</sup>, Burkina Faso 13,4%<sup>8</sup>, Tanzania 13%<sup>5</sup>, Malawi 12,1%<sup>8</sup>, Ghana 10,2%<sup>8</sup>, Oman 9%<sup>2</sup>, Armenia 8,4%<sup>5</sup>, Nigeria 7,3%<sup>10</sup>, dan yang terendah di Indonesia yaitu 6,37%<sup>11</sup>.

**Tabel 1. Prevalensi BBLR berdasarkan Negara**

Negara	BBLR (%)
Afganistan	15,50
Armenia	8,40
India	20,00
Indonesia	6,37
Kamboja	14,50
Nepal	27,10
Oman	9,00
Pakistan	31,40
Yordania	19,60
Burkina Faso	13,40
Ghana	10,20
Malawi	12,10
Nigeria	7,30
Senegal	15,70
Tanzania	13,00
Uganda	15,80
Zimbabwe	14,50

### 1. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan BBLR.

Jenis kelamin anak berhubungan dengan BBLR di Afganistan, Armenia, India, Indonesia, Kamboja, Yordania, dan Tanzania. Usia ibu ditemukan berhubungan dengan BBLR di Armenia, India, Kamboja, Nepal, Pakistan, Yordania, Burkina Faso, Ghana, Senegal, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Pendidikan ibu berhubungan dengan dengan BBLR di Afganistan, Armenia, India, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Malawi, Senegal, Tanzania, dan Uganda. Pekerjaan ibu hanya ditemukan berhubungan di Nepal, dan Pakistan. Status gizi ibu berhubungan dengan kejadian BBLR di India, Kamboja, Nepal, Pakistan, Yordania, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Senegal, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe.

Komplikasi kehamilan ditemukan berhubungan dengan BBLR hanya di dua Negara yaitu Indonesia, dan Oman. Jumlah paritas berhubungan dengan BBLR di Armenia, Indonesia, Kamboja, Nepal, Pakistan, Burkinafaso, Ghana, Malawi, Nigeria, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Jumlah kehadiran ANC diteukan berhubungan dengan BBLR di India, Nepal, Pakistan, Yordania, Malawi, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Status ekonomi keluarga berhubungan dengan BBLR di Afganistan, Armenia, Indonesia, Kamboja, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Tanzania, dan Zimbabwe.

Hasil studi menunjukkan bahwa prevalensi BBLR bervariasi di antara negara Asia dan Afrika. Negara dengan prevalensi BBLR tertinggi yaitu Pakistan (31,40%), dan prevalensi terendah berada di Indonesia (6,37%). Berdasarkan sata UNICEF, jumlah BBLR terkonsentrasi di dua wilayah di negara berkembang, yaitu di Asia dan Afrika. Sekita

72% bayi BBLR di negara berkembang lahir di Asia, dan 22% persen lahir di Afrika<sup>12</sup>.

BBLR dipengaruhi oleh banyak faktor yang dapat berasal dari ibu, kondisi bayi itu sendiri, maupun lingkungan fisik<sup>12</sup>. Hasil studi menunjukkan bahwa usia ibu berhubungan dengan kejadian BBLR di Armenia. Ibu yang berusia  $\geq 35$  tahun lebih berisiko untuk melahirkan bayi yang BBLR sebesar 1,6 kali dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-34 tahun. Hasil serupa juga ditemukan di Kamboja, Yordania, Nepal, Pakistan, Tanzania, Zimbabwe, Burkina Faso, Ghana, dan Senegal. Hal ini dapat disebabkan karena ibu hamil berusia  $\geq 35$  tahun memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi kehamilan seperti, diabetes kehamilan, dan plasenta previa yang mungkin menjadi penyebab melahirkan bayi dengan BBLR<sup>5</sup>.

Hasil studi menunjukkan hubungan yang tidak konsisten antara pendidikan ibu dengan kejadian BBLR. Pendidikan tinggi pada ibu memiliki dampak negatif terhadap berat badan anak di Oman (OR=1,48). Sebaliknya, ibu yang berpendidikan rendah memiliki risiko lebih besar melahirkan bayi BBLR di Afganistan, Armenia, India, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Burkina Faso, Malawi, Senegal, Uganda, Tanzania, dan Zimbabwe.

**Tabel 2. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR**

Negara	BBLR								
	Jenis Kelamin Anak	Usia Ibu	Pendidikan Ibu	Pekerjaan Ibu	Status Gizi Ibu (IMT)	Komplikasi Kehamilan	Jumlah Paritas	Jumlah Kehadiran ANC	Status Ekonomi Keluarga
	p-value	p-value	p-value	p-value	p-value	p-value	p-value	p-value	p-value
Afganistan	<0,01	<b>NS</b>	<0,001	<b>NS</b>	-	-	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<0,001
Armenia	<0,01	<0,05	<0,01	<b>NS</b>	-	-	<0,01	<b>NS</b>	<0,05
India	<0,001	<b>NS</b>	<0,001	-	<0,001	-	<b>NS</b>	<0,05	-
Indonesia	0,000	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>	-	0,000	0,002	-	0,002
Kamboja	<0,01	<0,01	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<0,001	-	<0,01	<b>NS</b>	<0,01
Nepal	<b>NS</b>	<0,01	<0,001	<0,01	<0,01	-	<0,01	<0,01	<0,01
Oman	-	<b>NS</b>	0,035	-	-	0,014	<b>NS</b>	-	0,027
Pakistan	<b>NS</b>	<0,01	<0,001	<0,001	<0,01	-	<0,001	<0,01	<0,01
Yordania	<0,001	<0,001	<0,01	<b>NS</b>	<0,001	-	<b>NS</b>	<0,001	<0,01
Burkina Faso	-	0,025	<b>NS</b>	-	0,018	-	0,001	<b>NS</b>	<b>NS</b>
Ghana	-	0,016	<b>NS</b>	-	0,040	-	0,040	<b>NS</b>	<b>NS</b>
Malawi	-	<b>NS</b>	0,024	-	0,000	-	0,021	0,015	<b>NS</b>
Nigeria	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>	-	<0,05	<b>NS</b>	<b>NS</b>
Senegal	-	0,030	0,000	-	0,019	-	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>
Tanzania	<0,001	<0,01	<0,05	<b>NS</b>	<0,01	-	<0,001	<0,001	<0,05
Uganda	<b>NS</b>	<0,01	<0,01	<b>NS</b>	<0,01	-	<0,01	<0,001	<b>NS</b>
Zimbabwe	<b>NS</b>	<0,01	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<0,01	-	<0,05	<0,001	0,01

NS: *Not Significant*

Sebaliknya, ibu yang berpendidikan rendah memiliki risiko lebih besar melahirkan bayi BBLR di Afganistan, Armenia, India, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Burkina Faso, Malawi, Senegal, Uganda, Tanzania, dan Zimbabwe. Ibu dengan pendidikan rendah cenderung memiliki pola makan yang buruk sebagai akibat dari rendahnya pendapatan dan kurangnya pengetahuan tentang gizi<sup>13</sup>. Pendidikan meningkatkan kapasitas ibu dalam memperoleh informasi. Misalnya, seorang ibu yang berpendidikan dapat membaca, menafsirkan, dan menerapkan kiat-kiat kesehatan dari surat kabar dan sumber-sumber lain, dan lebih mungkin untuk memahami informasi medis seperti tingkat pengobatan yang disarankan oleh dokter. Keterampilan ini memungkinkan para ibu untuk membuat keputusan tentang nutrisi dan perawatan kesehatan anak mereka, yang mengarah pada peningkatan kesehatan anak<sup>14</sup>.

Pekerjaan ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR di Nepal (OR=1,5) dan Pakistan (OR=1,4). Adanya tekanan di tempat kerja dapat menyebabkan ibu mengalami stress, gangguan tidur, gangguan sistem pencernaan, kejang otot, sesak napas, bahkan hipertensi. Selain itu, kondisi tempat kerja yang tidak menguntungkan seperti kontak dengan bahan kimia, posisi berdiri atau duduk selama berjam-jam secara signifikan terkait dengan BBLR<sup>15</sup>.

Hasil studi menemukan bahwa status gizi ibu berhubungan dengan BBLR di India, Kamboja, Nepal, Pakistan, Yordania, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Senegal, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Ibu dengan status gizi buruk (IMT <18,5) di India lebih berisiko 1,49 kali melahirkan bayi yang BBLR. IMT rendah pada ibu dapat menjadi penanda bahwa cadangan zat gizi pada jaringan terbatas dan merupakan salah satu prediktor malnutrisi energi protein, yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin<sup>7</sup>.

Komplikasi selama kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan BBLR hanya di Indonesia (OR= 1,74), dan Oman (OR= 2,12). Beberapa jenis komplikasi yang sering terjadi selama masa kehamilan yaitu pre eklampsia, kehamilam ektopik, perdarahan, plasenta previa dan diabetes gestasional<sup>11</sup>. Hal ini sejalan dengan penelitian di Qatar yang menunjukkan bahwa komplikasi selama kehamilan komplikasi ibu memengaruhi ibu selama trimester ketiga dan berdampak pada BBLR. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko di awal periode kehamilan sehingga intervensi yang tepat dibuat untuk memastikan kesejahteraan ibu dan anak<sup>16</sup>.

Jumlah paritas ibu yang tidak aman (anak =1 atau >3) meningkatkan risiko BBLR di Indonesia sebesar 1,31 kali dibandingkan dengan

ibu yang mempunyai anak 2 atau 3 orang. Hal serupa ditemukan di Armenia, Kamboja, Nepal, Pakistan, Burkina Faso, Ghana, Malawi, Nigeria, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Ibu dengan paritas 1 biasanya belum siap secara fisik maupun mental untuk hamil, sedangkan ibu dengan paritas  $\geq 4$  telah banyak melahirkan sehingga menyebabkan fungsi organ reproduksi mengalami kemunduran<sup>17</sup>.

Hasil studi menunjukkan bahwa jumlah kehadiran ANC yang kurang memiliki hubungan signifikan dengan kejadian BBLR di India, Nepal, Pakistan, Yordania, Malawi, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Perawatan antenatal menyediakan pemantauan rutin terhadap kenaikan berat badan, identifikasi masalah medis ibu atau janin, konseling tentang bahaya penggunaan tembakau atau narkoba, menyediakan dukungan psikososial, saran gizi, dan intervensi dini yang dapat mengurangi dampak buruk saat melahirkan termasuk BBLR. Kurangnya akses ke ANC dapat dipengaruhi oleh banyak faktor termasuk status sosial ekonomi yang lebih rendah dan pengetahuan ibu yang kurang<sup>7</sup>.

Status ekonomi keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR di Afganistan, Armenia, Indonesia, Kamboja, Nepal, Oman, Pakistan, Yordania, Tanzania dan Zimbabwe. Ibu dengan latar belakang sosial ekonomi yang rendah biasanya memiliki tingkat pendidikan yang rendah pula, serta pengetahuan yang kurang tentang gizi dan kesehatan ibu, sehingga dapat meningkatkan risiko BBLR<sup>9</sup>. Selain itu, keluarga dengan pendapatan tinggi cenderung mampu memenuhi kebutuhan gizi<sup>11</sup>.

Hasil studi menunjukkan hubungan yang tidak konsisten antara jenis kelamin anak dengan kejadian BBLR. Gender pria memiliki efek protektif terhadap BBLR di India. Sebaliknya bayi berjenis kelamin perempuan mempunyai risiko lebih besar mengalami BBLR di Indonesia, Afghanistan, Armenia, Kamboja, Yordania dan Tanzania. Hal ini dikarenakan pada masa kehamilan berat badan bayi perempuan lebih kecil dari pada bayi laki-laki<sup>11</sup>.

## PENUTUP

Hasil studi menunjukkan bahwa usia ibu, status gizi ibu, jumlah paritas, jumlah kehadiran ANC dan status ekonomi keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Hasil yang tidak konsisten ditemukan pada hubungan antara jenis kelamin anak, pendidikan ibu dengan kejadian BBLR. Pekerjaan ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR hanya ditemukan di Nepal dan Pakistan. Komplikasi kehamilan ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR hanya di Indonesia dan Oman.

## DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. (2014). Low Birth Weight Policy Brief. In *WHA Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief* (p. 1). Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/WHO/NMH/NHD/14.3>
2. Islam, M. M. (2015). The Effects of Low Birth Weight on School Performance and Behavioral Outcomes of Elementary School Children in Oman. *Oman Medical Journal*, 30(4), 241–251. <https://doi.org/10.5001/omj.2015.50>
3. Negrato, C. A., & Gomes, M. B. (2013). Low Birth Weight: Causes and Consequences. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 5, 49. <https://doi.org/10.1186/1758-5996-5-49>
4. World Health Organization. (2018). Care of The Preterm and Low-Birth-Weight Newborn World Prematurity Day - 17 November 2018. Retrieved March 29, 2019, from [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/newborns/prematurity/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/prematurity/en/)
5. Mahumud, R. A., Sultana, M., & Sarker, A. R. (2017). Distribution and Determinants of Low Birth Weight in Developing Countries. *Journal of Preventive Medicine and Public Health = Yebang Uihakhoe Chi*, 50(1), 18–28. <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.087>
6. Jahari, A. B., Atmawikarta, A., Atmarita, Latief, Di., Martianto, D., Achadi, E. L., Djalal, F., Hadi, H., et al. (2013). *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan*.
7. Kader, M., & Perera, N. K. P. P. (2014). Socio-economic and nutritional determinants of low birth weight in India. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(7), 302–308. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.136902>
8. He, Z., Bishwajit, G., Yaya, S., Cheng, Z., Zou, D., & Zhou, Y. (2018). Prevalence of low birth weight and its association with maternal body weight status in selected countries in Africa: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(8), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020410>
9. Gupta, R. Das, Swasey, K., Burrowes, V., Hashan, M. R., & Al Kibria, G. M. (2019). AFactors associated with Low Birth Weight in Afghanistan: A Cross-Sectional Analysis of The Demographic and Health Survey 2015. *BMJ Open*, 9(5), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025715>
10. Dahlui, M., Azahar, N., Oche, O. M., & Aziz, N. A. (2016). Risk Factors for Low Birth Weight in Nigeria: Evidence from The 2013 Nigeria Demographic and Health Survey. *Global Health Action*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v9.28822>
11. Setyo, M., & Paramita, A. (2015). *POLA KEJADIAN dan determinan BAYI DENGAN Berat Badan Lahir Rendah ( BBLR ) DI INDONESIA tahun 2013 ( Pattern of Occurrence and Determinants of Baby. 2013, 1–10.*
12. UNICEF/ WHO. (2004). Low Birth Weight. In *UNICEF* (Vol. 63, Issue 2). WHO Publication. <https://doi.org/10.1787/9789264183902-17-en>
13. Muula, A. S., Siziya, S., & Rudatsikira, E. (2011). Parity and Maternal Education are Associated with Low Birth Weight in Malawi. *African Health Sciences*, 11(1), 65–71.
14. Chowdhury, T. R., Chakrabarty, S., Rakib, M., Saltmarsh, S., & Davis, K. A. (2018). Socio-Economic Risk Factors for Early Childhood Underweight in Bangladesh. *Globalization and Health*, 14(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0372-7>
15. Mahmoodi Z, Karimlou M, Sajjadi H, et al. Association of Maternal Working Condition with Low Birth Weight: The Social Determinants of Health Approach. *Ann Med Health Sci Res*. 2015;5(6):385-391. doi:10.4103/2141-9248.177982
16. Bener, A., Salameh, K. M. K., Yousafzai, M. T., & Saleh, N. M. (2012). Pattern of Maternal Complications and Low Birth Weight: Associated Risk Factors among Highly Endogamous Women. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2012, 1–7. <https://doi.org/10.5402/2012/540495>
17. Stiani, D. L. (2012). *Hubungan Umur dan Paritas ibu dengan Kejadian BBLR di RSUD Banjarbaru tahun 2011*. Politeknik Kesehatan Banjarmasin.



## Predictor Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Tahun 2018 di Indonesia

Riezky Febiola<sup>1</sup>, Mondastri Korib Sudaryo<sup>2</sup>, Sri Ulfa Alriani<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Universitas Indonesia, riezkyfebiola@gmail.com

Info Artikel : Diterima Juni 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020

### ABSTRAK

Tuberkulosis masih menjadi penyebab utama masalah kesehatan dan kematian akibat agen infeksius. Tingkat keberhasilan pengobatan TB bervariasi secara global dimana Asia 81,6% tertinggi kedua setelah Oceania 83,9%. Prevalensi TBC dengan konfirmasi bakteriologis di Indonesia sebesar 759 per 100.000 penduduk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara umur, jenis kelamin, wilayah tempat tinggal, hasil pemeriksaan, klasifikasi anatomis, riwayat pengobatan, status HIV, status Diabetes Melitus terhadap keberhasilan pengobatan TB di Indonesia tahun 2018. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan desain studi kohort retrospektif. Populasi dan sampel penelitian ini adalah semua pasien TB Sensitif Obat di Indonesia yang memulai pengobatan pada tahun 2018 dan tercatat pada Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT) sebanyak 476.744. Metode sampling yang digunakan adalah *total sampling* dengan jumlah sampel yang dianalisis yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi adalah 392.706. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *Chi Square*. Sebanyak 392.706 pasien TB yang diikuti dalam analisis dari 476.744 pasien, dengan hasil pengobatan 41% sembuh, 47,6% pengobatan lengkap, 2,9% meninggal, 0,6% gagal, 5,6% putus berobat, 2,1 orang pindah. Usia > 45 tahun RR 1,028 (95% CI; 1,009-1,049), jenis kelamin perempuan 1,022 (95% CI; 1,004-1,041), HIV Negatif 1,229 (95% CI; 1,169-1,292), pasien dengan status pengobatan baru RR 1,085 (95% CI; 1,078-1,093) dan tidak memiliki komorbid DM RR 1,027 (95% CI; 1,003-1,051) menjadi predictor keberhasilan pengobatan TB. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang tidak memiliki komorbid HIV atau DM memiliki kemungkinan lebih berhasil dalam pengobatan TB.

Kata kunci: Keberhasilan, TB

### ABSTRACT

*Tuberculosis is still a major cause of health problems and death due to infectious agents. The success rate of TB treatment varies globally where Asia is 81.6% the second highest after Oceania 83.9%. The prevalence of tuberculosis with bacteriological confirmation in Indonesia is 759 per 100,000 population. This study aims to determine the relationship between age, sex, HIV status, region of place, TB examination result, anatomical classification, treatment history, and diabetic mellitus with the success of TB treatment in Indonesia in 2018. Methods This study was conducted using a retrospective cohort study design. The study population was all TB Drug Sensitive patients who started treatment in 2018 and were recorded on the Integrated Tuberculosis Information System (SITT) of 476,744. The sampling method used was total sampling with the number of samples analyzed that met the inclusion and exclusion criteria was 392,706. Data analysis was performed using Chi Square. 392,706 TB patients were included in the analysis of 476,744 patients. With treatment results 45.2% recovered, 43.35% complete treatment, 3% died, 0.8% failed, 5.6% dropped out of treatment, 2.1% people moved. Age > 45 years RR 1,028 (95% CI; 1,009-1,049), female gender 1,022 (95% CI; 1,004-1,041), HIV negative 1,229 (95% CI; 1,169-1,292), patients with new treatment status RR 1,072 (95% CI; 1.033-1.112) and did not have a DM RR comorbid 1.027 (95% CI; 1.003-1.051) were predictors of the success of TB treatment. The results of this study indicate that patients who do not have HIV or DM co-morbidities are more likely to succeed in TB treatment.*

**Keywords:** Success, TB

## PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) hingga saat ini masih menjadi penyebab utama masalah kesehatan dan merupakan satu dari 10 penyebab utama kematian di seluruh dunia dan penyebab utama kematian akibat agen infeksius. Diperkirakan sekitar 10,0 juta orang sakit dengan TB, jumlah yang relative stabil dalam beberapa tahun terakhir. Secara global, terdapat 1,2 juta kematian TB di antara orang HIV negative dan ditambahkan 251.000 kematian di antara orang HIV positif.<sup>1</sup>

Di Indonesia, TB merupakan penyebab kematian tertinggi setelah penyakit jantung iskemik dan penyakit serebrovaskuler. Berdasarkan Survei Prevalensi Tuberkulosis tahun 2013-2014, prevalensi TBC dengan konfirmasi bakteriologis di Indonesia sebesar 759 per 100.000 penduduk berumur 15 tahun ke atas dan prevalensi TBC BTA positif sebesar 257 per 100.000 penduduk berumur 15 tahun ke atas.<sup>2</sup> Pencegahan dan pengendalian TB sudah dilakukan sejak tahun 1995 dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) sebagai salah satu intervensi kesehatan yang secara ekonomis sangat efektif dalam penanggulangan TB. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien dengan prioritas diberikan kepada pasien TB. Strategi penanggulangan TBC dalam rangka eliminasi TB salah satunya dengan memaksimalkan penemuan kasus TB secara dini, mempertahankan cakupan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi.<sup>3</sup> Pada tahun 2017, angka kesembuhan pasien TBC sebesar 42%. Angka kesembuhan cenderung mempunyai gap terhadap angka keberhasilan pengobatan sehingga kontribusi pasien yang sembuh terhadap angka keberhasilan pengobatan menurun dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Tren keberhasilan mengalami penurunan dimana keberhasilan pengobatan dari tahun 2017 sebesar 85,1% dibandingkan tahun 2018 sebesar mengalami penurunan menjadi 80,1%.<sup>2,4</sup>

Epidemiologi TB berhubungan erat dengan kondisi sosial dan ekonomi yang membuat pencegahan, perawatan, dan kontrolnya lebih menantang. Banyak morbiditas terkait TB dapat dicegah dengan diagnosis dini dan pengobatan yang tepat. Namun, karena berbagai alasan, manajemennya tidak selalu mudah. Mengevaluasi hasil pengobatan TB dan mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait adalah bagian integral dari pengobatan.<sup>5,6</sup> Walaupun tingkat keberhasilan pengobatan penyakit ini bervariasi dari satu negara ke negara, 83% telah dilaporkan secara global [1]. Berdasarkan analisis subkelompok, Amerika memiliki tingkat keberhasilan pengobatan terendah pada 75,9% (95% CI: 73,8-77,9), diikuti oleh Afrika pada 78,9% (95% CI: 75,5-82,2), Eropa 79,7% (95% CI: 76,2-83,0), Asia 81,6% (95% CI: 78,5-84,5) dan Oceania 83,9% (95% CI: 75,2-91,0).<sup>7</sup>

Menurut Tesfahuneygn, et, al., sebanyak 215 pasien (5,0%) pasien memiliki hasil pengobatan yang

buruk, di antaranya 76 (35,3%) default, 126 (58,6%) meninggal dan 13 (6,1%) pindah. Selain itu, prediktor signifikan ketidakberhasilan pengobatan adalah HIV positif (aOR) = 2,1 (95% CI 1,5-3,0), bakteriologi positif (aOR) = 3,4, 95% CI 2,4-4,8), bakteriologi negative (aOR) = 2,0, 95% CI 1,5-2,8)], dan pengobatan ulang (aOR) = 2,6, 95% CI 1,5-3,7) Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan TB di Indonesia tahun 2018.

## MATERI DAN METODE

Data penelitian ini berasal dari program nasional pengendalian TB oleh Kementerian Kesehatan. Data dikumpulkan dari fasilitas kesehatan pertama melalui form TB manual kemudian di input melalui Sistem Informasi TB Terpadu (SITT) tahun 2018 oleh seluruh faskes pertama di wilayah Indonesia. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2020.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan desain studi kohort retrospektif. Metode yang digunakan adalah metode kuantitatif untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan TB di Indonesia.

Populasi dan sampel penelitian ini adalah semua pasien TB Sensitif Obat di Indonesia yang memulai pengobatan pada tahun 2018 dan tercatat pada Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT). Berdasarkan data SITT, terdapat 476,744 pasien TB yang terdaftar dalam proses pengobatan terhitung sepanjang tahun 2018. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien TB Paru yang berusia  $\geq$  15 tahun dan memiliki hasil pengobatan. Sedangkan untuk kriteria eksklusi adalah pasien yang tidak memiliki data lengkap. Teknik sampel yang digunakan adalah *total sampling* (semua kasus yang ada di raw data dianalisis sesuai kriteria inklusi dan eksklusi). Berdasarkan perhitungan sampel minimal dengan tingkat kepercayaan 95%, alpha ( $\alpha$ ) 5% dan kekuatan uji 80%, maka didapatkan besar sampel minimal yang dibutuhkan untuk dua kelompok adalah 3540 pasien TB.

Variable independent yaitu umur, jenis kelamin, status DM, riwayat pengobatan, status HIV, wilayah tempat tinggal, klasifikasi anatomis, tipe diagnosis dan sputum smear awal pemeriksaan. Status Diabetes dikategorikan berdasarkan status dm pada SITT dan memiliki jenis pengobatan.

Hasil pengobatan TB dikategorikan berdasarkan Permenkes 67 yaitu sembuh, pengobatan lengkap, gagal, meninggal, putus berobat, dan tidak dievaluasi. Namun, peneliti kemudian mengelompokkan keberhasilan pengobatan atas berhasil dan tidak berhasil. Dikatakan berhasil yaitu sembuh, dan pengobatan lengkap, sedangkan tidak berhasil adalah gagal, meninggal, putus berobat, dan tidak dievaluasi.

Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan software computer. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan Uji Chi-Square.

Penelitian ini telah dinyatakan lolos kaji etik dengan No: Ket-229/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2020 dari Komisi Etik Riset dan Pengabdian Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini sebanyak 84,038 pasien dieklusi karena tidak memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Tabel 1 menunjukkan karakteristik kejadian TB dan faktor-faktor yang berhubungan terhadap keberhasilan pengobatan TB pada 392.706 pasien TB yang terlibat dalam penelitian ini. Diantara 392.706 pasien TB terdapat 160.854 orang atau 41,0%

sembuh, 186.853 orang atau 47,6% pengobatan lengkap, 11.557 orang atau 2,9% meninggal, 2.176 orang atau 0,6% gagal, 22.205 orang atau 5,7% putus berobat, 9.061 orang atau 2,3 orang pindah. Selain itu, pada factor karakteristik pasien, diketahui perbedaan proporsi yang tidak terlalu besar pada variable umur terbanyak pada rentang usia 45-54 tahun (74.702 atau 19 %), jenis kelamin laki-laki (230113 orang atau 58,6%), tinggal di wilayah pedesaan (268.872 orang atau 68,5%). Sedangkan pada factor penyakit antara lain, sputum positif pada awal pemeriksaan (213.463 orang atau 54,4%), TB Paru (355937 orang atau 90,6%). Sedangkan pada factor penyerta yaitu adalah riwayat pengobatan baru (373528 orang atau 95,1%), status HIV tidak diketahui (239973 orang atau 61,1%), status DM tidak diketahui (323.305 orang atau 82,3%).

Tabel 1. Gambaran Kejadian Tuberkulosis dan Faktor-faktor Risiko Keberhasilan Pengobatan TB di Indonesia Tahun 2018

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur		
15-24 Tahun	68148	17,4
25-34 Tahun	72239	18,4
35-44 Tahun	70485	17,9
45-55 Tahun	74702	19,0
55-65 Tahun	70313	17,9
>65 Tahun	36819	9,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	230113	58,6
Perempuan	162593	41,4
Wilayah Tempat Tinggal		
Pedesaan	268872	68,5
Perkotaan	123834	31,5
Hasil pemeriksaan sputum		
Negatif	179243	45,6
Positif	213463	54,4
Riwayat Pengobatan		
Pengobatan ulang	19178	4,9
Baru	373528	95,1
Status HIV		
Positif	9521	2,4
Negatif	143212	36,5
Tidak diketahui	239973	61,1
Status DM		
Ya	15811	4,0
Tidak	53590	13,6
Tidak diketahui	323305	82,3
Hasil Pengobatan		
Sembuh	160854	41,0
Pengobatan Lengkap	186853	47,6
Meninggal	11557	2,9
Gagal	2176	0,6
Tidak di evaluasi	31266	7,9

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis di Indonesia Tahun 2018

Variabel	Hasil pengobatan Buruk (%)	Hasil Pengobatan Baik (%)	P-value	RR	95% CI	
					Lower	Upper
Umur						
< 45 tahun	21291 (10,1)	189581 (89,9)				
≥ 45 tahun	23708 (13,0)	158126 (87,0)	0,000	1,034	1,031	1,036
Jenis Kelamin						
Perempuan	16538 (10,2)	146055 (89,8)				
Laki-laki	28461 (12,4)	201652 (87,6)	0,000	1,025	1,023	1,027
Wilayah Tempat Tinggal						
Pedesaan	27815 (10,3)	241057 (89,7)				
Perkotaan	17184 (13,9)	106650 (86,1)	0,000	1,041	1,038	1,044
Hasil Pemeriksaan Sputum						
Positif	21914 (10,3)	191549 (89,7)				
Negatif	23085 (12,9)	156158 (87,1)	0,000	1,030	1,028	1,032
Klasifikasi Anatomis						
Paru	40103 (11,3)	347707(88,5)31				
Ekstra Paru	4896 (13,3)	873 (86,7)	0,000	1,024	1,019	1,028
Riwayat Pengobatan						
Pengobatan Ulang	3473 (18,1)	15705 (81,9)				
Baru	41526 (11,1)	332002 (88,9)	0,000	1,085	1,078	1,093
Status HIV						
Negatif	12617(8,8)	130595 (91,2)				
Positif	2613 (27,4)	6908 (72,6)	0,000	1,257	1,241	1,273
Tidak diketahui	29769 (12,4)	120204(87,6)	0,000	1,041	1,039	1,043
Status DM						
Tidak	5772 (10,8)	47818 (89,2)				
Ya	2333 (14,8)	13478 (85,2)	0,000	1,047	1,039	1,054
Tidak diketahui	36894 (11,4)	286411 (88,6)	0,000	1,007	1,004	1,010

Ket : \* (signifikan)

Pemantauan hasil pengobatan TB dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi hasil pengobatan TB sangat penting untuk mengevaluasi efektivitas dan efisien program intervensi TB [9]. Dalam penelitian ini, bertujuan untuk menilai hasil keberhasilan pengobatan TB dan faktor-faktor yang mempengaruhinya di Indonesia tahun 2018.

Dalam penelitian ini, persentasi keberhasilan pengobatan yaitu 88,5%, sama halnya dengan penelitian lain memiliki angka keberhasilan diatas 80%.<sup>10,11,12</sup> Angka keberhasilan pengobatan yaitu sebesar 347.707 atau 88,5% yang terdiri atas 41% sembuh dan 47,6% pengobatan lengkap. Sedangkan pada hasil pengobatan yang buruk dibawah 15% sebanding dengan penelitian lainnya [10, 11, 12]. Adapun angka ketidakberhasilan pengobatan yaitu 7837 orang atau 11,5%, yang terdiri atas meninggal sebesar 3%, putus berobat 5,6%, pindah 2,1%, dan gagal 0,8%. Hal ini sesuai dengan penelitian lainnya.<sup>10,11,</sup>

Usia dalam penelitian ini dikategorikan berdasarkan nilai median 44 tahun sehingga peneliti mengategorikan usia 45 tahun. Berdasarkan kategori usia, pasien yang berusia > 45 tahun memiliki peluang

1,034 kali (95% CI; 1,029-1,043) untuk berhasil pengobatan daripada pasien yang sudah memiliki usia kurang dari 45 tahun. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa usia 45-60 tahun memiliki peluang 1,167 kali untuk lebih berhasil dalam pengobatan dibandingkan usia > 60 tahun, sedangkan kategori usia 15-45 menjadi protector terhadap keberhasilan pengobatan yang artinya usia muda menjadi faktor risiko untuk hasil pengobatan yang buruk.<sup>12</sup> Penelitian lain menunjukkan hasil sebaliknya yaitu usia 25-34 tahun dan 35-44 tahun merupakan faktor protektif dengan AOR 0,44 (95% CI: 0,25-0,8) dan AOR 0,39 (95% CI: 0,20-0,70), terhadap hasil pengobatan yang baik yang artinya usia muda menjadi risiko terhadap hasil pengobatan buruk. Namun ≥65 tahun memiliki risiko AOR 4,2 (95% CI: 1,30-12,9) untuk mengalami keberhasilan pengobatan.<sup>13</sup> Berdasarkan survey Riskesdas 2013, semakin bertambah usia, prevalensinya semakin tinggi. Kemungkinan terjadi re-aktivasi TBC dan durasi paparan TBC lebih lama dibandingkan kelompok umur di bawahnya.<sup>2</sup>

Dalam penelitian ini, diketahui sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (58,1%). Temuan ini konsisten dengan penelitian sebelumnya di Ethiopia

yaitu sebesar 59,8%.<sup>9,10,11</sup> Hal ini terjadi kemungkinan karena laki-laki lebih terpapar pada fakto risiko TBC misalnya merokok dan kurangnya ketidapatuhan minum obat, laki-laki lebih mungkin terpapar dan lebih memanfaatkan layanan kesehatan daripada perempuan, sedangkan perempuan mungkin tidak melaporkan penyakit mereka mencari alternative pengobatan lain karena kendala social ekonomi.<sup>2</sup> Namun, perempuan lebih berpeluang untuk mengalami keberhasilan yaitu dengan RR 1,025 (95% CI; 1,023-1,027). Temuan ini konsisten dengan studi metaanalisis dimana perempuan berpeluang 1,2 (95% CI; 1,1-1,3) kali mungkin untuk berhasil pengobatan dibandingkan dengan laki-laki.<sup>7</sup> Sebaliknya penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki memiliki peluang untuk berhasil pengobatan yaitu 2,422 kali (95% CI; 0,993-5,908).<sup>12</sup>

Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, pasien dengan pengobatan baru memiliki peluang 1,081 kali (95% CI; 1,064-1,099) untuk mengalami keberhasilan pengobatan daripada pasien dengan pengobatan ulang. Penelitian Torres, et.,al jug menunjukkan hal yang sama yaitu memiliki OR 1,6 (95% CI; 1,5-1,6) untuk mengalami keberhasilan pengobatan.<sup>7</sup>

Berdasarkan variable status TB DM menunjukkan bahwa pasien TB tanpa komorbid DM memiliki peluang untuk berhasil 1,01 kali (95% CI; 1,004-1,01) daripada pasien TB DM. Berbeda halnya dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa pasien TB DM memiliki hasil pengobatan yang buruk yaitu 6,7% dibandingkan dengan pasien tanpa DM, serta lebih berisiko mengalami kematian yaitu 6,5 kali (95% CI 1.1–38.0, P = 0.039) lebih tinggi pada daripada pasien TB saja.<sup>14</sup> Pasien TB DM memiliki respon pengobatan yang lebih buruk dibandingkan dengan mereka yang tidak DM, sehingga berisiko lebih tinggi untuk mengalami kegagalan pengobatan TB, kematian, dan kambuh setelah diobati.<sup>15</sup> Kegagalan pengobatan pada penderita TB DM dapat terjadi karena tingkat konversi kultur sputum lebih rendah, sebagaimana penelitian yang dilakukan Atlanta menunjukkan bahwa tingkat konversi hasil sputum pada bulan kedua pengobatan dengan AOR 40,132(95% CI; 5,004-321,839) dibandingkan dengan

hanya pasien TB.<sup>16</sup> Berbeda halnya dengan studi di Marryland bahwa pada pasien DM, baik pada bentuk TB dan BTA positif tidak mempengaruhi hasil pengobatan.<sup>7</sup>

Diagnosis sputum pada saat pemeriksaan menjadi salah satu indicator dalam keberhasilan program TB karena dengan membandingkan sputum awal pemeriksaan dan pemeriksaan sputum pada bulan ke 2, tiga dan lima dapat menjadi indicator kegagalan jika tidak mengalami konversi. Pasien TB yang memiliki sputum positif yaitu 1,023 (95% CI: 1,016-1,030) kali untuk mengalami keberhasilan pengobatan daripada mereka yang memiliki sputum negative pada saat pemeriksaan.

Status HIV negative pada pasien TB memiliki peluang untuk berhasil pengobatan 1,26 kali (95% CI; 1,24-1,27) dibandingkan pasien HIV Positif. Hal ini sesuai dengan sebuah studi metaanalisis yang menunjukkan bahwa Pasien HIV negatif (OR 1.9, 95% CI; 1.6–2.3) dua kali lebih mungkin berhasil dalam pengobatan daripada pasien TB HIV positif.<sup>7</sup> Namun berbeda dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan koinfeksi TB HIV dengan keberhasilan pengobatan.<sup>13</sup>

Hasil penelitian ini, belum dapat aplikasikan untuk mengevaluasi tingkat keberhasilan pengobatan TB secara keseluruhan diwilayah penelitian. Temuan penelitian ini tidak lepas dari keterbatasan dalam berbagai hal dalam penelitian. Adapun keterbatasan yang ditemukan antara lain adalah penelitian ini bersifat retrospektif dimana tidak dapat melihat profil klinis yang rinci dari pasien TB, yang mungkin memainkan peran penting dalam menunjukkan gambaran keseluruhan dari peserta penelitian seperti status merokok, IMT, dan variable lainnya.

## PENUTUP

Tingkat keberhasilan pengobatan rata-rata dari semua pasien yang terdaftar memuaskan dan sesuai dengan target nasional. Keberhasilan pengobatan secara bermakna dikaitkan dengan status HIV negative, tanpa komorbid DM, perempuan, usia < 45 tahun, dan tidak memiliki riwayat pengobatan sebelumnya serta sputum awal pemeriksaan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO | Global tuberculosis report 2018. 2018.
2. Kementerian Kesehatan RI. Info Data dan Informasi Tuberkulosis Tahun 2018. 2018;1–6.
3. Kemenkes. Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. 2016;
4. Dirjen P2P. Evaluasi Program Tuberkulosis 2018 Upaya Menuju Eliminasi. 2018;
5. Raviglione M, Sulis G. Tuberculosis 2015: Burden, challenges and strategy for control and elimination. *Infect Dis Rep.* 2016;8(2):33–7.
6. Dye C. Global epidemiology of tuberculosis. *Lancet.* 2006;367(9514):938–40.
7. Torres NMC, Rodríguez JJQ, Andrade PSP, Arriaga MB, Netto EM. Factors predictive of the success of tuberculosis treatment: A systematic review with meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(12):1–24.
8. Tesfahuneygn G, Medhin G, Legesse M. Adherence to Anti - tuberculosis treatment and treatment outcomes among tuberculosis patients in Alamata District , northeast Ethiopia. *BMC Res Notes.* 2015;1–11.
9. Tola A, Minshore KM, Ayele Y, Mekuria AN. Tuberculosis Treatment Outcomes and

- Associated Factors among TB Patients Attending Public Hospitals in Harar Town, Eastern Ethiopia: A Five-Year Retrospective Study. *Tuberc Res Treat.* 2019;2019:1–11.
10. Vasankari T, Holmström P, Ollgren J, Liippo K, Kokki M, Ruutu P. Risk factors for poor tuberculosis treatment outcome in Finland: a cohort study. *2007;9:1–9.*
  11. Berhe G, Enquselassie F, Aseffa A. Treatment outcome of smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Tigray Region, Northern Ethiopia. 2012;
  12. Ahmad T, Haroon, Khan<sup>4</sup> M, Khan<sup>5</sup> MM, Ejeta<sup>6</sup> E, Karami<sup>7</sup> M, et al. Treatment Outcome of Tuberculosis Patients Under Directly Observed Treatment Short Course and its Determinants in Shangla, Khyber-Pakhtunkhwa, Pakistan: A Retrospective Study. *Int J Mycobacteriology.* 2017;6(3):239–45.
  13. Worku S, Derbie A, Mekonnen D, Biadlegne F. Treatment outcomes of tuberculosis patients under directly observed treatment short-course at Debre Tabor General Hospital, northwest Ethiopia: Nine-years retrospective study. *Infect Dis Poverty.* 2018;7(1):1–7.
  14. Dooley KE, Tang T, Golub JE, Dorman SE, Cronin W. Impact of Diabetes Mellitus on Treatment Outcomes of Patients with Active Tuberculosis. *2009;80(4):634–9.*
  15. Lönnroth K, Roglic G, Harries AD. Improving tuberculosis prevention and care through addressing the global diabetes epidemic: From evidence to policy and practice. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(9):730–9.
  16. Melese A, Zeleke B. Factors associated with poor treatment outcome of tuberculosis in Debre Tabor, northwest Ethiopia. *BMC Res Notes [Internet].* 2018;11(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3129-8>



## Analisis Persepsi *Stakeholder* dalam Penanganan Risiko Pestisida sebagai Dasar Penyusunan *Policy Brief* di Kabupaten Brebes

Sri Lestari<sup>1</sup>, Hanifa Maher Denny<sup>2</sup>, Yuliani Setyaningsih<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universitas Ngudi Waluyo, oshtariskm@gmail.com

<sup>2</sup> Universitas Diponegoro, hanifadenny@live.undip.ac.id

<sup>3</sup> Universitas Diponegoro, joeliana\_kesja\_undip@yahoo.com

Info Artikel : Diterima Juni 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020

### ABSTRAK

Penggunaan pestisida yang tidak sepenuhnya mengenai sasaran menimbulkan residu dan berdampak buruk bagi kesehatan maupun lingkungan. Perlu upaya preventif untuk mengurangi dampak dari penggunaan pestisida. Sehingga *policy brief* disusun sebagai upaya meminimalisir dampak penggunaan pestisida melalui rekomendasi kebijakan yang lebih efektif untuk ditujukan kepada Pemerintah Daerah dan Dinas terkait. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Jumlah sampel dalam penelitian ini terdiri dari petugas Puskesmas, Dinas Kesehatan dan Dinas Pertanian. Persepsi *stakeholder* dalam pengambilan kebijakan dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, faktor latar belakang keluarga dan faktor kebutuhan. *Policy brief* disusun berdasarkan hasil wawancara dan *focus group discussion* kepada para informan terkait dampak dan pencegahan penggunaan pestisida berlebihan. Persepsi *stakeholder* dalam pembinaan penggunaan pestisida belum berjalan optimal meskipun sudah ada tugas dan program secara jelas. Pengetahuan *stakeholder* terkait risiko pestisida sudah sampai ke tahap *comprehensive* yaitu mampu menjelaskan dengan benar dan menginterpretasikannya. *Stakeholder* juga peduli terhadap kesehatan petani dengan memberikan penyuluhan terkait dampak pestisida, namun kesadaran petani akan pentingnya penggunaan alat pelindung diri dan penggunaan pestisida sesuai aturan masih sangat rendah. Perlunya monitoring dan evaluasi program penyuluhan dan pembinaan oleh *stakeholder* kepada para petani secara berkala 6 bulan sekali.

**Kata kunci:** *Policy brief, Stakeholder, Risiko Pestisida, Persepsi*

### ABSTRACT

The use of pesticides that are not completely on target creates residues and has a negative impact on health and the environment. The lack of guidance from stakeholders and the lack of knowledge about the dangers of pesticides cause farmers to ignore the risks of excessive use of pesticides. Preventive efforts are needed to reduce the impact of pesticide use, so that the policy brief could be prepared as an effort to minimize the impact of pesticide use through more effective policy recommendations that is to be addressed to local governments and related agencies. This research used a qualitative approach. The sample in this study consisting of the community health centre officers, the Health Service and the Agriculture Service. Stakeholder perceptions in policy making were influenced by knowledge factors, family background factors and need factors. The policy brief was prepared based on the results of interviews and focus group discussions with informants relating to the impact of and the prevention of the use of pesticides excessive. The stages of preparing a policy brief start from determining the problem and audience, creating a policy framework, writing an executive summary and reviewing the results of the policy brief. Perception stakeholders for developing the use of pesticides to have not run optimally even though we already be a job and the program as a clear. The need for monitoring and evaluation counseling and flanking by stakeholders to farmers periodically 6 months.

**Keywords:** *Policy brief, Stakeholders, Risk of Pesticides, Perception*

## PENDAHULUAN

Pada era globalisasi, kesehatan dan keselamatan kerja (K3) menjadi prasyarat yang ditetapkan dalam hubungan ekonomi perdagangan antar negara yang harus dipenuhi termasuk negara Indonesia.<sup>1</sup> Angka rata-rata kecelakaan kerja tertinggi ditempati sektor pertanian dan pengelolaan hutan sebesar 27%. Kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang terjadi pada tenaga kerja sektor informal disebabkan karena tidak adanya pendidikan dan pelatihan serta standar keselamatan kesehatan kerja (K3) secara khusus bagi para petani.<sup>2</sup> Peredaran pestisida di Kabupaten Brebes diketahui sebanyak 1.300 merk dari 3.200 merk pestisida yang terdaftar di Kementerian Pertanian. Kabupaten Brebes menduduki urutan pertama se-Asia Tenggara dalam penggunaan pestisida. Terjadi peningkatan penggunaan jumlah pestisida dari tahun ke tahun dengan jumlah yang paling banyak digunakan adalah insektisida.<sup>3</sup>

Penggunaan pestisida yang tidak sesuai aturan dapat berdampak negatif terhadap kesehatan petani dan masyarakat. Petani berisiko mengalami keracunan akibat paparan pestisida saat menyemprotkan.<sup>4</sup> *Stakeholder* baik individu maupun kelompok, dapat mempengaruhi dan dipengaruhi dalam pengambilan suatu keputusan. Hal ini berhubungan dengan kekuasaan, sumberdaya, informasi, keahlian dan kebutuhan.<sup>5</sup>

Berdasarkan jurnal media kesehatan masyarakat Indonesia terkait kejadian keracunan pestisida pada istri petani bawang merah menunjukkan bahwa 29 orang dari 37 istri petani bawang merah mengalami keracunan pestisida. Faktor penggunaan APD yang tidak lengkap serta cara penyimpanan pestisida dapat mempengaruhi masuknya pestisida ke dalam tubuh. Menurut Mahmudah,dkk perlunya dilakukan sosialisasi, pemantauan dan evaluasi terhadap perilaku petani dalam melakukan aktivitas pertanian serta bahaya penggunaan pestisida oleh instansi terkait.<sup>11</sup>

Kurangnya pembinaan dari *stakeholder* dan rendahnya pengetahuan tentang bahaya pestisida menyebabkan petani mengabaikan risiko dari penggunaan pestisida yang berlebihan. Mengatasi kesenjangan yang terjadi dalam penanganan

risiko pestisida di Kabupaten Brebes, peneliti ingin menggali lebih dalam persepsi stakeholder terkait pestisida untuk dijadikan pedoman dalam penyusunan *policy brief*. *Policy brief* disusun untuk memberikan masukan bagi Pemerintah Daerah dalam merumuskan kebijakan yang lebih efektif terkait penanganan risiko pestisida.

## MATERI DAN METODE

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Wanasari, Kabupaten Brebes. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif karena peneliti ingin menganalisis suatu proses penyusunan *policy brief* berdasarkan persepsi *stakeholder* dalam pencegahan dan penanganan risiko penggunaan pestisida. Populasi penelitian ini adalah seluruh stakeholder yang ada di wilayah Kabupaten Brebes.

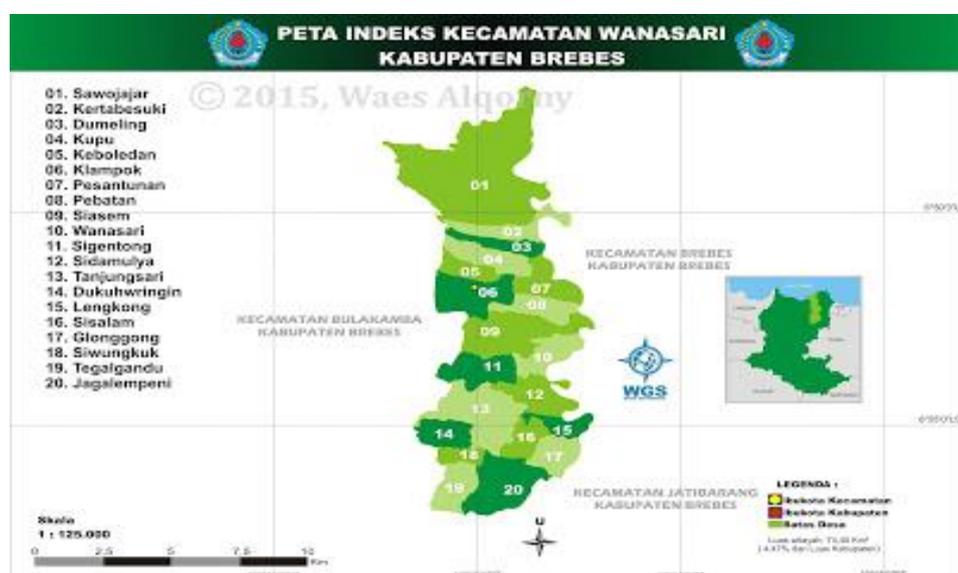
Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik Purposive Sampling yaitu penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan dalam penentuan sampel ini adalah stakeholder yang memiliki pekerjaan berkaitan dengan kesehatan dan pengelolaan pestisida di wilayah Kabupaten Brebes. Sehingga sampel dalam penelitian ini terdiri dari petugas Puskesmas (Sanitarian), perwakilan Dinas Pertanian (Kasie Pupuk dan Pestisida) dan perwakilan Dinas Kesehatan (Kasie Promkes dan Kesling). Dalam penelitian ini yang menjadi instrumen penelitian adalah wawancara (*indept interview*), observasi dan dokumentasi. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data secara kualitatif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Lokasi penelitian dilakukan di Kecamatan Wanasari, Kabupaten Brebes karena merupakan daerah penghasil bawang merah terbesar di Jawa Tengah. Pada (Gambar.1&2) dijelaskan peta administrasi lokasi penelitian. Secara topografi Kecamatan Wanasari merupakan dataran yang memiliki lahan sawah berupa hamparan yang berpotensi untuk ditanami tanaman hortikultura seperti bawang merah.



Gambar 1. Peta Administrasi Kabupaten Brebes



Gambar 2. Peta Indeks Kecamatan Wanasari Kabupaten Brebes

Berdasarkan teori psikologi sosial, persepsi *stakeholder* dalam pengambilan kebijakan penanganan risiko pestisida

dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, latar belakang keluarga dan faktor kebutuhan.

Tabel 1. Hasil Wawancara Persepsi *Stakeholder* dalam Penanganan Risiko Pestisida

Variabel	Responden 1	Responden 2	Responden 3
Faktor Pengetahuan	Pestisida merupakan bahan kimia yang digunakan membasmi tanaman	Pestisida merupakan bahan kimia yang dipergunakan untuk memberantas penyakit	Pestisida adalah racun untuk mengendalikan hama

	Penggunaan pestisida dapat berdampak buruk bagi kesehatan, bisa menyebabkan sesak nafas/asma apabila tidak didukung penggunaan APD	Dampak pestisida sangat luas terutama jika penggunaannya berlebihan dan tidak dengan cara bijak (sesuai dosis, takaran, waktu)	Dampak negatif dari pestisida adalah mengganggu kesehatan karena pestisida itu termasuk racun. Dan bagi lingkungan dampaknya menurunkan kualitas lingkungan
	Sebelum menyemprotkan pestisida sebaiknya baca dulu petunjuk penggunaan, jangan lupa menggunakan APD, perhatikan arah angin sebelum menyemprotkan	Gunakan pestisida sesuai petunjuk penggunaan yang ada dalam kemasan, sesuai dosis dan takaran, menggunakan alat pelindung diri, tidak boleh melawan arah angin saat menyemprotkan pestisida	Petani harus mengikuti petunjuk dosis yang tepat. Menggunakan APD yang sesuai standar.
Faktor Latar belakang Keluarga	Tidak ada anggota keluarga yang bekerja sebagai petani, tidak memiliki sawah	Tidak ada anggota keluarga sebagai petani bawang merah	Tidak ada anggota keluarga yang bekerja sebagai petani tetapi memiliki lahan sawah yang dikelola oleh buruh tani
	Pernah menerima keluhan petani yang sering pusing karena terkena semprotan pestisida, dan disarankan untuk segera periksa ke dokter	Biasanya kerja sama dengan Dinas Kesehatan terkait keluhan petani yang terkena semprotan pestisida	Sering menemukan keluhan petani yang keracunan pestisida saat turun langsung ke lapangan. Dulu sempat ada program pemeriksaan cholinesterase. Jika keracunan pestisida saya sarankan untuk segera periksa dan istirahat.
Faktor Kebutuhan	Apabila pestisida digunakan secara benar dapat meningkatkan hasil panen, tetapi jika berlebihan akan mengganggu kesehatan dan mencemari lingkungan	Pestisida sangat penting, asalkan penggunaannya secara bijak	Pestisida sangat penting bagi petani karena berkaitan dengan keberlangsungan hasil panen dan pendapatan ekonomi
	Dulu ada pemeriksaan cholinesterase bagi petani yang merupakan program kerjasama antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Sekarang sudah tidak	Dari Dinas Pertanian setahun sekali mengadakan pembinaan tentang pestisida dalam bentuk workshop	Dinas Kesehatan tidak bisa turun langsung ke masyarakat dikarenakan terhalang tupoksi. Sehingga kita hanya bisa membina Puskesmas 2x dalam

ada, hanya ada pemeriksaan kesehatan		setahun, untuk nanti diteruskan ke masyarakat
Belum pernah memberikan pembinaan secara langsung kepada petani, biasanya yang bertanggung jawab pemegang program Pos UKK	Sering memberikan penyuluhan setiap ada kesempatan di masyarakat untuk menyampaikan terkait pestisida	Sering memberikan penyuluhan dan selalu menekankan kepada petani bahwa pestisida itu racun yang sangat berbahaya

Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang.<sup>6</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan 3 *stakeholder* tentang pengertian pestisida, dampak pestisida dan cara pencegahan dapat disimpulkan bahwa ketiga informan telah sampai pada tingkatan pengetahuan *comprehensive* yaitu mampu menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor individu maupun faktor lingkungan dengan model perubahan perilaku.<sup>7</sup> Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu : faktor pendukung, faktor pemungkin dan faktor penguat. *Health Belief Model* menerangkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh latar belakang, persepsi dan gagasan.<sup>8</sup> Latar belakang keluarga termasuk dalam faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku masyarakat. Keluarga menjadi fokus pelayanan kesehatan yang strategis karena keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga.<sup>9</sup>

Berdasarkan penelitian dari Luluk Sulistiyono diketahui bahwa faktor kunci yang mempengaruhi penggunaan pestisida adalah sumber daya petani, sumber daya petugas, serangan OPT dan penggunaan teknologi alternatif. Sumber daya petani dipengaruhi oleh frekuensi pelatihan, pendidikan dan lama bertani. Sedangkan

sumber daya petugas dipengaruhi oleh satu parameter yaitu peran petugas dalam melakukan pendampingan dan pembinaan. Hasil penelitian Luluk terkait penggunaan pestisida pada pertanian di Jawa Timur menunjukkan bahwa kerja sama lintas sektor perihal penggunaan pestisida dalam pengendalian OPT berjalan tidak harmonis dikarenakan *leading sector* yang berbeda. Selain itu data menunjukkan kehadiran petugas dalam rangka kepentingan administratif dan pembinaan sebanyak 0-3 kali perbulan atau sebesar 4%. Sehingga perlu adanya pengawasan terhadap kinerja petugas lapangan dalam pendampingan dan pembinaan petani terkait penggunaan pestisida.<sup>12</sup>

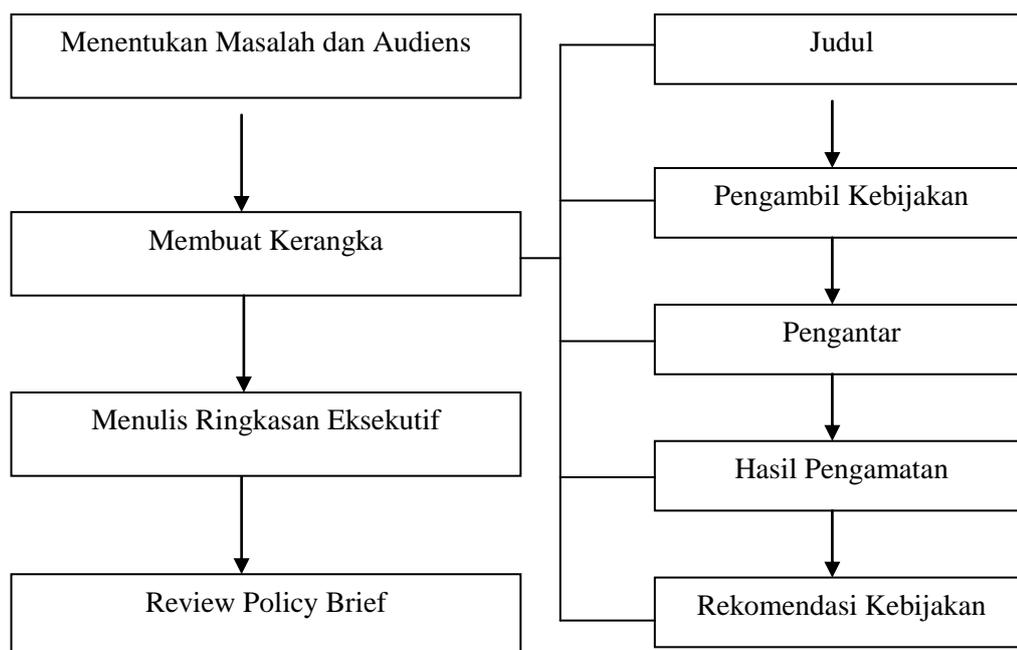
*Stakeholder* sebagai kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh suatu pencapaian tujuan tertentu. Petani dan *Stakeholder* merupakan satu kesatuan yang tidak bisa dipisahkan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Petani membutuhkan pestisida untuk membantu meningkatkan hasil panen yang akan berdampak pada tingkat ekonomi keluarga. Petani juga membutuhkan *stakeholder* dalam memberikan informasi kepada petani terkait aturan penggunaan pestisida. Peran *stakeholder* sangat dibutuhkan untuk menunjang kesehatan para petani dengan adanya penyuluhan dan pembinaan secara rutin. Salah satu informan menyatakan bahwa di wilayah Kecamatan Wanasari telah diadakan pemeriksaan kesehatan bagi para petani agar terjamin kesehatannya.

Penggunaan pestisida selain memiliki nilai ekonomis yang artinya memberikan

keuntungan bagi petani tetapi juga dapat mengakibatkan kerugian. Maka penggunaan pestisida secara bijaksana menjadi sangat penting. Penggunaan pestisida secara bijaksana maksudnya dengan menerapkan prinsip 5 Tepat yaitu tepat sasaran, tepat jenis, tepat dosis, tepat waktu dan tepat cara.<sup>13</sup>

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai

tujuan hidup sehat.<sup>10</sup> Dari hasil wawancara dengan ketiga informan, didapatkan hasil bahwa semua informan telah melakukan pembinaan/penyuluhan kepada petani terkait penggunaan pestisida. Ada yang melakukan pembinaan langsung dengan turun ke lapangan untuk mengetahui keadaan petani yang sebenarnya, ada yang melakukan pembinaan lewat Pos UKK Terintegrasi dan ada juga yang melakukan pembinaan melalui kegiatan Workshop Diseminasi dari Dinas Pertanian bekerja sama dengan lintas sektor untuk para petani bawang merah di wilayah Kabupaten Brebes.



Gambar 2. Diagram Alir Penyusunan Policy Brief

## PENUTUP

Persepsi stakeholder dalam penggunaan pestisida pada pertanian bawang merah diketahui bahwa stakeholder telah memiliki tugas pokok dan fungsi yang jelas terkait penanganan risiko pestisida, tetapi dalam penerapan di lapangan belum tercapai sepenuhnya karena kurangnya monitoring dan evaluasi setiap program kerja dan tingkat

kesadaran petani akan risiko pestisida masih rendah. Tahapan penyusunan *policy brief* dimulai dari menentukan masalah dan audiens, membuat kerangka kebijakan, menulis ringkasan eksekutif dan mereview hasil *policy brief*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025. Jakarta:2009
2. Öjermark MH. World Of Work, The Magazine of The ILO NO. 63, August 2008. (Editor). ILO Department of Communication and Public Information, CH-1211 Geneva 22, Switzerland: 2008
3. Badan Pusat Statistik. Kabupaten Brebes Dalam Angka 2016. BPS Kabupaten Brebes:2016
4. Adriyani, R. Usaha Pengendalian Pencemaran Lingkungan Akibat Penggunaan Pestisida Pertanian. Jurnal Kesehatan Lingkungan, 3(1), 95-10. Jakarta: 2006
5. Branco, Manuel Castelo dan Lúcia Lima Rodriguez, "Positioning Stakeholder Theory within the Debate on Corporate Social Responsibility", EJBO (Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies), Vol. 12, No. 1(2007), hlm. 5-15.
6. Zhou P. Dietary exposure to persistent organochlorine pesticides in 2007 Chinese total diet study. Environment International, 42: 152-159. 2012
7. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning An Education And Environmental Approach (2nded). Mayfield Publishing Company, London: 2004
8. Smith PJ, Humistog SG, Marcuse SK, Zhao Z, Dorel CG, Howes C. Parental Delay or Refusal Of Vaccine Doses Childhood Vaccination Coverage at 24 Months Of Age, and The Health Belief Model. Public Health Rep. 2: 135-146. 2011
9. Mubarak WI. Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi Dalam Kebidanan. Salemba Medika. Jakarta:2012
10. Herawani. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. EGC. Jakarta; 2001

11. Mahmudah,M., Nur EW., Onny S. Kejadian Keracunan Pestisida pada Istri Petani Bawang Merah di Desa Kedunguter Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes. Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. Volumen 11 No.1 April 2012; 2012
12. Luluk Sulistiyono. Model Pengembangan Implementasi Kebijakan Penggunaan Pestisida pada Tanaman Sayuran di Provinsi Jawa Timur. Sekolah Pascasarjana Institut Pertanian Bogor. Bogor : 2012
13. Direktorat Jenderal Sarana dan Prasarana Pertanian. Pedoman Pembinaan Penggunaan Pestisida. Direktorat Pupuk dan Pestisida Kementerian Pertanian. Jakarta : 2010



## Hubungan Insomnia dengan Kejadian Migrain pada Remaja

Faridah Aini<sup>1</sup>, Raharjo Apriyatmoko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitas Ngudi Waluyo, nick\_farida@yahoo.co.id

<sup>2</sup> Universitas Ngudi Waluyo, raharjoapriyatmoko@gmail.com

Info Artikel : Diterima Juni 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020

### ABSTRAK

Insomnia berupa berkurangnya kuantitas dan kualitas tidur yang dapat menyebabkan perubahan neurotransmitter. Kadar serotonin mempengaruhi tidur *rapid eye movement* (REM) sehingga gangguan pada kadar serotonin ini akan menyebabkan migrain. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan insomnia dengan kejadian migrain pada remaja. Desain penelitian ini adalah *deskriptif korelasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah remaja di di desa candi Kecamatan Bandungan kabupaten Semarang dengan jumlah 2.651 orang. Jumlah sampel sebanyak 120 orang yang diambil dengan teknik *purposive samplin*, dengan kriteria; usia 12 s/d 19 tahun, tidak perokok, dan mengkonsumsi kafein, tidak ada gangguan serebral. Alat pengambilan data untuk variabel tingkat konsentrasi menggunakan kuesioner Kelompok *Study Psikiatri Biologi Jakarta - insomnia Rating Scale* (KSPBJ-IRS) dan *Migraine Screen Questionnaire* (MS-Q). Analisis data yang digunakan distribusi frekuensi dan uji *uji chi square*. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah responden tidak mengalami insomnia (63,3%), sebagian besar tidak mengalami migrain (68,3%). Ada hubungan yang signifikan insomnia dengan kejadian migrain pada remaja dengan nilai p sebesar  $0,0001 < (\alpha : 0,05)$ . Sebaiknya remaja memperbaiki pola tidurnya dengan mencari penyebab gangguan pola tidur dan mengatasinya sehingga dapat mencegah terjadinya migrain.

**Kata Kunci** : insomnia, kejadian migrain, remaja

### ABSTRACT

*Insomnia in the form of reduced quantity and quality of sleep that can cause changes neurotransmitter. Serotonin levels affect REM sleep and therefore the disturbance in serotonin levels will cause migraine. The purpose of this study was to determine the relationship of changes in sleep patterns to the incidence of migraine in teenagers. This research design was descriptive correlational with cross sectional approach. The population of this research was teenagers in Candi Subdistrict of Bandungan, with total of 1.651 people, with samples of 120 people taken by purposive sampling technique, with criteria: aged 12 to 19 years, not a smoker, and consuming caffeine, no cerebral disorders. Data collection tool for concentration level variable used questionnaires of Study Group of Psychiatry Biology Jakarta - Disruption of sleep patterns Rating Scale (KSPBJ-IRS) and Migraine Screen Questionnaire (MS-Q). Data analysis used frequency distribution and chi square test. The results showed that most teenagers did not experience insomnia (63.3%), most of them did not experience migraine (68.3%). There was an association between insomnia and the incidence of migraine in teenagers, with p value of  $0.0001 < (\alpha : 0,05)$ . Should teenagers control sleep patterns by making a schedule to prevent and control the incidence of migraine.*

**Keywords:** insomnia, Incidence of Migraines, Teenagers

## PENDAHULUAN

Remaja sering mempunyai gaya hidup yang tidak sehat seperti begadang, stress sehingga menyebabkan mereka mengalami insomnia. Insomnia adalah salah satu jenis-jenis gangguan tidur yang dialami seseorang dimana ketika bangun diikuti oleh gangguan fungsional. Insomnia bisa mengakibatkan penyakit berisiko seperti serangan jantung karena tubuh yang seharusnya istirahat untuk menghilangkan kelelahan tidak dapat melakukan fungsinya dengan baik.

Insomnia merupakan sebuah gejala atau gangguan yang terjadi pada tidur seseorang. Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan. Setiap tahun di dunia, diperkirakan sekitar 20% hingga 50% orang dewasa mengalami gangguan tidur ringan, dan 17% mengalami gangguan tidur yang serius. kejadian insomnia pada remaja tinggi yaitu; insomnia ringan 41.15, insomnia sedang 13.3%, dan insomnia berat 37.8%. kejadian insomnia di MTS Muhammadiyah Malang sebesar 53.3%.<sup>1</sup>

Konsekuensi insomnia pada kehidupan sehari-hari adalah munculnya rasa lelah, malas, penurunan energi dan motivasi, gangguan kognitif (seperti konsentrasi, memori, reaksi dan pengambilan keputusan), penurunan produktivitas kerja, perubahan *mood* yang tidak stabil dan penurunan kualitas tidur.<sup>2</sup>

Penderita insomnia mengalami peningkatan suhu tubuh, peningkatan denyut nadi dan penurunan variasi periode jantung selama tidur. Terdapat peningkatan frekuensi gelombang beta selama tidur pada fase NREM. Aktivitas gelombang beta dikaitkan dengan dengan aktivitas gelombang otak selama terjaga. Penurunan dorongan pada pasien insomnia dikaitkan dengan penurunan aktivitas gelombang delta. Peningkatan level kortisol dan adrenokortisol (ACTH) sebelum dan selama tidur, terutama pada setengah bagian pertama tidur pada pasien insomnia terdapat penurunan melantonin yang tidak konsisten.<sup>3</sup>

Melantonin merupakan faktor yang berperan dalam ritme sirkadian. Nukleus *noradrenergik lokus ceruleus* dan *nukleus serotonergik rafe dorsalis* mengontrol siklus bangun tidur dan modulasi nyeri. Serotonin terlibat dalam regulasi tidur dan memegang peran penting dalam migrain. Aktivitas serotonin memiliki ritme sirkadian dan sirkannual di bawah kontrol *nukleus suprachiasmatic* sebagai *pacemaker*. Jalur serotonergik seperti *ascending forebrain serotonergic tract* bermula pada *nukleus rafe* dan berakhir pada area otak yang berbeda

termasuk pada *nukleus suprachiasmatic* di hipotalamus. Stimulasi *nukleus rafe* akan menginduksi pengeluaran serotonin (5-HT) pada *nukleus suprachiasmatic* dan memulairitme aktivitas sirkadian. Adanya gangguan pada komunikasi anatomi antara *nukleus suprachiasmatic* dengan *nukleus rafe* dengan neurotransmisi serotonin dapat menyebabkan migrain.<sup>3</sup>

Penelitian Wilkensia (2012) pada mahasiswa FKIK UIN dihasilkan remaja yang mengalami migrain sebesar 26,8% (43 orang). Kurang tidur sangat berperan dalam meningkatkan resiko migrain. Durasi tidur yang berkurang dapat menyebabkan terjadinya migrain yang dipicu oleh perubahan neurotransmitter serotonin, dimana serotonin bekerja mengatur tidur REM. Selama serangan migrain terjadi pemecahan produk serotonin, *5-hydroxyindoleacetic acid* (5-HIAA).<sup>4</sup>

Hasil penelitian (Jenie, 2012) dilaporkan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, dari 551 kasus nyeri kepala di Poliklinik Saraf 10,16% merupakan penderita dengan sindroma migren. Penelitian Kalianda B (2018) mendapatkan kasus migren sebesar 10.55% dari 788 penderita baru nyeri kepala di RS Hasan Sadikin. Penelitian Sugeng (2013) mendapatkan 110 kasus dengan nyeri kepala vaskuler tipe migren dari 916 penderita baru nyeri kepala di RSUD Dr. Soetomo

Di desa Candi banyak remaja yang sering begadang dan mengalami insomnia. Hasil studi pendahuluan dari 20 remaja yang mengalami insomnia sebanyak 15 orang, dan yang mengalami migren 8 orang, mengalami insomia dan migrain sebanyak 5 orang. Migren dan insomnia merupakan masalah yang sering pada remaja. Hubungan antara keduanya belum diketahui sepenuhnya dan penelitian mengenai hubungan antara keduanya juga masih sedikit, oleh karena itu peneliti ingin mengetahui "Hubungan Insomnia dengan Kejadian Migren Pada Remaja di Desa Candi"

## MATERI DAN METODE

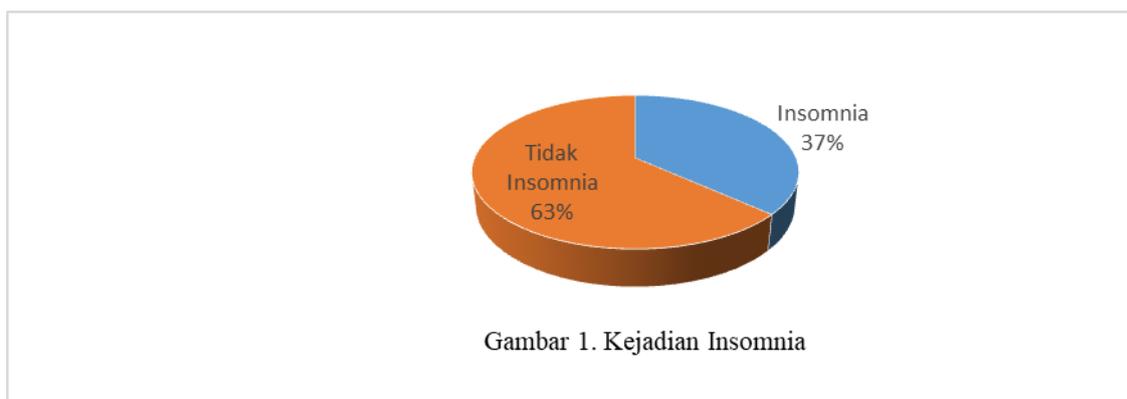
Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional, dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah remaja di Desa Candi Kecamatan Bandungan Kabupaten Semarang, dengan jumlah 2.651 orang. Sampel yang diteliti sebanyak 120 orang. Teknik sampling menggunakan purposive sampling dengan alpha 10 %, dengan kriteria: usia 12 s/d 19 tahun, tidak perokok, dan mengkonsumsi kafein, tidak ada gangguan serebral.

Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan kuisioner yang sudah baku yaitu; insomnia menggunakan *Insomnia Rating Scale* (KSPBJ-IRS) sedangkan kejadian migrain menggunakan *The Migraine Screen Questionnaire* (MS-Q). Setelah data terkumpul dilakukan analisis deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi,

sedangkan analisis hubungan menggunakan uji Chi Square.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penyebaran kuisioner pada 120 remaja di Desa Candi Kecamatan Bandungan ditemukan hasil sebagai berikut;



Gambar 1. Kejadian Insomnia

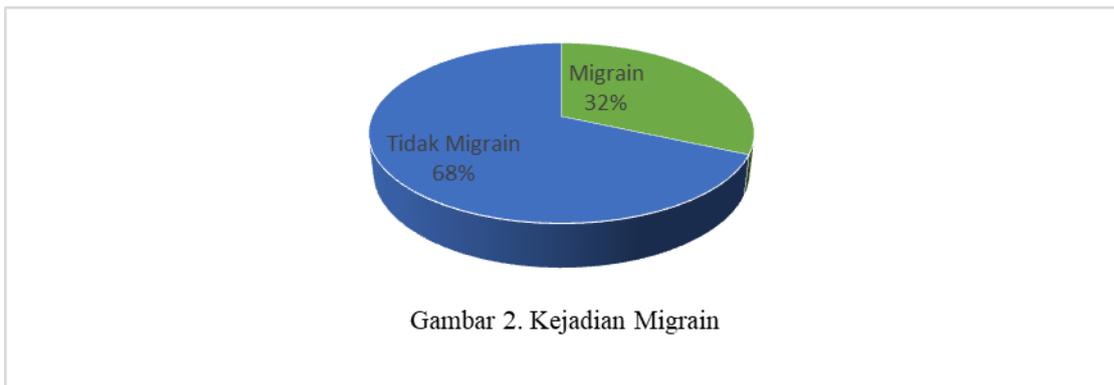
Berdasarkan gambar 1 sebagian besar remaja tidak mengalami insomnia sebanyak 76 dari 120 remaja (63,3%). Hal ini disebabkan karena remaja di Desa Candi Kecamatan bandungan mampu manajemen waktu antara istirahat dan aktivitas, berdasarkan kuisioner rata-rata lama tidur lebih dari 6.5 jam/hari. Sebelum malam begadang sebelumnya mereka tidur siang. Untuk kualitas tidur rata-rata responden tidur lelap dan sulit terbangun, serta tidak mengalami mimpi buruk. Setelah bangun tidur mereka merasa segar. Itu menunjukkan kalo kuantitas dan kualitas tidur responden baik. Hal ini bisa disebabkan karena lingkungan dan cuaca di desa candi yang tenang dan udara sejuk sehingga meningkatkan kuantitas dan kualitas tidur responden.

Insomnia merupakan suatu keadaan di mana seseorang mengalami kesulitan untuk tidur, terutama tidur malam hari. Insomnia merupakan gejala kelainan dalam tidur berupa kesulitan berulang untuk tidur atau mempertahankan tidur walaupun ada kesempatan.<sup>5</sup>

*Insomnia ditunjukkan dengan* suatu gangguan tidur yang dialami oleh penderita

dengan gejala-gejala selalu merasa letih dan lelah sepanjang hari dan secara terus menerus (lebih dari sepuluh hari) mengalami kesulitan untuk tidur (Aminoff, Greenberg, Simon, 2015). Gejala yang dialami jika mengalami insomnia yaitu kesulitan jatuh tertidur atau tercapainya tidur yang nyenyak. Keadaan ini dapat berlangsung sepanjang malam dan dalam tempo sehari-hari, berminggu-minggu bahkan lebih, merasa lelah saat bangun tidur dan tidak merasakan kesegaran, sering tidak merasa tidur sama sekali, sakit kepala di pagi hari, kesulitan berkonsentrasi, mudah marah, mata merah dan mudah mengantuk disiang hari.<sup>6</sup>

Insomnia yang dialami oleh remaja akan menimbulkan dampak hilang konsentrasi saat belajar dan stres yang meningkat. Hal ini didukung oleh teori menurut Rafknowledge (2016) dampak dari insomnia adalah hilang fokus saat berkendara, hilang konsentrasi saat belajar, kurang tidur dapat menyebabkan konsentrasi menurun, memperburuk kondisi kesehatan tubuh, stres yang meningkat, kulit terlihat lebih tua, pelupa dan obesitas atau kegemukan.<sup>7</sup>



Berdasarkan hasil penelitian pada 120 remaja di Desa Candi Kecamatan Bandungan ditemukan hasil sebagai besar remaja tidak mengalami migrain yaitu sebanyak 82 dari 120 remaja (68.3%). Walaupun angka kejadian migrain lebih sedikit dari tidak migrain tetap harus kita waspada karena migrain ini merupakan suatu kondisi ketidaknormalan yang bisa diakibatkan karena berkurangnya sirkulasi ke serebral ataupun gangguan pada serebral. Sebagian besar responden yang mengalami migrain mengeluh mengalami nyeri kepala sebelah disertai mual dan nyeri ini akan bertambah saat terkena cahaya terang dan suara yang keras. Akibat dari migrain ini sebagian besar remaja terganggu aktivitas ringan sampai sedang, hanya dua orang yang mengalami gangguan berat. Responden yang mengalami migrain 68% adalah mahasiswa dan sebagian sedang menyusun tugas akhir. Hal ini bisa juga dipengaruhi karena stress dan kelelahan akibat menyusun tugas akhir sehingga mengakibatkan insomnia dan migrain.

Menurut *International Headache Society* (2014), migren adalah nyeri kepala dengan serangan nyeri yang berlangsung 4-72 jam. Nyeri biasanya unilateral, sifatnya berdenyut, intensitas nyerinya sedang sampai berat dan diperberat oleh aktivitas, dan dapat disertai mual, muntah, fotofobia dan fonofobia.<sup>8</sup> Migren adalah nyeri kepala berulang-ulang berlangsung antara 2-72 jam dan bebas nyeri antara serangan nyeri kepala, harus berhubungan dengan gangguan visual atau gastrointerstinal atau keduanya. Gejala visual timbul sebagai aura dan/atau fotofobia selama nyeri kepala. Bila tidak ada gangguan visual hanya berupa gangguan gastrointestinal, maka

muntah harus sebagai gejala pada beberapa serangan.<sup>9</sup>

Umumnya penyebab migraine disebabkan oleh beberapa faktor seperti hormon, nutrisi, cuaca, stres, tekanan, emosional, masalah sensori (asap rokok, parfum dan lain-lain), kurang tidur, tidur berlebihan, kelelahan dan aktivitas fisik. Migrain biasanya dideskripsikan sebagai perasaan denyutan yang berat dan berkala pada suatu area dari kepala. *International Headache Society* mendiagnosis rasa nyeri akibat migraine yaitu dapat berlangsung sekitar 4-72 jam jika tidak diobati (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke*).

Beberapa penelitian berbasis rumah sakit dan populasi menggunakan metode metaanalisis, telah menemukan hubungan migraine dengan kejadian stroke iskemik, terutama migrain dengan aura, dengan peningkatan resiko lebih besar dari pada darah tinggi, diikuti oleh diabetes, perokok berat, obesitas, dan keluarga yang memiliki riwayat serangan jantung (Rasmussen, 2018). Laporan *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa 3000 serangan migraine terjadi setiap hari untuk setiap juta dari populasi di dunia.<sup>10</sup>

Berdasarkan penelitian migrain disebabkan oleh beberapa faktor seperti cuaca, stres, tekanan, emosional, masalah sensori (asap rokok, dan lain-lain), kurang tidur, kelelahan dan aktivitas fisik. Hal ini sesuai dengan pendapat Johnston bahwa serangan migrain kebanyakan disebabkan oleh berbagai faktor yang beragam, seperti; kurang tidur, hormonal, cuaca, stress, kelelahan, masalah sensorri, dan aktivitas.<sup>11</sup>

Tabel 1. Hubungan Insomnia dengan Kejadian Migrain pada Remaja

Insomnia	Migraine				Total	X <sup>2</sup>	p-value	
	Tidak		Migraine					
	f	%	f	%				
Tidak	72	94,7	4	5,3	76	100,0	76,89	0,0001
Insomnia	10	22,7	34	77,3	44	100,0		
Jumlah	82	74,5	38	25,5	120	100,0		

Berdasarkan tabel 1, hasil uji statistik dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara insomnia dengan kejadian migrain pada remaja, dengan p value  $0.0001 < (\alpha : 0.005)$ .

Migren digambarkan sebagai pemutusan suplai tenaga karena tubuh tampak seperti dilumpuhkan, sampai serangannya berhenti. Kelesuan merupakan gejala yang umum dan setiap pekerjaan seakan menjadi terasa berat. Sebagian orang yang mengalaminya harus berbaring dalam suatu ruangan yang gelap dan tenang, sampai serangannya berhenti. Juga banyak penderita yang menjadi kehilangan nafsu makan, tetapi sebagian lainnya dapat menghilangkan rasa mual tersebut justru dengan makan. Serangan migren juga bisa membuat penderita sangat cemas. Mereka yang mengalami gangguan penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya (aura), seringkali khawatir akan kehilangan penglihatan secara permanen. Stroke dan tumor otak, juga merupakan kekhawatiran yang umum terjadi.<sup>12</sup>

Perubahan pola tidur seperti insomnia, bekerja berlebihan, dan sering tidur larut malam hingga kelelahan dapat memicu migren. Tetapi sebaliknya, tidur lebih lama dari biasanya atau berbaring sejenak di tempat tidur, juga terkadang bisa menimbulkan sakit kepala pada sebagian orang. Ada tiga kemungkinan hubungan antara nyeri kepala dan gangguan tidur yaitu nyeri kepala menyebabkan gangguan tidur, gangguan tidur menyebabkan nyeri kepala dan keduanya disebabkan oleh faktor intrinsik. Nyeri kepala primer (migren) belum diamati sebagai penyebab langsung gangguan tidur mayor kecuali depresi pada nyeri kepala atau penggunaan analgetik berlebihan. Gangguan tidur yang dapat menyebabkan terjadinya nyeri kepala umumnya terjadi pada *obstructive sleep*

*apnea*. Keduanya disebabkan oleh faktor intrinsik yaitu dipacu oleh perubahan neurotransmitter, bisa juga karena obat yang mempengaruhi neurotransmitter atau karena perubahan cuaca terjadi.<sup>12</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Michael dkk untuk melihat prevalensi gangguan tidur dan migren pada 64 anak dengan gangguan tidur lebih sering mengalami migrain, dan sebaliknya anak yang tidak mengalami insomnia tidak banyak yang mengalami migren.<sup>13</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Miller dkk pada 1008 anak usia 2 sampai 12 tahun ditemukan bahwa anak dengan nyeri kepala migren lebih sering mengalami gangguan tidur dibandingkan pada anak normal. Gangguan tidur yang sering dialami anak dengan migren adalah keterlambatan *onset* tidur, lebih banyaknya resistensi jam tidur, durasi waktu tidur lebih pendek, sering mengantuk di siang hari, sering terbangun malam, kecemasan saat akan tidur, parasomnia dan gangguan nafas saat tidur. Kadar serotonin mempengaruhi tidur REM dan migren, dimana serotonin bekerja mengatur tidur REM. Gangguan pola tidur yang buruk (insomnia) dapat menyebabkan terjadinya migren dan didukung oleh teori diatas bahwa salah satu faktor pemicu terjadinya migren yaitu perubahan pola tidur.<sup>14,15</sup>

## PENUTUP

Sebagian besar remaja tidak mengalami insomnia yaitu sebanyak 76 dari 120 remaja (63,3%). Untuk kejadian migrain juga sebagian besar remaja tidak mengalami migrain yaitu sebanyak 82 dari 120 remaja (68,3%). Ada hubungan yang signifikan antara insomnia dengan kejadian migrain pada remaja, dengan p value sebesar  $0,0001 < (\alpha : 0,05)$ .

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Nurdin M.A, Arsin A.A, Thaha R.M. Kualitas Hidup Penderita Insomnia pada Mahasiswa. *Jurnal MKMI*. 2018;14(2): 128-138.
2. Wicaksono, Analisis Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur pada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Fakultas keperawatan Universitas Airlangga: Surabaya, 2012.
3. Rains, dkk, Sleep Disorders and Headache. Center for Sleep Evaluation at Elliot Hospital, Manchester, 2018.
4. Lance JW, Goadsby PJ. Migraine pathophysiology. In: Lance JW, Goadsby P, editors. Mechanism and management of headache. 7th ed. Philadelphia. 2013, p. 87-121
5. Susilo dan Wulandari, Cara Jitu Mengatasi Insomnia. Andi:Yogyakarta, 2011.
6. Aminoff, Greenberg, Simon, Lange Medical Book: Clinical Neurology. 6th ed. : McGraw-Hill, 2015
7. Rafknowledge, Insomnia dan Gangguan Tidur Lainnya. Jakarta : Gramedia, 2014.
8. International Headache Society, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version), 2014.
9. Harsono, Kapita Selekt Neurologi Edisi Kedua. Yogyakarta : Gadjah Mada University, 2015
10. Headache Classification Commitee of the International Headache Society, "Classification and diagnostic criteria for headache disorder, cranial neuralgias and pain", *Cephalgia, Suppl*, 2018, 7:1-96.
11. Johnston, Migraine. Dalam *Pediatric Book of Nelson*, 2012, (19th ed., hal. 1012-2014).
12. Wilkinson, Marcia dan Anne Mac Gregor, Seri Kesehatan bimbingan Dokter pada Migren dan Sakit Kepala Lainnya. Jakarta : Dian Rakyat. 2012.
13. Michael, Ph.D. Breus ( 2011 ) The Sleep Doctor's Diet Plan: Lose Weight through Better Sleep Newyork: Mindwork, inc.
14. Miller, C.A. (1995). Nursing care of older adults: Theory & practice. Philadelphia: J. B. Lippincott.
15. Habel P.R.G, Silalahi P.Y, Taihuttu Y. Hubungan Kualitas Tidur dengan Nyeri Kepala Primer pada Masyarakat Daerah Pesisir Desa Nusalaut, Ambon. *Smart Medical Journal*. 2018;1(2):47-55.



## Gambaran Kejadian *Burnout* Pada Perawat Di RSUD Ungaran

Mona Saparwati<sup>1</sup>, Raharjo Apriyatmoko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitas Ngudi Waluyo, mona55saparwati@gmail.

<sup>2</sup> Universitas Ngudi Waluyo, raharjoapriyatmoko@gmail.com

Info Artikel : Diterima Juni 2020 ; Disetujui Juli 2020 ; Publikasi Juli 2020

### ABSTRAK

Tugas perawat yang semakin kompleks dapat menjadi beban berat bagi perawat dalam menjalankan tugas pelayanan keperawatan kepada pasien yang berpeluang menjadi stress. Ketidakmampuan individu dalam mengatasi stress kerja yang berkepanjangan akan menyebabkan individu mengalami *burnout*. Sehingga pada akhirnya perawat yang mengalami *burnout* akan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran kejadian *burnout* pada perawat di RSUD Ungaran. Penelitian ini dilakukan dengan strategi *deskriptif analitik*. dan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah perawat ruang rawat inap di RSUD Ungaran sejumlah 172 perawat. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 63 responden dengan teknik sampling menggunakan *proportional random sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis dalam bentuk distribusi frekuensi dan presentase. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden mengalami kejadian *burnout* dalam kategori sedang sebanyak 32 responden dengan persentase 50,8% sedangkan kejadian *burnout* dalam kategori ringan sebanyak 14 responden dengan presentase 22,2%. Akan tetapi ada 17 responden yang masuk dalam kategori tinggi. Kesimpulan dalam penelitian ini didapatkan sebagian besar responden mengalami kejadian *burnout* dalam kategori sedang.

**Kata kunci:** kejadian *burnout*, perawat

### ABSTRACT

Complexity nurses tasks can become a heavy burden for nurses in carrying out nursing services to patients. Nurses are likely to become stressed. The inability of individuals coping with prolonged work stress will cause individuals to experience *burnout*. So in the end nursing *burnout* will affect to patient satisfaction. The purpose of this research to find out the description of nursing *burnout* at RSUD Ungaran. This research was conducted with a descriptive analytic strategy. The research population was nurses at RSUD Ungaran with total of 172 people, and 63 respondents was selected as samples by using proportional random sampling technique. The results show that the majority of respondents experience nursing *burnout* in moderate category as many as 32 respondents with 50,8 %, and the others 22,2% in mild. But there are 17 respondents included in the severe category. The conclusion was the majority of respondent experience nursing *burnout* moderate category.

**Keywords:** nursing *burnout*, nurse

## PENDAHULUAN

Paradigma tentang pelayanan keperawatan saat ini telah berkembang, yaitu semula yang berorientasi pada penyakit dan medis sekarang bergeser pada manusia sebagai individu yang utuh. Tugas perawat yang meluas merupakan bentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang harus terpenuhi. Ini menunjukkan tugas perawat yang semakin kompleks dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif kepada pasien. Dengan adanya tugas perawat yang semakin kompleks dapat menjadi beban berat bagi perawat dalam menjalankan tugas pelayanan keperawatan kepada pasien yang berpeluang menjadi stress.<sup>3</sup>

Stres pada dasarnya telah menjadi penyakit psikologis dan merupakan masalah kesehatan yang cukup luas. Stres dalam pekerjaan berasal dari istilah “tuntutan-persepsi-tanggapan” dimana perspektif ini menunjukkan bahwa stress berkaitan dengan pendapat individu sendiri mengenai kemampuannya dalam memenuhi tuntutan pekerjaan. Ketika seseorang mengalami stress ataupun memilih bersabar dalam menghadapi stressor tergantung pada karakteristik individu itu sendiri, pengalaman, mekanisme koping serta kejadian yang pernah dialami dimasa lalu. Ketidakmampuan individu dalam mengatasi stress kerja yang berkepanjangan akan menyebabkan individu mengalami *burnout*.<sup>12</sup>

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Eviaty (dalam Nyoman & I Gusti Ayu, 2017) menunjukkan bahwa profesi bidang kesehatan dan pekerja sosial menempati urutan pertama yang paling banyak mengalami *burnout* adalah perawat, sekitar 43% yang memiliki tingkat stres lebih tinggi dibandingkan dengan dokter dan apoteker. Ini menunjukkan kurangnya perhatian dari berbagai pihak terkait profesi keperawatan.<sup>8</sup> Padahal jika dibiarkan dalam jangka waktu yang panjang akan berdampak pada kualitas mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Sehingga pada akhirnya perawat yang mengalami *burnout* akan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan.<sup>12</sup>

*Burnout* sendiri memiliki peranan penting dalam kualitas pelayanan keperawatan yang nantinya merujuk pada kualitas mutu pelayanan rumah sakit. Penyebab terjadinya *burnout* dapat diklasifikasikan menjadi faktor personal dan faktor lingkungan. Faktor personal diantaranya kepribadian, harapan dan demografi. Sedangkan faktor lingkungan yang berperan adalah beban kerja dan penghargaan.<sup>9</sup>

Salah satu faktor personal yang mempengaruhi terjadinya *burnout* adalah kepribadian. Kepribadian merupakan kesatuan yang kompleks, yang terdiri dari

aspek psikis, seperti : intelegensi, sifat, sikap, minat, cita-cita dan lain- lain. Kepribadian terwujud berkenaan dengan tujuan yang ingin dicapai oleh individu. Selain itu kepribadian juga berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk menghadapi stress yang dialami. Kaitannya dalam penilaian seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki dalam memenuhi tuntutan pekerjaannya berhubungan dengan konsep efikasi diri.<sup>5</sup>

Hasil studi pendahuluan di RSUD Ungaran diperoleh data perawat yang tidak mengalami *burnout* ada 2 orang (tidak ada tanda-tanda *burnout*), sedikit mengalami *burnout* ada 3 orang (sedikit tanda *burnout* namun tidak terlalu beresiko), sangat beresiko mengalami *burnout* ada 4 orang (sangat beresiko mengalami *burnout* dan memerlukan beberapa tindakan untuk menangani ini) serta yang mengalami sangat *burnout* sekali ada 1 orang (beresiko sangat tinggi mengalami *burnout* dan memerlukan tindakan cepat untuk mengatasi ini). Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar perawat beresiko mengalami *burnout*. Saat ini belum ada penelitian kejadian *burnout* pada perawat di RSUD Ungaran.

Berdasarkan uraian tersebut di atas peneliti ingin melakukan penelitian dengan mengambil judul “Gambaran *Burnout* Pada Perawat Di RSUD Ungaran”.

## MATERI DAN METODE

Penelitian ini dilakukan dengan strategi *deskriptif analitik*. dan pendekatan *cross sectional*. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah semua perawat yang memberikan pelayanan kepada pasien di ruang rawat inap RSUD Ungaran sejumlah 172 orang dengan sampel 63 orang dengan menggunakan teknik *Proportional Random Sampling*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode *Proportional Random Sampling*, dimana pengambilan sampel ini setiap kelompok dalam populasi memiliki kesempatan untuk menjadi sampel. Proporsional digunakan untuk menentukan jumlah sampel pada masing-masing kelompok. Sampel dalam penelitian ini telah memenuhi kriteria inklusi, yaitu :

- a. Perawat yang memberikan pelayanan kepada pasien.
- b. Perawat yang berada dipelayanan rawat inap maupun rawat jalan. Dalam penelitian ini variabel yang di ukur yaitu kejadian *burnout*. Instrumen yang digunakan yakni Kuesioner MBI (*Maslach Burnout Inventory*).<sup>7</sup> Analisis data yakni analisis univariat. Uji statistic dengan distribusi frekuensi dan presentase

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi *Burnout* pada Perawat RSUD Ungaran

<i>Burnout</i> pada Perawat	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	17	27
Sedang	32	50,8
Rendah	14	22,2
Total	63	100,0

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi berdasarkan *burnout* pada perawat di RSUD Ungaran sebagian besar memiliki tingkat *burnout* dalam kategori sedang yaitu sejumlah 32 orang (50,8%).

Distribusi frekuensi *burnout* pada perawat RSUD Ungaran menunjukkan bahwa *burnout* pada perawat sebagian besar pada kategori sedang, yaitu sebanyak 32 orang (32,0%). Ini dibuktikan rata-rata pada jawaban item pertanyaan "merasa lelah dan letih baik secara fisik maupun emosional yang sangat menguras tenaga" dan pada item "saya merasa tidak memiliki waktu untuk melakukan banyak tindakan yang berharga dalam menghasilkan kualitas kerja yang baik" dimana responden menyatakan setuju sebanyak 6 orang (9,50%) Ini menunjukkan sebagian besar perawat mengalami *burnout* dalam kategori sedang, artinya sebagian besar perawat telah mengalami kejenuhan kerja.

Dengan melihat hasil distribusi frekuensi tersebut dapat dikatakan bahwa perawat di RSUD Ungaran banyak yang mengalami *burnout*, khususnya *burnout* sedang dibandingkan *burnout* rendah dan tinggi. Sunaryati (2010), menyebutkan hasil survei yang dilakukan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tahun 2006, menunjukkan sekitar 50,9% perawat yang bekerja di empat provinsi di Indonesia mengalami stress kerja. Menurut Kleiber & Ensmann (Uus, 2010), yang memuat 2496 publikasi tentang *burnout* menunjukkan 43% *burnout* dialami pekerja kesehatan dan sosial (perawat), 32% dialami guru (pendidik), 9% dialami pekerja administrasi dan manajemen, 4% pekerja di bidang hukum dan kepolisian, dan 2% dialami pekerja lainnya.

Dari hasil penelitian ini, frekuensi *burnout* pada perawat RSUD Ungaran menunjukkan bahwa *burnout* sedang menduduki presentase lebih besar dibandingkan *burnout* rendah yang dialami oleh perawat. Berdasarkan hasil penelitiannya terdapat gambaran kejenuhan kerja pada perawat ICU RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh yang diperoleh dari 105 responden terdiri dari :45 responden (42,9%) mengalami kejenuhan berat, 41 responden (39,0%) mengalami kejenuhan sedang dan 19 responden

(18,1%) mengalami kejenuhan ringan. Adapun perawat merupakan profesi yang rentan terhadap *burnout* karena jenis pekerjaan mereka penuh dengan tekanan dan tuntutan secara emosional. <sup>11</sup>

Adapun dimensi *burnout* dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

### 1. *Emotional Exhaustion* (Kelelahan Emosional)

Dalam penelitian ini kelelahan emosional mengekspresikan kelelahan fisik dan emosional berhubungan dengan stress pekerjaan. Biasanya ditandai dengan kelelahan dan perasaan bahwa sumber daya emosional telah habis digunakan serta individu sudah tidak responsive terhadap orang lain disekitarnya dimana sebagian besar jawaban pada item pertanyaan (1) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 27 orang (42,9%) dan pada item pertanyaan (2) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 32 orang (50,8%) serta pada item (11) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 34 orang (54%). Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa kelelahan emosional pada responden rata-rata mampu mengatasi atau menghadapi kelelahan emosional yang sedang dihadapi.

### 2. *Depersonalization*

Depersonalisasi merupakan sikap yang menunjukkan perilaku negative dan acuh terhadap orang lain, biasanya individu akan menunjukkan perilaku kehilangan tujuan bekerja, menjauh dari lingkungannya / perilaku menarik diri serta perilaku sinisme terhadap rekan kerja maupun pasien dimana sebagian besar jawaban pada item pertanyaan (3) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 34 orang (54%), pada item pertanyaan (10) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 32 orang (50,8%), pada item pertanyaan (6) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak (49,2%) dan pada item pertanyaan (5) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 29 orang (46%). Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa depersonalisasi pada responden rata-rata mampu menunjukkan perilaku yang positif dan lebih empati kepada orang lain sehingga mereka mampu menghindari sifat negative seperti acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitarnya.

### 3. *Generalisasi* (*Generality*)

Hasil penelitian ini menunjukkan rendahnya prestasi diri biasa ditandai dengan

kecenderungan untuk mengevaluasi diri secara negative, dimana sebagian besar jawaban pada item pertanyaan (7 dan 9) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 26 orang (41,3%) dan pada item pertanyaan (14 dan 15) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 29 orang (46%) serta pada item (8 dan 13) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 28 orang (44,4%). Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa rendahnya prestasi diri pada responden rata-rata mampu mengevaluasi diri sendiri secara positif.

Kelelahan emosional mengekspresikan kelelahan fisik dan emosional berhubungan dengan stress pekerjaan. Biasanya ditandai dengan kelelahan dan perasaan bahwa sumber daya emosional telah habis digunakan serta individu sudah tidak responsive terhadap orang lain disekitarnya dimana sebagian besar jawaban pada item pertanyaan (1) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 27 orang (42,9%) dan pada item pertanyaan (2) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 32 orang (50,8%) serta pada item (11) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 34 orang (54%). Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa kelelahan emosional pada responden rata-rata mampu mengatasi atau menghadapi kelelahan emosional yang sedang dihadapi.

Dalam penelitian ini depersonalisasi merupakan sikap yang menunjukkan perilaku negative dan acuh terhadap orang lain, biasanya individu akan menunjukkan perilaku kehilangan tujuan bekerja, menjauh dari lingkungannya / perilaku menarik diri serta perilaku sinisme terhadap rekan kerja maupun pasien. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa depersonalisasi pada responden rata-rata mampu menunjukkan perilaku yang positif dan lebih empati kepada orang lain sehingga mereka mampu menghindari sifat negative seperti acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitarnya. Rendahnya prestasi diri biasa ditandai dengan kecenderungan untuk mengevaluasi diri secara negative, dimana sebagian besar jawaban pada item pertanyaan (7 dan 9) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 26 orang (41,3%) dan pada item pertanyaan (14 dan 15) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 29 orang (46%) serta pada item (8 dan 13) yang menyatakan sangat tidak setuju sebanyak 28 orang (44,4%). Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa rendahnya prestasi diri pada responden rata-rata mampu mengevaluasi diri sendiri secara positif.

Bukti empiris menunjukkan bahwa *burnout* dapat menimbulkan dampak negatif di berbagai

tingkatan termasuk tingkat individu, organisasi dan pelayanan. Pada tingkat individu, *burnout* dapat mengakibatkan berbagai masalah kesehatan fisik dan mental yang negatif. Konsekuensi emosional termasuk konflik dan kerusakan perkawinan hubungan keluarga dan sosial. Pada tingkat organisasi, dapat menyebabkan penurunan komitmen organisasi dan kepuasan kerja. Pada perawat dapat terjadi tingginya angka *turn over* dan ketidakhadiran, kecenderungan untuk menarik diri dari pasien dan beristirahat panjang termasuk kinerja secara keseluruhan yang menurun dalam kualitas dan kuantitas kinerja. Dengan demikian, organisasi dapat mengalami pemborosan sumber daya dan penurunan produktivitas. Pada tingkat pelayanan, penelitian menunjukkan bahwa *burnout* dapat mengarah ke penurunan kualitas perawatan atau pelayanan kepada pasien. Pelayanan pelanggan yang buruk dapat menyebabkan pelanggan tidak puas dan mengakibatkan turunnya kemampuan untuk mempertahankan pelanggan.<sup>9</sup>

Tugas perawat yang meluas merupakan bentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang harus terpenuhi. Ini menunjukkan tugas perawat yang semakin kompleks dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif kepada pasien. Dengan adanya tugas perawat yang semakin kompleks dapat menjadi beban berat bagi perawat dalam menjalankan tugas pelayanan keperawatan kepada pasien yang berpeluang menjadi stress.<sup>10</sup>

Stres pada dasarnya telah menjadi penyakit psikologis dan merupakan masalah kesehatan yang cukup luas. Stres dalam pekerjaan berasal dari istilah "tuntutan-persepsi-tanggapan" dimana perspektif ini menunjukkan bahwa stress berkaitan dengan pendapat individu sendiri mengenai kemampuannya dalam memenuhi tuntutan pekerjaan. Ketika seseorang mengalami stress ataupun memilih bersabar dalam menghadapi stressor tergantung pada karakteristik individu itu sendiri, pengalaman, mekanisme coping serta kejadian yang pernah dialami dimasa lalu. Ketidakmampuan individu dalam mengatasi stress kerja yang berkepanjangan akan menyebabkan individu mengalami *burnout*.<sup>12</sup>

Pada dekade sebelumnya, penelitian yang telah dipublikasikan sekitar 28.000 subjek mengalami stress dan lebih dari 1.000 subjek mengalami *burnout*.<sup>10</sup> Sedangkan bibliografi terbaru yang memuat 2496 publikasi tentang *burnout* di Eropa menunjukkan 43% *burnout* dialami pekerja kesehatan dan sosial (perawat), 32% dialami guru (pendidik), 9% dialami (pekerja administrasi dan manajemen), 4% pekerja dibidang hukum dan kepolisian, dan 2% dialami oleh pekerja lainnya.<sup>3</sup> Studi di India pada 100 perawat didapatkan hasil 41% responden memiliki efikasi diri yang rendah dan 59% responden memiliki efikasi diri tinggi.<sup>12</sup>

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa profesi bidang kesehatan dan pekerja sosial menempati urutan pertama yang paling banyak mengalami *burnout* adalah perawat, sekitar 43% yang memiliki tingkat stres lebih tinggi dibandingkan dengan dokter dan apoteker. Ini menunjukkan kurangnya perhatian dari berbagai pihak terkait profesi keperawatan. Padahal jika dibiarkan dalam jangka waktu yang panjang akan berdampak pada kualitas mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Sehingga pada akhirnya perawat yang mengalami *burnout* akan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan.<sup>12</sup>

*Burnout* sendiri memiliki peranan penting dalam kualitas pelayanan keparawatan yang nantinya merujuk pada kualitas mutu pelayanan rumah sakit. Penyebab terjadinya *burnout* dapat diklasifikasikan menjadi faktor personal dan faktor lingkungan. Faktor personal diantaranya kepribadian, harapan dan demografi. Sedangkan faktor lingkungan yang berperan adalah beban kerja dan penghargaan.<sup>9</sup>

Salah satu faktor personal yang mempengaruhi terjadinya *burnout* adalah kepribadian. Kepribadian merupakan kesatuan

yang kompleks, yang terdiri dari aspek psikis, seperti : intelegensi, sifat, sikap, minat, cita-cita dan lain- lain. Kepribadian terwujud berkenaan dengan tujuan yang ingin dicapai oleh individu. Selain itu kepribadian juga berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk menghadapi stress yang dialami. Kaitannya dalam penilaian seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki dalam memenuhi tuntutan pekerjaannya berhubungan dengan konsep efikasi diri.<sup>6</sup>

## PENUTUP

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diperoleh beberapa kesimpulan dari penelitian ini, yaitu: Sebagian besar perawat di RSUD Ungaran mengalami *burnout* pada kategori sedang, yaitu sebanyak 32 orang (50,8%). Berdasarkan kesimpulan dari penelitian yang ada, maka penulis memberikan beberapa rekomendasi bagi penelitian selanjutnya diharapkan dapat mendeteksi diruang mana saja perawat yang mengalami *burnout* dalam kategori tinggi dan diharapkan mampu mengendalikan faktor lain yang mempengaruhi seperti: harapan, beban kerja dan penghargaan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Harnida, H. 2015. Hubungan Efikasi Diri Dan Dukungan Sosial Dengan *Burnout* Pada Perawat. *Jurnal Psikologi Indonesia* 4(1) 31 – 43.
2. Imaniar Raden Roro L dan R. Andi Sularso. (2016). Pengaruh *Burnout* Terhadap Kecerdasan Emosional, *Self-Efficacy*, Dan Kinerja Dokter Muda Di Rumah Sakit Dr. Soebandi. *Jurnal MAKSIPRENEUR* 5(2) 46 – 56.
3. Lailani, Fareshti. (2012). *Burnout* Pada Perawat Ditinjau Dari Efikasi Diri Dan Dukungan Sosial. *TALENTA PSIKOLOGI* 1(1) 66-68.
4. M. Ghufron dan Rini Risnawati S. (2016). *Teori-Teori Psikologi*. Cetakan Ketiga. Jogjakarta: AR-RUZZ MEDIA.
5. Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
6. Maslach, C. (1996). *Burnout: A multidimensional theory of burnout : In theories of organizational stress*. (Editor : C.L. Cooper). Oxford: University Press.
7. Maslach, Christina dan Susan E.J. (1981). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behavior*. Vol.2, 99-113.
8. Nyoman Adinda & I Gusti Ayu. (2017). Pengaruh Dukungan Sosial & *BURNOUT* Terhadap Kinerja Perawat Rawat Inap RSUP Sanglah. Bali. *Jurnal Manajemen*. Vol.6 , No.5: 2474-2500.
9. Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi Ketiga. Cetakan Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
10. Priantoro, Henri. (2017). Hubungan Beban Kerja & Lingkungan Kerja Dengan Kejadian *Burnout* Perawat Dalam Menangani Pasien BPJS. Jakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. Vol. 16 Nomor 3 : 9-17. America.
11. Sulistyowati, Priyatin. (2007). Hubungan Antara *Burnout* Dengan *Efikasi diri* Pada Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Prof.Dr Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman* 2(3) 162-167.
12. Whitehead K Diane, Weiss A Sally and Tappen M Ruth. (2010). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. Fifth edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.

## PRO HEALTH Jurnal Ilmiah Kesehatan

### PEDOMAN PENULISAN NASKAH

#### 1. Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan:

Merupakan publikasi penelitian yang berkaitan dengan dengan epidemiologi, pendidikan dan promosi kesehatan, kebijakan dan administrasi kesehatan, kesehatan lingkungan, nutrisi kesehatan masyarakat, kesehatan seksual dan reproduksi, kesehatan kerja dan keselamatan serta bisostatistik baik dalam tataran akademis maupun praktis.

#### 2. Komponen artikel

- a. Judul maksimum 20 kata dalam Bahasa Indonesia.
- b. Identitas penulis ditulis di bawah judul, yang meliputi nama dan alamat korespondensi afiliasi.
- c. Abstrak ditulis dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia 200-250 kata. Abstrak mencakup masalah, tujuan, metode, hasil dan pembahasan serta maksimal 5 kata kunci dipisahkan oleh koma.
- d. Pendahuluan berisi ulasan literatur latar belakang singkat dan relevan serta tujuan studi.
- e. Metode meliputi desain, populasi, sampel, sumber data, teknik / instrumen pengumpulan data dan prosedur analisis data.
- f. Hasil adalah temuan penelitian dan harus jelas dan singkat.
- g. Pembahasan hasil studi secara argumentatif dengan teori yang relevan dan temuan sebelumnya.
- h. Tabel menggunakan spasi tunggal dan diberi nomor secara berurutan sesuai dengan presentasi dalam teks.
- i. Kesimpulan dan rekomendasi harus menjawab masalah studi dan tidak melebihi kapasitas penemuan.

#### 3. Penulisan referensi menggunakan gaya Vancouver.

Nomor referensi harus dinomori secara berurutan sesuai dengan seluruh teks dan referensi jurnal yang

digunakan. Tuliskan nama belakang penulis dan inisial nama depan maksimal 6 (enam) penulis, sisanya harus diikuti oleh "et al". Huruf referensi pertama sedikit harus dikapitalisasi dan tersisa harus ditulis dalam huruf kecil, kecuali nama orang, tempat dan waktu. Nama latin harus ditulis dengan huruf miring. Judul tidak digarisbawahi dan tidak ditulis dalam huruf tebal.

Contoh penulisan referensi:

- a. Sumber Artikel dari Jurnal  
Indrawati ND, Damayanti, FN, Nurjanah S, Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Resiko Tinggi dengan Penyuluhan Berbasis Media. *Jurnal Kebidanan*. 2018;7(1):69-79.
  - b. Sumber artikel pada internet  
World Health Organization. *Lymphatic Filariasis*. Media Centre (online). Oktober 2016. Diunduh dari:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs102/en/>
  - c. Sumber Buku  
Mochtar, Rustam. *Sinopsis Obstetri, Senam Hamil*. Edisi 1. EGC. Bandung:2012.
  - d. Buku yang ditulis oleh organisasi  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Program Eliminasi Filariasis Di Indonesia*. Jakarta; 2009.
4. Naskah diketik menggunakan Ms.Word, font Times New Roman 10 dengan ukuran kertas A4, spasi tunggal, kolom margin 2,5cm. Naskah diunggah melalui situs web <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/PJ/>
5. Naskah yang diterbitkan dikenai biaya Rp 350.000,00/naskah.

**Program Studi Kesehatan Masyarakat**  
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ngudi Waluyo  
Jl. Diponegoro No. 136 Ungaran, Kabupaten Semarang  
(024) 6925408

