

## Perilaku Ibu pada Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) di Kelurahan Pegirian

### *Maternal Behavior towards Complementary Feeding in Pegirian Village*

Santi Lestiarini<sup>1)</sup>, Yuly Sulistyorini<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

<sup>2)</sup> Departemen Biostatistika dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

Email: [santi.lestiarini-2016@fkm.unair.ac.id](mailto:santi.lestiarini-2016@fkm.unair.ac.id)

#### ABSTRACT

**Background:** The target of exclusive breastfeeding has not been achieved because complementary feeding (MPASI) has been given earlier. Infants aged 0-6 months should only get breastfed without any complementary food. **Objective:** This paper aimed to analyze factors related to maternal behavior towards complementary feeding (MPASI) in Pegirian Village. **Method:** This study was observational and cross-sectional, involving all mothers and caregivers of under-five-year-old children in Pegirian Village. The sample size was 35 mothers and caregivers of toddlers in Neighborhood Association No. 06 Community Association 02 Pegirian Village, Surabaya City. Sampling technique in use was saturated sampling or census method because the total population was less than 100. The research variables included educational background, income, and actions in giving MPASI. Correlation test was in use to see the relationship among factors. **Results:** The results showed that there was a relationship between knowledge and attitude with complementary feeding behavior ( $P$  value = 0.001 and 0.015). There was no relationship between the level of education and employment status with complementary feeding behavior towards infants aged less than 6 months ( $P$  values = 0.425 and 0.134). **Conclusion:** Knowledge and attitude of mothers and caregivers can influence complementary feeding for infants aged less than 6 months.

**Keyword:** Exclusive Breastfeeding, Toddler, Complementary Food (MPASI), Behavior

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Target pemberian ASI eksklusif yang belum tercapai disebabkan oleh pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang diberikan lebih awal. Bayi usia 0-6 bulan seharusnya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan pendamping apapun. **Tujuan:** Tujuan penulisan ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MPASI) di Kelurahan Pegirian. **Metode:** Desain penelitian menggunakan observasional cross sectional. Populasi pada penelitian adalah seluruh ibu dan pengasuh balita di kelurahan Pegirian dan sampel penelitian sebanyak 35 ibu dan pengasuh balita di RT 06 RW 02 Kelurahan Pegirian Kota Surabaya. Teknik sampling dengan menggunakan sampling jenuh atau metode sensus karena total populasi kurang dari 100. Variabel penelitian adalah latar belakang pendidikan, pendapatan, dan tindakan dalam pemberian MPASI. Data dianalisis dengan uji korelasi untuk melihat faktor yang hubungan. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku pemberian MPASI ( $P$  value= 0,001 dan 0,015) dan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan status pekerjaan dengan perilaku pemberian MPASI pada bayi usia kurang 6 bulan ( $P$  value=0,425 dan 0,134). **Kesimpulan:** pengetahuan dan sikap ibu dan pengasuh balita dapat berpengaruh pada pemberian MPASI pada bayi usia kurang 6 bulan.

**Kata Kunci :** ASI eksklusif, Bayi, MPASI, Perilaku

## PENDAHULUAN

Sehat adalah kondisi yang terbebas dari segala macam penyakit baik secara fisik, mental maupun sosial (World Health Organization, 1948). Kondisi sehat dapat berupa adanya tingkat produktivitas yang baik secara fisik, mental, sosial maupun rohani yang bermanfaat untuk dirinya dan orang lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009b).

Masalah kesehatan di Indonesia sangat beragam dan kompleks. Masalah kesehatan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor lingkungan yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya dan politik. Faktor sarana dan prasarana kesehatan serta faktor perilaku seseorang juga mempengaruhi kesehatan (Blum, 1974).

Salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia adalah cakupan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif yang belum berhasil. *United Nation Children Fund* (UNICEF) dan *World Health Organization* (WHO) menganjurkan usaha penurunan angka kesakitan dan kematian anak dengan cara pemberian ASI yang sebaiknya diberikan minimal 6 bulan lamanya. ASI dapat diberikan kepada anak hingga usia 2 tahun dan diselingi dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) setelah anak usia 6 bulan (World Health Organization, 2009). Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jenis makanan padat dan semi padat boleh diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan sebagai makanan pendamping selain ASI (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Target pencapaian ASI eksklusif di Indonesia belum tercapai, yang diharapkan yaitu sebesar 80%. Tahun 2012 Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) melaporkan bahwa pencapaian target ASI eksklusif di Indonesia adalah 42%, sedangkan Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan bahwa tahun 2013 cakupan bayi yang diberikan ASI eksklusif 0-6 bulan hanyalah 54,3% (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hasil pemantauan status gizi yang oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan pada tahun 2016 menunjukkan, Provinsi Jawa Timur belum mencapai target dalam hal cakupan pemberian ASI (31,3%). Data dari Kabupaten dan Kota di Jawa Timur pada

tahun 2016 didapatkan cakupan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif sebesar 74% saja. Pemerintah Provinsi Jawa Timur menetapkan target pencapaian ASI eksklusif yaitu sebesar 77%, namun keseluruhan pencapaian ASI eksklusif di Jawa Timur sebesar 74% sehingga belum mencapai target yang telah ditetapkan. Terdapat 23 Kabupaten dan Kota yang belum mencapai target salah satunya yaitu Kota Surabaya dengan presentase 55%.

Salah satu wilayah dengan pencapaian pemberian ASI yang kurang adalah Kecamatan Semampir Kelurahan Pegirian (54%). Data Puskesmas Pegirian Tahun 2017 menunjukkan cakupan ASI eksklusif sebesar 72,9% dengan rincian yaitu anak yang diberikan ASI Eksklusif sebanyak 148 anak, sementara yang tidak diberikan ASI eksklusif sebanyak 55 anak. Secara keseluruhan, pencapaian pemberian ASI eksklusif 6 bulan belum mencapai target yang ditetapkan oleh Indonesia yaitu 80% (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2016).

Hasil observasi yang dilakukan oleh pihak Puskesmas Pegirian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab pemberian ASI eksklusif tidak tercapai yakni karena pemberian MPASI pada bayi tidak tepat. Bayi usia 0-6 bulan seharusnya hanya diberikan Asi Eksklusif saja tanpa makanan tambahan apapun. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 merupakan peraturan baru yang dikeluarkan oleh Pemerintah Indonesia dari Menteri Kesehatan untuk menerapkan kode etik dari WHO, tentang waktu pemberian ASI eksklusif (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004). Peraturan nomor 237/1997 tentang Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang diatur oleh Pemerintah, perlu ditegaskan bahwa MPASI bukan makanan pengganti ASI, tetapi makanan tambahan selain ASI yang diberikan setelah bayi usia 6 bulan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

MPASI adalah makanan dan minuman yang diberikan kepada anak usia 6-24 bulan untuk pemenuhan kebutuhan gizinya. WHO bersama dengan Kementrian Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) telah menegaskan bahwa usia hingga 6 bulan hanya diberikan ASI eksklusif saja. Oleh karena itu, MPASI baru bisa diperkenalkan kepada bayi ketika bayi berusia 6 bulan keatas

(Riksani, 2012). MPASI disebut sebagai makanan pengantian dari ASI ke makanan keluarga yang dilakukan secara bertahap baik dari jenis, frekuensi pemberian, jumlah porsi dan bentuk makanan yang disesuaikan dengan umur dan kemampuan bayi untuk mencerna makanan.

Aktivitas bayi setelah usia 6 bulan semakin banyak sehingga makanan pendamping dari ASI diperlukan guna memenuhi kebutuhan gizi untuk perkembangan dan pertumbuhan bayi. Mulai usia 6 bulan, bayi mengalami pertumbuhan yang sangat pesat sehingga bayi memerlukan asupan yang lebih banyak. Aktivitas bayi semakin banyak seperti mengangkat dada, berguling, merangkak, belajar duduk dan belajar berjalan sehingga perlu energi lebih banyak yang didapat dari asupan makanannya.

Tujuan dari pemberian MPASI adalah sebagai pelengkap zat gizi pada ASI yang kurang dibandingkan dengan usia anak yang semakin bertambah. Dengan usia anak bertambah maka kebutuhan zat gizi anak pun bertambah, sehingga perlu adanya MPASI untuk melengkapi. MPASI juga mengembangkan kemampuan anak untuk menerima berbagai variasi makanan dengan bermacam-macam rasa dan bentuk sehingga dapat meningkatkan kemampuan bayi untuk mengunyah, menelan, dan beradaptasi terhadap makanan baru.

Pemberian MPASI yang tidak tepat sangat berkaitan dengan faktor internal dari ibu bayi tersebut dan faktor eksternal yang dipengaruhi oleh lingkungan. Faktor internal meliputi pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, tindakan, psikologis dan fisik dari ibu itu sendiri. Faktor eksternal meliputi faktor budaya, kurang optimalnya peran tenaga kesehatan, dan peran keluarga (Green, 1980).

Faktor internal merupakan faktor yang dipengaruhi dari individu sendiri untuk memutuskan tindakan pemberian MPASI. Teori Green menyebutkan ada 3 faktor penentu perubahan perilaku yaitu pendorong (*predisposing*), faktor pemungkin (*enabling*) dan faktor penguat (*reinforcing*) (Green, 1980).

Faktor pendorong merupakan faktor pemungkin seseorang untuk melakukan perubahan perilaku. Faktor ini meliputi rekognisi dan keputusan seseorang terkait kesehatan, pendidikan,

sosial ekonomi dan sistem nilai yang dianut masyarakat (Green, 1980).

Ibu adalah seorang figur utama dalam keputusan untuk memberikan MPASI pada anaknya, apakah akan diberikan saat umur kurang 6 bulan atau saat setelah umur 6 bulan. Keputusan Ibu dalam pemberian MPASI tentunya didasari oleh pengetahuan ibu itu sendiri mengenai MPASI. Latar belakang pendidikan Ibu yang rendah belum tentu mempengaruhi pengetahuan Ibu mengenai MPASI. Tetapi dengan pengetahuan MPASI yang kurang maka akan mempengaruhi sikap dan tindakan Ibu dalam pemberian MPASI ini tidak tepat. Maka dari itu, perlu adanya peningkatan pengetahuan Ibu terlebih dahulu sehingga dengan pengetahuan Ibu baik maka diharapkan sikap dan tindakan Ibu dalam pemberian MPASI akan baik pula.

Umur seseorang menggambarkan banyak sedikitnya pengalaman dalam hidupnya (Notoatmojo, 2005). Usia responden pada penelitian ini yang lebih dari 50 tahun masih menganut kebiasaan nenek moyang yang erat kaitannya dengan budaya yang kebiasaan memberikan makanan selain ASI saat bayi usia kurang 6 bulan. Responden menganggap bahwa bayi kurang kenyang jika hanya diberikan susu saja sehingga bayi akan rewel. Selain itu juga agar bayi bisa beradaptasi dengan makanan orang dewasa.

Pekerjaan Ibu juga berpengaruh terhadap tindakan Ibu dalam pemberian MPASI. Status pekerjaan ibu akan mempengaruhi hubungan sosialnya terhadap banyak orang diluar rumah, sehingga memungkinkan Ibu untuk memperoleh banyak informasi positif maupun negatif dari lingkungan sosial diluar rumah (Mulyaningsih, 2010). Anak dari ibu yang sibuk bekerja biasanya tidak mendapatkan ASI eksklusif. Kondisi ini berpotensi dalam pemberian makanan tambahan selain ASI kepada anaknya dan terlebih anak ditiptkan pada pengasuh yang belum tentu mengerti tentang pemberian MPASI yang tepat.

Sikap Ibu dalam pemberian MPASI berperan penting untuk memutuskan suatu tindakan. Sikap merupakan respon atau reaksi seseorang yang belum melakukan tindakan apapun terhadap suatu stimulus atau objek tertentu yang diterima (Notoatmojo, 2012). Sikap seseorang didasari dengan pengetahuan yang baik, tetapi sikap yang baik belum

tentu berpengaruh terhadap praktik atau tindakan seseorang dalam membuat keputusan. Diperlukan motivasi dari berbagai pihak untuk mengubah tindakan Ibu dalam pemberian MPASI yang tepat waktu.

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa waktu pemberian pertama MPASI yang kurang tepat sehingga rumusan masalah dalam penelitian ini berfokus pada faktor predisposisi yang berpengaruh pada tindakan seseorang dalam pemberian MPASI di wilayah Kelurahan Pegirian RW 02 RT 06, Kota Surabaya. Tujuan studi ini adalah untuk menggambarkan dari beberapa faktor predisposisi yang berhubungan dengan pengaruh ibu dalam memberikan MPASI sebelum anak usia 6 bulan.

## METODE

Desain penelitian ini adalah analitik korelasional, yaitu mencari hubungan antara faktor-faktor predisposisi (pendorong) terhadap perilaku ibu dalam pemberian MPASI. Sampel penelitian ini adalah warga RT 06 RW 02 Kelurahan Pegirian, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya. Teknik yang digunakan dalam menentukan sampel adalah dengan menggunakan *sampling* jenuh atau metode sensus, dimana seluruh jumlah populasi menjadi sampel. Metode ini digunakan karena total populasi sebanyak 40. Sampel penelitian ini sebanyak 35 responden.

Variabel penelitian yakni terdiri dari latar belakang pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam pemberian MPASI. Definisi operasional untuk masing-masing variabel adalah pemberian MPASI <6 bulan atau 6 bulan.

Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari hasil kuesioner dan wawancara untuk mengetahui waktu pemberian pertama MPASI. Instrumen pengumpulan data primer menggunakan kuesioner dan panduan wawancara, sedangkan data sekunder diperoleh dari laporan cakupan ASI eksklusif tahun 2017 dari Puskesmas Pegirian.

Pengetahuan diukur dengan menjumlahkan jawaban benar kemudian mengkategorikan menjadi pengetahuan baik (76%-100%), cukup (56%-75%), dan kurang (<56%). Sikap diukur menggunakan

skala *likert* dengan kategori jawaban setuju (nilai 1) dan tidak setuju (nilai 0). Tindakan diukur dengan menggunakan jawaban ya atau tidak yang terdiri dari 9 pertanyaan dengan metode Skala Guttman yang menggunakan skala persentase antara 0-50% dengan kategori tidak memberikan MPASI <6 bulan, dan 51% sampai 100% dengan kategori memberikan MPASI usia 6 bulan.

Data yang telah diperoleh kemudian diolah dan dianalisis setiap variabelnya. Analisa data dilakukan dengan cara uji korelasi dengan *fisher exact* untuk melihat hubungan antar variabel dan disajikan secara deskriptif yaitu dalam bentuk distribusi frekuensi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah RT 06 RW 02 Kelurahan Pegirian, Kota Surabaya dari 35 responden yang diambil dari perwakilan setiap Kepala Keluarga (KK) diketahui bahwa masih banyak ibu yang memberikan makanan pendamping ASI kepada bayinya di usia kurang dari 6 bulan.

Tabel 1. Karakteristik Responden

| Karakteristik           | Responden |      |
|-------------------------|-----------|------|
|                         | n         | %    |
| <b>Usia (Tahun)</b>     |           |      |
| 17 - 25                 | 4         | 11,4 |
| 26 - 35                 | 12        | 34,3 |
| 36 - 45                 | 11        | 31,4 |
| 46 - 55                 | 4         | 11,4 |
| 56 - 65                 | 2         | 5,7  |
| >65                     | 2         | 5,7  |
| <b>Pendidikan</b>       |           |      |
| Rendah                  | 26        | 74,3 |
| Menengah                | 9         | 25,7 |
| Tinggi                  | 0         | 0    |
| <b>Status Pekerjaan</b> |           |      |
| Bekerja                 | 4         | 2,9  |
| Tidak Bekerja           | 31        | 74,3 |

Distribusi umur responden mulai dari 17 tahun hingga lebih dari 65 tahun. Klasifikasi umur pada rentang dari 17 hingga >65 tahun berdasarkan Departemen Kesehatan dibagi menjadi 6 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009a). Keenam kategori tersebut antara lain:

- 1) Remaja akhir: 17 - 25 tahun
- 2) Dewasa awal: 26 - 35 tahun
- 3) Dewasa akhir: 36 - 45 tahun
- 4) Lansia awal: 46 - 55 tahun
- 5) Lansia akhir: 56 - 65 tahun

## 6) Manula: 65 tahun keatas

Umur seseorang menggambarkan banyak sedikitnya pengalaman dalam hidupnya dan tentunya memiliki pengetahuan yang lebih banyak dari berbagai sumber yang didapat. Umur individu mempengaruhi tingkat kemampuan, kematangan dalam berfikir dan kemudahan seseorang dalam menerima informasi (Notoatmojo, 2003).

Undang-undang Nomor 2 Tahun 1989 menggolongkan level pendidikan formal menjadi yaitu:

- 1) Pendidikan tinggi, minimal pernah menempuh pendidikan di perguruan tinggi
- 2) Pendidikan menengah, adalah pendidikan setara SMP dan SMA
- 3) Pendidikan rendah yaitu tingkat SD (Pemerintah Republik Indonesia, 1989)

Pendidikan merupakan faktor penentu mudah atau tidaknya individu dalam memahami informasi yang diperoleh. Semakin tinggi pendidikan individu maka semakin baik pengetahuannya (Notoatmojo, 2007).

Distribusi responden berdasarkan pendidikan terbanyak adalah tamat SD sebanyak 24 (68,60%) dan hanya 2 (5,7%) responden yang tamat SMA/SMK. Latar belakang pendidikan belum tentu mempengaruhi pada tingkat pengetahuan Ibu terkait MPASI. Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Pendidikan dapat berlangsung didalam maupun diluar sekolah sebagai upaya untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan seseorang. Proses belajar juga dipengaruhi oleh pendidikan. Semakin tinggi pendidikan individu semakin mudah individu tersebut untuk menerima informasi. Banyaknya informasi yang didapatkan maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan seseorang. Tetapi tidak selamanya tingkat pendidikan mutlak dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Bisa jadi pengetahuan seseorang baik karena didapat dari lingkungan sosial mereka.

Ibu yang bekerja mempunyai risiko untuk memberikan MPASI tidak tepat waktu yaitu pada usia kurang 6 bulan. Pada dasarnya Ibu yang memiliki kesibukan bekerja diluar rumah tidak memiliki banyak waktu untuk memberikan ASI secara eksklusif pada anaknya, sehingga berpotensi untuk memberikan makanan tambahan selain ASI sejak anak usia kurang 6 bulan.

Penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan menunjukkan bahwa faktor determinan paling kuat yang menghalangi keberhasilan pemberian ASI eksklusif adalah pemberian MPASI dini yaitu usia anak <6 bulan (Kurniawan, 2013). Penelitian lain menunjukkan bahwa sebesar 68,8% ibu akan memberikan ASI eksklusif karena mendapat motivasi dari teman kerja dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan motivasi dari teman kerja akan berpotensi tidak memberikan ASI eksklusif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu yang bekerja dan memiliki teman kerja akan lebih memperhatikan pemberian ASI eksklusif karena mendapatkan motivasi dari teman kerjanya (Septiani, Budi and Karbito, 2017).

Hasil dari penelitian yang dilakukan di RT 06 RW 02 Kelurahan Pegirian Kota Surabaya melalui penyebaran kuesioner dengan 35 responden diketahui sebanyak 22 Ibu yang memberikan MPASI pada anaknya saat usia <6 bulan dan sebanyak 13 Ibu memberikan MPASI pertama pada bayinya usia 6 bulan atau lebih dari 6 bulan. Pemberian MPASI yang terlalu dini mempunyai risiko terjadinya diare dan dalam jangka waktu lama dapat mengakibatkan terjadinya Kurang Energi Protein (KEP) pada anak balita (Sasongko, 2012; Maelana, 2017).

**Tabel 2.** Distribusi Tindakan Responden dalam Pemberian MPASI

| Pemberian Pertama MPASI | n         | %          |
|-------------------------|-----------|------------|
| Usia <6 Bulan           | 22        | 62,9       |
| Usia 6 Bulan            | 13        | 37,1       |
| <b>Total</b>            | <b>35</b> | <b>100</b> |

Waktu pemberian MPASI yang tidak tepat dapat mengakibatkan berbagai masalah kesehatan khususnya pada pencernaan seperti diare, konstipasi infeksi usus, dan lain sebagainya. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sebanyak 89,8% ibu yang memberikan MPASI pada waktu yang tepat, maka bayi cenderung memiliki status gizi baik, sedangkan ibu dengan pemberian MPASI yang tidak tepat waktu akan memiliki status gizi kurang yaitu sebesar 8,3% (Nur, 2014).

Penelitian di Puskesmas Rowotengah, Kabupaten Jember menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi bayi usia 0-6 bulan

dengan pemberian MPASI dini. Pemberian MPASI yang tidak tepat waktu terhadap status gizi bayi didapatkan bahwa terdapat 16 (69.6%) bayi jarang artinya hampir tidak memberikan MPASI pada usia kurang 6 bulan memiliki status gizi baik dan terdapat 13 (48.1%) bayi yang sering diberikan MPASI dini memiliki status gizi kurang (Wargiana, Susumaningrum and Rahmawati, 2013).

Data WHO tahun 2010 didapatkan bahwa sebesar 51% penyebab kematian balita karena penyakit Pneumonia, Diare, Campak dan Malaria. Sebesar 54% kematian balita erat hubungannya dengan status gizi balita (World Health Organization, 2010).

Penelitian yang dilakukan di Sedayu menyebutkan bahwa anak yang mendapatkan MPASI tidak tepat waktu pemberiannya mempunyai risiko 2,8 kali untuk menjadi stunting dengan *z score* < -2. Hasil ini memiliki makna bahwa kejadian stunting memiliki hubungan yang signifikan dengan waktu mulai pemberian MPASI (Dwi, 2016).

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan di Jakarta didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia Ibu dengan tindakan pemberian makanan pendamping ASI (*P value* = 0,645) serta hubungan antara Ibu dengan bayi (*P value* = 0,724), selain itu menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor predisposisi dengan tindakan pemberian makanan pendamping ASI. Sebaliknya, ada korelasi yang signifikan antara pendidikan pengasuh/Ibu dan pengetahuan dengan waktu mulai memberikan makanan pendamping ASI. Selain itu menunjukkan bahwa pendidikan dan pengetahuan adalah variabel pelindung pada praktik pemberian makanan pendamping (OR = 0,237 dan 0,216) artinya bahwa ibu yang memiliki pendidikan tinggi dan pengetahuan yang lebih baik cenderung melakukan praktik pemberian makanan tambahan yang baik dan tepat pada waktunya (Septriana and Suhartono, 2016).

MPASI sebaiknya diberikan setelah bayi usia 6 bulan (Prabantini, 2010). Alasan pentingnya menunda pemberian makanan selain ASI sampai bayi menginjak usia 6 bulan yakni antara lain:

1. Bayi hanya membutuhkan ASI sebagai makanan dan minumannya sampai usia 6 bulan.

ASI adalah makanan yang memiliki nutrisi dan energi tinggi yang mudah dicerna oleh bayi. Pencernaan bayi lebih mudah mencerna protein dan lemak yang berasal dari ASI. ASI mengandung kurang lebih 100 bahan yang tidak bisa ditemukan dalam susu sapi maupun susu buatan pabrik. Terlebih pada bulan pertama dimana kondisi bayi dalam keadaan yang paling rentan terhadap penyakit, sehingga ASI eksklusif membantu untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi.

2. ASI dapat memberikan perlindungan pada bayi

Bayi mendapatkan kekebalan tubuh melalui ASI. Lebih dari 50 bahan ASI mengandung faktor imunitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 40% bayi yang diberikan ASI eksklusif sampai usia 4 bulan lebih sedikit terkena infeksi dibanding dengan bayi yang diberi ASI eksklusif dan makanan tambahan pendamping ASI lainnya di usia kurang dari 4 bulan. Pemberian MPASI terlalu dini ibarat seperti mempermudah jalan masuknya berbagai jenis kuman kedalam tubuh bayi, terlebih jika makanan tidak disajikan secara higienis.

3. Menunggu kematangan pada sistem pencernaan bayi agar berkembang lebih sempurna.

Pertumbuhan sistem pencernaan maupun psikologis bayi pada umur 6-9 bulan, biasanya bayi sudah siap menerima makan padat. Belum siapnya sistem pencernaan bayi, maka makanan padat tidak dapat dicerna dengan baik sehingga akan mengakibatkan gangguan pencernaan seperti konstipasi/sembelit, diare, infeksi usus, dan gangguan pencernaan lainnya.

4. Mengurangi risiko alergi pada makanan

Meningkatkan durasi waktu pemberian ASI eksklusif dapat memperkecil risiko terjadinya alergi pada makanan. Bakteri patogen penyebab berbagai macam penyakit infeksi dapat masuk ke dalam tubuh bayi bersama kandungan protein yang terdapat di makanan. Organ pencernaan bayi dilapisi oleh antibodi (sigA) yang menyediakan kekebalan pasif, sehingga antibodi tersebut dapat

- mengurangi terjadinya penyakit dan reaksi alergi pada bayi.
5. Membantu melindungi bayi dari anemia.  
Untuk mengurangi anemia, bayi umur 6 bulan baru diperkenalkan dengan makanan dan suplemen yang mengandung zat besi. Dengan pencernaan bayi yang sudah sempurna, diharapkan pencernaan mampu menyerap zat besi dengan baik.
  6. Penundaan MPASI dapat membantu ibu dalam menjaga produksi ASI  
Semakin banyak bayi mendapatkan makanan padat, maka semakin sedikit susu yang dihisap oleh bayi. Sedikitnya susu yang dihisap bayi, akan sedikit pula produksi ASI. Sehingga bayi banyak makan makanan padat pada usia lebih dini cenderung akan lebih cepat disapih artinya lebih cepat berhenti minum susu dari ibunya.
  7. Pemberian MPASI pada waktu terlalu dini dapat berakibat obesitas dikemudian hari  
Makanan padat yang diberikan tidak tepat waktunya akan meningkatkan kandungan lemak sehingga mempengaruhi berat badan pada anak-anak dimasa yang akan datang. Berat badan berlebih akan mengembangkan penyakit kronis seperti diabetes dan jantung.
  8. Bayi belum memiliki kemampuan yang baik untuk mengendalikan otot-otot tenggorokan dan lidah untuk menelan makanan padat.  
Karena pemberian makanan padat terlalu dini, akan menjadikan bayi kesulitan dalam proses menelan dan mudah tersedak. Refleks lidah masih sangat kuat dan pemberian makanan padat akan menyulitkan untuk ditelan.

Responden berpendapat bahwa penyebab pemberian MPASI <6 bulan yang banyak dilakukan karena adanya ajaran nenek moyang dahulu yang mengajarkan MPASI diberikan pada bayi <6 bulan sebanyak 26 orang. Kurangnya pengetahuan ibu dan pengasuh terhadap waktu pemberian MPASI sebanyak 3 orang. Ibu beranggapan supaya bayi tidak rewel sebanyak 21 orang. Alasan karena Ibu bekerja dan tidak memiliki banyak waktu untuk memompa ASI di tempat kerja, sehingga ibu beranggapan bayi

memerlukan makanan tambahan yaitu sebanyak 1 orang. Selain tidak memiliki banyak waktu, ibu bekerja juga akan menitipkan anaknya kepada nenek atau pengasuh yang belum tentu tahu mengenai waktu pemberian MPASI yang tepat. Alasan lain karena ASI tidak keluar sebanyak 3 orang. Terdapat pula ibu yang beranggapan bahwa jika hanya susu saja yang diberikan bayi akan merasa tidak kenyang dan menangis terus.

**Tabel 3.** Distribusi Penyebab Ibu Memberikan MPASI Usia <6 Bulan

| Penyebab Pemberian MPASI <6 Bulan | f  | %     |
|-----------------------------------|----|-------|
| Ajaran nenek moyang               | 26 | 45,5  |
| Kurang pengetahuan Ibu            | 3  | 5,25  |
| Supaya bayi tidak rewel           | 21 | 36,75 |
| Ibu bekerja                       | 1  | 1,75  |
| ASI tidak keluar                  | 3  | 5,25  |

MPASI yang tidak tepat pemberiannya karena ajaran dari nenek moyang yang turun temurun yang beranggapan bahwa jika bayi hanya diberikan susu saja bayi kurang tenaga dan sering rewel karena lapar jika diberikan susu saja. Kondisi tersebut disebabkan karena kemungkinan nenek moyang terdahulu masih rendah pendidikannya sehingga kurang memahami tentang pemberian MPASI yang tepat. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara tingkat pendidikan pengasuh dengan pengetahuan terkait makanan pendamping ASI ( $P$  value = 0,012 dan  $P$  value = 0,005). Dijelaskan juga bahwa tindakan seseorang berawal dari pengetahuan yang didapatkan selama seseorang mengenyam pendidikan formal ataupun pendidikan non formal (Septriana and Suhartono, 2016).

Hasil penelitian pada Tabel 4, dapat dilihat distribusi responden berdasarkan variabel independen terhadap faktor predisposisi pada pemberian MPASI pertama yang disajikan dalam bentuk frekuensi. Tabel 4 diketahui bahwa semua responden yang mempunyai pengetahuan cukup dan kurang memberikan MPASI pertama pada bayi di usia kurang dari 6 bulan yaitu sebesar 100%. Dilihat dari sikap responden, responden yang mendukung pemberian MPASI pertama di usia kurang 6 bulan yaitu sebesar 51,85%. Tidak berbeda jauh, sebesar 48,15% responden mendukung pemberian MPASI di usia setelah 6 bulan.

Dilihat dari tingkat pendidikan, responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah ternyata sebagian besar memberikan MPASI pertama di usia kurang 6 bulan yaitu sebesar 69,3%. Masih terdapat pula responden dengan tingkat pendidikan menengah yang memberikan MPASI pertama di usia <6 bulan yaitu sebesar 44,4%. Responden yang tidak bekerja, lebih banyak memberikan MPASI pertama di usia kurang 6 bulan yaitu sebesar 67,7%.

Faktor predisposisi yang berhubungan dengan pemberian MPASI pertama di Kelurahan Pegirian dianalisa

dengan *crosstabs*. Pada variabel pengetahuan menggunakan uji statistik korelasi, sedangkan variabel sikap, pendidikan dan status pekerjaan menggunakan *Fisher Exact*.

#### Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Ibu dalam Pemberian MPASI

Pengetahuan disebut sebagai hasil tahu terhadap objek tertentu setelah seseorang melakukan penginderaan. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia melalui mata, telinga, hidung, lidah dan kulit (Wawan and Dewi, 2011).

**Tabel 4.** Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Variabel Independen terhadap Faktor Predisposisi pada Pemberian MPASI Pertama

| Variabel                  | Pemberian MPASI Pertama |            |              |            | Total |
|---------------------------|-------------------------|------------|--------------|------------|-------|
|                           | Usia <6 Bulan           |            | Usia 6 Bulan |            |       |
|                           | Frekuensi               | Persentase | Frekuensi    | Persentase |       |
| <b>Pengetahuan</b>        |                         |            |              |            |       |
| Baik                      | 6                       | 31,6       | 13           | 68,4       | 19    |
| Cukup                     | 8                       | 100        | 0            | 0          | 8     |
| Kurang                    | 8                       | 100        | 0            | 0          | 8     |
| <b>Sikap</b>              |                         |            |              |            |       |
| Mendukung                 | 14                      | 51,85      | 13           | 48,15      | 27    |
| Tidak mendukung           | 8                       | 100        | 0            | 0          | 8     |
| <b>Tingkat pendidikan</b> |                         |            |              |            |       |
| Pendidikan rendah         | 18                      | 69,3       | 8            | 30,7       | 26    |
| Pendidikan menengah       | 4                       | 44,4       | 5            | 55,6       | 9     |
| <b>Status pekerjaan</b>   |                         |            |              |            |       |
| Bekerja                   | 1                       | 25         | 3            | 75         | 4     |
| Tidak bekerja             | 21                      | 67,7       | 10           | 32,3       | 31    |

**Tabel 5.** Hasil Analisis Variabel dengan *Crosstabs*

| Variabel                  | Pemberian MPASI Pertama |                  | $\alpha$ | P Value | Keterangan       |
|---------------------------|-------------------------|------------------|----------|---------|------------------|
|                           | Usia <6 Bulan (%)       | Usia 6 Bulan (%) |          |         |                  |
| <b>Pengetahuan</b>        |                         |                  |          |         |                  |
| Baik                      | 31,6                    | 68,4             | 0,05     | 0,001   | Signifikan       |
| Cukup                     | 100                     | 0                |          |         |                  |
| Kurang                    | 100                     | 0                |          |         |                  |
| <b>Sikap</b>              |                         |                  |          |         |                  |
| Mendukung                 | 51,85                   | 48,15            | 0,05     | 0,015   | Signifikan       |
| Tidak mendukung           | 100                     | 0                |          |         |                  |
| <b>Tingkat pendidikan</b> |                         |                  |          |         |                  |
| Rendah                    | 69,3                    | 30,7             | 0,05     | 0,425   | Tidak signifikan |
| Menengah                  | 44,4                    | 55,6             |          |         |                  |
| <b>Status pekerjaan</b>   |                         |                  |          |         |                  |
| Bekerja                   | 25                      | 75               | 0,05     | 0,134   | Tidak signifikan |
| Tidak bekerja             | 67,7                    | 32,3             |          |         |                  |

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek yang diamati melalui panca indera yang dimilikinya yaitu mata, telinga, hidung dan panca indera lainnya (Notoatmodjo, 2010). Kategori pengukuran pengetahuan dibagi menjadi tiga, antara lain:

1. Pengetahuan baik, apabila mendapat nilai sebesar 76 - 100%

2. Pengetahuan cukup, apabila mendapat nilai sebesar 56 - 75%

3. Pengetahuan kurang, apabila mendapat nilai kurang 56% (Machfoedz and Suryani, 2009).

Hasil *crosstabs* dengan uji korelasi didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan Ibu untuk memberikan



makanan komplementer/MPASI ( $P$  value = 0,001). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Karo, Sumatera Utara. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pemberian MPASI ( $P$  value = 0,001) (Ginting, Sekarwarna and Sukandar, 2015). Penelitian lain juga menunjukkan hasil serupa, dimana diperoleh hasil terdapat korelasi antara pengetahuan ibu dengan praktik pemberian makan komplementer/MPASI ( $P$  value = 0,005) (Septriana and Suhartono, 2016). Hasil ini juga diperkuat oleh penelitian lain pada 2018 yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dan pengasuh terhadap tindakan ibu untuk memberikan makanan padat pada bayinya di usia 6-12 bulan (Artika and Arty, 2018).

#### Hubungan Sikap dengan Tindakan Ibu Terhadap Pemberian MPASI

Sikap seseorang merupakan suatu bentuk respon yang belum terlihat nyata. Sikap belum melakukan suatu tindakan yang terjadi nyata, tetapi masih berupa pemahaman dan persiapan seseorang untuk bereaksi terhadap stimulus yang diperoleh dari lingkungan sekitarnya. Hasil *crosstabs* dengan uji statistik *Fisher Exact* didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan Ibu dalam pemberian MPASI pada bayinya di usia kurang 6 bulan ( $P$  value = 0,015).

Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Karo, Sumatera Utara juga memperoleh hasil yang sama bahwa terdapat hubungan signifikan antara sikap Ibu dengan tindakan ibu memberikan MPASI pada anaknya di usia kurang 6 bulan ( $P$  value = 0,001). Hasil penelitian di Kalimantan Selatan juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan sikap Ibu yang memiliki kategori “baik” mempunyai risiko kecil untuk memberikan MPASI pada bayi usia kurang 6 bulan. Rangsangan dari lingkungan akan mendorong sikap seseorang untuk bersiap melakukan aksi. Sikap menentukan akan aksi seseorang tergantung dari stimulus yang diperoleh (Fathurrahman, 2004).

#### Hubungan Latar Belakang Pendidikan Responden terhadap Tindakan Pemberian MPASI

Hasil *crosstabs* dengan uji statistik *Fisher exact* antara latar belakang pendidikan dengan tindakan pemberian MPASI menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna ( $P$  value = 0,425). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Karo, Sumatera Utara bahwa nilai  $P$  value = 0,360 ( $P$  value > 0,05) sehingga dapat disimpulkan tingkat pendidikan ibu tidak berpengaruh terhadap pemberian MPASI pada bayi <6 bulan (Ginting, Sekarwarna and Sukandar, 2015).

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Nigeria menyebutkan bahwa pemberian MPASI pada anak yang tidak tepat waktu berpengaruh terhadap tingkat pendidikan ibunya. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa ibu yang mempunyai level pendidikan rendah berpotensi besar untuk memberikan MPASI sejak dini kepada anaknya karena kurangnya pengetahuan ibu terkait waktu pemberian MPASI yang tepat (Agho *et al.*, 2011). Hasil serupa juga ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan di Jakarta, bahwa terdapat korelasi yang signifikan pada pendidikan dan pengetahuan ibu terhadap makanan pendamping ASI dengan  $P$  value = 0,012 dan  $P$  value = 0,005 (Septriana and Suhartono, 2016).

#### Hubungan Status Bekerja Responden terhadap Tindakan Pemberian MPASI

Hasil *crosstabs* dengan uji statistik *Fisher Exact* bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status bekerja dengan tindakan Ibu dalam pemberian MPASI pada bayinya ( $P$  value = 1,00). Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Karo, Sumatera Utara yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna antara status pekerjaan ibu terhadap waktu pemberian MPASI kepada anaknya (Ginting, Sekarwarna and Sukandar, 2015). Hasil analisis juga diperoleh nilai RP = 1,91, artinya ibu yang sibuk bekerja memiliki potensi sebesar 1,91 kali untuk memberikan makanan pendamping ASI sejak dini yaitu di usia kurang 6 bulan.

Ibu yang bekerja biasanya memiliki kesibukan dan tidak mempunyai banyak waktu untuk mengurus anaknya, sehingga kemungkinan anak akan ditiptkan kepada pengasuh atau neneknya. Hasil penelitian yang dilakukan di Peninsular Malaysia juga menunjukkan bahwa status pekerjaan Ibu berpengaruh terhadap tindakan ibu untuk memberikan MPASI dini pada bayinya di usia kurang dari 6 bulan (Scott *et al.*, 2009).

## SIMPULAN

Mayoritas responden telah memberikan MPASI pada bayi sebelum berusia 6 bulan. Kondisi ini terjadi karena tindakan tersebut merupakan bagian dari ajaran nenek moyang.

Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan status pekerjaan dengan pemberian MPASI. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap ibu dengan pemberian MPASI pada bayi <6 bulan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agho, K. E. *et al.* (2011) 'Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), p. 2. doi: 10.1186/1471-2393-11-2.
- Artika, as M. and Arty, D. (2018) 'Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada bayi Usia 6 - 12 Bulan', in *The 7th University Research Colloquium 2018*.
- Blum, H. L. (1974) *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. New York: Behavioral Publication.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1997) 'Kepmenkes No. 237 Tahun 1997 tentang Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu'. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2004) 'Kepmenkes No. 450 Tahun 2004 tentang Pemberian ASI.' Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009a) *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009b) *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2016) *Profil Kesehatan Tahun 2016*. Surabaya.
- Dwi, P. K. (2016) *Hubungan antara Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Kejadian Stunting Anak Usia 6-23 Bulan di Kecamatan Sedayu*. Universitas Alma Ata.
- Fathurrahman (2004) *Pemberian ASI dan Makanan Pendamping ASI pada Bayi <6 bulan oleh Ibu-ibu Suku Banjar di Perkotaan dan Pedesaan di Kalimantan Selatan*. Universitas Gadjah Mada.
- Ginting, D., Sekarwarna, N. and Sukandar, H. (2015) 'Pengaruh Karakteristik, Faktor Internal dan Eksternal Ibu terhadap Pemberian MP-ASI pada Bayi Usia < 6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barusjahe Kabupaten Karo Provinsi Sumatera Utara', *Jurnal Ilmu Kesehatan*, (38), pp. 1-13.
- Green, L. (1980) *Health Education: A Diagnosis Approach*. United State: Mayfield Publishing Co.
- Kurniawan, B. (2013) 'Determinan Keberhasilan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif', *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 27(4), pp. 236-240.
- Machfoedz, I. and Suryani, E. (2009) *Pendidikan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Maelana, S. (2017) 'Hubungan Ketepatan Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan Kejadian Diare pada Bayi Usia 1-12 Bulan di Puskesmas Umbulharjo I', *Program Studi DIV Bidan Pendidik, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta*.
- Mulyaningsih, A. (2010) *Persepsi Ibu Bekerja terhadap Implementasi ASI Eksklusif (Kasus Kelurahan Karadenan Kecamatan Cibinong Kabupaten Bogor)*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2003) *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2005) *Metode Penelitian Kesehatan, edisi revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur, D. (2014) *Hubungan Pemberian*

- Makanan Pendamping ASI (MPASI) dengan Status Gizi pada Anak Usia 1 - 2 Tahun di Yogyakarta.* Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah, Yogyakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia (1989) 'Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional'. Jakarta.
- Prabantini, D. (2010) *A to Z Makanan Pendamping ASI.* Yogyakarta: Andi.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2014) *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif.* Jakarta.
- Riksani, R. (2012) *Variasi Olahan Makanan Pendamping ASI.* Jakarta Timur: Dunia Kreasi.
- Sasongko, A. (2012) 'Hubungan antara Pemberian MP-ASI dengan di Kecamatan Pedan Kabupaten', *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah, Yogyakarta.*
- Scott, J. A. *et al.* (2009) 'Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study', *BMC pediatrics.* BioMed Central, 9, p. 60. doi: 10.1186/1471-2431-9-60.
- Septiani, H., Budi, A. and Karbito, K. (2017) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif Oleh Ibu Menyusui yang Bekerja Sebagai Tenaga Kesehatan', *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan,* 2, p. 159. doi: 10.30604/jika.v2i2.62.
- Septriana and Suhartono, G. A. (2016) 'Predisposing factors of complementary feeding practices among 9-11 month-old infants in Jakarta urban slum area', *Kesmas,* 10(3), pp. 127-133. doi: 10.21109/kesmas.v10i3.948.
- Wargiana, R., Susumaningrum, L. A. and Rahmawati, I. (2013) 'Hubungan Pemberian MP-ASI Dini dengan Status Gizi Bayi Umur 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember', *Pustaka Kesehatan; Vol 1 No 1 (2013).* Available at: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/519>.
- Wawan, A. and Dewi (2011) *Teori dan Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- World Health Organization (1948) *Constitution of World Health Organization.* Available at: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
- World Health Organization (2009) *Infant and Young Child Feeding.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2010) *World Health Statistics, World Health Statistics.* France.

## Faktor Sosial Budaya yang Mempengaruhi Terjadinya Pernikahan pada Usia Anak di Kabupaten Sumenep

### *Social-Cultural Factors Affecting Child Marriage in Sumenep*

Ainur Mila Rofika<sup>1)</sup>, Iswari Hariastuti<sup>2)</sup>

<sup>1</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Jalan Mulyorejo Kampus C Universitas Airlangga

<sup>2</sup> Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Timur, Jl. Airlangga No. 31-32, Surabaya

E-mail: [ainurmilarofika1@gmail.com](mailto:ainurmilarofika1@gmail.com)

#### ABSTRACT

**Background:** Child marriage is still common in Indonesia both in urban and rural areas. One of possible causes is socio-cultural background. In Madura, the community still stick to culture and customs. Child marriage, one of among others, has become Madurese culture and legalized custom that was inherited to this day as seen in Pagarbatu Village, Sumenep. **Objective:** The study analyzed the effect of socio-cultural factors on the occurrence of child marriage to girls. **Method:** This study used a descriptive research design with a qualitative approach. It took place in Pagarbatu Village, Saronggi Sub-District, Sumenep District. The research subjects were women under the age of 18 who engaged in child marriages. Data were collected from April to May 2018. **Results:** The results showed that socio-cultural factors affect misconduct practices that leads to child marriage, especially among girls. Misconduct practices in child marriage are arranged marriages, age manipulations, witchcraft practices. Child marriage becomes a reason to ease family's financial burden and also to keep tracing lineage to early ancestors. Religious beliefs are still strong in Madurese community. When females were tranced, they would be married for such mystical experience to get out of trance. Besides, there were other factors of child marriage, such as the lack of community leaders' roles (village officials), the lack of health workers' roles, age, education, knowledge, and family economy. **Conclusion:** There is a relationship between social and cultural factors with child marriage.

**Keyword :** Children, Culture Factors, Social Factors, Marriage

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pernikahan pada usia anak masih banyak terjadi di Indonesia baik di perkotaan maupun di pedesaan. Salah satu alasan yang menyebabkan hal tersebut adalah latar belakang sosial budaya. Di Madura masih kental dengan budaya dan adat istiadat. Salah satunya budaya yang ada sejak jaman nenek moyang dan berlangsung sampai saat ini bahkan menjadi hukum adat yang dilegalkan yaitu pernikahan usia anak. Pernikahan usia anak di Desa Pagarbatu, Sumenep dipengaruhi oleh faktor sosial budaya. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh faktor sosial budaya terhadap terjadinya pernikahan pada anak perempuan. **Metode:** Metode penelitian menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Lokasi penelitian ini adalah Desa Pagarbatu Kecamatan Saronggi Kabupaten Sumenep. Penelitian ini dilakukan kepada anak perempuan yang menikah pada usia anak. Subyek yang diambil ialah perempuan dibawah umur 18 tahun yang melakukan pernikahan usia anak. Pengambilan data dilakukan pada bulan April-Mei 2018. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaruh sosial budaya mempengaruhi pernikahan usia anak khususnya anak perempuan yaitu adanya perjodohan, manipulasi usia menikah, praktik guna-guna. Perjodohan tersebut dilakukan salah satunya untuk meringankan beban ekonomi keluarganya dan juga untuk menjaga garis keturunan keluarganya agar tidak hilang. Karena kepercayaan kepada kyai yang masih sangat kuat, ketika anak perempuannya mengalami kesurupan akan dinikahkan agar tidak kesurupan lagi. Faktor lainnya adalah kurangnya peran tokoh masyarakat (aparatur desa), kurangnya peran tenaga kesehatan, usia, tingkat pendidikan,

pengetahuan, dan ekonomi keluarga menjadi penyebab terjadinya pernikahan usia anak pada anak perempuan. **Kesimpulan:** adanya hubungan antara faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi pernikahan usia anak.

**Kata Kunci:** Anak, Faktor Budaya, Faktor Sosial, Pernikahan

## PENDAHULUAN

Pernikahan merupakan ikatan lahir batin dalam membina kehidupan bersama antara laki-laki dan perempuan untuk membina kehidupan keluarga. Pernikahan anak adalah pernikahan yang berlangsung pada umur dibawah usia reproduktif sehat yaitu kurang dari 20 tahun pada wanita dan kurang dari 25 tahun pada pria. Pernikahan anak sering dijumpai di negara berkembang yaitu di India, Bangladesh, Malawi, dan Indonesia. Masyarakat belum menyadari bahwa pernikahan anak rentan terhadap masalah kesehatan reproduksi seperti meningkatnya angka kesakitan, kematian pada persalinan, melahirkan bayi premature, nifas, dan BBLR serta mudah mengalami stress (Prihutomo, 2018). Undang-Undang No.1/1974 Pasal 7 tentang perkawinan menyebutkan bahwa usia minimal untuk perkawinan untuk perempuan 16 tahun dan 19 tahun untuk laki-laki (Pemerintah Republik Indonesia, 1974). Umur ideal menikah perempuan pada umumnya usia 20-24 tahun, sementara untuk laki-laki usia 25-28 tahun, dikarenakan pada usia tersebut organ reproduksi sudah dapat berfungsi secara optimal (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2012).

Dalam satu tahun, sebanyak 340.000 anak perempuan menikah sebelum berusia 18. Sedangkan yang menikah di bawah usia 15 tahun mencapai 50.000 anak pertahun (Badan Pusat Statistik, 2016). *United National Development Economic and Social Affair* (UNDESA), menempatkan Indonesia pada peringkat ke-37 dunia dan peringkat ke-2 se-ASEAN sebagai salah satu negara dengan angka pernikahan yang tinggi setelah Kamboja.

Pernikahan usia anak adalah salah satu gejala sosial bagi masyarakat, yang mudah dipengaruhi oleh kebudayaan yang dianut yang masih mengakar kuat. Dampak yang ditimbulkan dari pernikahan anak amat merugikan, baik secara sosial, psikologi, dan kesehatan terutama kesehatan reproduksi.

Usia perkawinan dapat dipengaruhi oleh adat istiadat, kepercayaan, dan agama. Adat istiadat di sejumlah daerah di Indonesia menyebabkan anak perempuan menikah dengan pria yang jauh lebih tua. Meskipun dari pihak laki-laki dinilai sudah matang, namun dampaknya bagi perempuan yang masih anak-anak akan menimbulkan persoalan dari berbagai sisi seperti pendidikan, psikologi sosial, kesehatan ibu dan anak.

Hasil riset yang dilakukan pada 2016 menunjukkan bahwa sebagian remaja memilih untuk menikah karena keinginan orang tuanya, stigma tentang perempuan dewasa yang tidak menikah, kekhawatiran akan kehamilan atau pengenalan seks pranikah, dan kemiskinan. Praktik pernikahan usia anak, di Indonesia bersifat kompleks dan mencerminkan keragaman nilai dan norma sosial di Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2016).

Pendidikan dan pengetahuan anak yang rendah dapat menyebabkan adanya kecenderungan melaksanakan pernikahan usia dini. Remaja yang memiliki latar belakang pendidikan yang tinggi memiliki risiko yang lebih kecil untuk menikah pada usia dini (Desiyanti, 2015).

Madura terkenal sebagai masyarakat yang kental terhadap budaya dan adat istiadat. Sejumlah tradisi masyarakat yang diwarisi oleh nenek moyang masih diterapkan sampai saat ini. Salah satu tradisi tersebut yakni menikah diusia muda. Pernikahan dini ini dianggap lazim dan masih dilestarikan oleh penduduk Madura.

Seorang anak perempuan dikatakan siap secara fisik apabila telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya, yaitu sekitar usia 20 tahun. Sehingga usia 20 tahun bisa dijadikan pedoman kesiapan fisik (Prihutomo, 2018).

Dampak negatif pernikahan anak juga terjadi di sejumlah negara. Studi yang dilakukan di Nepal mengungkapkan bahwa penyebab terbesar putus sekolah pada anak yakni akibat pernikahan dini (Sekine and Hodgkin, 2017).

Data Badan Pusat Statistik (BPS) Sumenep, Madura, Jawa Timur, tahun 2015-2016, rata-rata lama sekolah penduduk kabupaten paling timur Pulau Madura ini masih rendah. Rata-rata lama sekolah penduduk Sumenep tahun 2016 ialah 5,08 tahun atau tidak lulus sekolah dasar (SD), naik dari tahun sebelumnya yang hanya 4,89 tahun. Rendahnya rata-rata lama sekolah penduduk Sumenep menjadi salah satu faktor Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Sumenep juga masih rendah (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, 2016).

Kondisi sosial budaya masyarakat Madura tidak terlepas dari budaya menikahkan atau menjodohkan anak-anaknya ketika masih kecil. Budaya ini dilakukan demi menjaga kehormatan keluarga dari perasaan aib dan malu apabila pada waktunya belum menemukan jodoh. Seorang perempuan akan menikah tidak lama setelah mengalami "haid" yang pertama atau pada umur antara 12 sampai 15 tahun (Wiyata, 2015).

Pernikahan usia anak di Desa Pagarbatu diduga terjadi karena rendahnya tingkat pendidikan, pengaruh budaya setempat yang kurang baik, beban ekonomi keluarga yang membuat orang tua ingin segera menikahkan anaknya sehingga diharapkan beban ekonomi keluarga berkurang. Alasan tersebut memicu terjadinya pernikahan dini pada anak perempuan, bahkan tak jarang dari mereka melakukan hubungan seksual pra nikah yang berujung pada pernikahan usia anak, karena untuk menutupi aib keluarganya maka pernikahan tersebut dilakukan dengan keterpaksaan.

## METODE

Rancangan penelitian menggunakan rancangan deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilakukan di Desa Pagarbatu, Kecamatan Saronggi, Kabupaten Sumenep. Populasi penelitian ini adalah anak perempuan yang menikah pada usia anak.

Subyek yang diambil ialah perempuan yang dibawah umur 18 tahun yang melakukan pernikahan usia anak. Pengambilan data dilakukan pada bulan April-Mei 2018.

Sumber data penelitian didapatkan dari data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*)

menggunakan panduan wawancara. Wawancara dilakukan dengan 10 anak perempuan yang menikah pada usia anak. Data sekunder berfungsi sebagai pelengkap dan penunjang data primer.

Pengumpulan data dengan cara observasi, kemudian wawancara mendalam, dan dokumentasi. Data yang didapat kemudian dianalisis dengan beberapa tahapan, yaitu reduksi, penyajian data, dan menarik kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di Desa Pagarbatu, Kecamatan Saronggi, Kabupaten Sumenep. Secara geografis Desa Pagarbatu terletak pada daerah daratan, dan disebelah tenggara pulau madura yang dibatasi oleh sebelah timur Desa Tanjung, Kecamatan Saronggi sebelah selat Madura, dimana terdiri dari empat Dusun yaitu Dusun Nangger, Pagarbatu, Bungandun, dan Korbi, dengan luas wilayah desa 731,17 Ha. Desa Pagarbatu dihuni oleh sekitar 4.142 jiwa, yang mayoritasnya adalah perempuan.

Tabel 1. Karakteristik Penduduk di Desa Pagarbatu

| Karakteristik           | n     | %     |
|-------------------------|-------|-------|
| <b>Jenis Kelamin</b>    |       |       |
| Laki-laki               | 1.882 | 45,44 |
| Perempuan               | 2.260 | 54,56 |
| <b>Pendidikan</b>       |       |       |
| Tidak sekolah           | 87    | 4,33  |
| Belum tamat SD          | 120   | 5,97  |
| Tamat SD                | 714   | 35,55 |
| Tamat SMP/MTS           | 501   | 24,94 |
| Tamat SMA               | 462   | 22,99 |
| Perguruan Tinggi        | 125   | 6,22  |
| <b>Mata Pencaharian</b> |       |       |
| Tani dan Buruh Tani     | 630   | 52,20 |
| Peternak                | 149   | 12,34 |
| Nelayan                 | 218   | 18,07 |
| Pedagang                | 79    | 6,55  |
| Sopir                   | 14    | 1,16  |
| Wiraswasta              | 57    | 4,72  |
| Kuli Bangunan           | 10    | 0,82  |
| Lain-lain               | 50    | 4,14  |

Sumber: Monografi Desa Pagarbatu 2017

## Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan terhadap Pernikahan Usia Anak

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas penduduk memiliki latar belakang pendidikan SD (35,55%). Diketahui pula bahwa masih terdapat masyarakat yang buta huruf, khususnya dikalangan orang tua.

Rendahnya pendidikan orang tua yang rata-rata hanya sampai SD sementara pendidikan anak hanya sampai SD dan SMP. Orang tua akan merasa senang apabila ada seorang laki-laki yang menyukai anak perempuannya, sehingga para orang tua kurang mengetahui adanya akibat pernikahan usia anak.

Seperti halnya dengan yang dialami NW yang saat menikah masih berusia 15 tahun serta suaminya AS yang saat menikah berusia 19 tahun dan baru lulus SMA. Informan menyebutkan bahwa alasannya menikah pada usia anak dikarenakan dia hamil diluar nikah.

*“Jika dia tidak segera dinikahkan, maka orang tua dan keluarga akan merasa lebih malu kepada masyarakat setempat apabila anaknya melahirkan tanpa menikah.”* (NW, 15 tahun)

Informan PW menikah diusia 14 tahun kelas 1 SMA dengan AQ berusia 17 tahun kelas 2 SMA. Orang tua PW mengatakan:

*“Terpaksa menikahkan anaknya karena kedua orang tuanya malu kepada masyarakat karena sebelum menikah anaknya ketahuan salah satu warga berdua dikamar saat belum bertunangan. Pada saat itu anaknya dibawa ke balai desa karena kesalahan anaknya, akhirnya terpaksa orang tua PW menikahkan dia dengan pacarnya karena malu kepada masyarakat.”*. (Orang tua PW, 40 tahun)

*“Saya dinikahkan karena orang tua takut terjadi fitnah, karena saya sering bersama tunangan saya”*. (SA, 16 tahun)

Orang tua SA menikahkan anaknya dengan alasan untuk menghindari fitnah karena anaknya sering bersama dengan tunangannya JH berusia 20 tahun yang sudah bekerja dibengkel. Saat diwawancarai, MT orang tua SA mengatakan

*“saya gak tau bagus tidaknya menikahkan anak dibawah umur, karena tidak ada diajaran agama”*. (MT, 49 tahun)

Tingkat pengetahuan orang tua yang rendah menyebabkan informasi yang diperoleh juga minim. Tingkat pengetahuan dipengaruhi beberapa faktor, seperti faktor pendidikan, sosial budaya ekonomi, lingkungan, media massa, pengalaman dan usia (Budiman and Riyanto, 2013).

Tingkat pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya pernikahan usia anak. Penelitian yang dilakukan pada 2013 menyebutkan bahwa anak dengan jenjang pendidikan rendah lebih cenderung untuk dinikahkan oleh orang tuanya, dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi (Darnita, 2013).

### **Kondisi Ekonomi Masyarakat Masyarakat Desa Pagarbatu**

Tabel 1 menunjukkan bahwa salah satu mata pencaharian andalan masyarakat warga Desa Pagarbatu adalah petani (45,65%). Masyarakat Desa Pagarbatu memiliki ketergantungan terhadap kekayaan laut, salah satunya yaitu rumput laut. Rumput laut secara umum dapat tumbuh diatas substrat pasir dan karang mati. Aktivitas penanaman rumput laut yang dikelola masyarakat membutuhkan waktu 30-40 hari, terhitung sejak penebaran bibit hingga panen. Dari hasil panen tersebut petani dapat menjual rumput laut seharga Rp. 1.200/kg dan Rp. 7.500/kg.

Ternak sapi juga merupakan bagian penting ekonomi pertanian di Desa Pagarbatu. Selain tenaganya yang dimanfaatkan untuk membajak dan menarik pedati, sapi dapat diperjual belikan sebagai sapi potong maupun menjadi tabungan yang dapat dijual sewaktu-waktu ketika membutuhkan uang.

Terjadinya pernikahan usia anak di Desa Pagarbatu, mayoritas disebabkan oleh kondisi ekonomi keluarga yang kurang mampu. Orang tua menganggap bahwa dengan menikahkan anaknya, berharap ekonomi keluarga akan sedikit berkurang. Mereka beranggapan bahwa anak perempuan yang menikah akan menjadi tanggung jawab suaminya.

*“di waktu menikah saya berumur 15 tahun baru lulus SMP”*. (SMD, 41 tahun)

Orang tua YL adalah seorang janda dengan 3 orang anak yang ditinggal menikah lagi oleh suaminya. Ibu dari YL hanya memelihara sapi untuk memenuhi kebutuhan setiap harinya yang nantinya ketika dijual akan dibagi hasil dengan pemiliknya. Untuk tambahan penghasilan, SMD yang merupakan ibu dari YL juga bekerja di kebun orang saat masa bercocok tanam dan panen tiba. SMD menikah dengan anak perempuannya dengan harapan menantunya dapat membantu meringankan beban ekonomi keluarga. Pernikahan tersebut memaksa YL tidak untuk tidak melanjutkan sekolah.

Pernyataan serupa disampaikan oleh EW, yang merupakan orang tua dari UH. UH menikah diusia 15 tahun dan baru lulus SMP, dengan AR yang berusia 30 tahun dan sudah bercerai dengan istri pertamanya. AHS ayah UH yang bekerja sebagai sopir angkutan umum, sedangkan EW bekerja sebagai asisten rumah tangga di desanya,

*“...hasil kerja sehari-hari tidak cukup untuk belanja jadinya ketika da yang melamar dan orang yang berada akhirnya saya terima dan dinikahkan”. (EW, 52 tahun)*

Penghasilan EW yang tidak seberapa ditambah dengan adanya AR yang melamar putrinya adalah orang yang tergolong mampu membuat EW memutuskan untuk segera menikah putrinya.

*“...dinikahkan karena anak saya sudah berumur 15 tahun dan waktu itu sudah lulus pondok dan ekonomi keluarga kurang mencukupi kebutuhan sehari-hari dan anak saya tidak mau membebani orang tua sehingga memutuskan untuk menerima lamaran dari calon suaminya”. (EW, 52 tahun)*

UH mengaku ia juga tidak ingin membebani orang tuannya, sehingga dia menerima lamaran dari calon suaminya. Pernikahan usia anak terjadi karena rendahnya perekonomian keluarga, sehingga diharapkan suami akan membantu perekonomian keluarga khususnya keluarga pihak perempuan. Orang tua akan merasa berkurang beban ekonomi keluarga apabila ada salah satu

anak perempuannya sudah menikah maka orang tua akan merasa beban ekonomi berkurang apabila anak perempuannya sudah mempunyai suami (Ahmad, 2011).

#### Usia Informan

Pernikahan pada perempuan usia anak di Desa Pagarbatu dimulai dari usia 14-16 tahun dengan calon suami rata-rata berusia 17-20 tahun. Pernikahan pada anak usia 14-15 tahun belum tercatat di Kantor Urusan Agama (KUA). Pernikahan tersebut menunggu sampai pengantin perempuan berusia 16-17 tahun agar dapat tercatat di KUA.

Undang-undang perkawinan menyebutkan bahwa perempuan diperbolehkan menikah jika sudah berusia 16 tahun, akan tetapi usia tersebut belum cukup matang untuk menjalani kehidupan rumah tangga. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menjelaskan bahwa perkawinan yang dilakukan oleh seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun disebut sebagai perkawinan anak dan orang tua wajib mencegah terjadinya perkawinan anak (Pemerintah Republik Indonesia, 2002).

#### Motivasi Pernikahan Usia Anak

Berbagai alasan yang memotivasi informan untuk segera menikah diantaranya yaitu menjaga garis keturunan, rendahnya ekonomi keluarga, kepercayaan kepada kyai, dan mencegah timbulnya fitnah dari kalangan masyarakat sekitar.

Seperti yang dialami oleh informan SN yang mengaku menikah demi menjaga garis keturunan. SN dijodohkan oleh ayahnya dengan anak laki-laki dari sepupu ayahnya. Alasan SN segera menikah tidak berkaitan dengan masalah ekonomi, namun karena wasiat dari mertua SN. Sebelum meninggal, mertua SN sangat menginginkan anaknya segera dinikahkan dengan SN. Akhirnya SN dinikahkan setelah mertuanya meninggal. Pada saat itu SN masih berusia 16 tahun dan masih duduk dibangku SMA kelas 1, sedangkan calon suaminya ZH berusia 20 tahun dan sedang kuliah.

*“sebelum menikah mertuanya memberika wasiat, sebelum meninggal agar segera menikah”. (Orang tua SN, 51 tahun)*



Keberagaman orang Madura diwujudkan dalam sikap fanatik yang terlihat pada sikap masyarakat yang tidak mau menerima paham selain Nahdlatul Ulama. Sikap fanatik inilah yang menjadi alasan mengapa masyarakat hanya pada satu kyai lokal.

Bagi masyarakat Desa Pagarbatu, Kyai dianggap segala-galanya, sehingga menjadi sebagai tempat untuk meminta jalan keluar dari persoalan. Sikap fanatik dan ketundukan pada satu kyai tersebut tidak hanya dimiliki oleh masyarakat Desa Pagarbatu, namun juga pada mayoritas masyarakat Madura. Kyai dianggap berperan dalam memberikan pemahaman kepada masyarakat mengenai apa yang terjadi di tingkat nasional. Kyai tidak hanya menjadi perantara, melainkan sebagai pemain budaya dalam masyarakat (Turmudi, 2004).

Kondisi tersebut tergambar dalam pernyataan ibu dari NA yang menikah karena sering mengalami kesurupan. Masyarakat setempat percaya bahwa jika NA tidak segera dinikahkan akan sering kesurupan. Orang tua NA yang merasa kasihan akhirnya memutuskan untuk bertanya pada kyai mengenai kepercayaan tersebut.

*“NA selalu kesurupan dan ada yang mengatakan kalau segera dinikahkan maka tidak akan kesurupan lagi”. (Ibu NA, 46 tahun)*

Setelah orang tuanya bertanya, Kyai juga mengatakan jika anaknya segera dinikahkan maka tidak akan mengalami kesurupan lagi. Kepercayaan orang tua NA pada sosok Kyai tersebut membuat mereka memutuskan untuk segera menikahkan NA dengan tunangannya.

Pada saat menikah, NA masih berusia 14 tahun dan duduk dikelas 2 SMP. NA tidak menolak saat akan dinikahkan karena ia dinikahkan dengan tunangan pilihannya sendiri. Setelah menikah NA mempunyai anak yang sekarang sudah berusia 2,5 tahun. NA merawat anaknya dengan dibantu oleh orang tua karena ia masih tinggal satu rumah dengan orang tuanya. Setelah menikah, NA tidak melanjutkan sekolahnya.

Kondisi serupa juga dialami oleh informan SY dengan SJ yang merupakan putrinya. SJ akhirnya menikah saat masih

berusia 15 tahun dan baru lulus kelas tiga SMP.

Tokoh agama dapat menekan terjadinya pernikahan usia dini para remaja sebelum masuk di KUA secara resmi. Tokoh agama juga dapat menentukan pasangan dalam pernikahan dan dapat membebaskan seseorang yang mengalami kerasukan oleh makhluk gaib.

### **Peran Tokoh Masyarakat**

Peran tokoh masyarakat dalam sebuah pernikahan adalah sebagai saksi pernikahan. Tokoh masyarakat juga sangat dibutuhkan untuk mencegah terjadinya pernikahan usia anak.

Tokoh masyarakat yang berperan penting misalnya adalah perangkat desa. Perangkat desa sangat disegani dikarenakan dapat mencegah pernikahan usia anak. Disisi lain, masyarakat sendiri memang menginginkan anak mereka untuk segera menikah.

Sepuluh informan mengatakan sebelum melakukan pernikahan, informan mendatangi kantor kepala desa untuk mendaftarkan pernikahan. Kepala desa pun menjelaskan tentang dampak negatif terhadap pernikahan dini kepada informan. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran orang tua dan remaja terhadap dampak yang ditimbulkan dari pernikahan dini. Melalui upaya tersebut, masyarakat juga diharapkan menyadari program Pemerintah tentang pentingnya pendidikan dan kematangan hidup sebelum melangsungkan pernikahan (Ratno, 2018).

### **Peran Tenaga Kesehatan**

Peran petugas atau tenaga kesehatan dibutuhkan dalam meminimalisir risiko terjadinya kehamilan usia anak akibat pernikahan dini. Mayoritas informan mengatakan tidak ada penyuluhan atau informasi dari tenaga kesehatan sebelum mereka melakukan pernikahan usia anak. Sebagian dari mereka mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan setelah mereka hamil dan ketika mereka memeriksakan kehamilan. Informan mengaku mereka mendapatkan informasi terkait risiko pernikahan dini dan kehamilan usia anak.

Peran tenaga kesehatan sangat dibutuhkan untuk mengurangi risiko yang akan terjadi pada kehamilan usia anak. Petugas kesehatan selaku edukator

berperan dalam melaksanakan bimbingan atau penyuluhan, Pendidikan pada klien, keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi termasuk mengenai kehamilan usia anak (Ramdhani, 2015).

### Perjodohan

Tujuan yang ada dalam perjodohan anak adalah untuk kepentingan pribadi maupun keluarga. Kedua belah pihak ingin mempersatukan anak-anak mereka demi suatu tujuan yang berdasarkan kepentingan.

Seperti yang dialami ES yang menikah setelah lulus SMP dan masih berusia 15 tahun. ES dijanjikan akan ditanggung biaya hidupnya dan akan di sekolahkan sampai perguruan tinggi oleh calon suami. Atas dasar tersebut, maka ES mau segera dinikahkan. ES juga ingin membantu perekonomian keluarganya.

Kondisi berbeda dialami oleh SN yang dijodohkan oleh ayahnya dengan anak laki-laki sepupu dari ayahnya. Sebenarnya bukan karena kekurangan ekonomi yang memaksa SN segera menikah, namun karena wasiat mertua SN. Sebelum meninggal, mertua SN sangat menginginkan anaknya segera dinikahkan dengan SN. Akhirnya SN dinikahkan setelah mertuanya meninggal. Pada saat SN menikah masih berusia 16 tahun dan masih duduk dibangku SMA kelas 1. Sedangkan calon suaminya ZH berusia 20 tahun dan sedang kuliah.

Pernikahan tersebut dilakukan dengan tujuan agar garis keturunan dalam keluarga tidak hilang. Oleh karena itu, orang tua menjadikan sebuah perjodohan dalam keluarga mereka.

Kondisi serupa juga dialami oleh BT yang menikah saat berusia 15 dan baru lulus SMP. BT di jodohkan dengan kerabat ayahnya, karena pada saat itu ayahnya bercerai dengan ibunya. Ayahnya takut BT ikut dengan ibunya, maka ayahnya segera menjodohkan anaknya dengan anak kerabatnya. Ayah BT menginginkan anaknya mendapatkan pasangan yang baik, yang sudah jelas asal usulnya.

*"...dinikahkan karena anak saya takut ikut ibunya". (Ayah BT, 49 tahun)*

Masyarakat Madura menentukan jodoh untuk anaknya berdasarkan tiga pilihan, yang pertama, adanya perjanjian orang tua saat anaknya masih didalam kandungan untuk menjaga garis keturunan atau menjaga tali silaturahmi. Kedua, kehendak dari orang tua yang ingin menjodohkan anaknya sejak kecil, baik adanya izin anaknya maupun tidak ada izin dari anaknya. Ketiga, kehendak calon mempelai dari laki-laki atau perempuan yang memilih sendiri calon pasangan hidupnya atas restu dari orang tua (Setiawati, 2005).

### Manipulasi Pernikahan Usia Anak

Perjodohan dan pernikahan usia anak sudah dianggap biasa oleh masyarakat Pagarbatu. Manipulasi umur dianggap sah-sah saja. Masyarakat menyatakan bahwa pencatatan nikah di KUA itu hanya untuk mendapatkan surat nikah. Sejumlah masyarakat masih belum memiliki surat nikah sampai saat ini karena dianggap tidak dibutuhkan. Disamping adanya praktik manipulasi umur yang dilakukan oleh masyarakat sebelum memberikan data kepada Modin dan pihak KUA, mereka juga melakukan praktik nikah siri terlebih dahulu.

Seperti halnya yang dialami PW dimana saat menikah berusia 14 tahun kelas 2 SMP dengan AQ berusia 17 tahun kelas 2 SMA. Orang tua PW terpaksa menikahkan anaknya karena kedua orang tuanya malu, karena sebelum menikah anaknya ketahuan salah satu warga berdua dikamar saat belum bertunangan. Kemudian pada saat itu anaknya dibawa ke balai desa karena kesalahan yang telah dilakukan dan akhirnya terpaksa orang tua PW menikahkan mereka karena malu kepada masyarakat.

Adanya praktik nikah siri (nikah secara agama) untuk usia anak mengakibatkan banyaknya masyarakat Desa Pagarbatu melakukan pernikahan usia anak dengan memanipulasi usia agar disetujui dan dicatat secara hukum dan agama oleh KUA.

Hasil ini sejalan dengan penelitian di Madura bahwa manipulasi umur dianggap sah-sah saja bagi masyarakat, sehingga informan mengatakan bahwa pencatatan umur di KUA itu hanya untuk mendapatkan surat nikah (Munawara, Yasak and Dewi, 2015).

**Praktik Guna-guna (Jampi-jampi).**

Terjadinya perjodohan dan pernikahan usia anak pada masyarakat tidak lepas dari kebiasaan dan kepercayaan pada masyarakat untuk menghasilkan sesuatu sesuai harapan yang dikehendaki oleh seseorang yang akan menerima perjodohan. Dengan cara dan kebiasaan menggunakan jampi-jampi (guna-guna).

Seperti yang dirasakan YL yang pada saat menikah berusia 15 tahun dan baru lulus SMP dengan RW, 28 tahun yang sudah bekerja. Awalnya YL menolak perjodohan tersebut karena ia belum mengenal calon suaminya pada saat itu. Namun YL mengatakan bahwa, sebelum ia menikah calon suaminya selalu memberi makanan setiap berkunjung ke rumahnya dan YL merasa di makanan tersebut ada guna-gunanya, sehingga YL menerima dan segera menikah dengan calon suaminya.

*“...sebelum dinikahkan calon suaminya sering memberi makanan ketika berkunjung kerumah YL merasa di makanannya ada gna-gunanya mangkanya YL menerima dan mau segera dinikahkan”.* (Ibu YL, 51 Tahun)

Pandangan pada masyarakat Madura tidak lepas dari ajaran agama islam yang diyakini. Faktanya, hampir seluruh masyarakat Madura menganut agama islam, yang mana ketaatan terhadap agama islam sangat penting bagi masyarakat Madura (Munawara, Yasak and Dewi, 2015).

**SIMPULAN**

Pernikahan usia anak dipengaruhi oleh faktor sosial budaya. Faktor sosial yang mempengaruhi yakni antara lain tingkat pendidikan dan pengetahuan orang tua dan anak, kondisi ekonomi keluarga, dan kepercayaan pada tokoh agama (Kyai).

Faktor budaya yang mempengaruhi terjadinya pernikahan anak yakni upaya perjodohan oleh orang tua, keinginan orang tua untuk menjaga garis keturunan, adanya praktik guna-guna, manipulasi umur yang dianggap legal oleh masyarakat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Ahmad, Z. (2011) *Dampak Sosial Pernikahan Usia Dini Studi Kasus di Desa Gunung Sindur - Bogor*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (2012) 'Kajian Pernikahan Dini pada beberapa Provinsi di Indonesia: Dampak Overpopulation, Akar Masalah, dan Peran Kelembagaan di Daerah'. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Badan Pusat Statistik (2016) *Kemajuan yang Tertunda: Analisis Data Perkawinan Usia Anak di Indonesia*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur (2016) *Statistik Remaja Jawa Timur 2015*.
- Budiman and Riyanto, A. (2013) *Kapita Selekta Kuisisioner Pengetahuan Dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Darnita (2013) *Gambaran Faktor-faktor Penyebab Pernikahan Usia Dini di Kemukiman Lhok Kaju Kecamatan Indra Jaya Kabupaten Pidie Tahun 2013*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U'budiyah Banda Aceh.
- Desiyanti, I. W. (2015) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Pernikahan Dini Pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Mapanget Kota Manado Factors Associated With Early Mariage In Couples Of Childbearing Age At Kecamatan Mapanget Manado City', *Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Pernikahan Dini Pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Mapanget Kota Manado Factors*, 5(2), pp. 270-280.
- Munawara, M., Yasak, E. M. and Dewi, S. I. (2015) 'Budaya Pernikahan Dini terhadap Kesetaraan Gender Masyarakat Madura', *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Tribhuwana Tungadewi*, 4(3).
- Pemerintah Republik Indonesia (1974) 'Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan'. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.
- Pemerintah Republik Indonesia (2002) 'Undang-undang Republik Indonesia

- Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak'. Jakarta.
- Priohutomo, S. (2018) 'Mencegah Pernikahan Anak melalui Program KKBPk'. Banjarmasin: Seminar Nasional Kependudukan.
- Ratno, D. (2018) 'Upaya Tokoh Masyarakat Dalam Menanggulangi Perkawinan Pada Usia Dini (Studi Kasus Kecamatan Kawalu Tasikmalaya)', *al-Afkar, Journal for Islamic Student*, 1(1), pp. 79-88. doi: 10.5281/zenodo.1161564.
- Sekine, K. and Hodgkin, M. E. (2017) 'Effect of child marriage on girls' school dropout in Nepal: Analysis of data from the Multiple Indicator Cluster Survey 2014', *PloS one*. Public Library of Science, 12(7), pp. e0180176-e0180176. doi: 10.1371/journal.pone.0180176.
- Setiawati, E. (2005) *Nikah Siri: Tersesat di Jalan yang Benar?* Bandung: Eja Insani.
- Turmudi, E. (2004) *Perselingkuhan kiai dan kekuasaan*. Penerbit dan distribusi LKiS Yogyakarta.
- Wiyata, A. L. (2015) *Carok (Konflik Kekerasan dan Harga Diri Orang Madura)*. Universitas Jember.

## Hubungan Status Sosioekonomi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup ODHA

### *Relationship between Socioeconomic Status and Family Support with Quality of Life of People Living With HIV and AIDS*

Indah Maya Safitri

Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya  
Email : [indahmaya.13@gmail.com](mailto:indahmaya.13@gmail.com)

#### ABSTRACT

**Background:** Since the beginning of HIV epidemic in the world, about 70 million people have been infected with the HIV, and 35 million have died for HIV. HIV-AIDS is a chronic disease that requires a comprehensive treatment on People Living With HIV and AIDS (PLWHA) who need family support in facing their problems. Family in a community have a different social class, one of which is socioeconomic status. **Objective:** This study analyzed the relationship between socioeconomic status (education level, job status, and income) and family support with the quality of life of PLWHA. **Method:** This study was an observational study with a cross-sectional analytic design. The population were PLWHA who were outpatients in the clinical stage 3 based on the medical records of IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. The sample size was 93 respondents selected by using simple random sampling technique. Data were collected through self-administered instrument with WHOQOL HIV BREF and analyzed with chi-square test. The study was conducted from April to May 2018 at IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Results:** Results showed that there was no correlation between education level ( $P$  value = 0.141), job status ( $P$  value = 1.000), and income ( $P$  value = 0.678) with the quality of life of PLWHA, and there was significant correlation of family support ( $P$  value = 0.030) with the quality of life of PLWHA. Support that is significantly related to the quality of life is social network support ( $P$  value = 0.034). **Conclusion:** There is no correlation of education, employment status, and income with the quality of life of People Living with HIV/AIDS (PLWHA). There is a significant correlation of social network support from families with the quality of life of PLHA.

**Keyword:** Social Support, Self-Efficacy, PLWHA, National Examination.

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Sejak awal epidemi HIV di dunia, sekitar 70 juta jiwa telah terinfeksi HIV dan 35 juta jiwa telah meninggal akibat HIV. HIV-AIDS merupakan penyakit kronis yang membutuhkan penanganan komprehensif sehingga ODHA membutuhkan dukungan keluarga dalam menghadapi segala permasalahan baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual yang mereka alami. Keluarga di dalam masyarakat memiliki kelas sosial, dimana salah satu pembeda antara satu kelas dengan lainnya adalah status sosioekonomi. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup ODHA. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian observasi dengan desain studi cross-sectional analitik. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien HIV rawat jalan yang berada pada stadium klinis 3 berdasarkan rekam medis di IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Besar sampel sebanyak 93 orang yang diambil dengan teknik simple random sampling. Pengambilan data dilakukan melalui instrumen kuesioner karakteristik responden, dukungan keluarga, dan WHOQOL HIV BREF dan analisis data dilakukan dengan uji chi-square. Penelitian dilakukan pada bulan April-Mei 2018 di Unit Rawat Jalan IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ( $P$  value = 0,141), status pekerjaan ( $P$  value = 1,000), dan penghasilan ( $P$  value = 0,678) dengan kualitas hidup ODHA. Sementara itu terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga ( $P$  value = 0,030) dengan kualitas hidup

ODHA. Jenis dukungan yang berhubungan signifikan dengan kualitas hidup adalah dukungan jaringan sosial ( $P$  value = 0,034). **Kesimpulan:** Tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan terhadap kualitas hidup ODHA. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan jaringan sosial dari keluarga dengan kualitas hidup ODHA.

**Kata Kunci:** Dukungan Sosial, Efikasi Diri, Remaja, Ujian Nasional

## PENDAHULUAN

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah menjadi salah satu isu global kesehatan masyarakat. World Health Organization (WHO) menyatakan, semenjak awal epidemi HIV di dunia, lebih dari 70 juta jiwa telah terinfeksi HIV dan sekitar 35 juta jiwa telah meninggal akibat HIV. Tahun 2016 terdapat 36,7 juta jiwa Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dan satu juta jiwa meninggal akibat HIV (WHO, 2017a). Dari sekitar 36,7 juta ODHA tersebut, 34,5 juta jiwa berusia dewasa dan 2,1 juta jiwa anak-anak (usia kurang dari 15 tahun) (WHO, 2017b).

Peningkatan jumlah orang dengan HIV di Indonesia menyebabkan HIV menjadi masalah kesehatan yang perlu diperhatikan. Penyebaran HIV di Indonesia sampai Maret 2016, telah berada di 80% kabupaten/kota yang ada di Indonesia (Kemenkes RI, 2016b). Tren kasus HIV tahun 2012-2016 cenderung meningkat, meskipun sempat turun pada 2015 namun pada 2016 jumlah kasus HIV naik menjadi 41.250 kasus. Sementara itu, tren kasus AIDS tahun 2012-2016 cenderung mengalami fluktuasi hingga pada 2016 jumlah kasus AIDS sebanyak 7.491 kasus (Kemenkes RI, 2017).

Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua dalam sepuluh besar provinsi dengan jumlah kasus HIV terbanyak yang dilaporkan sejak tahun 1987 sampai dengan September 2014, yakni 19.249 kasus (Kemenkes RI, 2016a). Pada Januari-Maret 2017, Jawa Timur menjadi peringkat pertama dalam sepuluh besar provinsi yang melaporkan jumlah kasus HIV terbanyak yakni 1.614 kasus, sementara untuk kasus AIDS menduduki peringkat kedua provinsi yang melaporkan jumlah kasus AIDS terbanyak yakni 103 kasus (Kemenkes RI, 2017).

RSUD Dr. Soetomo menjadi pusat rujukan terbesar kedua di Indonesia yang melayani Indonesia bagian Timur sejak tahun 1938. Pada tahun 2010, RSUD Dr.

Soetomo menjadi salah satu dari tujuh RS yang ditunjuk oleh Kemenkes RI sebagai *Pilot Project* pelayanan dan Penanggulangan HIV-AIDS yang dipusatkan di UPIPI atau Unit Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (Nugraha *et al.*, 2015). Semenjak Mei 2017 telah berganti nama menjadi Instalasi Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi Instalasi Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (IPIPI) (IPIPI RSUD Dr. Soetomo, 2018).

Sekitar 1.780 pasien merupakan jumlah pasien rawat jalan yang rutin berkunjung ke RSUD Dr. Soetomo. Jumlah pasien rawat jalan yang berkunjung setiap bulannya mencapai 2.000 orang, dimana 97,5% pasien merupakan dewasa dan 2,5% pasien adalah anak-anak (Unzila *et al.*, 2016). Jumlah kumulatif orang yang pernah menerima perawatan HIV sejak tahun 2004 hingga Mei 2018 adalah 10.142 orang. Dari 10.142 orang tersebut, sebanyak 2.321 orang menjalani ART (IPIPI RSUD Dr. Soetomo, 2018).

HIV yang masuk ke tubuh seseorang akan menginfeksi sel darah putih. Infeksi ini mengakibatkan kekebalan tubuh orang tersebut melemah, akibatnya berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) sangat mudah untuk menyerang orang tersebut. Kondisi di mana terdapat sekumpulan penyakit infeksi ini disebut *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) (Kemenkes RI, 2016a). Risiko seseorang yang terinfeksi HIV menjadi AIDS meningkat seiring waktu ketika dia mengalami peningkatan jumlah HIV *Ribonucleic Acid* (RNA) (*viral load*), penurunan jumlah CD4 di bawah 200 sel/ $\mu$ l, atau karena usia (Hoffmann and Rockstroh, 2015).

ODHA akan mengalami berbagai permasalahan baik masalah fisik, mental/emosional, maupun sosial (Bare and Smeltzer, 2005). Permasalahan tersebut memiliki andil yang cukup besar terhadap kualitas hidup mereka. Masalah fisik yang terjadi pada ODHA adalah rentan terinfeksi penyakit akibat

menurunnya sistem kekebalan tubuh. ODHA mengalami masalah mental atau emosional seperti marah, tertekan, depresi. ODHA juga mengalami masalah sosial berupa adanya stigma yaitu reaksi sosial masyarakat terhadap ODHA dimana masyarakat cenderung memojokkan dan mengucilkan mereka dari lingkungan.

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi dirinya dalam kehidupan dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keprihatinan dirinya. Instrumen WHOQOL-HIV BREF mulai dikembangkan pada tahun 2002. Instrumen tersebut berguna untuk mengukur kualitas hidup pada ODHA. Kualitas hidup pada instrumen ini dibagi menjadi enam domain, yakni fisik (*physical*), psikologi (*psychological*), tingkat kemandirian (*level of independence*), hubungan sosial (*social relationships*), lingkungan (*environment*), dan spiritual (*spirituality*) (WHO, 2002).

Penelitian oleh (M. Nojomi, Anbary and Ranjbar, 2008) di Iran menunjukkan mayoritas pasien HIV memiliki kualitas hidup rendah (Marzieh Nojomi, Anbary and Ranjbar, 2008). Penelitian di Georgia oleh Karkashadze, *et.al.* (2017) menunjukkan mayoritas pasien HIV memiliki kualitas hidup buruk. Penelitian lain yang dilakukan pada pasien HIV rawat jalan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta oleh (Kusuma, 2011) menunjukkan mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

Penelitian pengukuran kualitas hidup pasien HIV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pernah dilakukan sebelumnya dengan kuesioner WHOQOL BREF. Penelitian tersebut mengukur domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat cukup banyak pasien HIV yang memiliki kualitas hidup rendah pada masing-masing domain kualitas hidup (Unzila, *et al.*, 2016). Penelitian ini dilakukan dengan meneliti domain kualitas hidup yang belum diukur pada penelitian sebelumnya di IPIPI RSUD Dr. Soetomo. Hal ini dilakukan agar selain dapat mengukur domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan, domain kemandirian dan spiritual juga dapat diukur dan dianalisis lebih mendalam lagi.

Keluarga sangat berperan penting dalam kehidupan pasien sehingga mempengaruhi tinggi rendahnya kualitas hidup mereka. Keluarga di dalam

masyarakat memiliki kelas sosial dimana terdapat lapisan sosial bawah, menengah, dan atas. Setiap lapisan sosial berbeda antara satu sama lain dan salah satu yang membedakannya adalah status sosioekonomi.

Seseorang dengan status sosioekonomi tinggi lebih mampu untuk memiliki segalanya daripada seseorang dengan status sosioekonomi rendah. Seseorang memiliki status sosioekonomi tinggi apabila mereka memiliki pekerjaan, pendidikan, ilmu pengetahuan yang luas, kekayaan, politis, keturunan, dan agama (Soekanto, 2012).

Penelitian sebelumnya menunjukkan tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup (Marzieh Nojomi, Anbary and Ranjbar, 2008; Kusuma, 2011; Novianti, Parjo and Dewi, 2015). Tinggi rendahnya tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan seberapa baik kemampuan kognitif mereka dalam menerima dan memahami informasi yang didapatkan. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan manajemen diri dalam menghadapi penyakit dan tuntutan yang beragam (da Costa *et al.*, 2014).

Status pekerjaan berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memperoleh penghasilan agar dapat memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan dalam memperoleh penghasilan ini akan mempengaruhi kualitas hidup dirinya. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup ODHA (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014; Jadhav, Laad and Chaturvedi, 2017).

Status sosioekonomi menunjukkan kemampuan keuangan (finansial) dan materi yang dimiliki oleh keluarga (Baswori and Juariyah, 2010). Kemampuan finansial keluarga dapat dilihat dari seberapa besar penghasilan keluarga. Penelitian sebelumnya menunjukkan penghasilan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014).

Dukungan keluarga juga berhubungan dengan kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga terbagi dalam lima, yakni dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial (Smet, 2004). ODHA dengan dukungan keluarga menunjukkan tingkat ketahanan terhadap

penyakit lebih tinggi, yang berkorelasi dengan peningkatan kesehatan mental dan kepatuhan pengobatan. Dukungan emosional yang lebih besar juga akan mengurangi dampak negatif dan meningkatkan dampak positif, mengurangi tekanan psikologis, serta membuat kualitas hidup yang lebih tinggi (Bhat *et al.*, 2015).

Pentingnya status sosioekonomi dan dukungan keluarga pasien mendorong dilakukannya penelitian ini. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross-sectional* analitik. Lokasi penelitian dilaksanakan IPIPI RSUD Dr. Soetomo, Surabaya. Pengumpulan data dilakukan pada pertengahan April-Mei 2018.

Penelitian ini telah dinyatakan laik etik. Pernyataan ini tercantum dalam surat laik etik yang dibuat oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan Nomer 0154/KEPK/IV/2018 tanggal 2 April 2018.

Populasi dalam penelitian adalah seluruh ODHA yang berada pada stadium klinis 3 berdasarkan rekam medis di IPIPI RSUD Dr. Soetomo pada saat penelitian dilakukan. Penggunaan rekam medis di bawah pengawasan petugas rekam medis IPIPI RSUD Dr. Soetomo. Rekam medis pasien dapat dilihat setelah peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Penelitian (*Informed Consent*) kepada pasien kemudian apabila pasien tersebut menyetujui bergabung dalam penelitian sebagai responden maka pasien dipersilahkan menandatangani *Informed Consent*.

Kriteria inklusi pada penelitian adalah pasien yang berusia 15-64 tahun (berada pada usia produktif), terdaftar dalam rekam medis, dan melakukan rawat jalan untuk menjalani terapi *Anti Retroviral Drugs* (ARV) di IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, telah didiagnosis HIV positif minimal 1 bulan yang lalu, bertempat tinggal di Surabaya, dan bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian dengan menandatangani

*Informed Consent*. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien tidak bisa baca tulis, tidak memiliki keluarga, mengalami ketidaknyamanan fisik (pusing, nyeri, dan sebagainya) yang membuat responden tidak mampu melanjutkan penelitian.

Besar sampel pada penelitian ini adalah sebanyak 98 responden. Penghitungan tersebut didapatkan dari perhitungan rumus estimasi proporsi dengan presisi mutlak (Kasjono and Yasril, 2009). Sampel diambil menggunakan metode *Simple Random Sampling*.

Variabel yang diteliti meliputi status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) dan dukungan keluarga sebagai variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup ODHA.

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer bersumber dari pengisian kuisisioner oleh responden. Kuisisioner tersebut terdiri atas tiga bagian antara lain karakteristik responden, kualitas hidup, dan dukungan keluarga. Sedangkan data sekunder bersumber dari data jumlah penderita HIV-AIDS dan data rekam medis pasien rawat jalan IPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Data status sosioekonomi diambil dari kuisisioner karakteristik responden. Responden dikatakan memiliki tingkat pendidikan rendah apabila responden tidak sekolah, lulusan SD, atau SMP. Tingkat pendidikan dikatakan tinggi apabila responden merupakan lulusan SMA atau Perguruan Tinggi. Status pekerjaan dibagi atas bekerja dan tidak bekerja. Penghasilan dibagi atas penghasilan di bawah Upah Minimum Kota (UMK) Surabaya (sekitar Rp. 3.200.000,-) dan mencapai UMK Surabaya.

Dukungan keluarga dalam penelitian ini diukur dengan menggunakan kuisisioner dukungan keluarga yang diambil dari penelitian di Jakarta (Kusuma, 2011). Kuisisioner ini telah diuji reliabilitas dan validitasnya dengan nilai koefisien korelasi  $\geq 0,3$  ( $r = 0,375-0,720$ ) dan nilai *Cronbach Alpha* 0,883 ( $\geq 0,7$ ). Kuisisioner ini terdiri dari 18 item pertanyaan dengan skala *likert* 1-3. Nilai *cut of point* untuk mengkategorikan hasil pengukuran yang didapat dalam penelitian ini adalah 75% dari nilai skor total maksimal (54 poin). Dukungan keluarga dikatakan non-suportif apabila skor  $< 40,5$  poin, sementara



apabila skor >40,5 poin dikatakan suportif.

Data kualitas hidup diambil dengan pengisian kuesioner WHOQOL-HIV BREF dalam Bahasa Indonesia yang telah diuji reliabilitas dan validitasnya dengan nilai koefisien korelasi kuat ( $r = 0,60-0,79$ ) dan nilai *Cronbach Alpha* 0,513-0,798. Kuisisioner ini mengandung enam domain kualitas hidup antara lain fisik, psikologi, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual. Domain ini tersebar dalam 29 item pertanyaan dengan satu domain di setiap pertanyaan. Lima aspek khusus untuk ODHA antara lain gejala, keterlibatan sosial, memaafkan, dan menyalahkan, kekhawatiran tentang masa depan, dan kematian. Selain ke 29 pertanyaan tersebut, ada dua pertanyaan yang menyelidiki persepsi keseluruhan kualitas hidup individu dan mengevaluasi persepsi kesehatan secara umum, sehingga total item pertanyaan sebanyak 31 item.

Setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban dengan skala *likert* 1-5. Item pertanyaan positif diberi skor sesuai skala *likert*, sementara item pertanyaan negatif (item nomor 3, 4, 5, 8, 9, 10, dan 31) skornya menjadi 5, 4, 3, 2, dan 1. Skor yang didapatkan pada item pertanyaan dengan domain yang sama ditambahkan kemudian dibagi dengan banyaknya pertanyaan pada domain tersebut. Kemudian dikali 4 sehingga tiap domain memiliki rentang skor 4-20. Skor dari keenam domain kemudian dirata-rata untuk memperoleh skor kualitas hidup secara keseluruhan. Untuk mengkategorikan tingkat persepsi kualitas hidup pada responden, klasifikasi skor yang digunakan adalah: 4-9,9 menunjukkan persepsi kualitas hidup rendah, >9,9-14,9 persepsi kualitas hidup sedang, dan >14,9-20 persepsi kualitas hidup tinggi (Cunha, Campos and Cabete, 2017).

Data yang telah dikumpulkan lalu diperiksa kelengkapan dan kebenaran jawabannya. Data yang lengkap dan benar kemudian diinput dan diolah dengan menggunakan aplikasi komputer. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis statistik deskriptif dan inferensial. Analisis statistik deskriptif dilakukan dengan menyajikan tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang antara dua variabel. Analisis statistik inferensial dilakukan dengan melakukan uji *chi-*

*square* untuk menganalisis hubungan variable bebas dan terikat. Nilai  $\alpha$  yang digunakan sebesar 0,05.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Status Sosioekonomi

Status sosioekonomi adalah sebuah konstruksi yang mencerminkan akses seseorang terhadap sumber daya yang diinginkan secara kolektif, baik itu barang material, uang, kekuasaan, jaringan pertemanan, perawatan kesehatan, waktu luang, atau peluang pendidikan (Oakes and Rossi, 2003). Status sosioekonomi merupakan kemampuan keuangan (finansial) dan materi yang dimiliki oleh keluarga. Seseorang dengan status sosioekonomi yang tinggi lebih mampu untuk memiliki segalanya daripada seseorang dengan status sosioekonomi rendah (Baswori and Juariyah, 2010). Seseorang dikatakan memiliki status sosioekonomi tinggi apabila mereka memiliki pekerjaan, pendidikan, ilmu pengetahuan yang luas, kekayaan, politis, keturunan, dan agama (Soekanto, 2012).

**Tabel 1.** Status Sosioekonomi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, dan Penghasilan di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

| Karakteristik             | Frekuensi | %          |
|---------------------------|-----------|------------|
| <b>Tingkat Pendidikan</b> |           |            |
| Rendah                    | 35        | 37,6       |
| Tinggi                    | 58        | 62,4       |
| <b>Total</b>              | <b>93</b> | <b>100</b> |
| <b>Status Pekerjaan</b>   |           |            |
| Tidak Bekerja             | 30        | 32,3       |
| Bekerja                   | 63        | 67,7       |
| <b>Total</b>              | <b>93</b> | <b>100</b> |
| <b>Penghasilan</b>        |           |            |
| Di bawah UMK              | 60        | 64,5       |
| Mencapai UMK              | 33        | 35,5       |
| <b>Total</b>              | <b>93</b> | <b>100</b> |

Status ekonomi yang dianalisis pada penelitian ini meliputi tingkat pendidikan responden, status pekerjaan responden, dan penghasilan keluarga. Distribusi status sosioekonomi berdasarkan tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan pada 93 responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi (62,4%). Responden dikatakan berpendidikan tinggi apabila telah menyelesaikan pendidikan SMA dan/atau Perguruan Tinggi, sedangkan berpendidikan rendah apabila tidak sekolah, menyelesaikan pendidikan di SD, dan/atau SMP.

Tingkat pendidikan dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dibagi menjadi tiga, yakni pendidikan dasar (SD/ sederajat-SMP/ sederajat), pendidikan menengah (SMA/ sederajat), dan pendidikan tinggi (diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor) (Pemerintah Republik Indonesia, 2003). Notoatmojo (2003) membedakan tingkatan pendidikan menjadi pendidikan dasar awal selama 9 tahun (SD/ sederajat dan SMP/ sederajat) dan pendidikan lanjut (gabungan dari pendidikan menengah dan tinggi). Tingkat pendidikan dalam penelitian ini, pendidikan dasar awal dikategorikan dalam tingkat pendidikan rendah, sedangkan pendidikan lanjut dikategorikan dalam tingkat pendidikan tinggi.

Tingkat pendidikan yang tinggi pada responden memudahkan responden untuk memahami informasi yang diterimanya khususnya informasi kesehatan yang diperoleh dari media massa maupun orang lain. Tingkat pendidikan tinggi juga akan mempengaruhi cara pandang responden terhadap permasalahan yang dihadapinya khususnya masalah terkait infeksi HIV dan bagaimana cara mereka menyelesaikan masalah tersebut.

Status sosioekonomi yang dilihat dari status pekerjaan responden seperti pada Tabel 1 menunjukkan mayoritas responden bekerja yakni sebanyak 63 orang (67,7%). Status pekerjaan merupakan jenis kedudukan seseorang dalam pekerjaan. Status tersebut diklasifikasikan dalam beberapa kategori, yakni berusaha sendiri tanpa rekan kerja atau bantuan orang lain, berusaha sendiri dibantu oleh anggota keluarga atau karyawan sementara, pengusaha dengan pekerja tetap, karyawan, dan pekerja tidak dibayar (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018). Dalam penelitian ini, status pekerjaan dengan kategori tersebut dimasukkan dalam status bekerja. Sementara ibu rumah tangga, pensiunan,

pencari kerja, dan belum bekerja dimasukkan dalam status tidak bekerja.

Mayoritas responden yang bekerja menunjukkan bahwa responden memiliki kemampuan untuk bekerja dalam rangka menghasilkan nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Dengan memiliki pekerjaan diharapkan dapat menunjang finansial keluarga sehingga dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari keluarga.

Tabel 1 juga menunjukkan responden berpenghasilan di bawah UMK (Upah Minimum Kabupaten/Kota) lebih banyak daripada responden dengan penghasilan mencapai UMK. UMK yang digunakan dalam penelitian ini adalah Upah Minimum Kota Surabaya (sekitar Rp 3.200.000). Upah Minimum Kota Surabaya tahun 2017 berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 121 Tahun 2016, sebesar Rp. 3.296.212,50. UMK merupakan upah karyawan berdasarkan acuan/standar kabupaten/kota tempat bekerja. Besarnya UMK ini berbeda-beda tergantung kepada regional tempat bekerja dan kondisi sosial ekonomi daerah masing-masing (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2017).

Banyaknya responden dengan penghasilan dibawah UMK menunjukkan bahwa mayoritas responden masih belum menerima upah minimal yang seharusnya diperoleh. Kondisi ini menyebabkan responden berusaha mengatur pengeluaran keluarga agar dapat tercukupi meskipun dengan pemasukan yang kurang.

### Gambaran Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki peran yang amat penting bagi tiap individu, terutama ODHA. Keluarga merupakan tempat setiap individu berbagi susah dan senang. Definisi keluarga beragam, seperti keluarga itu sendiri dan bagaimana situasi keluarga itu. Secara sederhana, definisi keluarga menurut hasil *Wisconsin Family Impact Seminars* (2015) dapat dikategorikan menjadi dua cara. Pertama, definisi struktural yang menentukan siapa yang ada di dalam keluarga dan siapa yang menurut karakteristik tertentu bukan bagian dari anggota keluarga. Kedua, definisi fungsional yang menentukan bagaimana fungsi anggota keluarga (Purdue University, 2019).

Definisi struktural keluarga menentukan karakteristik anggota keluarga, seperti mereka yang berbagi tempat tinggal, terkait melalui ikatan darah, atau terkait kontrak hukum. Sedangkan berdasarkan definisi fungsional, keluarga adalah unit (sekumpulan orang) yang berbagi sumber daya dan properti ekonomi, saling peduli dan mendukung satu sama lain, berkomitmen satu sama lain, berperan mempersiapkan anak yang lahir atau membesarkannya (Purdue University, 2019).

Dukungan keluarga merupakan salah satu jenis dukungan sosial. Dukungan sosial secara luas didefinisikan sebagai bantuan dan perlindungan yang diberikan kepada orang lain. Dukungan keluarga didefinisikan sebagai serangkaian strategi yang diarahkan ke unit keluarga tetapi pada akhirnya menguntungkan individu yang membutuhkan dukungan. Strategi dukungan keluarga dimaksudkan untuk membantu anggota keluarga, yang memiliki peran kunci dalam penyediaan dukungan dan bimbingan kepada anggota keluarga mereka yang membutuhkan dukungan (University of North Carolina, 2015).

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV dalam meringankan permasalahan yang mereka hadapi. Contohnya memberikan semangat untuk teratur minum obat, memberikan bantuan dana, mengantarkan berobat, memberikan kasih sayang, dan dukungan lainnya. Banyak manfaat yang didapatkan oleh anggota keluarga yang mendapat dukungan keluarga. Penelitian selama dua puluh tahun terakhir secara konsisten menunjukkan hubungan positif antara dukungan keluarga dan kemampuan keluarga untuk menumbuhkan ketahanan, menjaga kesehatan pendamping, mengurangi stres, dan mengatasi dampak stress (University of North Carolina, 2015).

**Tabel 2.** Dukungan Keluarga Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

| Dukungan Keluarga | n         | %          |
|-------------------|-----------|------------|
| Non-suportif      | 40        | 43         |
| Suportif          | 53        | 57         |
| <b>Total</b>      | <b>93</b> | <b>100</b> |

Hasil penelitian seperti pada Tabel 2 menunjukkan mayoritas

responden memiliki keluarga yang suportif (57%). Dukungan keluarga suportif menunjukkan bahwa berdasarkan persepsi pasien, dukungan keluarga sering atau selalu diberikan oleh anggota keluarga dalam satu bulan terakhir. Dukungan ini seperti selalu memberikan perhatian dan kasih sayang, menghibur saat sedih, mencarikan bantuan dana dan fasilitas, mengingatkan untuk minum obat, memberikan pujian saat pasien berobat secara teratur, dan dukungan lainnya. Dukungan keluarga pada penelitian ini berdasarkan teori House yang mencakup lima jenis dukungan sosial antara lain dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial (Smet, 2004).

**Tabel 3.** Dukungan Keluarga berdasarkan Jenisnya pada Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

| Jenis Dukungan                  | f  | %    |
|---------------------------------|----|------|
| <b>Dukungan Emosional</b>       |    |      |
| Non-suportif                    | 48 | 51,6 |
| Suportif                        | 45 | 48,4 |
| <b>Dukungan Instrumental</b>    |    |      |
| Non-suportif                    | 39 | 41,9 |
| Suportif                        | 54 | 58,1 |
| <b>Dukungan Informasi</b>       |    |      |
| Non-suportif                    | 34 | 36,6 |
| Suportif                        | 59 | 63,4 |
| <b>Dukungan Penghargaan</b>     |    |      |
| Non-suportif                    | 35 | 37,6 |
| Suportif                        | 58 | 62,4 |
| <b>Dukungan Jaringan Sosial</b> |    |      |
| Non-suportif                    | 35 | 37,6 |
| Suportif                        | 58 | 62,4 |

Tabel 3 menunjukkan bahwa dukungan informasi merupakan jenis dukungan keluarga yang paling banyak diterima secara suportif oleh responden (63,4%). Jenis dukungan keluarga yang paling rendah diterima secara suportif adalah dukungan emosional (51,6%).

**Gambaran Kualitas Hidup**

Interpretasi kualitas hidup tinggi (>14,9-20) memiliki makna bahwa responden berada pada kondisi yang optimal secara fungsional, sehingga kehidupannya dapat dinikmati dengan rasa bahagia, tercapainya kepuasan hidup, dan kesejahteraan subyektif (Atika Sari and Yulianti, 2018). Sebaliknya, kualitas hidup rendah (4-9,9) berarti

responden berada pada kondisi fungsional yang kurang optimal sehingga kurang dapat menikmati hidupnya, merasa kurang puas dengan hidupnya, dan merasa tidak sejahtera, hal ini ditandai dengan sering mengeluh, cemas, dan khawatir terhadap banyak hal sehingga seringkali mengalami stress bahkan depresi. Kualitas hidup sedang (>9,9-14,9) berarti berada pada kondisi di antara kualitas hidup tinggi dan rendah, responden cukup merasa bahagia, cukup puas dengan hidupnya namun masih sering mengeluh dan khawatir terhadap kondisi dirinya.

**Tabel 4.** Kualitas Hidup Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

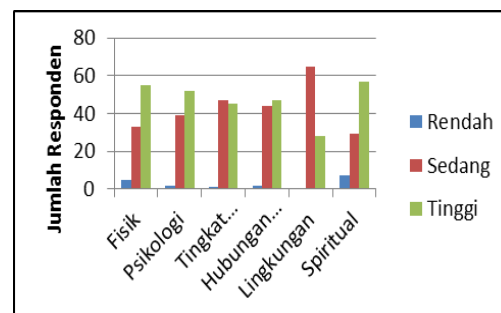
| Kualitas Hidup      | n         | %          |
|---------------------|-----------|------------|
| Rendah              | 0         | 0          |
| Sedang              | 52        | 55,9       |
| Tinggi              | 41        | 44,1       |
| <b>Total</b>        | <b>93</b> | <b>100</b> |
| Domain              | Mean      | SD         |
| Fisik               | 14,860    | 2,9803     |
| Psikologi           | 15,019    | 2,4033     |
| Tingkat Kemandirian | 14,215    | 2,1410     |
| Hubungan Sosial     | 14,247    | 2,6071     |
| Lingkungan          | 14,156    | 1,9463     |
| Spiritual           | 15,484    | 3,2956     |

Lebih dari setengah responden memiliki kualitas hidup sedang seperti yang terlihat pada Tabel 4. Kondisi ini menunjukkan bahwa responden merasa cukup bahagia dan puas dengan hidupnya. Tidak adanya responden dengan kualitas hidup rendah kemungkinan diakibatkan karena responden dalam penelitian ini telah mendapatkan pendampingan oleh LSM yang ditunjuk Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Selain itu responden juga tergabung dalam KDS (Kelompok Dukungan Sebaya).

Tabel 4 pada penelitian ini menunjukkan rata-rata responden memiliki domain psikologi dan spiritual yang tinggi (>14,9-20). Keadaan ini menunjukkan bahwa tingginya perasaan senang dan puas responden terhadap kehidupannya serta kebebasan beragama dan beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut. Sementara keempat domain lain rata-rata kualitas hidupnya sedang (>9,9-14,9).

Domain spiritual memiliki rata-rata kualitas hidup tertinggi diantara keenam domain lain. Sementara domain yang terendah rata-rata kualitas hidupnya adalah domain lingkungan. Hal ini

menunjukkan bahwa kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan lebih baik lagi.



**Gambar 1.** Domain Kualitas Hidup Pada Responden di IPIPI RSUD Dr. Soetomo April-Mei 2018

Gambar 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki kualitas hidup tinggi pada domain fisik, psikologi, hubungan sosial, dan spiritual. Sedangkan pada domain tingkat kemandirian dan lingkungan lebih banyak responden dengan kualitas hidup sedang. Jumlah responden dengan kualitas hidup tinggi terbanyak ada pada domain spiritual. Jumlah responden dengan kualitas hidup tinggi yang paling sedikit terdapat pada domain lingkungan.

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain fisik yang tinggi. Kondisi ini menunjukkan bahwa rata-rata responden merasa cukup bahagia dan puas terhadap kondisi fisik yang dimilikinya.

Kualitas hidup pada domain fisik terkait dengan rasa sakit, ketidaknyamanan, energi, kelelahan, tidur, dan istirahat (World Health Organization, 2002). Individu dikatakan memiliki kondisi fisik yang sejahtera apabila organ tubuh yang dimiliki dapat berfungsi dengan optimal sehingga individu tersebut merasa nyaman, sehat, bertenaga, dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik.

Adanya infeksi HIV yang menyerang sel CD4 dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh. Kekebalan tubuh yang menurun menimbulkan peningkatan kerentanan tubuh terhadap infeksi, kanker, dan penyakit lainnya yang normalnya dapat dilawan oleh orang yang sehat, yang kemudian akan memengaruhi kualitas hidup ODHA (World Health Organization, 2018).

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain psikologis

yang tinggi. Keadaan ini menunjukkan bahwa rata-rata responden merasa bahagia dan puas terhadap kondisi psikologis yang dialaminya.

Domain psikologis dalam kualitas hidup terkait dengan perasaan positif, berpikir, belajar, ingatan dan konsentrasi, harga diri, citra dan penampilan tubuh, serta perasaan negatif (World Health Organization, 2002). Individu dikatakan sejahtera secara psikologis apabila mampu membuat dirinya merasakan senang dan puas terhadap suatu peristiwa yang dialaminya. Kondisi ini akan mencegah munculnya masalah-masalah psikologis pada individu tersebut.

ODHA saat pertama kali mengetahui dirinya mengidap HIV, akan mengalami respon adaptif psikologis dan respon adaptif psikologis penerimaan diri terhadap penyakit (Safitri, 2013). Respon adaptif psikologis yang muncul berupa perasaan dan reaksi stress, frustrasi, cemas, marah, penyangkalan, malu, berduka, dan ketidakpastian dengan adaptasi suatu penyakit. Sementara respon adaptif psikologis penerimaan diri berupa reaksi marah, tertekan, depresi, dan pengingkaran terhadap penyakit yang didiagnosis terhadap dirinya (Nursalam, 2007).

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain tingkat kemandirian yang sedang. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata responden cukup bahagia dan puas terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk dapat hidup mandiri.

Domain tingkat kemandirian meliputi mobilitas, kegiatan hidup sehari-hari, ketergantungan pada pengobatan atau perawatan, dan kapasitas kerja (World Health Organization, 2002). Seseorang dikatakan sejahtera dalam tingkat kemandirian apabila mampu mandiri dalam menjalankan aktivitas sehari-hari seperti mencari nafkah, belajar, makan, memakai pakaian, merawat diri, pergi ke toilet, dan aktivitas sehari-hari lainnya (Nies and Ewen, 2007).

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain hubungan sosial yang sedang. Hasil ini menunjukkan rata-rata responden cukup bahagia dan puas terhadap hubungan sosial yang dimilikinya.

Domain hubungan sosial merupakan domain yang mengevaluasi

persepsi responden tentang hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual dan keterlibatan sosial (Hipolito *et al.*, 2017). Individu dikatakan sejahtera secara hubungan sosial apabila dirinya mampu membangun hubungan interpersonal yang erat dan harmonis dengan orang lain. Salah satu masalah sosial terbesar pada ODHA adalah adanya stigma.

Stigma HIV sebagai prasangka, mengabaikan, mendiskreditkan, dan diskriminasi yang diarahkan pada orang yang dianggap mengidap AIDS atau HIV dan pada individu, kelompok, dan komunitas di mana mereka berada (Bhat *et al.*, 2015). Stigma HIV termasuk persepsi tentang sikap masyarakat terhadap HIV serta pengalaman pribadi terkait stigma yang melekat, atau stigma yang dirasakan (*felt stigma*) dan stigma yang berlaku (*enacted stigma*). Stigma internal atau stigma yang dirasakan, adalah ketakutan akan penganiayaan yang secara nyata atau dibayangkan oleh individu dan rasa ketidaksetujuan masyarakat, setelah individu itu diberi label (Bhat *et al.*, 2015).

Label negatif pada ODHA membuat ODHA merasa takut akan dikucilkan masyarakat sehingga mereka kebanyakan lebih memilih untuk menyembunyikan status HIV yang dimilikinya. Tidak jarang ODHA menutup diri atau membatasi hubungan sosial yang ia bangun dengan orang lain demi menyembunyikan status HIV yang ia miliki. Situasi seperti ini tentu saja akan menurunkan kualitas hidup ODHA.

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain lingkungan yang sedang. Hasil penelitian ini membuktikan rata-rata responden merasa cukup bahagia dan puas terhadap kondisi lingkungan sekitarnya.

Domain lingkungan merupakan domain kualitas hidup yang terkait dengan persepsi keamanan fisik, perumahan, keuangan, akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas, akses informasi, kenyamanan, lingkungan fisik, dan transportasi (Hipolito *et al.*, 2017). Lingkungan fisik misalnya antara lain polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim (World Health Organization, 2002).

ODHA dengan tingkat kualitas hidup pada domain lingkungan yang tinggi menunjukkan bahwa ODHA tersebut merasa aman, nyaman, dan puas terhadap lingkungan rumah dan lingkungan fisik,

serta akses terhadap informasi, pelayanan kesehatan, dan transportasi yang ia dapatkan.

Rata-rata responden pada penelitian ini memiliki domain spiritual yang tinggi. Hal ini menunjukkan rata-rata responden merasa bahagia dan puas terhadap kondisi spiritual yang dimilikinya.

Domain spiritual merupakan domain terkait dengan keyakinan pribadi, mengevaluasi persepsi tentang perasaan memaafkan dan menyalahkan, kekhawatiran tentang masa depan, kematian dan sekarat (Hipolito *et al.*, 2017). Keyakinan pribadi yang dimaksudkan disini adalah bagaimana individu memiliki kebebasan dalam memeluk agama atau memilih kepercayaan serta melaksanakan ibadah masing-masing sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.

Seseorang dengan domain spiritual yang tinggi apabila menyadari dirinya terinfeksi HIV akan mempercayai bahwa hal tersebut merupakan ujian atau cobaan hidup yang diberikan oleh Tuhan untuk menguji keimanan dirinya agar dia lebih lebih mendekatkan diri pada Tuhan.

#### Analisis Status Sosioekonomi dengan Kualitas Hidup

Analisis lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup seperti yang terdapat pada Tabel 5 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,141$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Meskipun hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan, namun mayoritas responden dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kualitas hidup sedang. Sementara proporsi responden dengan tingkat pendidikan tinggi mayoritas memiliki kualitas hidup yang tinggi ataupun sedang.

Hasil analisis tersebut tidak sesuai dengan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup (da Costa *et al.*, 2014; Novianti S, Parjo and Dewi, 2015). Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan di Jakarta yang menunjukkan bahwa responden berpendidikan rendah lebih beresiko mengalami kualitas hidup rendah dibandingkan responden berpendidikan tinggi (Kusuma, 2011).

Studi yang dilakukan di Georgia menunjukkan bahwa orang dengan tingkat pendidikan tinggi (misalnya lulusan perguruan tinggi) lebih mungkin untuk memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan orang dengan pendidikan rendah (Karkashadze *et al.*, 2016).

**Tabel 5.** Hubungan Status Sosioekonomi (Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, dan Penghasilan) dengan Kualitas Hidup

| Variabel                  | Kualitas Hidup |            |           |            | p value |
|---------------------------|----------------|------------|-----------|------------|---------|
|                           | Sedang         |            | Tinggi    |            |         |
|                           | n              | %          | n         | %          |         |
| <b>Tingkat Pendidikan</b> |                |            |           |            |         |
| Rendah                    | 17             | 32,7       | 7         | 17,1       | 0,141   |
| Tinggi                    | 35             | 67,3       | 34        | 82,9       |         |
| <b>Status Pekerjaan</b>   |                |            |           |            |         |
| Tidak Bekerja             | 17             | 32,7       | 13        | 31,7       | 1,000   |
| Bekerja                   | 35             | 67,3       | 28        | 68,3       |         |
| <b>Penghasilan</b>        |                |            |           |            |         |
| Di bawah UMK              | 35             | 67,3       | 25        | 61,0       | 0,678   |
| Mencapai UMK              | 17             | 32,7       | 16        | 39,0       |         |
| <b>Total</b>              | <b>52</b>      | <b>100</b> | <b>41</b> | <b>100</b> |         |

Secara teori, semakin tinggi pendidikan seseorang makin tinggi pula kualitas hidupnya. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan manajemen diri dalam menghadapi penyakit dan tuntutan yang beragam (da Costa *et al.*, 2014). Kemampuan kognitif yang baik pada ODHA berpendidikan tinggi akan mempermudah mereka dalam menerima dan memahami informasi mengenai perawatan penyakit HIV. Kemampuan dalam menerima dan memahami informasi tersebut akan meningkatkan kualitas hidup mereka (Kusuma, 2011). Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula peluang untuk memperoleh pekerjaan (Karkashadze *et al.*, 2016).

Analisis lebih lanjut terkait hubungan status pekerjaan dengan kualitas hidup ODHA seperti pada Tabel 5 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 1,000$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Meskipun demikian, proporsi kualitas hidup tinggi pada responden yang bekerja lebih banyak daripada proporsi kualitas hidup tinggi pada responden yang tidak bekerja.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan di area perkotaan pada 2017 menunjukkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup ( $P\ value 0,47$ ,  $\alpha =$

0,05) (Jadhav, Laad and Chaturvedi, 2017). Namun, hasil ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Jakarta dan Brazil yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara status pekerjaan dan kualitas hidup responden (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014).

Secara umum, orang yang memiliki pekerjaan akan memperoleh penghasilan yang dapat digunakan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Kesehatan fisik dan mental dapat diperoleh dari aktivitas kerja yang dilakukan secara interaktif dan saling mendukung. Keadaan ini terjadi karena pekerjaan bisa menjadi sumber penderitaan dan stres, namun dapat pula menjadi sumber kesenangan, realisasi diri, dan pembentukan identitas. Pada pasien HIV, selain menambah pendapatan, dengan bekerja memungkinkan pasien HIV untuk mengalihkan perhatiannya dari memikirkan masalah-masalah negatif terkait penyakit serta menciptakan perasaan bahwa dia berguna dan produktif. Selain itu, pasien HIV yang bekerja akan lebih banyak berinteraksi atau berhubungan sosial dengan orang lain selain yang ada di lingkungan rumahnya (da Costa *et al.*, 2014). Dengan demikian kualitas hidup orang yang bekerja lebih baik dibandingkan orang yang tidak bekerja.

Analisis hubungan status sosioekonomi yang dilihat dari penghasilan dengan kualitas hidup ODHA seperti yang dapat dilihat pada Tabel 5 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,678$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Meski demikian, proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang berpenghasilan mencapai UMK lebih besar dibandingkan proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang berpenghasilan di bawah UMK.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan di suatu area perkotaan pada tahun 2017 yang menunjukkan tidak ada hubungan antara penghasilan (kelas sosial) dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,110$ ,  $\alpha = 0,05$ ) (Jadhav, Laad and Chaturvedi, 2017). Namun hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Jakarta dan Brazil yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara penghasilan dan kualitas hidup responden (Kusuma, 2011; da Costa *et al.*, 2014).

Secara umum, orang yang memiliki penghasilan keluarga tinggi dapat mencukupi kebutuhan hidup keluarganya sehari-hari. Beban ekonomi keluarga akan bertambah dengan adanya anggota keluarga yang menderita HIV. Meskipun terdapat program pengobatan dan perawatan gratis, namun keluarga masih terbebani dengan biaya tak langsung misal biaya transportasi, biaya pengantar, biaya alat bantu, dan terdapat *productivity loss* (hilangnya produktivitas pasien karena sakit). Dengan demikian kualitas hidup orang yang penghasilan keluarganya tinggi lebih baik dibandingkan orang yang penghasilannya rendah.

### Analisis Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Hasil penelitian pada Tabel 6 menunjukkan proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang dukungan keluarganya suportif lebih besar dibandingkan proporsi responden dengan kualitas hidup tinggi yang dukungan keluarganya non-suportif.

**Tabel 6.** Hubungan Dukungan Keluarga dan Tiap Jenis Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

| Variabel                        | Kualitas Hidup |      |        |      | P-value |
|---------------------------------|----------------|------|--------|------|---------|
|                                 | Sedang         |      | Tinggi |      |         |
|                                 | n              | %    | n      | %    |         |
| <b>Dukungan Keluarga</b>        |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 28             | 53,8 | 12     | 29,3 | 0,03    |
| Suportif                        | 24             | 46,2 | 29     | 70,7 |         |
| <b>Dukungan Emosional</b>       |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 31             | 59,6 | 17     | 41,5 | 0,126   |
| Suportif                        | 21             | 40,4 | 24     | 58,5 |         |
| <b>Dukungan Instrumental</b>    |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 26             | 50,0 | 13     | 31,7 | 0,118   |
| Suportif                        | 26             | 50,0 | 28     | 68,3 |         |
| <b>Dukungan Informasi</b>       |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 22             | 42,3 | 12     | 29,3 | 0,280   |
| Suportif                        | 30             | 57,7 | 29     | 70,7 |         |
| <b>Dukungan Penghargaan</b>     |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 23             | 44,2 | 12     | 29,3 | 0,207   |
| Suportif                        | 29             | 55,8 | 29     | 70,7 |         |
| <b>Dukungan Jaringan Sosial</b> |                |      |        |      |         |
| Non-suportif                    | 25             | 48,1 | 10     | 24,4 | 0,034   |
| Suportif                        | 27             | 51,9 | 31     | 75,6 |         |

Analisis lebih lanjut terkait hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,030$ ;  $\alpha = 0,05$ ). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di

Jakarta dan India bagain Selatan yang juga membuktikan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA (Nirmal *et al.*, 2008; Kusuma, 2011).

Berbagai studi menunjukkan pasien yang mendapat dukungan keluarga memperoleh berbagai dampak positif. Penelitian selama dua puluh tahun terakhir secara konsisten menunjukkan hubungan positif antara dukungan keluarga dan kemampuan keluarga untuk menumbuhkan ketahanan, menjaga kesehatan pendamping, mengurangi stres, dan mengatasi dampak stress (University of North Carolina, 2015). Wanita dengan dukungan sosial dari anggota keluarga menunjukkan tingkat ketahanan terhadap penyakit yang lebih tinggi serta berkorelasi dengan peningkatan kesehatan mental dan kepatuhan pengobatan (Bhat *et al.*, 2015). Anggota keluarga, terutama pasien HIV tentunya membutuhkan dukungan keluarga dalam menghadapi masalah yang dihadapinya mulai dari masalah fisik, mental, sosial, maupun spiritual.

Apabila dilihat dari lima jenis dukungan keluarga seperti yang dapat dilihat pada Tabel 6, jenis dukungan non-suportif pada responden dengan kualitas hidup sedang terbanyak ada pada dukungan emosional. Sedangkan jenis dukungan non-suportif pada responden dengan kualitas hidup sedang paling sedikit terdapat pada dukungan informasi. Dengan kata lain, dukungan emosional yang diberikan secara suportif oleh keluarga masih kurang.

Dukungan emosional (*emotional support*) adalah dukungan yang terkait dengan peningkatan fungsi psikososial dalam hal mengurangi stres dan meningkatkan perasaan dengan orientasi positif (Kyzar *et al.*, 2012). Dukungan ini berupa sikap dan perilaku empatik dari anggota keluarga yang memunculkan rasa senang, bahagia, nyaman, tenang, dan saling menyayangi. Dukungan emosional memberikan manfaat antara lain mengurangi dampak negatif dan meningkatkan dampak positif, mengurangi tekanan psikologis, dan kualitas hidup yang lebih tinggi (Bhat *et al.*, 2015).

Pada penelitian ini proporsi dukungan emosional secara non-suportif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap

jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan emosional tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,126; \alpha=0,05$ ).

Dukungan instrumental (*Instrumental support* atau *tangible support*) adalah dukungan yang diberikan lingkungan sekitar dalam bentuk pemberian barang yang berwujud (Ayu and Nurmala, 2016). Dukungan ini terkait dengan peningkatan dukungan akses ke sumber keuangan yang memadai dan penyelesaian tugas yang diperlukan (misalnya, transportasi untuk bertemu dokter, pengasuhan anak yang memungkinkan orang tua untuk bekerja, bantuan dengan pekerjaan rumah tangga sehingga keluarga dapat menghabiskan waktu bersama, dan sebagainya) (Kyzar *et al.*, 2012).

Pada penelitian ini proporsi dukungan instrumental secara non-suportif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan instrumental tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,118; \alpha=0,05$ ).

Dukungan informasi (*informational support*) adalah bantuan yang terkait dengan peningkatan pengetahuan dari materi verbal atau tertulis yang disajikan baik secara *online*, cetak, maupun video yang mengarah pada peningkatan pengambilan keputusan (Kyzar *et al.*, 2012). Dukungan ini dapat berupa pesan yang mengandung pengetahuan atau fakta juga nasehat atau umpan balik dari suatu tindakan (Cutrona and Suhr, 1992). Adanya dukungan informasi ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi keluarga dan masyarakat di lingkungan ODHA sehingga meningkatkan pengetahuan mereka terkait penyakit HIV-AIDS dan mengurangi stigma pada ODHA (Ayu and Nurmala, 2016).

Pada penelitian ini, proporsi dukungan informasi secara non-suportif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan informasi tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P\ value = 0,280; \alpha=0,05$ ).



Dukungan penghargaan (*support appraisal* atau *esteem support*) adalah dukungan berupa pemberian pesan atau respon positif untuk membantu meningkatkan keterampilan, kemampuan, dan nilai intrinsik seseorang (Cutrona and Suhr, 1992). Dukungan penghargaan oleh keluarga kepada pasien contohnya anggota keluarga memberikan respon positif seperti memberikan pujian saat pasien meminum obat dengan teratur.

Pada penelitian ini, proporsi dukungan penghargaan secara non-supertif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan penghargaan tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,207;  $\alpha=0,05$ ).

Dukungan jaringan sosial (*networks support*) adalah dukungan berupa rasa keanggotaan yang didapatkan seseorang dari komunitasnya (Ayu and Nurmala, 2016). Dukungan jaringan sosial sebagai pesan yang membantu meningkatkan rasa memiliki kelompok tertentu dengan minat atau situasi yang sama. Dukungan jaringan sosial pada keluarga berarti adanya rasa memiliki keluarga. Pasien merasa bahwa dirinya adalah bagian dari keluarganya karena mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarga. Pasien merasa nyaman bersama anggota keluarganya (Cutrona and Suhr, 1992).

Pada penelitian ini, proporsi dukungan jaringan sosial secara non-supertif lebih besar pada responden dengan kualitas hidup sedang dibandingkan responden dengan kualitas hidup tinggi. Analisis lebih lanjut terkait hubungan tiap jenis dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan dukungan jaringan sosial berhubungan signifikan dengan kualitas hidup ( $P$  value = 0,034;  $\alpha=0,05$ ).

## SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini antara lain tidak ada hubungan yang signifikan antara status sosioekonomi (tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan penghasilan) terhadap kualitas hidup ODHA. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA. Jenis dukungan yang

berhubungan signifikan dengan kualitas hidup adalah dukungan jaringan sosial, sementara pada jenis dukungan yang lain tidak berhubungan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atika Sari, R. and Yulianti, A. (2018) 'Hubungan Mindfulness Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia', *Jurnal Psikologi*, 13(1), p. 48. doi: 10.24014/jp.v13i1.2771.
- Ayu, N. D. P. S. and Nurmala, I. (2016) 'Penderita Hiv Di Surabaya Social Support for Arv Consumption of Housewife With Hiv in Surabaya', *JURNAL PROMKES (Jurnal Promosi dan Pendidikan Kesehatan Indonesia)*, 4(2), pp. 165-176. doi: 10.20473/jpk.4.2.%25y.165%20-%20176.
- Badan Pusat Statistik Indonesia (2018) *Tenaga Kerja*. Available at: <https://www.bps.go.id/subject/6/tenaga-kerja.html> (Accessed: 24 October 2018).
- Bare, B. G. and Smeltzer, S. C. (2005) *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Baswori and Juariyah, S. (2010) 'Analisis Kondisi Sosial Ekonomi dan Tingkat Pendidikan Masyarakat Desa Srigading, Kecamatan Labuhan Maringgai, Kabupaten Lampung Timur', *Jurnal Ekonomi Dan Pendidikan*, 7(1), pp. 58-81.
- Bhat, S. et al. (2015) 'Factors affecting psychosocial well-being and quality of life among women living with HIV/AIDS', *Nitte University Journal of Health Science*, 5(4), pp. 66-76. Available at: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L621207596>.
- da Costa, T. L. et al. (2014) 'Quality of life and people living with AIDS: relationship with sociodemographic and health aspects', *Revista latino-americana de enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, 22(4), pp. 582-590. doi: 10.1590/0104-1169.3350.2455.
- Cunha, N., Campos, S. and Cabete, J. (2017) 'Chronic leg ulcers disrupt patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of

- life', *British Journal of Community Nursing*, 22, pp. S30-S37. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S30.
- Cutrona, C. E. and Suhr, J. A. (1992) 'Controllability of Stressful Events and Satisfaction With Spouse Support Behaviors', *Communication Research*. SAGE Publications Inc, 19(2), pp. 154-174. doi: 10.1177/009365092019002002.
- Hipolito, R. L. *et al.* (2017) 'Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship', *Revista latino-americana de enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, 25, pp. e2874-e2874. doi: 10.1590/1518-8345.1258.2874.
- Hoffmann, C. and Rockstroh, J. K. (2015) *HIV 2015/16*. Hamburg. Medizin Fokus Verlag.
- IPIPI RSUD Dr. Soetomo (2018) *Laporan Bulanan Perawatan HIV dan ART RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode Mei 2018*. Surabaya.
- Jadhav, P., Laad, P. and Chaturvedi, R. (2017) 'Quality of life factors affecting quality of life in people living with HIV/AIDS in an urban area', *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4, p. 3031. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20173367.
- Karkashadze, E. *et al.* (2016) 'Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia', *International Journal of STD & AIDS*. SAGE Publications, 28(7), pp. 672-678. doi: 10.1177/0956462416662379.
- Kasjono, H. S. and Yasril (2009) *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan (Pertama)*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kemendes RI (2016a) *Data Statistik HIV di Indonesia 2014*. Jakarta.
- Kemendes RI (2016b) 'Final Laporan HIV AIDS TW 1 2016.pdf'.
- Kemendes RI (2017) *Laporan Perkembangan Situasi HIV/AIDS & PIMS di Indonesia Januari-Maret 2017*. Jakarta.
- Kusuma, H. (2011) *Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Kyzar, K. B. *et al.* (2012) 'The Relationship of Family Support to Family Outcomes: A Synthesis of Key Findings from Research on Severe Disability', *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. SAGE Publications Inc, 37(1), pp. 31-44. doi: 10.2511/027494812800903247.
- Nies and Ewen, M. (2007) *Community or Public Health Nursing*. 4th edn. Missouri: Saunders.
- Nirmal, B. *et al.* (2008) 'Quality of life in HIV/AIDS patients: A cross-sectional study in south India', *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 29. doi: 10.4103/0253-7184.42708.
- Nojomi, M., Anbary, K. and Ranjbar, M. (2008) 'Health-Related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS', *Iranian Medicine*, 11(6).
- Nojomi, Marzieh, Anbary, K. and Ranjbar, M. (2008) 'Health-related quality of life in patients with uveitis', *Archives of Iranian Medicine*, 11(6), pp. 608-612. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312882.
- Notoatmojo, S. (2003) *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novianti, D., Parjo and Dewi, A. P. (2015) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Support and Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak', *Jurnal Proners*, 3(1), pp. 1-14.
- Novianti S, D., Parjo and Dewi, A. P. (2015) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Support and Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak', *ProNers*, 3(1), pp. 81-87.
- Nugraha, A. P. *et al.* (2015) 'Profil Angular Cheilitis pada penderita HIV / AIDS di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya 2014 oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr', *Maj Ked Gi Ind.*, 1(1), pp. 12-20.
- Nursalam, K. (2007) *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oakes, J. and Rossi, P. (2003) 'The Measurement of SES in Health Research: Current Practice and Steps toward a New Approach', *Social science & medicine* (1982), 56, pp. 769-784. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00073-4.

- Pemerintah Provinsi Jawa Timur (2017) 'Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 121 Tahun 2016 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2017'. Surabaya.
- Pemerintah Republik Indonesia (2003) 'Undang-Undang No. 23 tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional'. Jakarta.
- Purdue University (2019) 'What is Family', in *Wisconsin Family Impact Seminars*. Indiana. Available at: [https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fi/wi/wp-content/uploads/2015/07/s\\_wifis01c02.pdf](https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fi/wi/wp-content/uploads/2015/07/s_wifis01c02.pdf).
- Safitri, E. A. (2013) 'Stres Dan Koping Penderita Hiv/Aids Pada Perempuan Di Kota Yogyakarta Tahun 2013', pp. 1-10.
- Smet, K. G. (2004) 'Social Support Survey', *Journal of Social Science and Medicine*, 32(6), pp. 705-706.
- Soekanto, S. (2012) *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jaka: PT. RajaGrafindo Persada.
- University of North Carolina (2015) *Types of Family Support*. North Carolina.
- Unzila, S. R., Nadhiroh, S. R. and Triyono, E. A. (2016) 'Hubungan Kepatuhan Anti Retroviral Therapy (ART) Satu Bulan Terakhir dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUD Dr . Soetomo Surabaya', *Media Gizi Indonesia*, 11(1), pp. 24-31.
- WHO (2002) 'WHOQOL-HIV Instrument Users Manual', *WHOres around the world. These questions represent*. Geneva: WHO, pp. 1-13.
- WHO (2017a) *HIV / AIDS Fact sheet*.
- WHO (2017b) *HIV Global Slides July 2017*.
- World Health Organization (2002) 'WHOQOL-HIV Instrument Users Manual'. Geneva: World Health Organization, pp. 1-13.
- World Health Organization (2018) *HIV/AIDS*. Available at: [www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/hiv-aids](http://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/hiv-aids) .

## Hubungan Pengetahuan dan Status Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Sidotopo

### *Correlation of Mothers' Knowledge and Employment Status with Exclusive Breastfeeding in Sidotopo*

Riza Ramli

Departemen Biostatistika dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga  
Email : [riza.ramli-2016@fkm.unair.ac.id](mailto:riza.ramli-2016@fkm.unair.ac.id)

#### ABSTRACT

**Background:** Low level of knowledge about exclusive breastfeeding and mother's employment status become factors causing flawed exclusive breastfeeding in Indonesia. The high number of working mothers makes babies unable to be exclusively breastfed. **Objective:** This study determined the relationship of knowledge and mother's employment status with exclusive breastfeeding in Sidotopo. **Method:** This study was a descriptive analytical study with a cross-sectional design. The sampling technique used purposive sampling with a total sample of 57 respondents. The primary data were collected through questionnaires and then analyzed by using chi-square test. **Results:** There were 52 mothers (91%) who did not exclusively breastfeed. Most of them (94.4%) had insufficient knowledge and did not exclusively breastfeed. The number of mothers who had good knowledge and exclusively breastfed was only 3 mothers (14.3%). Most mothers (73.7%) who did not work did not exclusively breastfed their babies (90.5%). Among 15 working mothers (26.3%), only 1 mother (6.7%) exclusively breastfed. Based on the bivariate analysis test, there was no relationship of mother's knowledge with exclusive breastfeeding ( $P$  value = 0.346 > 0.05). There was no relationship of mother's employment status with exclusive breastfeeding ( $P$  value= 0.604 <0.05). **Conclusion:** Environment and habits of providing complementary food to babies aged less than 6 months are difficult to avoid it, and thus babies cannot gain the benefits of exclusive breastfeeding.

**Keyword:** Exclusive Breastfeeding, Baby, Work, Knowledge

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Di Indonesia masalah rendahnya cakupan ASI eksklusif adalah rendahnya tingkat pengetahuan ibu mengenai ASI eksklusif dan status pekerjaan ibu. Tingginya jumlah partisipasi perempuan di dunia kerja membuat mereka yang punya bayi tidak bisa memberikan ASI secara eksklusif. **Tujuan:** Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mengetahui hubungan Pengetahuan dan pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif di Sidotopo. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan rancangan cross sectional. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan rumus purposive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 57 responden. Data yang digunakan adalah data primer yang dikumpulkan menggunakan kuesioner. Kemudian, data di analisis menggunakan uji Chi Square. **Hasil:** Pada hasil penelitian didapatkan sebanyak 52 ibu (91%) tidak memberikan ASI eksklusif. Sebagian besar ibu (94,4%) memiliki pengetahuan kurang dan tidak memberikan ASI eksklusif, ibu yang punya pengetahuan baik dan memberikan ASI eksklusif hanya 3 ibu (14,3%). Sebagian besar ibu (73,7%) adalah ibu yang tidak bekerja dan tidak memberikan ASI eksklusif (90,5%). Ibu yang bekerja berjumlah 15 ibu (26,3%) dan hanya 1 ibu (6,7%) yang menyusui secara eksklusif. Berdasarkan hasil uji analisis bivariat diketahui bahwa Tidak ada Hubungan antara pengetahuan Ibu dengan pemberian ASI eksklusif,  $P$  value = 0,346 > 0,05. Tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif,  $P$  value = 0.604 < 0,05. **Kesimpulan:** Banyaknya pengaruh dari lingkungan dan adanya kebiasaan memberikan tambahan makanan pada bayi usia kurang 6 bulan

membuat ibu sulit untuk menghindarinya, sehingga bayi tidak bisa merasakan manfaat ASI eksklusif.

**Kata Kunci:** ASI Eksklusif, Bayi, Pekerjaan, Pengetahuan

## PENDAHULUAN

Status gizi adalah keadaan tubuh seseorang yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilitasnya. Status gizi sangat erat kaitannya dengan kesehatan individu, ditentukan mulai sejak dalam kandungan hingga anak lahir dan tumbuh dewasa. Pemenuhan gizi pada bayi baru lahir dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian pada bayi dan balita (Dinkes Kota Surabaya, 2015).

Angka Kematian Neonatus (AKN) sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup menurun dari 20 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Kematian neonatal memberikan kontribusi terhadap kematian bayi sebesar 56%, sehingga kematian neonatal harus sangat ditekan (Badan Pusat Statistik, 2013). Pencapaian target penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) oleh Millenium Development Goals (MDGs) 2015 yaitu 23 per kelahiran hidup, maka peningkatan akses dan kualitas pelayanan neonatal juga harus ditingkatkan lagi (Utut Andita, 2016).

Sejumlah indikator harus terpenuhi dalam rangka mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs). Indikator tersebut meliputi cakupan pelayanan anak dan status kesehatan anak. Indikator status kesehatan anak seperti prevalensi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), panjang badan lahir pendek, gangguan kesehatan (sakit) pada neonatus, serta cacat lahir atau cacat pada anak balita. Indikator cakupan pelayanan kesehatan anak meliputi praktik perawatan tali pusar pada bayi baru lahir, pemeriksaan bayi baru lahir, pemberian imunisasi, kepemilikan akte kelahiran anak, Kartu Menuju Sehat (KMS) dan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pemantauan tumbuh kembang anak, pemberian vitamin A, pemberian ASI dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian kolostrum, pemberian asupan prelakteal, ASI eksklusif dan sunat

perempuan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Air Susu Ibu (ASI) adalah asupan utama dan wajib diberikan pada semua bayi yang baru dilahirkan (Adiguna and Dewi, 2016). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI eksklusif Ayat 1 menjelaskan bahwa Air Susu Ibu eksklusif yang selanjutnya disebut ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan sampai dengan umur 6 bulan, tanpa menambahkan memberi makanan atau minuman lain (Pemerintah Republik Indonesia, 2012b). ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan dan makanan apapun (Roesli, 2005).

Menyusui sejak dini mempunyai dampak positif baik bagi ibu maupun bayi. Bagi bayi, ASI mempunyai peran penting untuk menunjang pertumbuhan, kesehatan, dan kelangsungan hidup karena ASI kaya dengan zat gizi dan antibodi. ASI mengandung sel darah putih, protein, dan zat kekebalan yang cocok untuk bayi. Perilaku menyusui pada ibu dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas karena proses menyusui akan merangsang kontraksi uterus sehingga mengurangi perdarahan setelah melahirkan (*postpartum*) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Ibu yang memberikan ASI nya saja sampai bayi umur 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman apapun akan memberikan dampak positif kepada ibu. ASI eksklusif diklaim bisa sebagai alat kontrasepsi alami yang bertujuan untuk menjarangkan atau mengatur kehamilan jarak kelahiran. *United Nations Children's Fund* (UNICEF) dan *World Health Organization* (WHO) telah merekomendasikan perempuan yang mempunyai bayi untuk menyusui bayinya mulai dari pertama kali lahir. Setelah bayi berumur 6 bulan, ibu kemudian dianjurkan untuk memberikan makanan tambahan, tanpa menghentikan pemberian ASI minimal sampai 2 tahun

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Dalam 24 jam terakhir, persentase pemberian ASI saja tanpa memberikan makan tambahan prelakteal pada umur 6 bulan di Indonesia adalah sebesar 38% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Sementara persentase bayi yang diberikan ASI eksklusif di Indonesia menurut Pusat Data dan Informasi tahun 2017 adalah sebesar 35,73% untuk bayi umur 0-6 bulan, dan sebanyak 46,74% pada bayi umur 0-5 bulan. Jawa Timur memperoleh angka 34,92% pada pemberian ASI eksklusif hingga bayi umur 6 bulan dan 41,17% bayi mendapatkan ASI eksklusif hanya selama 5 bulan saja. Capaian ini masih belum memenuhi target nasional yaitu sebesar 80% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Cakupan bayi yang mendapatkan ASI secara eksklusif tahun 2016 adalah sebesar 74% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016). Walaupun angka ini tergolong tinggi dan hampir mencapai target pemerintah Jawa Timur, namun tetap saja masih belum memenuhi standar nasional. Cakupan ASI eksklusif yang didata oleh Puskesmas Sidotopo tahun 2016 juga menunjukkan angka pencapaian sebesar 64% yang juga masih dibawah standar nasional. Sedangkan pada triwulan ketiga di tahun 2016 pencapaiannya adalah 0%. Permasalahan lain terkait rendahnya capaian ASI eksklusif di masyarakat disebabkan oleh faktor psikologis, pemberi pelayanan persalinan, ibu bekerja, budaya dan promosi susu formula. Semua faktor tersebut mempengaruhi perilaku ibu dalam menyusui bayinya secara eksklusif (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016).

Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) pada pekerja wanita mengalami peningkatan dari 2,33% menjadi 55,04%. Kondisi ini menunjukkan bahwa perempuan semakin aktif dalam menunjang status ekonomi keluarga dan mereka mempunyai kesempatan untuk bekerja di bidang pekerjaan yang sama dengan laki-laki (Asyari, 2017).

Tuntutan ekonomi sekarang ini menyebabkan perempuan harus bekerja di luar rumah. Kondisi seperti ini membuat perempuan yang mempunyai bayi terpaksa harus menitipkan bayinya ke keluarga atau pengasuh dan diberikan

susu formula (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016). Padahal, ibu tersebut bisa membawa bayinya ke tempat kerja jika memungkinkan dan tidak berbahaya bagi kesehatan bayinya dengan syarat tempat kerja ibu menyediakan ruang laktasi.

Undang-undang Nomor 13 tahun 2003 Pasal 83 tentang Ketenagakerjaan menyatakan bahwa buruh atau karyawan wanita yang mempunyai bayi harus diberikan kesempatan agar dapat memberikan anaknya ASI eksklusif jika hal itu harus ia dilakukan selama ibu bekerja (Pemerintah Republik Indonesia, 2003). Kurangnya kebijakan di tempat kerja dalam memberikan waktu dan ruangan bagi ibu menyusui untuk menyusui atau sekedar memerah ASI. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang ASI eksklusif dimana Pasal 30 menyebutkan bahwa penanggung jawab instansi kerja dan penyelenggara tempat sarana umum seharusnya memberikan dukungan dan memberikan fasilitas khusus agar terlaksananya pemberian ASI eksklusif (Pemerintah Republik Indonesia, 2012a).

Kurangnya perhatian dan minat ibu akan pentingnya memenuhi kebutuhan utama bayi dikarenakan tingkat pengetahuan ibu yang rendah, baik pada ibu yang memilih menjadi pekerja maupun ibu rumah tangga (Martalia, 2012). Ibu yang mengetahui manfaat ASI dan cara pemberian ASI disaat bekerja, akan meningkatkan capaian pemberian ASI eksklusif, begitupun sebaliknya. Kondisi inilah yang kemudian mendorong ibu untuk memberikan makanan terlalu dini. Berdasarkan uraian tersebut maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang hubungan pengetahuan dan status pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif di Kelurahan Sidotopo.

## METODE

Penelitian ini adalah penelitian *deskriptif analitik* dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2018 di Sidotopo. Populasinya adalah ibu yang mempunyai bayi dan balita. Sampel ditentukan dengan menggunakan metode *purposive sampling*, dan jumlah sampel adalah sebanyak 57 responden.

Variabel yang digunakan adalah variabel bebas dan terikat. Variabel bebas (*independent variable*) adalah pengetahuan dan status pekerjaan ibu. Variabel terikat (*dependent variable*) dalam penelitian ini adalah pemberian ASI eksklusif. Adapun data karakteristik responden meliputi umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dukungan keluarga dan budaya.

Teknik pengumpulan data adalah menggunakan data primer. Data kemudian dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang berisi data karakteristik ibu dan pertanyaan untuk mengetahui pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif meliputi definisi, waktu pemberian yang tepat pada bayi, manfaat ASI eksklusif, dan cara memberikan ASI ketika ibu bekerja. Pengisian kuesioner oleh responden dipandu oleh peneliti jika ada dari pertanyaan tersebut yang kurang dimengerti oleh responden.

Pengolahan data menggunakan SPSS dengan melakukan *editing, scoring, coding* dan *entry*. Data selanjutnya di analisis untuk melihat distribusi frekuensinya dari semua variabel, dan *crosstab* untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* dengan *dependent*. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ditampilkan dalam bentuk data karakteristik responden saat diwawancarai, analisis univariat dan analisis bivariat. Karakteristik responden berisi tentang umur responden, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dukungan keluarga dan budaya. Analisis univariat ini digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari variabel *dependent* yaitu pemberian ASI eksklusif. Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara kedua variabel.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu berusia 20-30 tahun (50,9%). Pendidikan terakhir sebagian besar responden yang diteliti adalah SD dan SMP (36,8%). Mayoritas responden yang diteliti tidak memiliki pekerjaan di luar rumah atau hanya mengurus rumah (73,7%). Keluarga ibu juga mendukung agar bayinya diberikan ASI saja (71,9%), dan di lingkungan tempat tinggal ibu terdapat budaya yang bisa menentukan

keberhasilan pemberian ASI eksklusif pada bayi (80,7%).

**Tabel 1.** Karakteristik Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, Dukungan Keluarga dan Budaya

| Karakteristik             | n         | %          |
|---------------------------|-----------|------------|
| <b>Umur (tahun)</b>       |           |            |
| <20                       | 2         | 3,5        |
| 20-30                     | 29        | 50,9       |
| 31-40                     | 18        | 31,6       |
| >40                       | 8         | 14,0       |
| <b>Tingkat Pendidikan</b> |           |            |
| Tidak Sekolah             | 2         | 3,5        |
| SD                        | 21        | 36,8       |
| SMP                       | 21        | 36,8       |
| SMA                       | 13        | 22,8       |
| <b>Status Pekerjaan</b>   |           |            |
| Tidak Bekerja             | 42        | 73,7       |
| Bekerja                   | 15        | 26,3       |
| <b>Dukungan Keluarga</b>  |           |            |
| Ya                        | 41        | 71,9       |
| Tidak                     | 16        | 28,1       |
| <b>Budaya</b>             |           |            |
| Ya                        | 46        | 80,7       |
| Tidak                     | 11        | 19,3       |
| <b>Total</b>              | <b>57</b> | <b>100</b> |

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif

| Pemberian ASI Eksklusif | n         | %          |
|-------------------------|-----------|------------|
| Ya                      | 5         | 9          |
| Tidak                   | 52        | 91         |
| <b>Total</b>            | <b>57</b> | <b>100</b> |

Tabel 2 menunjukkan bahwa persentase ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif sangat rendah. Hampir semua ibu (91%) yang memberikan makanan tambahan selain ASI pada bayi umur 0-6 bulan, dan ibu yang memberikan ASI secara eksklusif hanya berjumlah 5 orang (9%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas ibu (94,4%) memiliki pengetahuan yang kurang tentang ASI eksklusif yang menyebabkan ibu tidak menyusui secara eksklusif kepada bayinya. Hasil analisis bivariat di dapatkan nilai  $P\text{ value} = 0,346 > \alpha 0,05$ , artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Tingkat pengetahuan responden tentang ASI eksklusif adalah skor yang diperoleh responden dari kemampuan menjawab kuesioner dengan benar tentang ASI eksklusif yang meliputi definisi ASI eksklusif, waktu pemberian yang tepat pada bayi, manfaat ASI

eksklusif, dan cara memberikan ASI ketika ibu bekerja.

Hasil yang sama juga dilakukan di Kota Semarang tahun 2013, diperoleh nilai  $P\ value = 0,535 > \alpha 0,05$ , yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif (Mitraning, 2014). Pada umumnya, ibu dengan tingkat pengetahuan rendah cenderung memberikan makanan pendamping ASI pada usia yang lebih dini (64,9%) dibandingkan ibu yang berpengetahuan baik (57,9%). Penelitian yang dilakukan di Kota Manado tahun 2014 juga menunjukkan hasil serupa, dengan  $P\ value = 0,185 > \alpha 0,05$ . Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memiliki tingkat pengetahuan

yang baik, tetapi tidak seluruhnya yang menyusui bayinya secara Eksklusif (Mabud, Mandang and Mamuaya, 2014).

Kondisi ini disebabkan oleh pola pikir yang salah dan *life style* yang buruk, sehingga mempengaruhi ibu dalam memberikan makanan pendamping pada usia <6 bulan. Maraknya iklan susu formula yang ditawarkan oleh produsen susu telah berhasil menarik perhatian ibu untuk memberikan pada bayinya. Penelitian yang dilakukan pada 2014 juga mendapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai  $P\ value = 0,104 > \alpha 0,05$  (Somi, Subrata and Susilo, 2014).

**Tabel 3.** Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif

| Pengetahuan Ibu | ASI Eksklusif |            |           |             | Total     | %          | P<br>value |
|-----------------|---------------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|
|                 | Ya            |            | Tidak     |             |           |            |            |
|                 | n             | %          | n         | %           |           |            |            |
| Baik            | 3             | 14,3       | 18        | 85,7        | 21        | 100        | 0,346      |
| Kurang          | 2             | 5,6        | 34        | 94,4        | 36        | 100        |            |
| <b>Total</b>    | <b>5</b>      | <b>8,8</b> | <b>52</b> | <b>91,2</b> | <b>57</b> | <b>100</b> |            |

Penelitian berbeda menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai  $P\ value = 0,000 < \alpha 0,05$ . Responden yang memberikan ASI eksklusif adalah responden dengan tingkat pengetahuan tinggi (Putri, 2016). Penelitian yang dilakukan di Kenya pada 2016 menjelaskan bahwa secara keseluruhan ibu mempunyai pengetahuan yang luas tentang aspek menyusui. Hampir semua ibu (98%) mengakui bahwa menyusui merupakan makanan pertama bayi dan sebesar 59% ibu setuju bayi harus disusui selama 2 tahun. Sebagian besar ibu yaitu 79,9% tahu bahwa bayi harus diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan apapun selama enam bulan. Namun, hanya 19,2% ibu yang tahu tentang manfaat kolostrum (Mucheru, Waudu and Chege, 2016).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan muncul dari pengalaman seseorang yang berasal dari penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui fungsi panca indra yaitu dengan cara melihat, mencium, mendengar, merasakan dengan lidah dan meraba dengan kulit. Sehingga, dari hal itulah seseorang bisa melakukan suatu tindakan atas apa yang dia peroleh (Notoatmojo, 2012).

Ada enam tingkatan pengetahuan, yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Tahu, yang didapatkan dari mengingat kembali apa yang sudah dipelajari. Memahami, diartikan sebagai suatu kemampuan dalam menguasai materi, serta bisa menginterpretasikan. Aplikasi, diartikan sebagai mampu dalam menerapkan materi. Analisis, adalah mampu dalam penjabaran suatu objek ke dalam komponen-komponen. Sintesis, yaitu mampu untuk mengkaitkan bagian-bagian tertentu. Evaluasi, yakni mampu memberikan penilaian pada suatu objek/materi yang telah dipelajari dan diamati.

Seseorang bisa mendapatkan pengetahuan dari berbagai pengalaman dan berbagai macam sumber, baik itu dari media elektronik maupun media cetak. Seringnya seseorang berinteraksi dengan orang lain, teman ataupun petugas kesehatan akan menambah wawasan pengetahuan mereka. Rendahnya pengetahuan responden berdampak pada praktik pemberian ASI eksklusif. Responden memberikan makanan tambahan seperti susu formula, air putih bahkan memberi makan pisang pada bayi sebelum umur 6 bulan.



Pemberian tambahan makanan ini dilakukan dengan alasan bayi rewel, tidak kenyang jika diberi ASI saja, dan supaya bayi mendapatkan tambahan gizi lain dari makanan tersebut. Praktik semacam ini ternyata sudah biasa dilakukan oleh keluarga responden dan turun temurun serta di lingkungan tempat responden tinggal juga mempercayai praktik tersebut.

Hasil uji statistik dalam penelitian ini menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel. Kondisi ini bisa saja disebabkan karena tidak semuanya ibu yang mempunyai pengetahuan baik akan mudah untuk mengaplikasikannya, begitu pula dengan ibu yang mempunyai pengetahuan kurang bisa jadi dia memberikan ASI atau tidak. Ibu yang memiliki pengetahuan kurang biasanya mudah untuk mengikuti saran yang baik dari siapapun, namun saran tersebut bisa juga ditolak karena ibu sudah mempunyai kepercayaan kuat yang sudah turun temurun.

Banyaknya mitos yang beredar di masyarakat tentang ASI bisa membuat ibu sangat mudah terpengaruh dan mempercayainya sehingga merubah perilaku ibu dalam pemberian ASI. Faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, serta dukungan dari suami, orangtua, tokoh masyarakat maupun petugas kesehatan. Lingkungan tempat tinggal serta adanya pengalaman dari orangtua dan masyarakat menambah keyakinan ibu bahwa anak yang tidak diberikan ASI eksklusif tetap bisa tumbuh dengan semestinya. Keyakinan tersebut sudah melekat dalam diri ibu sehingga sangat sulit untuk merubah perilaku tersebut (Green, 1980).

Perilaku juga dipengaruhi oleh unsur lain yang ada dalam diri seseorang, seperti motivasi. Perilaku ibu dalam pemberian makanan selain ASI kepada anaknya sebelum usia 6 bulan termotivasi dari lingkungan, baik itu di luar rumah maupun dalam rumah. Motivasi yang ada dalam diri ibu bukanlah motivasi untuk menyusui secara eksklusif, melainkan

motivasi untuk memberikan bayi makanan tambahan (Green, 1980).

Teori ini terbukti saat melakukan wawancara dengan ibu. Di dekat ibu tersebut ada orangtua ibu dan juga masyarakat sekitar. Mereka mengatakan bahwa pemberian makanan tambahan sejak bayi baru lahir memang sudah biasa dilakukan oleh masyarakat disana. Berbagai macam makanan dan minuman yang dianggap cocok untuk bayi pun diberikan tanpa adanya pengetahuan dan pemahaman tentang itu.

Sejumlah ibu dengan pengetahuan baik mengenai ASI eksklusif dan menyusui penuh sampai 6 bulan, mengatakan bahwa mereka tahu tentang budaya yang ada di lingkungannya. Ibu tidak mempercayai hal tersebut dikarenakan ibu tahu tentang bahayanya dan ibu tahu tentang kematian bayi disebabkan oleh praktik pemberian makanan yang salah. Namun, pada ibu yang berpengetahuan baik dan tidak menyusui bayinya sampai usia 6 bulan lebih yakin dan percaya dengan budaya yang selama ini dianut oleh masyarakat sekitarnya. Sehingga pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif tidak lagi berpengaruh pada pemberian ASI. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kurangnya motivasi ibu untuk menyusui bayinya.

Ibu yang mempunyai pengetahuan baik bukan dari adanya program penyuluhan tentang ASI eksklusif di lingkungan tersebut. Mereka secara spontan berinisiatif untuk bertanya tentang ASI eksklusif pada petugas kesehatan saat ada kegiatan Posyandu. Ibu juga sering mendapat informasi tentang ASI eksklusif dari keluarga atau teman yang berlatar belakang kesehatan (Somi, Subrata and Susilo, 2014).

Tingkat pengetahuan ibu yang baik dan tingginya motivasi dalam menyusui secara eksklusif dipengaruhi oleh interaksi yang positif antara sesama ibu yang mempunyai bayi. Ibu menjadi bersemangat karena adanya dukungan dari lingkungan sekitar, terutama ibu yang mempunyai teman orang yang berlatar belakang kesehatan, sehingga secara tidak langsung ibu mendapatkan penyuluhan.

**Tabel 4.** Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif

| Pekerjaan     | ASI Eksklusif |            |           |             | Total     | %          | P<br>value |
|---------------|---------------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|
|               | Ya            |            | Tidak     |             |           |            |            |
|               | n             | %          | n         | %           |           |            |            |
| Bekerja       | 1             | 6,7        | 14        | 93,3        | 15        | 100        | 0,604      |
| Tidak Bekerja | 4             | 9,5        | 38        | 90,5        | 42        | 100        |            |
| <b>Total</b>  | <b>5</b>      | <b>8,8</b> | <b>52</b> | <b>91,2</b> | <b>57</b> | <b>100</b> |            |

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar ibu tidak bekerja dan diantaranya ada 4 orang (9,5%) yang memberikan ASI saja selama 6 bulan kepada bayinya. Sementara itu, dari seluruh ibu yang bekerja hanya ada 1 orang (6,7%) yang menyusui secara eksklusif. Hasil analisis bivariat didapatkan nilai  $P\ value = 0,604 > \alpha 0,05$ , artinya tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Semarang, yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai  $P\ value = 0,638 > \alpha 0,05$ . Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa banyak ibu yang hanya mengurus pekerjaan rumah tangga dan tidak menyusui bayinya secara eksklusif. Ibu tersebut berjumlah sebanyak 59 orang serta dari jumlah itu hanya 22 orang (37,3%) yang menyusui secara eksklusif, selebihnya 37 orang (62,7%) ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif.

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bungus mendapatkan hasil yang sama, yaitu sebagian besar ibu tidak bekerja. Mayoritas ibu yang memberikan ASI eksklusif adalah ibu yang tidak bekerja (78,7%). Sedangkan Ibu yang mempunyai kesibukan di luar rumah dan memberikan ASI eksklusif hanya 28,6% (Nasution, Liputo and Mahdawaty, 2016).

Penelitian serupa yang dilakukan di Manado menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif ( $P\ value = 0,052 > \alpha 0,05$ ). Hasil tersebut menunjukkan bahwa ibu lebih banyak yang tidak bekerja dibanding yang bekerja. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa mayoritas ibu yang tidak bekerja memilih untuk tidak menyusui bayinya (64%). Sementara ibu yang bekerja dan tetap menyusui bayinya 0-6 bulan hanya 13 orang (36%) (Kusmiyati, Adam and Pakaya, 2014).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan di

Kabupaten Flores Timur dengan  $P\ value = 0,918 > \alpha 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif. Namun, yang berbeda dari penelitian ini adalah sebagian besar ibu bekerja dan tidak menyusui bayinya secara eksklusif menunjukkan persentase sebesar 53%.

Pada prinsipnya, pekerjaan akan memberikan pengalaman dan memiliki pengaruh terhadap pengetahuan seseorang. Ibu yang mempunyai kesibukan di luar rumah dan berinteraksi dengan orang banyak akan memiliki pengetahuan yang lebih luas daripada ibu yang lebih banyak menghabiskan waktunya di rumah. Kondisi ini dikarenakan ibu mempunyai banyak relasi dan kesempatan untuk mendapatkan informasi lebih besar.

Penelitian yang dilakukan di Kota Palopo juga menunjukkan hasil serupa, dimana mayoritas ibu berstatus bekerja (71,4%) (Usman, 2018). Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan di Palembang dengan persentase tertinggi yakni pada ibu bekerja (Sartika, 2015). Namun dari hasil penelitian di Kota Palopo menunjukkan lebih dari separuh ibu (62,9%) yang memilih menjadi seorang pekerja tersebut terhambat untuk menyusui bayinya. Penelitian tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai  $P\ value = 0,290 > \alpha 0,05$  (Usman, 2018).

Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Rokan Hulu juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif dengan  $P\ value = 0,590 > \alpha 0,05$ . Namun, dalam penelitian tersebut, ibu yang tidak bekerja mayoritas menyusui bayinya secara eksklusif (38,3%), sedangkan ibu yang bekerja hanya 28,6% yang sanggup memenuhi kebutuhan menyusui pada bayinya (Susmaneli, 2013).

Hasil penelitian ini berbeda dengan yang ditemukan dalam penelitian sebelumnya yang menyatakan hasil dari uji statistiknya ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan pemberian

ASI eksklusif dengan nilai  $P$  value = 0,018 > 0,05. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa sebagian besar ibu yang memiliki pekerjaan dan menyanggupi kebutuhan ASI bayinya adalah 67,6% lebih banyak dari yang tidak memberikan ASI eksklusif. Sementara itu, ibu yang di rumah saja juga menunjukkan angka yang tinggi dalam pelaksanaan ASI eksklusif yaitu 54,8%. Walaupun demikian, pemberian ASI eksklusif tetap bisa dilaksanakan baik pada ibu yang bekerja ataupun tidak bekerja (Bahriyah, Putri and Jaelani, 2017).

Meski tidak keseluruhan ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif, penelitian tersebut mengatakan bahwa masih adanya kecenderungan ibu yang tidak bisa meninggalkan pekerjaannya di luar rumah sehingga ibu tidak punya waktu yang cukup untuk menyusui bayinya. Bagi pekerja wanita, masa cuti melahirkan yang diberikan oleh instansi tempat kerja tidak sebanding dengan masa menyusui anak mereka. Masa cuti yang diberikan lebih cepat dan mengharuskan ibu untuk segera kembali bekerja. Sehingga, ibu terpaksa memberikan susu formula sebagai pengganti ASI eksklusif (Bahriyah, Putri and Jaelani, 2017).

Pekerjaan terkadang mempengaruhi keterlambatan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif. Secara teknis hal itu dikarenakan kesibukan ibu sehingga tidak cukup untuk memperhatikan kebutuhan ASI (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

Di Indonesia ada 3.041 perusahaan, hanya 152 dari total tersebut yang telah memenuhi hak pekerja perempuan, dan yang lainnya belum bisa memberikan layanan yang mendukung ASI eksklusif pada pekerja perempuan mereka yang mempunyai bayi. Perusahaan harusnya sadar akan hak perempuan yang memiliki bayi, dengan menyediakan ruang laktasi yang nyaman, selain hak lainnya seperti dalam pemenuhan gizi perempuan. Namun banyak dari pekerja perempuan yang tidak tahu dengan hak nya tersebut bahkan enggan untuk menerimanya (Kusumaningtyas, 2018).

Kebebasan menyusui sebenarnya telah diatur oleh Undang-undang Kesehatan No. 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan Pasal 83 yang mengatakan karyawan perempuan yang mempunyai tanggungan dalam menyusui bayinya harus diberi kesempatan untuk

memenuhi hak anaknya untuk mendapatkan ASI eksklusif jika hal itu tidak bisa ditinggalkan selama ibu melakukan pekerjaannya. Ini memberikan peluang bagi meraka untuk tetap bisa memberikan manfaat ASI kepada bayinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2003).

Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian ASI eksklusif Pasal 30 (Tempat Kerja dan Tempat Sarana Umum) Ayat 1 dan 2 mengatakan bahwa instansi kerja dan sarana umum seharusnya memberikan dukungan terhadap program ASI eksklusif dan bisa mengatur hubungan kerja antara perusahaan dengan karyawan (Pemerintah Republik Indonesia, 2012a). Jika tidak, pihak perusahaan atau instansi akan mendapatkan sanksi pidana sesuai dengan Undang-undang Kesehatan pasal 200/201 yang terdapat dalam Pasal 36 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif Pasal 30 (Tempat Kerja dan Tempat Sarana Umum) Ayat 3 mengatakan bahwa penanggung jawab instansi dan penyelenggara tempat sarana umum harus memfasilitasi perempuan yang dalam masa menyusui untuk tetap memberikan ASInya baik itu dengan menyusui di tempat kerja pada ruangan khusus atau hanya sekedar untuk pemerah ASI. Instansi kerja yang tidak mengindahkan peraturan inilah yang membuat ibu tidak bisa memenuhi hak anaknya untuk merasakan manfaat ASI eksklusif (Pemerintah Republik Indonesia, 2012a).

Ibu yang tidak terikat dengan suatu pekerjaan di luar rumah seharusnya mempunyai banyak waktu untuk memberikan kasih sayang dalam pemenuhan hak ASI bayinya dibandingkan ibu yang sibuk di luar rumah. Namun sayangnya, banyak dari mereka tidak memahami kebutuhan dasar bayi baru lahir tersebut dan tidak memberikan kesempatan pada bayinya untuk merasakan manfaat ASI eksklusif tersebut.

Penelitian yang dilakukan di Tanzania yang merangkum faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif di negara berkembang dari beberapa ahli mengatakan bahwa umur ibu, pendidikan, pekerjaan, budaya dan kepercayaan, gaya hidup, perawatan antenatal dan penolong persalinan sangat mempengaruhi keberhasilan ASI eksklusif. Penelitian

tersebut menyebutkan bahwa banyak ibu yang tidak menyusukan bayinya secara eksklusif karena merasa air susu saja tidak cukup untuk anak mereka, baik pada mereka yang sibuk di luar rumah ataupun mereka yang tidak mempunyai kegiatan di luar rumah (Maonga *et al.*, 2016).

Pekerjaan tidak memunculkan pengaruh terhadap pemberian ASI. Rata-rata mereka sudah memberikan makanan lain selain ASI sejak bayi berusia 3-4 bulan seperti bubur singkong. Bayi membutuhkan makanan lain setelah umur 3 bulan untuk mendapatkan kekuatan dan mencapai kesehatan yang baik. Kepercayaan ibu seperti inilah yang membuat capaian ASI eksklusif menjadi rendah.

Penelitian yang dilakukan di Tanzania tersebut sejalan dengan hasil yang didapat dalam penelitian ini. Ibu yang menjawab saat diberi pertanyaan mengapa tidak memberikan ASI saja saat anak berumur 0-6 bulan, mengatakan bahwa dengan memberi ASI dan susu formula bersamaan akan meningkatkan kecerdasan dan kesehatan bayi itu sendiri. Ibu dan keluarga sangat mempercayai kandungan gizi yang terdapat dalam susu formula yang banyak diiklankan. Ibu atau anggota keluarga lain juga turut memberikan makanan lain kepada bayi, misalnya saja madu, karena madu dianggap bisa membuat bayi tumbuh sehat dan membuat merah merona bibir bayi.

Ibu yang tidak mempunyai kesibukan di luar rumah namun tidak memberikan ASI nya mengatakan bahwa susu formula lebih praktis, dan ini juga menambah pemberian susu ke bayi karena ASI tidak lancar. Ibu terlihat juga malas menyusukan bayinya dan lebih senang dengan menyusukan bayi menggunakan botol susu.

Hasil penelitian ini sama dengan yang dilakukan di Kota Manado, dimana penelitian tersebut menemukan adanya anggapan yang salah dari ibu tentang bagaimana cara pemberian ASI eksklusif yang seharusnya. Adanya kekhawatiran pada diri sendiri yang mengira bahwa terlalu lama menyusui dapat membuat payudaranya jelek, serta membuat berat badan bertambah.

Dalam hasil penelitian yang dilakukan pada 2017 juga menegaskan bahwa rendahnya capaian ASI eksklusif di tengah ibu yang tidak mempunyai

pekerjaan di luar rumah disebabkan karena mereka sudah mempunyai anggapan kurang tepat tentang ASI itu sendiri. Ibu mengira bahwa dengan memberikan ASI saja pertumbuhan bayi tidak sempurna, lambat, bayi tidak merasa kenyang hingga akhirnya ditambah dengan pemberian makanan selain ASI (Marfuah and Kurniawati, 2017).

Bekerja tidak bisa dijadikan sebagai alasan untuk tidak memberikan anak ASI eksklusif setidaknya selama 4 bulan dan bila memungkinkan tetap berlanjut hingga umur 6 bulan. Tingginya pengetahuan perempuan yang memiliki bayi akan pentingnya ASI eksklusif, alat dan tahu cara memerah ASI akan memotivasi ibu tetap bisa memberikan ASI secara eksklusif walaupun tetap bekerja, serta ibu akan merasa terfasilitasi dengan adanya lingkungan kerja yang mendukung (Roesli, 2008; Susmaneli, 2013).

Ibu yang lebih banyak menghabiskan waktunya di rumah, namun memiliki pengetahuan dan pemahaman yang tepat mengenai ASI, mengabaikan semua mitos yang beredar di masyarakat, dan ibu peduli dengan kesehatan serta tumbuh kembang bayinya tentu akan bersemangat dalam memberikan ASI secara eksklusif. Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bungus mengemukakan bahwa banyaknya ibu yang memilih untuk tetap mengurus rumah saja namun justru memberikan susu formula dan tambahan makanan lain bayinya dikarenakan tingkat pendidikan yang rendah dan minimnya pengetahuan ibu mengenai ASI eksklusif (Nasution, Liputo and Mahdawaty, 2016).

Kunci kesuksesan dalam pemberian ASI eksklusif adalah Informasi, pendidikan dan komunikasi. Strategi komunikasi bertujuan untuk merubah perilaku. Seperti kampanye promosi kesehatan agar menjadi efektif, sikap dan praktik penyedia layanan kesehatan juga harus ditingkatkan (Ayed, 2014).

## SIMPULAN

Kesimpulan dari hasil penelitian di atas, dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan Ibu dengan pemberian ASI eksklusif di Sidotopo. Tidak ada hubungan pula antara status pekerjaan Ibu dengan pemberian ASI eksklusif di Kelurahan Sidotopo.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiguna, I. M. A. and Dewi, W. C. W. S. (2016) 'PENGETAHUAN AYAH SEBAGAI BREASTFEEDING FATHER TENTANG PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMPAKSIRING I GIANYAR BALI 2014', *E-Jurnal Medika Udayana*; Vol 5 No 6 (2016): *E-jurnal medika udayana*. Available at: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/19991>.
- Asyari, Y. (2017) *Kesetaraan Gender di Dunia Industri, Jumlah Pekerja Perempuan Naik.*, *Jawa Pos*. Available at: <https://www.jawapos.com/ekonomi/30/11/2017/kesetaraan-gender-di-dunia-industri-jumlah-pekerja-perempuan-naik/>.
- Ayed, A. (2014) 'Knowledge, attitude and practice regarding exclusive breastfeeding among mothers attending primary health care centers in Abha city', *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(11), p. 1355. doi: 10.5455/ijmsph.2014.140820141.
- Badan Pusat Statistika (2013) *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- Bahriyah, F., Putri, M. and Jaelani, K. A. (2017) 'Hubungan Pekerjaan Ibu Terhadap Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi', *Journal Endurance*, 2(2), pp. 113-118.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) *Pedoman Pekan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2016) *Profil Kesehatan Jawa Timur*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dinkes Kota Surabaya (2015) *Profil Kesehatan Kota Surabaya 2015*. Surabaya: Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Green, L. (1980) *Health Education: A Diagnosis Approach*. United State: Mayfield Publishing Co.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta.
- Kusmiyati, K., Adam, S. and Pakaya, S. (2014) 'Hubungan Pengetahuan, Pendidikan Dan Pekerjaan Ibu Dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP - ASI) Pada Bayi Di Puskesmas Bahu Kecamatan Malalayang Kota Manado', *Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(2).
- Kusumaningtyas, S. (2018) *95 Persen Perusahaan di Indonesia belum penuhi Hak Pekerja Perempuan*, *Sains Kompas*. Available at: <https://sains.kompas.com/read/2018/04/20/203600423/95-persen-perusahaan-di-indonesia-belum-penuhi-hak-pekerja-perempuan?page=all>.
- Mabud, N. H., Mandang, J. and Mamuya, T. (2014) 'Hubungan Pengetahuan, Pendidikan, Paritas dengan Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Bahu Kecamatan Malalayang Kota Manado', *Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(2), pp. 51-56.
- Maonga, A. R. et al. (2016) 'Factors Affecting Exclusive Breastfeeding among Women in Muheza District Tanga Northeastern Tanzania: A Mixed Method Community Based Study', *Maternal and Child Health Journal*, 20(1), pp. 77-87. doi: 10.1007/s10995-015-1805-z.
- Marfuah and Kurniawati (2017) 'Hubungan Pendidikan dan Pekerjaan Ibu terhadap Pemberian MP-ASI Dini pada Balita Usia 6-24 bulan.', *Media Publikasi Penelitian*, 15(1), pp. 51-57.
- Martalia, D. (2012) *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Pustaka Belajar.
- Mitraning, W. (2014) *Hubungan antara Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, dan Sikap Ibu Bayi dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Krobokan Kota Semarang Tahun 2013*. Universitas Dian Nuswantoro.
- Mucheru, P., Waudu, J. and Chege, P. (2016) 'Relationship between Maternal Knowledge on Exclusive Breastfeeding and Breastfeeding Practices Among Mothers with Infants (0-6 Months) in Kibera Slums, Nairobi County, Kenya'.
- Nasution, S. I., Liputo, N. I. and Mahdaway (2016) 'Artikel Penelitian Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pola Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Bungus Tahun 2014', *Jurnal Fakultas*

- Kedokteran Andalas*, 5(3), pp. 635-639.
- Notoatmojo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pemerintah Republik Indonesia (2003) 'Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan'. Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia (2012a) 'Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif'. Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia (2012b) 'Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif'. Jakarta.
- Putri, N. Z. (2016) *Hubungan Antara Faktor Ibu dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan Pemberian ASI Eksklusif oleh Ibu Multipara pada Bayi Usia 6-12 Bulan*. Universitas Jember.
- Roesli, U. (2005) *Panduan Praktis Menyusui*. Jakarta: Puspa Swara.
- Roesli, U. (2008) *Inisiasi Menyusui Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Sartika, T. (2015) 'Hubungan Usia, Pendidikan dan Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di BM Elis Fitriana Palembang', *Jurnal Harapan Bangsa*, pp. 198-201.
- Somi, M. A., Subrata, M. and Susilo, W. H. (2014) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian ASI Eksklusif Di Posyandu Tanah Boleng Adonara kabupaten Flores Timur 2013', pp. 1-17.
- Susmaneli, H. (2013) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Rambah Hilir I Kabupaten Rokan Hulu Tahun 2011', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2, p. 67. doi: 10.25311/jkk.Vol2.Iss2.47.
- Usman, A. (2018) 'Pengaruh Perawatan Payudara terhadap Produksi ASI di RSUD Sawerigading', *INA-Rxiv*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Utut Andita (2016) 'PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN SADARI DENGAN MEDIA SLIDE DAN BENDA TIRUAN TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN WUS', *Jurnal Promkes*, 4(2), pp. 177-187. doi: <http://dx.doi.org/10.20473/jpk.V4.I2.2016.177-187>.

## Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Masyarakat di Kelurahan Rangkah Kota Surabaya

### *Hygienic and Healthy Lifestyle in the Urban Village of Rangkah Surabaya*

Puput Dwi Cahya Ambar Wati<sup>1</sup>, Ilham Akhsanu Ridlo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

<sup>2</sup> Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat Indonesia

Email: [puput.dwi.cahya-2016@fkm.unair.ac.id](mailto:puput.dwi.cahya-2016@fkm.unair.ac.id)

#### ABSTRACT

**Background:** The Surabaya City Health Office report showed, the coverage of hygienic and healthy lifestyle in 2016 was 75.07%. In Rangkah Village, a total of 2,770 (11.84%) out of 23,390 families were monitored, and as many as 1,552 of them (56.03%) had applied hygienic and healthy lifestyle. **Objective:** This study identified the relationship between knowledge and attitude with the implementation of clean and healthy lifestyle in Rangkah Village. **Method:** This study deployed quantitative research with a cross-sectional design. As many as 249 people became the sample selected by using the cluster random sampling. The independent variables were knowledge of and attitudes towards hygienic and healthy lifestyle, while the dependent variable was hygiene and healthy lifestyle. The data were then processed with SPSS to identify whether there is a relationship among the variables observed. **Results:** Knowledge variable obtained P value of  $0.014 < \alpha (0.05)$ , meaning there is a relationship of knowledge with hygienic and healthy lifestyle. While attitude variable had P value of  $0.082 > \alpha (0.05)$ , suggesting that there is no relationship of attitudes with hygienic and healthy lifestyle. **Conclusion:** One of the factors which greatly influences hygienic and healthy lifestyle in the families is knowledge.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, PHBS, Behavior

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Hasil Laporan Dinas Kesehatan Kota Surabaya menyebutkan, cakupan rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) tahun 2016 sebesar 75,07%. Capaian rumah tangga yang telah ber-PHBS di Kelurahan Rangkah sebanyak 23.390 rumah dari 2.770 yang dipantau (11,84%), sebanyak 1.552 rumah (56,03%) sudah ber-PHBS. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat adanya hubungan pengetahuan, sikap, serta penerapan PHBS di masyarakat. **Metode:** Penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif yang menggunakan desain potong lintang. Sampel sebanyak 249 orang dipilih dengan menggunakan metode cluster random sampling. Variabel bebas pada penelitian ini yaitu pengetahuan dan sikap tentang PHBS, sedangkan variabel terikat yaitu perilaku hidup bersih dan sehat. Data kemudian diolah menggunakan SPSS untuk melihat apakah terdapat hubungan antara variabel yang diteliti. **Hasil:** Hasil penelitian pada variabel pengetahuan didapatkan nilai  $p 0,014 < \alpha (0,05)$ , artinya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap PHBS. Sedangkan untuk variabel sikap nilai  $p (0,082) > \alpha (0,05)$  artinya tidak terdapat hubungan antara sikap terhadap PHBS. **Kesimpulan:** Salah satu faktor yang memiliki peran penting dalam perilaku hidup bersih dan sehat adalah pengetahuan keluarga.

**Kata Kunci:** Pengetahuan, Perilaku, PHBS, Sikap

## PENDAHULUAN

Pola penerapan hidup bersih dan sehat merupakan bentuk dari perilaku berdasarkan kesadaran sebagai wujud dari pembelajaran agar individu bisa menolong diri sendiri baik pada masalah kesehatan ataupun ikut serta dalam mewujudkan masyarakat yang sehat di lingkungannya. Program penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentuk dari upaya untuk memberikan pelajaran berupa pengalaman pada tiap individu, anggota keluarga, sekumpulan, maupun pada masyarakat umum. Pelajaran dapat melalui media komunikasi, pemberian berita, serta adanya pendidikan agar terjadinya peningkatan pada pengetahuan, perubahan sikap, dan perilaku melalui metode pendekatan dari pimpinan, membina suasana, dan juga melakukan gerakan memampukan diri pada kelompok masyarakat. Kondisi ini sebagai salah satu wujud pencerminan yang berguna untuk membantu masyarakat dalam mengenali dan mengetahui serta mengatasi masalah yang terjadi pada individu dalam tatanan rumah tangga. Tujuannya tidak lain adalah agar terbentuknya masyarakat yang menerapkan cara kebiasaan hidup yang sehat pada kesehariannya yang merupakan upaya dalam meningkatkan derajat kesehatannya pada tatanan rumah tangga atau lingkungan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Hingga saat ini perilaku hidup sehat menjadi satu perhatian khusus terutama bagi pemerintah. Hal ini karena PHBS dijadikan sebagai tolak ukur dalam pencapaian untuk meningkatkan cakupan kesehatan pada program *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2015-2030. PHBS dalam SDGs merupakan salah satu bentuk upaya pencegahan yang menimbulkan dampak jangka pendek di dalam peningkatan kesehatan pada tiga tempat antara lain, pada lingkup anggota keluarga, masyarakat umum, serta sekolah (Kemenkes RI, 2015).

Terdapat tiga faktor yang masing-masing faktor mempunyai pengaruh tersendiri terhadap perilaku hidup bersih dan sehat. Ketiga faktor tersebut yaitu faktor pemudah, faktor pemungkin, dan faktor penguat (Green, 1980).

Faktor pemudah (*predisposing factor*) faktor ini mencakup aspek tingkat pengetahuan individu serta sikapnya

dalam menerapkan PHBS di masyarakat. Faktor tersebut merupakan dasar seseorang dalam berperilaku maupun menjadi motivasi bagi seseorang akibat dari kebiasaan yang dilakukan, tradisi pada lingkungannya, serta kepercayaan yang dianut, dan tingkat pendidikan juga sosial ekonominya.

Kedua adalah faktor pemungkin (*enabling factor*) yang merupakan pemicu adanya suatu perilaku yang memungkinkan suatu tindakan agar terlaksana. Faktor ini meliputi tersedianya alat atau fasilitas kesehatan bagi rumah tangga, misalnya air bersih, rumah sehat yang bertambah jumlahnya, tempat untuk pembuangan sampah, tersedianya jamban pada tiap rumah.

Ketiga yaitu faktor penguat (*reinforcing factor*), dimana faktor ini merupakan perwujudan yang dimunculkan dalam bentuk sikap seseorang atau petugas, perilaku petugas kesehatan, maupun tokoh agama dan tokoh masyarakat. Pihak-pihak tersebut dijadikan tokoh panutan bagi masyarakat dalam melakukan suatu tindakan pada lingkungan masyarakat. Contohnya, ada seorang kader kesehatan yang sedang memberikan penyuluhan atau informasi mengenai PHBS pada masyarakat sekitar. Tindakan ini biasanya akan menjadi sebuah penguat atau pendorong bagi masyarakat untuk melakukan kebiasaan pola hidup sehat (Green, 1980).

Penerapan dari perilaku di tingkat rumah tangga merupakan bentuk pemberdayaan semua anggota keluarga agar mereka mengetahui, mau, dan dapat menerapkan PHBS pada kehidupan sehari-hari. Anggota keluarga juga diharapkan ikut berperan aktif didalam gerakan kesehatan pada lingkungan masyarakat. Salah satu upaya yang dilakukan yaitu melalui kegiatan promosi kesehatan yang terintegrasi. Upaya tersebut bertujuan agar PHBS dapat tercapai dan nantinya diharapkan masyarakat akan lebih paham mengenai masalah kesehatan yang terjadi pada individu dan di lingkungan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Ada sepuluh indikator PHBS yang harus dicapai dalam rumah tangga (Kemenkes RI, 2011). Sepuluh indikator tersebut yakni:

1. Kelahiran yang dibantu oleh bidan
2. Pemberian ASI eksklusif pada anak hingga usia 2 tahun



3. Melakukan penimbangan rutin setiap kali ada posyandu
4. Penggunaan air bersih untuk memasak dan mencuci baju
5. Selalu membiasakan mencuci kedua tangan menggunakan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah makan
6. Mempunyai dan menggunakan jamban sehat pada tiap rumah tangga
7. Melakukan pemberantasan jentik dalam waktu seminggu sekali
8. Mengonsumsi sayuran dan buah-buahan sehat secara seimbang
9. Olahraga atau jalan-jalan setiap hari
10. Tidak menghisap asap rokok di sekitar tempat tinggal atau rumah.

Pencanangan Program Pembinaan PHBS sebenarnya sudah lama dilakukan oleh pemerintah, namun nyatanya keberhasilan dari program tersebut masih jauh dari target. Persentase angka penerapan PHBS pada tatanan rumah tangga mengalami peningkatan dari 50,1% tahun 2010 naik menjadi 53,9% tahun 2011, tahun 2012 56,5%, kemudian turun menjadi 55% tahun 2013. Ini berarti anggota keluarga yang sudah menerapkan PHBS masih sangat rendah. Dikarenakan menurut capaian tahun 2013 adalah sebesar 65%, sedangkan target untuk tahun 2014 70% (Kemenkes RI, 2008). Bisa dikatakan untuk capaian PHBS tahun 2013 ini masih tergolong rendah. Kementerian Kesehatan pada 2011 juga menyebutkan bahwa capaian tersebut masih dibawah indikator pencapaian yang dicanangkan oleh kebijakan Rencana Strategis pada tahun 2010-2014. Capaian target rumah yang sudah melakukan perilaku hidup bersih dan sehat didalam kehidupan sehari-harinya untuk tahun 2014 adalah sebesar 70% (Kemenkes RI, 2011).

Hasil survei PHBS yang dilakukan oleh Puskesmas se-Kota Surabaya pada tahun 2015 menunjukkan jumlah rumah tangga yang dipantau sebesar 25,45% dari 878,413 rumah tangga yang ada. Dari hasil survei tersebut, dapat dilihat untuk rumah tangga yang telah menerapkan pola hidup sehat sebesar 71,90% dari 223,584 rumah yang di pantau ada 160,758 rumah yang sudah ber-PHBS. Selanjutnya, tahun 2016 untuk jumlah rumah tangga yang dipantau yaitu sebesar 23,14% dari 908,813 rumah tangga yang ada. Hasil survei tersebut

menunjukkan bahwa untuk rumah tangga yang melakukan PHBS dalam kesehariannya mengalami penurunan yaitu sebesar 75,07% dari 210,302 rumah yang di pantau hanya 157,878 rumah yang sudah ber-PHBS.

Jumlah rumah yang tercatat ada sebanyak 658.575 rumah. Rumah yang dibina sebesar 25,96% sedangkan untuk rumah yang memenuhi syarat (Rumah Sehat) sebesar 85,21%. Apabila dibandingkan dengan cakupan tahun sebelumnya, untuk tahun 2016 mengalami kenaikan 1,3%. Peningkatan cakupan ini menunjukkan bahwa kepedulian dan kesadaran masyarakat akan rumah sehat sudah tinggi. Oleh karena itu perlu dilakukan peningkatan melalui program edukasi pada masyarakat dimulai dari anggota keluarga atau tiap rumah tangga. Tindakan ini dilakukan karena pada dasarnya rumah tangga yang sehat merupakan suatu pondasi awal dalam upaya membangun masyarakat di waktu yang akan datang. Kondisi ini perlu di jaga, di tingkatkan, serta perlu dilindungi kesehatannya (Dinkes Surabaya, 2017).

Hasil laporan cakupan rumah tangga yang melakukan pola hidup bersih dan sehat di Kelurahan Rangkah 2016 menunjukkan bahwa dari jumlah total 23.390 rumah yang ada. Sebanyak 2.770 rumah yang dipantau 11,84%, hasilnya jumlah rumah yang ber-PHBS sebanyak 1.552 atau 56,03%. Angka ini berada di bawah cakupan Kota Surabaya tahun 2016 yakni 75,07%. Kondisi ini berarti masyarakat yang tinggal di Kelurahan Rangkah Kota Surabaya sebagian besar belum ber-PHBS. Penyebabnya dapat dikarenakan pengetahuan masyarakat akan pentingnya hidup bersih dan sehat yang masih rendah. Rendahnya tingkat pengetahuan ini akan berdampak pada perilaku masyarakat dalam kehidupan sehari-hari. Seperti halnya kebiasaan masyarakat yang hingga saat ini masih belum bisa diubah antara lain, kurangnya aktivitas fisik karena keterbatasan waktu, kebiasaan merokok di dalam rumah bagi laki-laki, dan juga penggunaan jamban sehat. Kebiasaan tersebut hingga saat ini masih menjadi masalah kesehatan yang belum bisa diselesaikan. Sejumlah anggota rumah tangga ada yang mempunyai perasaan khawatir akan terkena penyakit, baik

penyakit menular maupun tidak menular. Oleh karena itu, untuk mencegah penyakit tersebut perlu dilakukan pemberdayaan diantara anggota keluarga terlebih dahulu baru ke masyarakat dalam pelaksanaan penerapan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari (Dinkes Surabaya, 2017).

Dari data yang telah dipaparkan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa, terdapat peningkatan jumlah rumah tangga yang dipantau pada setiap tahunnya. Tetapi terjadinya peningkatan jumlah rumah tangga yang dipantau tidak diiringi dengan peningkatan PHBS pada masyarakat atau rumah tangga yang disurvei.

Kelurahan Rangkah merupakan Kelurahan yang terletak di wilayah Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya. Kelurahan Rangkah mempunyai penduduk dengan total Kepala Keluarga (KK) ada 6.545 KK, dengan jumlah penduduk sebanyak 19.518 jiwa yang terdiri atas penduduk laki-laki dan perempuan. Masalah kesehatan di Kelurahan Rangkah yaitu kesulitan dalam membangun jamban sehat yang layak karena masalah kepemilikan lahan. Selain itu, kepemilikan *septic tank* juga menjadi masalah yang perlu ditangani, karena hampir setengah dari jumlah responden yang diwawancarai menyatakan bahwa mereka belum memiliki *septic tank*. Kondisi ini disebabkan karena kebanyakan dari responden menempati rumah sewa, sebagian lagi merupakan penduduk pendatang yang disini tinggal dengan cara menyewa rumah. Sehingga mereka tidak mempunyai jamban sendiri yang tersedia adalah jamban umum dimana lokasinya dekat dengan aliran sungai, sehingga membuat masyarakat lebih suka mengalirkan tinja ke sungai daripada membangun *septic tank*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat apakah terdapat keterkaitan dari pengetahuan, sikap, PHBS sebagai upaya untuk meningkatkan PHBS pada masyarakat khususnya Kelurahan Rangkah Kota Surabaya.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dimana dalam penelitiannya menggunakan rancang *study* potong lintang (*cross sectional*).

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh KK pada RW VIII Rangkah, yakni sebanyak 617 KK. Penentuan sampel atau responden dalam penelitian ini dengan metode *cluster random sampling* dan didapatkan sebesar 249 sampel.

Instrumen yang digunakan dalam pengambilan data pada penelitian ini yaitu angket tanya jawab untuk mengetahui bagaimana karakteristik responden dan untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap, serta PHBS dalam keluarga. Pengetahuan serta tindakan diukur dengan menggunakan skala *guttman*, sedangkan untuk sikap diukur dengan menggunakan skala *likert*. Variabel pengetahuan dan tindakan dikatakan baik jika memperoleh skor 76%-100%, cukup jika memperoleh nilai 56%-75%, dan kurang memperoleh nilai 40%-55%. Variabel sikap dikatakan positif jika jawaban >20 dan negatif ≤20.

Dari hasil pengolahan data yang diperoleh dikelompokkan berdasarkan variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan dan sikap, serta variabel terikat yaitu tindakan hidup bersih dan sehat. Data kemudian dianalisis untuk melihat apakah terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan PHBS, serta sikap dengan PHBS pada masyarakat. Kemudian dari data yang didapatkan, dilakukan pengolahan data dengan menggunakan bantuan aplikasi SPSS. Data yang telah diolah kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 230 orang (92,4%). Responden perempuan dalam penelitian ini menunjukkan persentase yang lebih besar dalam melakukan PHBS dibandingkan laki-laki. Kondisi ini disebabkan karena adanya perbedaan perkembangan biologis maupun psikologi pada orang laki-laki dengan perempuan (Notoatmodjo, 2007). Jenis kelamin adalah faktor *predisposing* atau faktor pemudah seseorang untuk berperilaku (Notoatmodjo, 2012). Pada umumnya kaum perempuan lebih rajin dalam menjaga kebersihan dibandingkan dengan kaum laki-laki. Di dalam budaya timur pada kehidupan sehari-hari,

biasanya kaum perempuan diwajibkan untuk menjaga kebersihan dirinya dan lingkungan. Sebagai contoh yaitu kaum perempuan biasanya sudah dibiasakan untuk menyapu dengan tujuan menjaga kebersihan lingkungan atau menjaga kebersihan diri dengan gosok gigi hingga rajin memotong kuku guna menjaga penampilan.

**Tabel 1.** Karakteristik Subyek Penelitian berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan, Pekerjaan

| Karakteristik        | n          | %          |
|----------------------|------------|------------|
| <b>Jenis Kelamin</b> |            |            |
| Laki-laki            | 19         | 7,6        |
| Perempuan            | 230        | 92,4       |
| <b>Umur (Tahun)</b>  |            |            |
| 20-30                | 36         | 14,5       |
| 31-40                | 44         | 17,7       |
| 41-50                | 70         | 28,1       |
| 51-60                | 62         | 24,9       |
| 61-70                | 27         | 10,8       |
| 71-80                | 10         | 4,0        |
| <b>Pendidikan</b>    |            |            |
| Tidak sekolah        | 20         | 8,0        |
| SD                   | 75         | 30,1       |
| SMP                  | 35         | 14,1       |
| SMA                  | 98         | 39,4       |
| Perguruan Tinggi     | 21         | 8,4        |
| <b>Pekerjaan</b>     |            |            |
| Tidak bekerja        | 20         | 8,0        |
| Ibu Rumah Tangga     | 21         | 8,4        |
| Swasta               | 34         | 13,7       |
| Wiraswasta           | 98         | 39,4       |
| PNS                  | 73         | 29,3       |
| Lainnya              | 3          | 1,2        |
| <b>Total</b>         | <b>249</b> | <b>100</b> |

Golongan umur terbanyak yaitu pada kelompok umur 41-50 (28,1%). Umur yang semakin tua maka semakin banyak pula pengalaman yang dimiliki, sehingga pengetahuannya makin bertambah. Banyaknya pengetahuan tersebut dapat membuat seseorang akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu (Notoatmodjo, 2003). Dengan bertambahnya usia seseorang, biasanya diiringi juga dengan perubahan perilaku. Dengan umur yang semakin bertambah, seseorang biasanya akan sulit untuk menerima sebuah informasi. Terkadang mereka menjadi kurang aktif, mudah terkena penyakit, dan cenderung tidak peduli terhadap perilaku hidup bersih dan sehat.

Penerimaan informasi pada individu yang berusia muda akan lebih mudah untuk dicerna dibandingkan pada usia tua. Individu pada umur dewasa muda jika dilihat dari perkembangan

kognitifnya, mereka mempunyai kebiasaan berpikir secara rasional. Mereka biasanya cukup aktif dalam kegiatan diluar rumah, serta jarang mengalami penyakit yang serius (Wantiyah, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan di Yogyakarta mengatakan ada hubungan antara umur dan perilaku, yaitu semakin muda umur seseorang maka semakin baik perilakunya (Wantiyah, 2004).

Tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMA, yaitu sebanyak 98 responden (39,4%). Pendidikan merupakan suatu usaha pengorganisasian yang dilakukan oleh masyarakat sebagai upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan. Tingkat pendidikan bisa berpengaruh pada PHBS dalam rumah tangga atau keluarga. Tingkat pendidikan yang kurang menyebabkan rendahnya kesadaran seseorang akan pentingnya kebersihan lingkungan. Apabila seseorang mempunyai pendidikan formal yang baik, maka kesadaran dalam menjaga kesehatan lingkungan termasuk pemahamannya mengenai penerapan prinsip-prinsip PHBS juga semakin baik. Pendidikan merupakan serangkaian proses dalam membentuk perilaku pada individu (Mubarak, 2007). Tingginya pendidikan yang dimiliki oleh seseorang dapat mempermudah individu tersebut dalam menerima informasi terutama mengenai kesehatan. Sebaliknya, dengan tingkat pendidikan yang rendah, akan menjadikan seseorang mengalami hambatan dalam menerima informasi baik seputar kesehatan ataupun lainnya. Hasil penelitian yang dilakukan di Surakarta, yang menjelaskan terdapat pengaruh antara pendidikan terhadap PHBS. Dengan tingginya tingkat pendidikan yang dimiliki, akan mudah untuk orang itu menerima konsep hidup yang sehat secara mandiri, kreatif, dan berkesinambungan (Kusumawati, Astuti and Ambarwati, 2008).

Mayoritas responden bekerja sebagai wiraswasta (39,4%). Pekerjaan merupakan sesuatu kegiatan untuk menciptakan barang atau jasa dengan tujuan untuk memperoleh pendapatan dalam kurun waktu tertentu (Mantra, 2007). Dalam dunia pekerjaan, biasanya seseorang dapat bertukar berita mengenai masalah kesehatan ataupun lainnya. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat di dalam rumah tangga, tidak dilihat melalui aspek fisik dan mental saja, melainkan juga dari produktivitas.

Kondisi ini berarti individu tersebut memiliki pekerjaan atau memiliki pemasukan secara finansial, sehingga diharapkan dapat menjadi pendorong bagi keluarga dalam melakukan PHBS. Sesuai dengan penelitian, bahwa pekerjaan berpengaruh terhadap PHBS dalam keluarga atau rumah tangga. Seseorang yang memiliki status sosial ekonomi tinggi, biasanya semakin baik pula penerapan PHBS dalam keluarganya (Kusumawati, Astuti and Ambarwati, 2008). Sebaliknya, seseorang yang memiliki status ekonomi rendah, maka semakin buruk juga perilaku hidup sehatnya.

**Tabel 2.** Karakteristik Subyek Penelitian berdasarkan Pengetahuan, Sikap, Tindakan, dan Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

| Karakteristik      | Frekuensi  | %          |
|--------------------|------------|------------|
| <b>Pengetahuan</b> |            |            |
| Baik               | 227        | 91,2       |
| Cukup              | 20         | 8          |
| Kurang             | 2          | 0,8        |
| <b>Sikap</b>       |            |            |
| Positif            | 210        | 84,3       |
| Negatif            | 39         | 15,7       |
| <b>Tindakan</b>    |            |            |
| Baik               | 170        | 68,3       |
| Cukup              | 66         | 26,5       |
| Kurang             | 13         | 5,2        |
| <b>Penerapan</b>   |            |            |
| Ber-PHBS           | 59         | 23,7       |
| Tidak Ber-PHBS     | 190        | 76,3       |
| <b>Total</b>       | <b>249</b> | <b>100</b> |

Pengetahuan responden dikategorikan dalam kategori baik, cukup, dan kurang. Tabel 2 menunjukkan hasil bahwa pengetahuan responden mengenai PHBS berkategori baik sebanyak 227 responden 91,2%. Pengetahuan merupakan suatu unsur dalam membentuk perilaku diri seseorang. Pada dasarnya, perilaku individu ditentukan oleh pengetahuan individu itu sendiri. Pengetahuan baik biasanya didapat melalui tempat pendidikan baik formal ataupun non formal. Adanya media informasi yang semakin maju saat ini juga memberikan andil dalam menambah tingkat pengetahuan seseorang. Pengetahuan mengenai hidup sehat juga bisa berasal dari faktor eksternal seperti kebiasaan orangtua, keluarga, teman, masyarakat, dan juga guru. Pengetahuan sendiri merupakan gambaran sejauh mana masyarakat mengetahui dan memahami

tentang PHBS. Faktor pengetahuan merupakan faktor *predisposing* terhadap terbentuknya suatu perilaku yang menjadi dasar atau kebiasaan, kepercayaan, serta tingkat sosial ekonomi. Keterbatasan pengetahuan dapat menurunkan motivasi seseorang untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (Green, 1980).

Hasil distribusi frekuensi variabel sikap responden dikategorikan menjadi positif dan negatif. Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada penelitian ini mempunyai sikap positif terhadap PHBS yaitu berjumlah 210 orang (84,3%). Selain dilihat dari sisi pengetahuan responden, sikap sendiri juga merupakan domain terpenting dalam membentuk suatu perilaku pada seseorang. Sikap adalah suatu hal yang memiliki kecenderungan dalam memberikan respon, baik respon positif maupun negatif terhadap orang, objek ataupun pada situasi tertentu. Sikap dengan perilaku tidaklah sama dan perilaku sendiri juga tidaklah selalu menunjukkan sikap seseorang. Seseorang seringkali bisa menunjukkan perubahan pada tindakan yang berlawanan dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah ketika mereka mendapatkan tambahan informasi mengenai suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Distribusi frekuensi variabel tindakan responden digolongkan menjadi baik, cukup, dan kurang. Tabel 2 menunjukkan bahwa tindakan responden dalam kategori baik yaitu berjumlah 170 orang (68,3%). Sikap merupakan kecenderungan seseorang untuk melakukan tindakan. Pada hakikatnya, sikap belum tentu dapat terwujud dalam tindakan, karena terbentuknya suatu tindakan disebabkan oleh tersedianya fasilitas atau sarana dan prasarana. Tindakan sendiri terbagi atas empat tingkatan, yaitu persepsi, respon terpinpin, mekanisme, dan adopsi. Persepsi (*perception*) adalah saat dimana seseorang mulai mengetahui dan menentukan objek yang sehubungan dengan tindakan yang akan dilakukan. Respon terpinpin (*guided response*) yaitu suatu tindakan yang dilakukan berdasarkan pada yang telah dicontohkan dengan urutan yang benar. Mekanisme adalah ketika seseorang bisa melakukan sesuatu secara benar dan juga optimis, atau sudah menjadi suatu kebiasaan. Adopsi merupakan wujud penerapan atau

tindakan yang sudah berkembang secara baik, yang berarti perwujudan dari tindakan ini telah dimodifikasi serta tidak mengurangi unsur kebenaran dari tindakan itu (Notoatmodjo, 2010).

Distribusi frekuensi pada variabel penerapan responden dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu, berperilaku hidup bersih dan sehat dan tidak ber-PHBS. Tabel 2 menunjukkan hasil bahwa penerapan responden yang berperilaku hidup bersih dan sehat yaitu sebanyak 59 responden (23,7%). PHBS merupakan perwujudan dari individu terhadap stimulus atau objek yang berhubungan dengan suatu penyakit menuju sakit. Penerapan dari perwujudan perilaku dalam hal mempertahankan serta memelihara kesehatan diri supaya tidak mengalami sakit dibagi menjadi 2. Pertama, yakni penerapan yang dilakukan pada seseorang yang memiliki kondisi tubuh sehat supaya tetap terjaga kesehatannya dan akan terus bertahan. Perilaku ini sering disebut juga dengan

istilah *healthy behavior*, dimana didalamnya meliputi perilaku (*overt* dan *convert behavior*) sebagai bentuk perilaku mengatasi penyakit serta penyebabnya, juga perilaku dalam mengupayakan peningkatan kesehatan (perilaku *promotif*) (Notoatmodjo, 2007).

### Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang biasanya cenderung akan mempengaruhi adanya perubahan perilaku didalam diri individu. Perubahan dalam individu yang dimaksudkan disini yaitu perubahan yang sejalan dengan unsur kesehatan yang disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor tersebut antara lain pendidikan yang ditempuh, pengalaman pribadi, tradisi, serta adat kebiasaan. Ini berarti bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang maka semakin banyak orang akan melakukan PHBS (Notoatmojo, 2012).

**Tabel 3.** Hubungan Antara Pengetahuan Terhadap Penerapan Hidup Bersih dan Sehat di Rangkah Surabaya

| Pengetahuan  | Tindakan PHBS |             |            |             |            |            | P value |
|--------------|---------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|---------|
|              | Ya            |             | Tidak      |             | Total      |            |         |
|              | n             | %           | n          | %           | n          | %          |         |
| Baik         | 55            | 24,2        | 172        | 75,8        | 227        | 100        | 0,014   |
| Cukup        | 2             | 10          | 18         | 90          | 20         | 100        |         |
| Kurang       | 2             | 100         | 0          | 0           | 2          | 100        |         |
| <b>Total</b> | <b>59</b>     | <b>23,7</b> | <b>190</b> | <b>76,3</b> | <b>249</b> | <b>100</b> |         |

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari total 249 responden sebanyak 59 23,7% responden sudah melakukan PHBS. Jika dilihat lebih spesifik, responden dengan pengetahuan baik serta sudah melakukan PHBS berjumlah 55 orang (24,2%) dan yang tidak melakukan PHBS sebanyak 172 responden (75,8%). Responden yang memiliki pengetahuan cukup dan menerapkan PHBS berjumlah 2 orang (10%) dan tidak menerapkan PHBS sebanyak 18 responden (90%). *P value* yaitu  $0,014 < \alpha (0,05)$ , maka  $H_0$  ditolak, yang artinya terdapat pengaruh antara pengetahuan dengan PHBS pada masyarakat Kelurahan Rangkah Kota Surabaya. Hasil ini menyebutkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik dan memahami mengenai perilaku hidup bersih dan sehat. Sehingga besar harapannya penerapan PHBS dirumah semakin baik dan meningkat.

Walaupun demikian, masih banyak

responden yang belum menerapkan PHBS di rumah sebanyak 190 responden (76,3%). Hasil ini bukan disebabkan karena rendahnya PHBS oleh masyarakat, tetapi untuk penilaian indikator PHBS apabila salah satu indikator dari PHBS tidak dilakukan maka dikatakan orang atau responden tersebut belum melakukan perilaku PHBS.

Berdasarkan hasil yang didapatkan maka, perlu dilakukan adanya kerjasama antara Dinas Kesehatan Kota Surabaya dengan Puskesmas Rangkah dalam rangka meningkatkan penyuluhan mengenai perilaku hidup bersih dan sehat kepada masyarakat secara menyeluruh. Tindakan ini perlu dilakukan karena, masih ada responden yang belum paham mengenai program PHBS terutama pada komponen di dalamnya. Petugas Puskesmas diharapkan meningkatkan pengenalan PHBS dan memberikan motivasi kepada masyarakat dalam merubah perilaku PHBS yang lebih baik lagi. Yang paling utama

yaitu kebiasaan merokok di dalam rumah yang biasanya dilakukan oleh kaum laki-laki, serta membangun jamban sehat pada tiap rumah.

Hasil penelitian, yang dilakukan di Kabupaten Pati menyebutkan, terdapat hubungan pengetahuan dengan penerapan PHBS membuang sampah di tempatnya (Raharjo, 2014). Penelitian di Sumatera Barat juga menunjukkan hasil serupa, dimana terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku masyarakat dalam membuang sampah (Yulida, 2016).

Penelitian lain pada 2013 yang melibatkan lansia sebagai responden mengemukakan bahwa terdapat pengaruh tingkat pengetahuan dengan PHBS pada lansia (Kustantya, 2013). Hasil serupa juga ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan di Tapanuli Utara. Penelitian tersebut menemukan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan siswa dengan tindakan PHBS di sekolah (Tanjung, 2016).

Faktor yang menentukan perilaku kesehatan pada individu salah satunya yaitu tingkat pengetahuan. Pengetahuan sendiri merupakan dasar seseorang dalam mengimplementasikan tindakan, sehingga tiap orang yang akan mempraktikkan tindakan biasanya diawali dari kemampuan mengetahui, selanjutnya memiliki ide untuk melakukan suatu tindakan berdasarkan pengetahuannya yang telah dimilikinya (Notoatmodjo, 2012).

Pada hakikatnya, pengetahuan merupakan perwujudan dari unsur tahu. Ini biasanya terjadi ketika individu telah melakukan pengamatan pada suatu obyek tertentu. Pengamatan tersebut terjadi lewat panca indera manusia yaitu indera pengelihat, pendengaran, penciuman, perasa, serta peraba, dengan sendirinya. Ketika seseorang sedang melihat hasil pengetahuan tersebut, akan berpengaruh terhadap intensitas perhatian ataupun persepsi kepada suatu objek tertentu. Biasanya tindakan yang dilakukan berdasarkan pada pengetahuan akan menghasilkan sesuatu yang bertahan lebih lama jika disandingkan dengan tindakan tanpa adanya atau tanpa didasari oleh pengetahuan. Jadi, pengetahuan merupakan hal utama yang paling dibutuhkan agar semua masyarakat mampu dan bisa lebih mudah dalam mengubah perilakunya ke depannya agar lebih baik lagi. Istilah mengetahui sendiri

adalah merupakan suatu tingkat pengetahuan yang paling rendah. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kegiatan atau tindakan dalam upaya mengingat kembali suatu kejadian yang telah dialami atau dilakukan sebelumnya (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan merupakan kumpulan dari beberapa penemuan teori dan kenyataan yang memungkinkan seorang individu untuk dapat memahami suatu peristiwa atau kejadian serta dapat digunakan dalam upaya menyelesaikan masalah yang sedang terjadi atau menimpa dirinya. Pengetahuan biasanya berasal dari pengalaman pribadi secara langsung maupun berasal dari pengalaman orang lain. Pengetahuan bisa ditingkatkan lewat kegiatan promosi kesehatan baik sendiri ataupun dalam kelompok. Kegiatan peningkatan pengetahuan terutama mengenai bidang kesehatan bertujuan untuk mencapai perubahan perilaku pada diri sendiri, keluarga, dan masyarakat dalam kegiatan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan ada hubungannya dengan PHBS. Pengetahuan pada dasarnya merupakan pedoman dalam membentuk suatu tindakan seseorang (*overt behavior*) (Maulana, 2009). Hasil penelitian yang dilakukan di Kota Manado menunjukkan, tindakan yang dilandasi oleh unsur pengetahuan akan lebih awet atau kekal dibandingkan dengan tindakan yang tidak dilandasi oleh pengetahuan (Saibaka, 2016). Dari hasil yang didapatkan bahwa pengetahuan masyarakat sebagian besar mengenai PHBS berada didalam kategori yang baik.

Pengetahuan, sikap, dan tindakan atau perilaku merupakan hal yang memiliki keterkaitan antara satu dengan lainnya dan saling berpengaruh satu sama lain. Tingkat pengetahuan dapat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku seseorang (Achmadi, 2013).

### **Hubungan Sikap dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

Sikap umumnya merupakan *output* dari reaksi yang masih tertutup pada diri individu terhadap suatu stimulus. Sikap merupakan bentuk perwujudan sebuah tindakan terhadap yang tidak terlihat, dan masih berbentuk sebuah persepsi dan kesiapan seseorang

dalam melakukan reaksi kepada stimulus yang ada di sekelilingnya. Sikap sendiri bisa dinilai secara langsung maupun tidak langsung. Penilaian sikap merupakan bentuk dari opini perwujudan dari responden mengenai objek tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Secara umum, sikap bisa dirumuskan sebagai suatu kecenderungan seseorang ketika merespon, baik merespon yang positif maupun negatif terhadap objek tertentu. Sikap memiliki arti bentuk penggambaran emosional pada diri seseorang antara perasaan bahagia, tidak suka, sedih, dan sebagainya. Meskipun memiliki sikap positif dan negatif, sikap juga mempunyai perbedaan tingkatan antara perasaan tidak suka,

amat tidak suka, dan sebagainya. Pada dasarnya, sikap tidak selalu sama dengan tindakan. Tindakan pun juga tidak selalu menggambarkan perwujudan sikap pada seseorang. Sikap memiliki unsur utama meliputi sebuah kepercayaan, gagasan pada konsep suatu objek, kehidupan emosional, dan kecenderungan dalam melakukan sesuatu (Notoatmodjo, 2010).

Hasil distribusi frekuensi variabel sikap pada Tabel 2 responden dikategorikan menjadi positif dan negatif. Tabel 2 diperoleh hasil bahwa mayoritas responden mempunyai sikap positif terhadap PHBS, yaitu berjumlah 210 orang (84,3%) dan responden yang memiliki sikap negatif berjumlah 39 orang (15,7%).

**Tabel 4.** Hubungan Antara Sikap dengan Penerapan Hidup Bersih dan Sehat di Rangkah Surabaya

| Sikap        | Tindakan Hidup Bersih dan Sehat |             |            |             |            |            | P value |
|--------------|---------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|---------|
|              | Ya                              |             | Tidak      |             | Total      |            |         |
|              | n                               | %           | n          | %           | n          | %          |         |
| Positif      | 54                              | 25,7        | 156        | 74,3        | 210        | 100        | 0,082   |
| Negatif      | 5                               | 12,8        | 34         | 87,2        | 39         | 100        |         |
| <b>Total</b> | <b>59</b>                       | <b>23,7</b> | <b>190</b> | <b>76,3</b> | <b>249</b> | <b>100</b> |         |

Tabel 4 menunjukkan hasil bahwa responden yang mempunyai sikap positif serta berperilaku hidup bersih dan sehat sebanyak 54 orang (25,7%). Sedangkan untuk responden yang memiliki sikap negatif dan tidak ber-PHBS sebanyak 34 responden 87,2%. Uji analisis dengan aplikasi komputer diperoleh hasil bahwa nilai untuk *P value* yaitu  $0,082 > \alpha (0,05)$ , maka  $H_0$  diterima. Artinya, tidak terdapat keterkaitan antara sikap dengan tindakan hidup sehat di Kelurahan Rangkah Kota Surabaya.

Hasil ini menjelaskan bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap positif dan mengerti tentang pentingnya PHBS didalam rumah, sehingga besar kemungkinan bagi mereka untuk melakukan PHBS. Meskipun demikian, pada kenyataannya masih banyak responden yang mempunyai sikap positif dan belum menerapkan perilaku berperilaku hidup bersih dan sehat. Atau bisa juga dikatakan dalam penerapan PHBS mereka masih kurang (74,3%). Sikap penerapan pola hidup sehat yang masih kurang banyak ditemui pada penggunaan bubuk abate dalam pemberantasan sarang nyamuk dirumah dan rendahnya aktivitas fisik dirumah.

Terbentuknya sikap yang positif

ini, sangat erat kaitannya dengan PHBS pada lingkungan masyarakat. Sikap positif ini bisa juga dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki pada diri individu tersebut. Pengetahuan merupakan suatu hal sangat mendasar dan penting untuk menghasilkan suatu tindakan. Pengetahuan sendiri penting dalam mendukung psikis atau perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari (Notoatmodjo, 2010).

Sikap yang terbagi menjadi dua, yaitu sikap positif dan sikap negatif. Sikap positif dimana didalamnya terdapat kecenderungan pada tindakannya berupa mendekati, menyenangkan, serta mengharapkan obyek tertentu. Sedangkan sikap negatif akan cenderung untuk menjauhi, menghindari, membenci, dan bahkan tidak suka (Wawan, 2011).

Sikap memiliki tiga komponen yang mendukung yaitu komponen kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif yang merupakan suatu representasi mengenai sesuatu yang menjadi kepercayaan pada diri individu yang memiliki suatu sikap. Komponen afektif yaitu suatu rasa di dalamnya meliputi aspek emosional. Komponen konatif juga sebagai suatu aspek yang memiliki kecenderungan untuk berperilaku sesuai

dengan sikap yang di punyai pada diri seseorang tersebut (Azwar, 2008).

Sikap sendiri merupakan perwujudan dari adanya reaksi individu yang masih tertutup terhadap suatu obyek. Dengan kata lain, sikap bisa dikatakan suatu kesiapan dan ketersediaan seseorang dalam melakukan tindakan. Penilaian terhadap sikap bisa dalam bentuk opini atau argumen seseorang kepada stimulus atau obyek.

Sikap merupakan suatu kesediaan atau kesiapan respon seseorang terhadap suatu obyek disuatu lingkungan tertentu. Sikap terbagi atas empat tingkatan. Tingkatan yang pertama yakni menerima (*receiving*), artinya bahwa setiap individu (subyek) menampilkan stimulus yang telah diberikan (obyek). Kedua yakni merespon (*responding*), artinya memberikan umpan balik dari pertanyaan yang diberikan, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang dikasih sesuai dengan yang telah diberikan. Ketiga yakni menghargai (*valuing*), artinya mengajak orang lain untuk bersama-sama mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah yang dihadapi. Keempat yakni bertanggungjawab (*responsible*), artinya mampu bertanggungjawab dengan segala sesuatu yang telah dipilihnya ataupun menjadi pilihannya (Notoatmodjo, 2010).

Umumnya, sikap mempunyai ciri-ciri antara lain, tidak tercipta sejak masih bayi melainkan terbentuk sepanjang perkembangan hidup individu itu didalam membentuk suatu hubungan. Sikap juga bisa saja berubah, karena pada dasarnya sikap bisa dipelajari dan karena itu pula akan terjadi perubahan pada diri seseorang. Jika terdapat suatu keadaan dimana didalamnya ada ketentuan tertentu yang bisa memudahkan sikap pada orang tersebut. Kemudian sikap tidak bisa berdiri sendiri tapi biasanya akan selalu memiliki hubungan yang erat dengan objek tertentu. Dilihat dari sisi motivasi, perasaan, dan sifat inilah yang menjadi pembeda antara sikap dengan pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Sikap sendiri memiliki fungsi yang dibagi atas empat fungsi. Fungsi pertama, sikap digunakan sebagai alat untuk menyesuaikan diri dimana sikap itu bersifat *communicable* yang berarti merupakan sesuatu yang mudah berjalan sehingga kemungkinan bisa menjadi milik bersama. Kedua, sikap merupakan alat

yang mengatur perilaku, seseorang mengetahui bahwa pola kebiasaan anak kecil pada umumnya merupakan bentuk reaksi alami terhadap barang yang ada disekitarnya. Diantara bentuk suatu rangsangan dan juga reaksi tidak mempunyai sebuah pertimbangan. Tetapi pada orang dewasa yang mempunyai usia sudah matang, bentuk rangsangan itu umumnya tidak diberi reaksi secara langsung melainkan cerminan dari adanya proses secara sadar dalam melakukan penilaian terhadap perangsangan itu. Ketiga, digunakan sebagai alat untuk mengatur pengalaman-pengalaman, yang diartikan sebagai manusia didalam menerima suatu pengalaman dari lingkungan eksternal maka sikapnya tidak pasif akan tetapi menerimanya secara aktif. Ini berarti bahwa pengalaman yang semuanya berasal dari faktor eksternal tidaklah semuanya dilaksanakan oleh seseorang tetapi orang juga menentukan mana yang sekiranya akan dia lakukan dan yang tidak dilakukannya. Keempat, sikap sebagai wujud pernyataan kepribadian seseorang, yang mana sikap sering menunjukkan suatu kepribadian pada diri individu.

Sikap tidak bisa dipisahkan dari pribadi yang mendukungnya. Dengan melihat sikap pada objek tertentu, sedikit banyak orang dapat melihat kepribadian individu tersebut. Jadi, sikap merupakan perwujudan bentuk dari pernyataan pribadi, ketika kita mencoba untuk merubah sikap pada diri seseorang maka perlu tahu bagaimana kondisi sebelumnya dari orang tersebut. Dengan begitu kita akan tahu, mungkin atau tidak orang itu bisa mengubah sikapnya pada kemudian hari (Purwanto, 2009).

Penelitian yang dilakukan di Kota Manado menyebutkan, tidak terdapat hubungan antara sikap responden dengan PHBS dirumah tangga. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Jakarta, yang menyatakan bahwa tidak ada pengaruh antara sikap dengan PHBS dalam keluarga (Irma, 2015).

Hasil tersebut tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Sintang. Penelitian tersebut menyebutkan, terdapat hubungan antara sikap dengan PHBS di sekolah pada siswa SD Negeri 25 (Kweruh, 2016). Penelitian lainnya di Kabupaten Konawe Selatan juga menunjukkan hasil serupa. Hasilnya terdapat hubungan sikap dengan PHBS



pada anak usia Sekolah Dasar Negeri 08 (Kanro, 2017). Hasil penelitian yang dilakukan di Bekasi Utara juga mengemukakan bahwa ada hubungan antara sikap dengan PHBS pada ibu rumah tangga (Rayhana, 2016).

Penelitian yang telah dilakukan mengenai pengetahuan dengan perilaku berperilaku hidup sehat diperoleh hasil *P value*  $0,014 < \alpha$  (0,05) bahwa  $H_0$  ditolak, artinya terdapat hubungan antara pengetahuan dengan PHBS di Kelurahan Rangkah. Sedangkan untuk hasil penelitian mengenai sikap dengan tindakan berperilaku hidup bersih dan sehat didapatkan hasil *P value* yaitu  $0,082 > \alpha$  (0,05) bahwa  $H_0$  diterima, artinya tidak ada pengaruh antara sikap dengan tindakan PHBS di Kelurahan Rangkah.

## SIMPULAN

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan ini menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan juga tindakan PHBS rumah tangga di Rangkah Surabaya. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan tindakan PHBS di Rangkah Surabaya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi (2013) *Kesehatan Masyarakat dan Teori Aplikasi*.
- Azwar (2008) *Metode Penelitian*.
- Dinkes Surabaya (2017) 'Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2016', in *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya*, pp. 66-67.
- Green (1980) *Health Education a Diagnosis Approach*.
- Irma, M. (2015) 'Pengetahuan, Sikap, Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Mahasiswa FKIK UIN SYARIF HIDAYATULLAH Jakarta', *Jurnal Kesehatan*, pp. 56-57.
- Kanro, R. (2017) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Anak Usia Sekolah Dasar Negeri 08 Moramo Utara Desa Wawatu Kecamatan Moramo Utara Kabupaten Konawe Selatan', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), pp. 1-11.
- Kemkes RI (2008) 'Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008'. Jakarta.
- Kemkes RI (2011) *Panduan Pembinaan dan Penilaian Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Rumah Tangga*.
- Kemkes RI (2015) *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kustantya, N. (2013) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Pada Lansia', *Jurnal Keperawatan*, 4(1), pp. 31-33.
- Kusumawati, Y., Astuti, D. and Ambarwati (2008) 'Hubungan antara Pendidikan dan Pengetahuan Kepala Keluarga tentang Kesehatan Lingkungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)', *Jurnal Kesehatan*, 1(1), pp. 47-56.
- Kweruh, H. (2016) 'Hubungan Jenis Kelamin, Pengetahuan, Sikap, dan Peran Guru Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Siswa SD Negeri 25 Begori Kecamatan Serawai Kabupaten Sintang', *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 2(2), pp. 68-71.
- Mantra (2007) *Demografi Umum*.
- Maulana (2009) *Promosi Kesehatan*.
- Mubarak (2007) *Promosi Kesehatan Sebuah Pengamatan Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*.
- Notoatmodjo (2003) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*.
- Notoatmodjo (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*.
- Notoatmodjo (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Notoatmodjo (2012) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*.
- Notoatmojo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Purwanto (2009) *Evaluasi Hasil Belajar*.
- Raharjo, A. (2014) 'Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Ketersediaan Fasilitas di Sekolah Dalam Penetapan PHBS Membuang Sampah Pada Tempatnya.', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 3(1), pp. 6-9.
- Rayhana (2016) 'Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Kebalen Kecamatan Babelan Bekasi Utara Tahun 2016', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 12(2), pp. 168-180.
- Saibaka (2016) 'Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Rumah Tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Wawonasa Kota Manado', *Jurnal Kesehatan*, pp. 7-11.
- Tanjung, N. (2016) 'Hubungan

- Pengetahuan Dan Sikap Siswa Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Dengan Tindakan PHBS di SD Swasta Luther Kecamatan Siatas Barita Tapanuli Utara', *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat*, 1(1), pp. 50-51.
- Wantiyah (2004) 'Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Di Rw IV Kelurahan Terban Wilayah Kerja Puskesmas Gondosuman II Yogyakarta.', *Jurnal GASTER*, 8(2), pp. 747-748.
- Wawan (2011) *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*.
- Yulida, N. (2016) 'Perilaku masyarakat dalam membuang sampah di aliran sungai batang bakarek-karek Kota Padang Panjang Sumatera Barat', *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat*, 32(10), pp. 375-376.

## Perceived Quality of Food Service System and Food Culture (Kembul) in Children Penitentiary Class IA, Blitar Regency

Yurike Dhika Adhela, Trias Mahmudiono, Stevani Verona Indi Andani

Department Health and Nutrition, Faculty of Public Health, Kampus C Mulyorejo Universitas Airlangga

Email : [yurike.dhika.adhela-2015@fkm.unair.ac.id](mailto:yurike.dhika.adhela-2015@fkm.unair.ac.id)

### ABSTRACT

**Background:** The foodservice system in Children Penitentiary is an action for fulfilling the nutritional needs of prisoners. Lack of nutrition that is not by the standard, will result in the occurrence of nutritional problems and reduce the health status for prisoners during the coaching period. One indicator for better quality access to food services is to explore how the perceptions of prisoners on food services which are provided by the institution. **Objective:** The aims of this study was to determine the perceptions of inmates on the quality of service and provision of food at the Children Penitentiary Class IA, Blitar Regency. **Method:** This study used a qualitative approach with a semi-structured deep interview and observation method to explore data deeply and holistically. The informants consisted of 10 people and the criteria for key informants were between age range from 15 until 20 years old. **Result:** There were factors that influenced the perception of food quality assessment in LPKA, including internal factors, such as the emergence of eating behaviour and formation of eating culture among other prisoners. Besides assessment, there also included the taste of food, a portion of food, variety of menus, food hygiene, also the food from visitors or family. **Conclusion:** Eating behavior among prisoners forms a new culture in the scope of Class IA LPKA Blitar, which is a culture of joint eating or "kembul" which creates a sense of family among prisoners.

**Keywords:** Food service quality, LPKA Blitar City, Perception, Qualitative

### INTRODUCTION

Based on the provisions of the Republic of Indonesia Law No 12 of 1995 concerning about penitentiary, that prisoners and detainees have the right to obtain the rights contained in-laws such as health services and food services in accordance with nutritional standards for prison prisoners based on nutritional adequacy standards (Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, 1995). In this case, the food delivery system at the Penitentiary Institution is very important as an effort to fulfil the nutritional needs of prisoners. However, in the implementation, there are still many problems related to the lack of appropriate services in fulfilling the rights of detainees or prisoners inside the Penitentiary Institution. Research conducted at the Kutacane Class II B Penitentiary Institution, the prisoners have underweight nutritional status due to irregular eating patterns and less nutritious foods (Primawardani, 2017). Besides, the research conducted in

Bojonegoro Class IIA Penitentiary Institution, the quality of food produced by prisons did not reach the standards due to unavailability of nutritionists (Fajrin, 2015). Then, the General Directorate of Penitentiary stated that there were many problems in the provision of food services in prisons related to the lack of quality standards for food, taste in food and portions of food for prisoners did not meet nutritional needs (Direktorat Jenderal Pemasyarakatan RI, 2015).

Lack of fulfilment of nutritional needs for prisoners, will lead to nutritional problems and reduce health status during the coaching period. Research conducted by Hidayat et al. 2017 in the Class IIA Kendari Prison states that 38.5% of prisoners have poor nutritional status because food quality and nutritional adequacy do not meet the standard which is caused an increased risk of disease (Hidayat, Bahar and Ismail, 2017).

Improvement efforts carried out by coaching institutions in fulfilling

nutritional needs can be seen as indicators of success through how prisoners receive and perceptions of the quality of services and provision of food during the coaching period. The perception of the assisted prisoners about food offerings belongs to subjective judgments about food offerings including food presentation, food taste, variety of menus according to their knowledge. The perception of foodservice quality is a part of the evaluation to improve the system of food administration in coaching institutions and prisons.

Based on these thoughts, this study aims to analyze and find out about the prisoners perceptions towards the service quality and provision of food at Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class.

## METHOD

This study used a qualitative approach with a semi-structured deep interview and observation method. The informants of this research were assisted prisoners. Direct observation was carried out on the process of service and provision of food until it was served to the assisted residents of the Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class. The interview technique was used to produce descriptive data, which was stated by the respondents (informants) in written, spoken, and real behaviour form.

Besides, the use of an approach method was expected to collect the holistic data. With the use of qualitative methods, it was expected to be more responsive to the selection of informants. Primary data were collected based on the results of interviews with inmates as informants in this study. Secondary data were in the form of scientific literature studies, statistical data and previous research reports.

This research was located at Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class, conducted in a month, April until May 2019. The criteria for key speakers were between 15-20-year-old inmates who are being fostered at the Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class. The number of informants were 10 people. The data of the main informants obtained were saturated and the informants did not provide the latest information. Informants

were selected based on their willingness to be interviewed and good communication skills.

The procedure in this study was screening the informants according to the criteria of 15-20 years old, not disabled, being able to communicate well, healthy, cooperative and be willing to be interviewed during the study. Then the observation of the field studies was done by randomly determining prisoners in the different rooms based on criminal cases, followed by the signing of the Informed Consent. Perception data service quality of research subjects was collected during the month of research to conduct in-depth interviews and crosscheck data.

Data analysis was carried out during and after completion of data collection by examining all data from observations and interviews. The data analysis steps were as follows:

1. Preparing and processing the data
  - a. Recording the results of in-depth interviews with informants in the form of written notes without changing the meanings.
  - b. Reading, observing the whole data, building the meaning in general and reflecting the meaning of the data.
2. Data Reducing (data reduction) was to summarize and select the main things, focusing on important things, then looking for patterns and themes.
  - a. Coding and grouping of data, namely giving a code to the data arrangement that had a unity of meaning from the data that had been obtained.
  - b. Preparation of themes or thematic analysis through agreement on a word and theme adapted to the conditions of the transcript data.
3. Display data using tables
4. Making conclusions

This research had stated Ethical Worth 11.05/HRECC. FODM/IV/2019 by the Health Research Ethics Commission of the Faculty of Dentistry, Airlangga University.

## RESULTS AND DISCUSSION

### Characteristics of Informants

This study involved 10 informants with ages ranging from 10-15 years and

16-20 years with the education levels of elementary, middle and high school. Based on the research, the majority of informants in this study were 100% male with a majority of 70% age ranged from 16-20 years old with 50% was in the high school education level.

**Table 1.** Characteristics Research Informants based on Age, Gender, and Education Level

| Characteristics    | n         | %          |
|--------------------|-----------|------------|
| <b>Age</b>         |           |            |
| 10-15              | 3         | 30         |
| 16-20              | 7         | 70         |
| <b>Gender</b>      |           |            |
| Male               | 10        | 100        |
| <b>Education</b>   |           |            |
| Elementary School  | 2         | 20         |
| Junior High School | 3         | 30         |
| Senior High School | 5         | 50         |
| <b>Total</b>       | <b>10</b> | <b>100</b> |

The Organizing System and Food Service and at Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class. Based on observations in the field, there were 3 meal times for inmates children, they were breakfast (at 07.00 WIB), lunch (at 12.00 WIB) and dinner (at 3.30 WIB). Before breakfast and lunch they did a

short ceremony that was carried out every day and aimed to control or count the number of inmates. Breakfast and lunch were done in a dining restoration room located in LPKA. For evening meal or dinner, the people that were on duty in the kitchen would distribute the food using trolley to inmates room blocks.

The maintenance and food service staffs consist of 1 kitchen coordinator, 2 kitchen coordinator assistants, and 7 cooking assistants. The menu cycle applied in LPKA was a menu cycle for 10 days which was adjusted to the Decree of the General Director of Penitentiary of the Republic of Indonesia Number PAS - 498.PK.01.07.02 of 2015 concerning Standards for Food Administration in Penitentiary Institutions and Detention Centers.

### Perception of Informants in Food Service Quality Assessment

Based on the results of interviews with 10 informants, informants' perceptions of the assessment of food service quality are divided into 6 categories as presented in Table 2.

**Table 2.** Categories of Informants' Perceptions of the Assessment of Food Service Quality

| Category   | Sub-category   | Description |
|--|--|-------------|
| Taste of food (n=5)                              | Food feels tasteless (R3,R4,R5)  | Eksternal   |
|  | Food less tasty (R1,R5)  |             |
|  | Less seasoned foods (R1,R2)  |             |
| Food portion (n=3)                               | Portion of rice, seasoned tempe, salted fish are not enough (R2, R8, R7)                               | Eksternal   |
| Menu variations (n=3)                            | Processed menus for vegetables and animal dishes less varied (tired of eating salted fish) (R3,R7, R6) |             |
| Food Hygiene (n=3)                               | The food preservation is less clean, including the dishes and the utensils (R1, R8, R9)                | Internal    |
| Eating behavior (n=7)                            | Accepting all the food provided (R9, R5)   |             |
|  | Culture of eating together or eating <i>kembul</i> (R1,R2,R3,R4,R5,R7,R9)                              |             |
| Food from outside the LPKA or from family visits | Consuming fried rice, wrapped rice, fruit and vegetables from the cafeteria (R4)                       | Environment |
|  | Delicious meals from family visits (R6,R8)   |             |
|  | Eating mother's food during the visit (R10)  |             |

Description: R = respondent

### Relevance of Informant Perception towards Food Service Quality

The informant's perception towards the quality of food service is related to eating behavior. Eating behavior is a behavior pattern that is built continuously both from the large portions of food, taste, and variety of food menus.

Each individual has different eating behavior. In this case, when the provided food is not in accordance with the eating habits of the informant, it always takes time to adapt and form the new habits.

In addition, in this study, the quality of food service was also assessed by informants in relation to perceptions of food taste, portion of food, variety of

menus, and hygiene of food served by Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class. An assessment of the sensory quality of food influences individual's acceptance of food (Valero and García, 2013).

Based on this study, the family support related to the informants' assessment of food. This is because family support could encourage prisoners, motivate them to reduce anxiety and stress, improve appetite and prisoners could deal well with the problems, and make individuals think more positively (Setyaningrum, 2015). Thus, the family has an important role in improving psychological well-being and maintaining physical health for prisoners in facing life in the prison as well.

### Perception of Food Service Quality

Based on the results of interviews with 10 informants, there were 6 categories of assessments related to the perception of the quality of food service at Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class.

#### A. Taste of food

There were 2 informants who assessed that the food service system in LPKA is not good enough.

One of the informants revealed,

*"... The food provided here is still less hygienic, sometimes there are caterpillars in the vegetables and some of them are rotten. The taste of the food is also less tasty, lack of seasoning." (R1-B47)*

Another informant stated:

*"... I'm really thankful that I can still eat, it's delicious, if it doesn't taste good, but still, it will be eaten." (R5-D52)*

Food taste is the assessment of informants related to food seasonings and the rapid grade of provided food. Food tastes involve the taste buds (tongue) to distinguish how food tastes. Individual assessment of a food can be influenced by aroma, presentation, consistency and taste of food (Chambers, McCrickerd and Yeomans, 2014). Seasonings added to food are the direct factor that determines how

the taste of food will be consumed by inmates.

In this study, 5 informants assessed the taste of the food provided by LPKA as poor, lack of seasonings, and the food was tasteless. Based on interviews with informants, the five informants said that the flavor of spices in vegetable preparations always feels tasteless and unpleasant. Also added by R5 that vegetable preparations always make it not appetizing because there is no taste and less salty so the informants tend to leave the food. In line with Sarah 2016's research at Semarang Women's Class IIA Prison, 43.1% of prisoners left vegetable on the dish (Azzahra, Suyatno and Aruben, 2017). In addition, the study by Kurniawati in 2016 in Semarang Class I Lapas, the remaining vegetables left by prisoners was 96.9% (Kurniawati, 2016).

#### B. Eating Behavior

There were 7 informants who revealed that the culture of eating together further increased the sense of family. One of the informants revealed:

*"...I feel like eating together (kembul) is more delicious, and feels like family." (R9-C71)*

Based on observations, it shows that there was a culture of sharing food between prisoners. This eating behavior is formed because by eating together creates a sense of family between prisoners. In addition, the culture of joint eating or *kembul* creates its own pleasure in enjoying the food that has been provided by LPKA so that new culture is formed within the scope of LPKA. The results of the study are in line with the Runturambi's study of culture in prison as a dynamic culture as a form of balance in prison in facing internal and external changes (Runturambi, 2014).

#### C. Food Portions and Food Hygiene

There were 3 informants who said that food service in LPKA did not meet the criteria and desires of informants both from the assessment of portions and the cleanliness of the food served. One of the informants revealed:

*"...not yet fulfilled, a large portion of rice, seasoned tempe and little salted fish." (R2-D58)*

Another informant stated:

*"...almost fulfills the criteria as long as the food is clean." (R8-C62)*

Other informants also stated:

*"...actually it doesn't meet the criteria, but what can we do, this is a prison, so it's just make it well." (R9-C71)*

The food portion is an aspect of food presentation that mostly influences food reception. Assessment of food portion is influenced by the habit of each individual (Stanga *et al.*, 2003). In R2, R8 and R7 rate that portion of the main food (rice), animal-based dishes (salted fish and other animal based dishes), and vegetable-based dishes (*tempe bacem* and other vegetable based dishes) from those served by LPKA are too small. The portion of food served should be measured to the needs of each individual according to their eating habits. The portion of food that is not suitable with the needs will influence the level of consumption of individuals which is caused an inadequate or lack of nutritional needs. So, it will risk a poor nutritional status. This is in line with a study in Tangerang Children's Penitentiary Institution that the level of energy and protein adequacy of child prisoners in the category of severe deficits was 35% and 27.5% respectively at risk of experiencing nutritional status problems (Wahyuningsih, Khomsan and Ekawidyan, 2014).

Food hygiene influences the health of prisoners. In this case, healthy and clean food intended for the people must be based on health standards and requirement. Based on the informants R1, R8 and R9, states that the cleanliness of the serving equipment and the presentation of food still needs to be considered. Because the food is at risk of being contaminated by bacteria or insects. So it is needed for a supervision and practice of sanitation hygiene from personal as well as the environment from the food processing to distribution of food to the inmates. This is in line with previous research in Cilacap, that the condition of food processing even though it meets the requirements will still reach

a percentage of 75.85% (Azizah and Subagiyo, 2018).

#### D. Menu Variations

There were 2 informants who stated that there were some boring menus provided by LPKA because the menus were not varied enough. One of the informants stated:

*"... yes, sometimes I'm bored because the menu provided is just the same and it feels tasteless sometimes." (R3-B58)*

Menu variations have an important influence on the boring level of inmates towards the food provided so it will be causing leftovers. In this study, it was found that there were 2 informants who felt bored with the variety of menus available due to the absence of food variations. However, based on previous study, it was found that there was no relationship between menu variations and food leftovers because the provision of food in prison was the provision of food for many people so that each prisoner got the same amount and type of food (Kurniawati, 2016). However, based on the 2018 Oksandi's research in the Class IIA Palu Prison stated that there is a relationship between menu variations and service satisfaction (Oksandi, 2018). The level of inmate boredom in menu variations in LPKA can be overcome by increasing variations in food processing, especially on vegetable menus that are less varied and less diverse. So that variations in the vegetable menu can be improved by giving kitchen staff more innovative and simple menu recipes and increasing the flavor of the seasonings adjusted to the 10-day menu cycle to reduce inmates' boredom towards the food provided.

#### E. Outside Food or Food from Visitors/Family

There were 2 informants who said that the informant had bought food outside / canteen and was delivered by the visiting family. One of the informants stated:

*"... never bought it from outside, like rice wrap, fried rice, fruit, and vegetables, that's how it is." (R4-D49)*

Another informant revealed:

*"... I got it from my family. Only had the delicious meals when I got visited." (R6-C61)*

The family support for child inmates in LPKA is important for prisoners who are undergoing a coaching process. That is because during visits, families often bring the favourite food that often increase the level of food consumption of prisoners. In addition, the support of the family will affect the appetite of prisoners and the psychological conditions of prisoners. So that inmates feel more motivated to undergo a period of coaching within the scope of the Child Special Guidance Institute with the support of the family. This is in line with a study at the Tangerang Children's Special Guidance Institute, that social supports (appraisal supports and belonging supports) have a relationship with efforts to reduce the level of depression in child prisoners.

In this study, the majority of informants said that when they got visited by families, informants felt that their eating motivation was increased because their family always brought the favourite food to informants. In addition, there are other factors that encourage prisoners to increase their food intake through food purchased from the canteen or through outside tamping that sells food such as rice, fried rice, instant noodles, vegetable lodeh and other snacks to reduce the boring feelings of food provided by LPKA.

#### F. Perception of Food Quality in LPKA and Food Outside LPKA

There were 2 informants who said that the quality of food was better than the family's food and stated that the food outside the LPKA or from the LPKA had the same quality if the hygiene and the health level of food was maintained. One of the informants revealed:

*"I prefer the outside food, especially from my mother when I got visited. Because I can eat together with my family." (R10-B87)*

Another informant revealed:

*"... Just the same, as long as the food is healthy, nutritious and halaal." (R7-D93)*

#### Strengths and Weaknesses of Research

The strength of this study is that the researchers observed directly in accordance with the research instruments according to the Ditjenpas Operational Procedure Standard which was conducted for 2 weeks. The food observations are carried out starting from the process of receiving food ingredients to distributing food to inmates at the Blitar Children's Special Guidance Institute everyday. The weakness of this research is the limited photo documentation related to the standard of food menu provided by LPKA. So that researchers could not observe closely and crosscheck the data in deep interviews with inmates. In addition, the weakness of this study is the absence of a nutritionist at the Blitar Institute for Special Development of the IA Class. In the future there will be nutritionists inside the penitentiary, so the quality of service and food delivery for child inmates will increase.

#### CONCLUSION

The assessment of the quality of food service at Blitar Special Penitentiary Institution for Children of IA Class was assessed based on informants' perceptions of food taste, food portions, food hygiene, variety of food menu, external food from family visits and eating behaviors. The results in this study also indicate that the eating behavior among prisoners forms a new culture in the scope of Class IA LPKA Blitar, which is a culture of joint eating or "kembul" which creates a sense of family among prisoners.

#### REFERENCES

- Azizah, Q. and Subagiyo (2018) 'Deskriptif Hygiene Sanitasi Pengelolaan Makanan Di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIB Kabupaten Cilacap Tahun 2017', *Buletin Keslingmas*, 37(4), pp. 475-481.
- Azzahra, S. K., Suyatno and Aruben, R. (2017) 'Hubungan Karakteristik Narapidana, Preferensi Penampilan, Rasa, dan Menu Makanan dengan Sisa Makanan', *Kesehatan Masyarakat*, 5(2), pp. 85-92.
- Chambers, L., McCrickerd, K. and Yeomans, M. (2014) 'Optimising foods



- for satiety', *Trends in Food Science & Technology*, 41. doi: 10.1016/j.tifs.2014.10.007.
- Direktorat Jenderal Pemasaryakatan (1995) 'Undang-Undang RI No 12 Tahun 1995 tentang Lembaga Pemasaryakatan'. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemasaryakatan.
- Direktorat Jenderal Pemasaryakatan RI (2015) *Pedoman Penyelenggaraan Makanan di Lembaga Pemasaryakatan, Rutan dan Cabrutan*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan dan Perawatan Narapidana dan Tahanan.
- Fajrin, R. A. (2015) 'Pelaksanaan Hak Narapidana atas Pelayanan Kesehatan dan Makanan yang Layak di Lembaga Pemasaryakatan Kelas II A Bojonegoro', *Jurnal Novum*, 2(1), pp. 83-97.
- Hidayat, R., Bahar, H. and Ismail, C. S. (2017) 'Skrining dan Studi Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis Paru di Lembaga Pemasaryakatan Kelas II A Kendari Tahun 2017', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah*, 2(6).
- Kurniawati, E. (2016) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Terjadinya Sisa Makanan Narapidana', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(3), pp. 177-186.
- Primawardani, Y. (2017) 'Perawatan Fisik terkait Penyediaan Makanan dan Minuman Bagi Narapidana di Lembaga Pemasaryakatan Ditinjau dari Pendekatan Hak Asasi Manusia', *Jurnal Ilmiah Kebijakan Hukum*, 11(2), pp. 159-179.
- Runturambi, J. S. (2014) 'Budaya Penjara: Arena Sosial Semi Otonom di Lembaga Pemasaryakatan "X"', *Jurnal Antropologi Indonesia*, 34(1). Available at: <http://journal.ui.ac.id/index.php/jai/article/view/3199%3C/div%3E>.
- Setyaningrum, A. (2015) *Pengaruh Dukungan Sosial Orang Tua Terhadap Motivasi Berprestasi Siswa Kelas V Sekolah Dasar Di Gugus Hasanudin Kabupaten Cilacap Tahun Ajaran 2014/2015*. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Stanga, Z. et al. (2003) 'Hospital food : a survey of patients ' perceptions', *Clinical Nutrition*, 23(3), pp. 241-246. doi: 10.1016/S0261-5614(02)00205-4.
- Valero, A. and Garcia, A. (2013) 'Evaluation of factors affecting plate waste of inpatient in different healthcare settings', *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 28, pp. 419-427. doi: 10.3305/nh.2013.28.2.6262.
- Wahyuningsih, U., Khomsan, A. and Ekawidyani, K. R. (2014) 'Asupan Zat Gizi, Status Gizi, dan Status Anemia pada Remaja Laki-laki Pengguna Narkoba di Lembaga Pemasaryakatan Anak Pria Tangerang', *Jurnal Gizi dan Pangan*, 9(1).

## Gambaran Promosi Kesehatan di Tempat Umum Supermarket Sakinah Surabaya

### *Health Promotion in Public Places of Sakinah Supermarket Surabaya*

Zulfia Husnia<sup>1)</sup>, Hario Megatsari<sup>1)</sup>

<sup>1</sup> Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga  
Email: [zulfia.husnia-2016@fkm.unair.ac.id](mailto:zulfia.husnia-2016@fkm.unair.ac.id)

#### ABSTRACT

**Background:** Humans daily activities are inseparable from public places. Public places are facilities used for communal public activities, such as buying and selling in supermarket. The management of supermarkets have to ensure clean, healthy, safe, and comfortable facilities which do not give disadvantages for health. In responding this issue, health promotion is required in public places to get rid of environmental pollution and disease transmission. **Objective:** This study described health promotion in public places as found in Sakinah Supermarket. **Method:** This study was descriptive research with a quantitative approach. Data were categorized into primary data through observation and in-depth interview, as well as secondary data through Sakinah Supermarket's document. The analysis was explored by using Ottawa Charter's 5 means of action as basic health promotion tool. **Results:** Health promotion in Sakinah Supermarket was still lacking. Health promotion efforts that have been done well are the concept of a No-Smoking Area, where Sakinah Supermarket did not sell cigarettes and did not provide smoking area. **Conclusion:** Sakinah Supermarket has not supported healthy public places since it does not give adequate information to improve individual's awareness of health.

**Keywords:** Health Promotion, Supermarket, Public Place

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Aktifitas manusia di kehidupan sehari-hari tidak dapat terlepas dengan tempat umum. Tempat umum merupakan sarana yang digunakan untuk kegiatan masyarakat, contohnya jual-beli seperti di supermarket. Pihak manajemen supermarket perlu menjamin adanya fasilitas yang bersih, sehat, aman, nyaman, dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan. Dalam menyikapi hal tersebut, promosi kesehatan perlu dilakukan di tempat umum supaya tempat umum tidak menjadi tempat pencemaran lingkungan dan penularan penyakit. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tentang promosi kesehatan di tempat umum, yaitu Supermarket Sakinah. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Sumber data yang digunakan adalah data primer dari hasil observasi dan wawancara, serta data sekunder dari dokumen Supermarket Sakinah. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi non partisipatif. Analisis yang dilakukan menggunakan 5 sarana aksi Ottawa Charter sebagai dasar dari promosi kesehatan. **Hasil:** Gambaran promosi kesehatan di Supermarket Sakinah sebagian besar masih belum terlaksana dengan baik. Promosi kesehatan yang sudah terlaksana dengan baik adalah konsep Kawasan Tanpa Rokok (KTR), dimana Supermarket Sakinah tidak menjual rokok dan tidak menyediakan area khusus merokok. **Kesimpulan:** Lingkungan di Supermarket Sakinah masih kurang mendukung masyarakat untuk mendapatkan informasi promosi kesehatan yang bisa meningkatkan kemampuan individu khususnya dalam bidang kesehatan.

**Kata Kunci:** Promosi Kesehatan, Swalayan, Tempat Umum

## PENDAHULUAN

Menurut Green promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang direncanakan untuk memudahkan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Sedangkan menurut WHO, promosi kesehatan adalah proses atau upaya pemberdayaan masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoadmodjo, 2007). Individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan, agar dapat mencapai keadaan sehat tersebut (WHO, 1986). Promosi kesehatan perlu diterapkan di institusi, baik di pelayanan kesehatan, sarana pendidikan (sekolah), rumah tangga, tempat kerja, dan tempat umum. Aktifitas manusia seperti interaksi sosial, bekerja, belajar atau aktifitas lainnya berhubungan erat dengan tempat umum. Tempat umum bisa berpotensi sebagai perantara dalam penularan penyakit, pencemaran lingkungan ataupun gangguan kesehatan lainnya. Jika tempat-tempat umum tidak terpelihara, maka akan menambah besarnya risiko penyebaran penyakit serta pencemaran lingkungan sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan dengan menerapkan promosi kesehatan dengan baik.

Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah tempat, fasilitas atau sarana umum yang digunakan untuk kegiatan atau aktifitas masyarakat yang diselenggarakan oleh pemerintah/swasta atau perorangan. Contoh TTU antara lain pasar rakyat, sekolah, fasilitas pelayanan kesehatan, terminal, bandara, stasiun, pelabuhan, bioskop, hotel dan tempat umum lainnya. TTU yang memenuhi syarat kesehatan adalah tempat dan fasilitas umum yang memenuhi persyaratan fisiologis, psikologis, dan dapat mencegah penularan penyakit antar pengguna, penghuni, dan masyarakat sekitarnya serta memenuhi persyaratan dalam pencegahan terjadinya masalah kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Tempat umum sebagai lingkungan sehat telah ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 162 menyebutkan bahwa

usaha kesehatan lingkungan dimaksudkan untuk mencapai kualitas lingkungan yang seimbang secara fisik, kimia, biologi, begitu juga sosial yang mendukung setiap orang untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Selanjutnya pada Pasal 163, Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat menjamin tersedianya lingkungan yang sehat dan tidak memiliki dampak buruk bagi kesehatan. Lingkungan sehat mencakup lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat umum. Lingkungan tersebut bebas dari unsur-unsur yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, seperti: limbah cair, padat, gas, sampah yang prosesnya tidak sesuai dengan ketentuan dari pemerintah, zat kimia berbahaya, hewan yang membawa penyakit, kebisingan yang melebihi ambang batas, pencemaran radiasi air, sinar dan udara, serta makanan yang terkontaminasi (UU RI No. 36 Th 2009, 2009).

Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016, secara nasional persentase TTU yang telah memenuhi syarat kesehatan pada tahun 2016 mencapai 52,64%. Pencapaian ini telah melebihi target Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2016 yaitu 52%. Namun capaian tersebut cenderung menurun dibandingkan capaian tahun 2015 yaitu 61,44%. Provinsi dengan persentase tertinggi adalah Kalimantan Utara (89,47%), Kepulauan Bangka Belitung (88,53%), dan Bengkulu (86,76%). Terdapat 8 (delapan) provinsi yang belum mencapai target 2016 diantaranya Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Sulawesi Barat, Papua Barat, Jawa Timur, Maluku Utara, Jawa Tengah, dan provinsi dengan persentase terendah adalah Lampung (1,41%) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Di Jawa Timur, dari total 2.455 TTU, ada 21,47% atau 527 TTU yang memenuhi syarat kesehatan. Sisanya yang belum memenuhi syarat kesehatan adalah 1.928 TTU (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Di Surabaya persentase TTU yang telah memenuhi syarat kesehatan pada tahun 2016 adalah mencapai 87,3%. Hasil tersebut terdiri dari TTU berupa sarana pendidikan (SD, SLTP, SLTA), sarana kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit Umum) dan Hotel (Bintang, Non Bintang) berjumlah 1.719 TTU yang ada (Dinkesprov Jatim, 2017).

Terkait dari data tersebut, promosi kesehatan di tempat umum masih belum dilakukan kontrol di Pusat Perbelanjaan atau Toko Modern seperti Supermarket. Supermarket termasuk dalam kriteria tempat umum, yaitu: (a) Diperuntukkan bagi masyarakat umum, (b) Harus memiliki gedung atau bangunan permanen, (c) Harus ada kegiatan/aktivitas didalamnya (contoh: jual beli), (d) Harus ada fasilitas seperti: saluran air bersih, WC, urinoir, tempat sampah, dan lain-lain (Wikipedia, 2017). Menurut Peraturan Presiden RI Nomor 112 Tahun 2007 pasal 4 ayat 1, mengenai Penataan dan Pembinaan pada Pasar, Toko/Tempat Perbelanjaan Tradisional maupun Modern, bahwasanya pendirian bangunan tempat aktifitas jual-beli tersebut wajib menyediakan fasilitas yang menjamin kebersihan, kesehatan, keamanan, ketertiban dan kenyamanan (Perpres, 2007).

Promosi kesehatan di Supermarket dapat didukung oleh sarana aksi yang menjadi dasar pelaksanaan promosi kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan isi Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada, pada 21 November 1986 yang telah menghasilkan Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*) berisi 5 butir sarana aksi promosi kesehatan, yaitu:

**1. Membangun Kebijakan Berwawasan Kesehatan (*Build Healthy Public Policy*).**

Artinya mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkatan administrasi mempertimbangkan dampak kesehatan dari setiap kebijakan yang dibuat.

**2. Menciptakan Lingkungan yang Mendukung (*Create Supportive Environment*).**

Artinya menciptakan suasana lingkungan (baik fisik maupun sosial-politik) yang mendukung (konduktif), sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya-upaya positif bagi kesehatan.

**3. Memperkuat Gerakan Masyarakat (*Strengthen Community Action*).**

Artinya memberi dukungan terhadap kegiatan masyarakat, supaya masyarakat lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.

**4. Mengembangkan Keterampilan Individu (*Develop Personal Skill*).**

Artinya mengupayakan agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya kesehatan, melalui pemberian informasi, pendidikan dan pelatihan yang memadai. Upaya ini akan lebih efektif dan efisien bila dilakukan melalui pendekatan tatanan (*setting*).

**5. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Service*).**

Artinya mengubah orientasi pelayanan kesehatan agar lebih memprioritaskan upaya promotif dan pencegahan, namun tanpa melupakan upaya pengobatan dan pemulihan.

Terkait dengan hal tersebut, perlu dilakukan penelitian yang memberikan gambaran tentang upaya-upaya promosi kesehatan yang dilakukan di Supermarket sebagai tempat umum. Tujuan penelitian ini akan membahas kebijakan mengenai promosi kesehatan di Supermarket, lingkungan fisik dan sosial di Supermarket, pelayanan kesehatan yang disediakan di Supermarket, dukungan kegiatan masyarakat di Supermarket, dan upaya yang dilakukan dalam rangka meningkatkan keterampilan kesehatan pribadi pengunjung di Supermarket Sakinah Surabaya.

**METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan observasional. Penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat, serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Nazir, 2003). Tujuan umum dilaksanakannya penelitian ini adalah untuk melihat gambaran promosi kesehatan di tempat umum yaitu Supermarket Sakinah, yang berlokasi di jalan Arif Rachman Hakim Nomor 32 Keputih, Sukolilo, Surabaya. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober-November 2017.

Responden dalam penelitian disebut informan. Sumber informan dari penelitian ini adalah 1 orang Kepala HRD, 1 orang karyawan dan 7 orang pengunjung Supermarket Sakinah. Cara penentuan subjek penelitian dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Data yang

digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer didapatkan dari hasil pengamatan atau observasi di lapangan dan wawancara dengan informan. Wawancara menggunakan instrumen panduan wawancara. Panduan wawancara merupakan daftar pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh data dari informan secara langsung melalui proses komunikasi atau dengan mengajukan pertanyaan.

Panduan wawancara penelitian ini berdasarkan dari kebijakan yang berkaitan dengan promosi kesehatan di Supermarket, seperti Peraturan Presiden RI Nomor 112 Tahun 2017 tentang Pusat Perbelanjaan, Peraturan Pemerintah RI No. 36 Tahun 2005 mengenai Bangunan Gedung (PP RI, 2005), Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2269 Tahun 2011 yang membahas Pedoman Pembinaan Perilaku Bersih dan Sehat (Permenkes, 2011), UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU RI No. 36 Th 2009, 2009), dan kebijakan lainnya.

Observasi dilakukan secara langsung oleh peneliti. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi yang berisi daftar kegiatan dan keadaan setempat yang akan diamati. Lembar observasi bersumber dari 5 butir upaya atau aksi promosi kesehatan *Ottawa Charter* dari WHO. Sedangkan data sekunder didapatkan dari profil Supermarket Sakinah.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Supermarket Sakinah awalnya merupakan kegiatan usaha Koperasi Pondok Pesantren (Kopontren) Hidayatullah As-Sakinah sejak tahun 1991. Pada tahun 1993 dibuka mini market seluas 200 m<sup>2</sup>. Kemudian pada tahun 2000 tempat usaha diperluas menjadi 500 m<sup>2</sup>. Tempat usaha ini merupakan cikal bakal berkembangnya Supermarket Sakinah. Pada tahun 2004, Kopontren As-Sakinah memperluas lokasi pertokoan menjadi 1.100 m<sup>2</sup>, dengan adanya tambahan lokasi pertokoan tersebut maka usaha semakin berkembang. Perjalanan Kopontren As-Sakinah hingga saat ini setiap tahun menunjukkan angka penjualan yang semakin meningkat, seiring dengan meningkatnya potensi pasar di lokasi tersebut yang sebagian besar merupakan mahasiswa ITS (Institut Teknologi Sepuluh

Nopember) yang bertempat tinggal atau kost di daerah Keputih Surabaya dan sekitarnya (UJKS AS-SAKINAH, 2004).

Hingga saat ini Supermarket Sakinah sudah memiliki tujuh cabang, enam cabang di daerah Surabaya, dan cabang lain di Lamongan. Supermarket Sakinah terbagi menjadi beberapa divisi penjualan dan pelayanan antara lain: supermarket yang melayani kebutuhan sehari-hari, bagian *stationery* yang menjual peralatan sekolah dan kantor, bagian buku-buku yang menjual berbagai buku, serta bagian pakaian mulai dari anak-anak hingga dewasa. Selain itu Supermarket Sakinah juga membuka peluang kerjasama bagi pemilik usaha lainnya yang ingin membuka usahanya di Supermarket Sakinah dengan cara menyewa stan maupun tempat di lahan Supermarket Sakinah. Beberapa kerjasama yang saat ini dijalin adalah Sego Jamur, Buna Rendang, Pentol Gila, JNE, dan usaha lainnya (Pusat Informasi Sakinah Group, 2017).

Supermarket Sakinah menjalin banyak kerjasama dengan distributor produk-produk yang dijual. Masing-masing divisi penjualan yang ada di Sakinah dapat dipasok oleh lebih dari satu distributor. Dengan begitu diharapkan persediaan barang yang ada tidak akan mengalami kekosongan stok dan tidak menimbulkan kekecawaan konsumen. Ketika berbelanja di Supermarket Sakinah, konsumen dapat membeli produk secara partai maupun secara eceran dimana nantinya setiap pembayaran akan mendapatkan bukti pembelian.

Supermarket Sakinah juga menyediakan beberapa fasilitas untuk memberi kepuasan dan kenyamanan bagi konsumen Sakinah. Fasilitas tersebut antara lain: *free parking* yang terjamin keamanannya karena dijaga oleh petugas khusus, kamar mandi yang terletak di lantai satu, tempat sholat atau mushola yang ada di lantai dua, dan memiliki fasilitas tempat penitipan barang bagi pengunjung. Sumber daya manusia yang dimiliki oleh Supermarket Sakinah atau dalam hal ini adalah pegawai selalu dikembangkan baik secara kualitas maupun kuantitas. Contohnya dengan mengadakan kegiatan pelatihan setiap satu bulan sekali dan kegiatan spiritual seperti *tausiyah*. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan *skill*, kesehatan mental dan spiritual, sehingga dapat bekerja dengan

lebih nyaman, serta dapat memberikan pelayanan yang terbaik pada konsumen.

Data bulan September 2017, jumlah total pekerja di Supermarket Sakinah sebanyak 90 orang, dengan rincian:

- Karyawan Supermarket : 40 orang
- Kasir : 17 orang
- Bagian Gudang : 7 orang
- Security : 14 orang
- Keuangan : 5 orang
- Bagian Voucher : 7 orang

Pemberian nama 'Sakinah' memiliki konsep yang mendukung upaya promosi kesehatan. Kata *Sakinah* dalam Qur'an Surat Ar-Rum ayat 21 dalam Al-Qur'an dan tafsirnya Departemen Agama, diartikan sebagai ketentraman dan ketenangan. Adanya rasa *sakinah* / ketentraman merupakan modal yang paling berharga dalam mewujudkan kebahagiaan. Dengan adanya perasaan bahagia, jiwa dan pikiran menjadi tenteram, tubuh dan hati menjadi tenang, kehidupan dan penghidupan menjadi lebih baik, kegairahan hidup akan tumbuh, dan ketenteraman secara menyeluruh akan tercapai (Ismatulloh, 2015).

Pengertian *sakinah* tersebut sesuai dengan konsep sehat menurut WHO bahwa sehat merupakan suatu kondisi yang sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial, bukan hanya terhindar dari penyakit atau kelemahan. Sesuai dengan namanya, Supermarket Sakinah berusaha untuk mengupayakan lingkungan yang sehat sehingga pengunjung dan pekerja merasa *sakinah* / tenteram selama berada di Supermarket Sakinah.

Supermarket Sakinah merupakan tempat umum yang wajib menerapkan promosi kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 pada Pasal 163 menyatakan bahwa tempat umum sebagai lingkungan yang sehat dan tidak memiliki dampak buruk bagi kesehatan. Pernyataan tersebut didukung oleh Peraturan Presiden RI Nomor 112 Tahun 2017 pasal 4 ayat 1, bahwa Supermarket wajib menyediakan fasilitas yang menjamin kebersihan, sehat, tertib dan ruang tempat umum yang nyaman dan aman.

Berikut ini merupakan gambaran promosi kesehatan tempat umum di Supermarket Sakinah:

### 1. Membangun Kebijakan Berwawasan Kesehatan (*Build Healthy Public Policy*)

Promosi kesehatan merupakan pilar utama kesehatan masyarakat. Hal tersebut dikarenakan semua program kesehatan memiliki aspek perilaku. Dibutuhkan berbagai upaya demi terwujudnya perilaku masyarakat yang mau dan mampu menjaga serta meningkatkan kesehatannya. Strategi promosi kesehatan merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk mewujudkan visi promosi kesehatan. Pendekatan yang harus ditekankan agar perilaku dapat dijalankan dengan konsisten yaitu melalui regulasi. Adanya regulasi atau peraturan tersebut akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam bertindak (Rahana, 2018).

**Tabel 1.** Hasil Observasi dan Wawancara tentang Kebijakan Promosi Kesehatan di Supermarket Sakinah

| Komponen   | Ada | Tidak |
|--|-----|-------|
| Terdapat kebijakan tertulis tentang promosi kesehatan di supermarket                                   |     | ✓     |
| Terdapat tenaga pengelola promosi kesehatan di supermarket   |     | ✓     |
| Terdapat alokasi anggaran dana untuk pelaksanaan promosi kesehatan                                     |     | ✓     |
| Terdapat perencanaan promosi kesehatan di supermarket  |     | ✓     |
| Pembangunan bangunan gedung sesuai kebijakan RT-RW kabupaten/kota, RDTRKP, dan RTBL                    | ✓   |       |
| Bangunan gedung aman bagi keseimbangan lingkungan  | ✓   |       |
| Bangunan gedung tidak berdampak pada arus air.   | ✓   |       |
| Bangunan gedung tidak mencemari lingkungan;  | ✓   |       |
| Luas wilayah Supermarket antara 400 - 5.000 m <sup>2</sup>   | ✓   |       |
| Supermarket menjual barang eceran terutama produk makanan dan rumah tangga lainnya                     | ✓   |       |
| Menyediakan lokasi bagi usaha kecil dengan harga atau biaya sewa sesuai dengan kemampuan pemilik usaha | ✓   |       |
| Jam kerja hari senin-jumat pukul 10.00-22.00 WIB   | ✓   |       |
| Jam kerja untuk sabtu-minggu Pukul 10.00-23.00 waktu setempat  | ✓   |       |

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar komponen kebijakan telah terpenuhi oleh Sakinah Supermarket. Supermarket Sakinah Surabaya belum memiliki kebijakan tertulis tentang promosi kesehatan. Mereka belum memiliki tenaga dan anggaran khusus sebagai pengelola promosi kesehatan di Supermarket. Namun, Supermarket Sakinah memiliki perencanaan gedung dan lingkungan dengan memperhatikan beberapa aspek kesehatan, seperti bangunan gedung yang tidak mengganggu keseimbangan lingkungan, tidak berdampak pada arus air yang dapat mencemari lingkungan.

Supermarket Sakinah berada di atas tanah seluas 2.250 m<sup>2</sup>, dengan rincian bangunannya seluas 1.500 m<sup>2</sup>, dan 750 m<sup>2</sup> area kosong untuk lahan parkir. Hal ini sesuai dengan batasan luas lantai Supermarket yaitu antara 400 - 5.000 m<sup>2</sup>, yang tertulis di Peraturan Presiden RI Nomor 112 Tahun 2007 Pasal 3 ayat 2 point b tentang Penataan Pasar, Pusat Perbelanjaan (Perpres, 2007).

Jam buka Supermarket Sakinah Surabaya adalah pukul 07.00 sampai pukul 22.30 WIB. Hal tersebut tidak sesuai dengan Peraturan Presiden RI Nomor 112 Tahun 2007 pasal 7 ayat 1, yaitu Senin-Jumat, pukul 10 pagi - 10 malam. Hari Sabtu dan Minggu, pukul 10.00 - 23.00 waktu setempat (Perpres, 2007).

Menurut Peraturan Presiden Nomor 112 tahun 2007, Supermarket menjual barang eceran terutama produk

makanan dan rumah tangga lainnya. Selain itu, Supermarket memberikan tempat bagi usaha kecil dengan biaya sewa sesuai dengan kesanggupan pemilik usaha. Kedua hal tersebut sudah dipenuhi oleh Supermarket Sakinah Surabaya (Perpres, 2007).

Dari penuturan Manager Supermarket Sakinah Surabaya, hambatan yang dialami dalam menjalankan kebijakan upaya promosi kesehatan di Supermarket Sakinah Surabaya yaitu belum adanya perencanaan yang sistematis dan kurangnya anggaran dana untuk pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan.

## 2. Menciptakan Lingkungan yang Mendukung (*Create Supportive Environment*)

Salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah lingkungan. Selain mempengaruhi kesehatan, lingkungan juga berpengaruh terhadap perilaku. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori H.L.Blum yang menjelaskan tentang 4 faktor yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan individu maupun kelompok, berturut-turut mulai dari lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik. Keempat faktor tersebut saling terkait dalam mempengaruhi kesehatan (Rahana, 2018).

Berikut ini hasil observasi dan wawancara tentang lingkungan fisik dan sosial promosi kesehatan di Supermarket Sakinah Surabaya:

**Tabel 2.** Hasil Observasi dan Wawancara tentang Lingkungan Fisik dan Sosial Promosi Kesehatan di Supermarket Sakinah

| Komponen   | Ada | Tidak |
|--|-----|-------|
| Bangunan gedung memiliki ventilasi                                     | ✓   |       |
| Bangunan gedung memiliki pencahayaan yang tidak menimbulkan efek silau | ✓   |       |
| Pencahayaan pada bangunan gedung dapat bekerja secara otomatis         |     | ✓     |
| Lantai dalam keadaan bersih  | ✓   |       |
| Terdapat sistem pembuangan air bersih dan limbah yang sesuai           | ✓   |       |
| Terdapat toilet  | ✓   |       |
| Terdapat air bersih  | ✓   |       |
| Terdapat tempat parkir   | ✓   |       |
| Area merokok terpisah di luar ruangan                                  | ✓   |       |
| Supermarket memiliki akses khusus bagi penyandang cacat                |     | ✓     |
| Terdapat pojok laktasi   |     | ✓     |
| Terdapat tempat sampah terpisah organik dan anorganik                  |     | ✓     |
| Terdapat jalur evakuasi dengan tanda arah yang jelas                   |     | ✓     |
| Terdapat tempat ibadah di supermarket                                  | ✓   |       |
| Terdapat pepohonan di area supermarket                                 |     | ✓     |
| Tersedianya musik, TV, atau media hiburan lainnya                      | ✓   |       |
| Memiliki program <i>Corporate Social Responsibility (CSR)</i>          | ✓   |       |

Dari Tabel 2, beberapa komponen lingkungan fisik sudah terpenuhi dan beberapa belum terpenuhi oleh Sakinah Supermarket. Dari segi lingkungan, upaya kesehatan untuk mewujudkan lingkungan fisik yang mendukung terhadap kesehatan di Supermarket Sakinah Surabaya diantaranya:

- a. Bangunan gedung memiliki ventilasi, sehingga suhu udara tidak terasa lembab.

Hal ini diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 39 ayat 1, yang berbunyi bangunan gedung pelayanan umum harus memenuhi persyaratan sistem penghawaan, yaitu mempunyai ventilasi alami dan/atau ventilasi buatan (PP RI, 2005). Di Supermarket Sakinah meski menggunakan AC untuk ventilasinya baik karena pintu utama selalu terbuka sehingga suhu ruangan tidak terlalu lembab. Tetapi karena pintu utama selalu terbuka terkadang AC yang digunakan hanya terasa di beberapa sudut saja, dan ada bagian yang terasa panas. Fariska (salah satu pengunjung) berharap untuk kondisi suhu ruangan tetap stabil sehingga saat berbelanja merasa nyaman dan tidak mengganggu kenyamanan dalam berbelanja karena merasakan suhu yang terkadang panas.

- b. Bangunan gedung memiliki pencahayaan yang cukup, tidak menimbulkan efek silau ataupun terasa gelap.

Hal ini diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 41, yang menyatakan bahwa untuk penerangan dalam bangunan, harus memiliki penerangan yang cukup, baik berasal dari cahaya alami maupun buatan, begitu juga persiapan penerangan darurat (PP RI, 2005). Di dalam Supermarket Sakinah pencahayaan dibantu dengan lampu yang cukup sehingga setiap sudut atau lorongnya terlihat jelas dan membantu pembeli / pengunjung dalam melihat barang-barang dengan jelas tanpa ada gangguan karena cahaya yang menimbulkan efek silau atau tidak terang.

- c. Lantai di Supermarket Sakinah bersih dan tidak licin.

Lantai di Supermarket Sakinah tampak bersih, dan tidak licin karena pihak Sakinah selalu mengutamakan kebersihan dan kenyamanan pengunjung/ pembeli dan ada petugas yang membersihkan lantai, sehingga lantai tidak licin dan terlihat bersih.

- d. Terdapat sistem pembuangan air bersih dan limbah yang sesuai.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 44 menjelaskan bahwa untuk memiliki sistem sanitasi yang baik, bangunan gedung harus memiliki sistem pembuangan air kotor/limbah (PP RI, 2005).

- e. Terdapat toilet.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 61 menyatakan bahwa setiap bangunan gedung yang merupakan fasilitas umum harus menyediakan prasarana dan sarana yang lengkap, salah satunya tersedianya toilet. Penyediaan toilet direncanakan dengan mempertimbangkan jumlah pengguna toilet. Selain itu toilet juga mudah dilihat dan mudah dijangkau (PP RI, 2005). Pada Supermarket Sakinah terdapat 2 toilet, tetapi toilet tersebut tidak dipisah antara laki-laki dan perempuan. Kondisi lantai toilet bersih, tidak berbau, dan terdapat tempat sampah di dalam kamar mandi.

- f. Terdapat air bersih.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 43, menyatakan bahwa seluruh bangunan harus memiliki fasilitas air yang bersih untuk memenuhi syarat sistem sanitasi. Pada kamar mandi Supermarket Sakinah tersedia air bersih, namun tidak dalam jumlah yang banyak dan tidak disediakan dalam bak. Di kamar mandi tersebut hanya menyediakan ember yang menampung air bersih (PP RI, 2005).

- g. Terdapat tempat parkir.

Peraturan Pemerintah No.36 Tahun 2005 pasal 61 mengenai bangunan gedung menyatakan bahwa salah satu kelengkapan prasarana dan sarana pemanfaatan bangunan gedung adalah tersedianya tempat parkir.



Perencanaan penyediaan tempat parkir mempertimbangkan fungsi bangunan gedung, dan aman bagi lingkungan (PP RI, 2005). Menurut Pandu Heru, salah satu pelanggan, Supermarket Sakinah memiliki keamanan yang baik, seperti helm dan motor yang sering menjadi perhatian pelanggan. Sehingga ketika berbelanja, mereka merasa aman dengan kendaraan yang diparkirkan.

- h. Area merokok terpisah di luar ruangan.

Dalam Peraturan Bersama Menteri Kesehatan No. 188 Tahun 2011 Pasal 1 menjelaskan bahwa Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah suatu lingkungan atau area yang tidak diperkenankan untuk aktifitas merokok, termasuk juga kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan mempromosikan produk tembakau. Kemudian pada pasal 5 dijelaskan bahwa tempat kerja dan tempat umum diperbolehkan menyediakan kawasan khusus merokok, dengan beberapa persyaratan (Permenkes, 2011). Namun, Supermarket Sakinah tetap tidak memiliki ruangan khusus area merokok, karena di Sakinah tidak menjual dan mengiklankan rokok dalam bentuk apapun. Selain itu, petugas serta pengunjung dilarang merokok. Sehingga pengunjung sadar bahwa area tersebut termasuk Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

- i. Supermarket tidak memiliki akses khusus bagi penyandang cacat.

Pada Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 60 menyebutkan bahwa semua bangunan, selain tempat tinggal, dianjurkan memiliki akses dan fasilitas untuk memudahkan pengguna berkebutuhan khusus, seperti lanjut usia dan penyandang cacat yang berkunjung ke bangunan tempat umum, serta dapat melakukan aktivitas di lingkungan gedung dengan merasa aman, tidak kesulitan dan bisa mandiri (PP RI, 2005). Fasilitas dan aksesibilitas yang dimaksud seperti kamar mandi, lahan parkir, telepon umum, jalur pemandu, rambu dan marka, pintu, tangga, dan lift bagi pengguna berkebutuhan khusus.

- j. Tidak terdapat pojok laktasi

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 61 menyatakan

bahwa Setiap bangunan gedung pada fasilitas umum harus menyediakan sarana dan prasarana yang lengkap untuk pemanfaatan bangunan gedung, salah satunya tersedianya ruang khusus bayi atau pojok laktasi. Namun pada Supermarket Sakinah tidak memiliki fasilitas tersebut (PP RI, 2005).

- k. Tidak terdapat tempat sampah terpisah organik dan anorganik.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 45, menyebutkan agar setiap bangunan gedung harus dilengkapi dengan sistem pembuangan kotoran dan sampah, supaya memenuhi sistem sanitasi yang baik. Hal yang perlu diperhatikan adalah bagaimana penyediaan tempat sampah atau penampungan kotoran yang baik pada lingkungan bangunan tersebut (PP RI, 2005). Di Supermarket Sakinah memang terdapat tempat sampah tetapi pihak pengelola tidak menyediakan tempat sampah terpisah baik organik maupun anorganik, dikarenakan sudah ada petugas yang membersihkan dan kondisi tempat sampah tidak pernah terlihat penuh atau menimbulkan bau yang bisa mengganggu kenyamanan pengunjung.

- l. Tidak terdapat jalur evakuasi dengan tanda arah yang jelas.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 59 menyatakan bahwa sarana evakuasi harus dimiliki seluruh bangunan gedung, khususnya bangunan tempat umum. Sarana evakuasi yang dimaksud terdiri dari pintu keluar darurat, peringatan bahaya, dan jalur evakuasi yang terjamin kemudahan aksesnya bagi pengguna untuk melakukan evakuasi apabila terjadi bencana atau keadaan darurat secara aman (PP RI, 2005).

- m. Terdapat tempat ibadah di supermarket

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 61 menyatakan bahwa sebagai tempat umum setiap bangunan gedung harus dilengkapi prasarana dan sarana yang bermanfaat bagi pengguna, salah satunya tersedianya tempat ibadah. Pada Supermarket Sakinah terdapat Musholla yang berada di lantai 2 tepatnya di sebelah kantor operasional Supermarket Sakinah,

- kondisi Musholla bersih, luas, dan nyaman (PP RI, 2005).
- n. Tidak terdapat pepohonan di area supermarket

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pada pasal 25 menyatakan bahwa bangunan gedung juga dianjurkan mempertimbangkan adanya bagian luar bangunan dan tersedianya ruang terbuka hijau yang selaras, serasi dan seimbang dengan lingkungannya. Sedangkan pada Supermarket Sakinah tidak memiliki pepohonan, bagian depan hanya ruang kosong untuk tempat parkir kendaraan (PP RI, 2005).

- o. Tersedianya musik, televisi, atau media hiburan lainnya

Pada Supermarket Sakinah terdapat musik yang disiarkan melalui alat pengeras suara. Namun tidak terdapat televisi atau media hiburan lainnya. Musik yang diputar adalah lagu islami dan pop yang bisa menghibur dan membuat nyaman pengunjung.

- p. Memiliki program *Corporate Social Responsibility (CSR)*

*Corporate Social Responsibility (CSR)* atau Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan (TJSL) menurut Undang-

Undang No. 40 Tahun 2007 yang membahas mengenai Perseroan Terbatas (UUPT) pada pasal 1 angka 3, TJSL adalah komitmen perseroan untuk berperan aktif dalam pembangunan ekonomi berkelanjutan (UU RI No. 40 Th 2007, 2007). TJSL bertujuan untuk meningkatkan kualitas kehidupan dan lingkungan yang bermanfaat, baik bagi perseroan sendiri, komunitas setempat, maupun masyarakat pada umumnya. Supermarket Sakinah Surabaya memiliki program CSR yang sebagian besar disalurkan ke Pondok Pesantren Hidayatullah. Hal tersebut mengingat Supermarket Sakinah merupakan kegiatan usaha dari Koperasi Pondok Pesantren (Kopontren) Hidayatullah.

### 3. Memperkuat Gerakan Masyarakat (*Strengthen Community Action*)

Salah satu aksi untuk mendukung terwujudnya masyarakat yang tau, mau dan mampu memelihara kesehatannya adalah dengan memperkuat gerakan masyarakat, supaya tujuan dari promosi kesehatan dapat tercapai.

Berikut ini hasil observasi dan wawancara tentang dukungan kegiatan masyarakat di Supermarket Sakinah:

**Tabel 3.** Hasil Observasi dan Wawancara tentang Dukungan Kegiatan Masyarakat di Supermarket Sakinah

| Komponen  | Ada | Tidak |
|---|-----|-------|
| Keramahan antara karyawan dan pengunjung                              | √   |       |
| Supermarket mengadakan senam rutin untuk masyarakat                   |     | √     |
| Pengunjung berpartisipasi dalam kegiatan yang diadakan di supermarket |     | √     |

Dari Tabel 3, sebagian besar komponen lingkungan sosial telah terpenuhi oleh Sakinah Supermarket.

- a. Keramahan antara karyawan dan pengunjung

Karyawan di Supermarket Sakinah selalu mengutamakan 5S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, dan Santun), dan dalam melayani selalu menyapa, misal "Selamat pagi / Sore / Malam". Menurut Anisah (salah satu pengunjung), dia merasa nyaman berbelanja di Supermarket Sakinah karena petugas yang bertugas ramah dalam melayani setiap pengunjung/pembeli.

- b. Supermarket tidak mengadakan senam rutin untuk masyarakat

Menurut salah satu karyawan di Supermarket Sakinah, pernah

diadakan senam rutin setiap hari Minggu tetapi sekarang sudah tidak dilaksanakan lagi. Kegiatan olahraga rutin tetap diselenggarakan, namun hanya untuk karyawan dan pengurus internal, seperti olahraga futsal setiap satu pekan satu kali.

- c. Pengunjung kurang berpartisipasi dalam kegiatan yang diadakan di supermarket.

Kegiatan-kegiatan yang mengajak partisipasi masyarakat sebaiknya perlu dilakukan suatu institusi, terutama pada tempat umum seperti Supermarket Sakinah. Hal ini perlu dilakukan untuk menjaga hubungan sosial antara institusi dengan masyarakat sekitar. Namun, partisipasi masyarakat kurang dalam mengikuti kegiatan yang diadakan

oleh Supermarket Sakinah. Hal ini perlu menjadi perhatian pihak Supermarket Sakinah untuk membuat inovasi kegiatan untuk menjalin hubungan sosial dengan masyarakat.

#### 4. Mengembangkan Keterampilan Individu (*Develop Personal Skill*)

Peningkatan keterampilan individu dapat dilakukan dengan intervensi awal memberikan pemahaman berupa informasi, pendidikan, dan pelatihan yang

memadai kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah dan mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan yang profesional, dan sebagainya (Notoadmodjo, 2010). Metode pemberian pemahaman ini lebih bersifat individual daripada massa.

Berikut ini hasil observasi dan wawancara tentang aspek individu promosi kesehatan di Supermarket Sakinah:

**Tabel 4.** Hasil Observasi dan Wawancara tentang Aspek Individu Promosi Kesehatan di Supermarket Sakinah

| Komponen  | Ada | Tidak |
|---|-----|-------|
| Terdapat media visual, seperti poster yang menginformasikan tentang kesehatan di supermarket        |     | ✓     |
| Terdapat media audio, seperti radio yang menginformasikan tentang kesehatan di supermarket          |     | ✓     |
| Terdapat media audiovisual, seperti televisi yang menginformasikan tentang kesehatan di supermarket |     | ✓     |
| Terdapat informasi mengenai makanan yang sehat dan bergizi di area tempat makan supermarket         |     | ✓     |
| Terdapat informasi mengenai <i>personal hygiene</i> (kebersihan diri) di toilet                     |     | ✓     |
| Terdapat tulisan larangan merokok di ruangan-ruangan tertutup di supermarket                        |     | ✓     |
| Terdapat plang informasi mengenai pojok laktasi yang bisa digunakan                                 |     | ✓     |
| Terdapat informasi mengenai ASI di pojok laktasi  |     | ✓     |
| Terdapat arahan jenis sampah yang termasuk organik dan anorganik pada tempat sampah                 |     | ✓     |

Dari tabel 4, komponen aspek individu promosi kesehatan belum terpenuhi oleh Sakinah Supermarket.

- a. Tidak terdapat media visual, audio, maupun audio visual seperti yang menginformasikan tentang kesehatan di supermarket.

Permenkes RI No 2269 tahun 2011 Bab III Proses pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Sub bab E Pembinaan PHBS di berbagai tatanan, nomor 4 Pembinaan PHBS di Tempat Umum bagian bina suasana, menyatakan bahwa Pemilik/pengelola tempat umum dan Tim Kesehatan juga bertugas menyelenggarakan bina suasana di tempat umum yang mereka kelola (Permenkes, 2011). Tugas utama tim kesehatan adalah berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS bagi pengunjung tempat umum yang dikelolanya. Tugas berikutnya adalah memanfaatkan media tentang PHBS seperti pemasangan billboard, poster, banner di tempat-tempat strategis, pembagian selebaran (leaflet),

pertunjukan film, serta, jika mungkin, menyelenggarakan seminar, diskusi, atau *talk show* dengan mengundang pakar atau figur publik untuk menjadi pengisi acara. Selain itu juga bisa melakukan pemanfaatan halaman untuk taman obat/taman gizi, dan lain-lain. Di Supermarket Sakinah masih belum terdapat berbagai media visual, audio, maupun audiovisual yang menginformasikan tentang kesehatan yang bisa diakses oleh pengunjung/ pembeli.

- b. Tidak terdapat informasi mengenai makanan yang sehat dan bergizi di area tempat makan supermarket.

Di Supermarket Sakinah masih belum terdapat informasi mengenai makanan yang sehat dan bergizi di area tempat makan.

- c. Tidak terdapat informasi mengenai *personal hygiene* (kebersihan diri) di toilet.

Kondisi toilet di Supermarket Sakinah masih belum mencantumkan informasi mengenai *personal hygiene*

di depan toilet maupun di sekitar toilet.

- d. Tidak terdapat tulisan larangan merokok di ruangan-ruangan tertutup di supermarket.

Di Supermarket Sakinah memang tidak terdapat tulisan dilarang merokok tetapi disana sudah menerapkan konsep Kawasan Tanpa Rokok (KTR), yaitu aksi nyata dengan pegawai yang tidak merokok dan tidak menjual rokok, jadi hal tersebut bisa membuat pengunjung/ pembeli paham bahwa di lingkungan tersebut dilarang merokok. Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI No.19 Tahun 2003 Pasal 22 yang menyatakan bahwa tempat umum dinyatakan sebagai Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan tanpa rokok adalah area yang tidak diperbolehkan untuk melakukan kegiatan produksi, perdagangan, iklan, promosi dan/atau penggunaan rokok (PP RI, 2003).

- e. Tidak terdapat plang informasi mengenai pojok laktasi yang bisa digunakan untuk Ibu menyusui.

Hal tersebut dikarenakan Supermarket Sakinah untuk saat ini belum menyediakan tempat pojok laktasi. UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 128 ayat 2 menyatakan bahwa selama seorang ibu dalam masa menyusui bayinya, pemberian Air Susu Ibu (ASI) harus didukung penuh oleh pihak keluarga, Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dengan menyediakan fasilitas dan waktu khusus. Berikutnya dilanjut pada pasal 3, penyediaan fasilitas khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disediakan di tempat

umum dan tempat kerja (UU RI No. 36 Th 2009, 2009).

- f. Tidak terdapat arahan membuang sampah pada tempatnya dan pembagian jenis sampah organik dan anorganik pada tempat sampah.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 45 ayat 1 menyebutkan bahwa perlu dibuat perencanaan sistem pembuangan kotoran dan sampah juga dipasang dengan mempertimbangkan fasilitas penampungan dan jenis sampah. Di Supermarket Sakinah untuk tempat sampah tidak dipisah antara sampah organik dan anorganik, dan tidak terdapat arahan untuk membuang sampah pada tempatnya (UU RI No. 36 Th 2009, 2009).

##### 5. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Services*)

Masyarakat pada umumnya memahami bahwa penyedia pelayanan kesehatan adalah pihak suatu institusi. Sedangkan masyarakat sendiri merupakan penerima jasa dari pelayanan kesehatan tersebut. Pemahaman tersebut perlu diorientasi kembali, bahwa sebenarnya masyarakat bukan hanya pengguna jasa pelayanan kesehatan, tetapi juga sebagai penyelenggara kesehatan dalam batasan tertentu. Antara institusi dan masyarakat perlu bekerjasama untuk menciptakan lingkungan yang sehat, sehingga fungsi promotif dan prefentif dapat diutamakan sebelum kuratif.

Berikut ini hasil observasi dan wawancara tentang pelayanan kesehatan promosi kesehatan di Supermarket Sakinah:

**Tabel 5.** Hasil Observasi dan Wawancara tentang Pelayanan Kesehatan Promosi Kesehatan di Supermarket Sakinah

| Komponen   | Ada | Tidak |
|--|-----|-------|
| Tersedia kotak P3K   |     | /     |
| Supermarket mempunyai perencanaan pencegahan kebakaran             |     | /     |
| Monitoring pada keamanan kondisi peralatan yang ada di supermarket | /   |       |
| Investigasi terhadap segala insiden yang disebabkan kecelakaan     | /   |       |

Dari Tabel 5, beberapa komponen pelayanan kesehatan sudah terpenuhi dan beberapa belum terpenuhi oleh Sakinah Supermarket.

- a. Tidak tersedia kotak P3K.

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 15 Tahun 2008 Pasal 2, suatu instansi tempat

kerja wajib menyediakan petugas P3K dan fasilitas P3K (Kemenakertrans RI, 2008). Dalam Supermarket Sakinah belum menyediakan kotak P3K.

- b. Supermarket tidak mempunyai perencanaan pencegahan kebakaran  
Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pada pasal 34,

semua gedung selain tempat tinggal pribadi dan tempat tinggal deret, dianjurkan memiliki perlindungan dari kemungkinan terjadinya kebakaran dengan sistem perlindungan baik aktif dan pasif (PP RI, 2005). Selain itu, Supermarket Sakinah tidak memiliki APAR (Alat Pemadam Api Ringan) yang bisa menjadi antisipasi apabila terjadi kebakaran.

- c. Monitoring pada keamanan kondisi peralatan yang ada di Supermarket.

Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2005 pasal 79 menyatakan bahwa pemeriksaan berkala pada bangunan gedung harus dilakukan untuk pemeliharaan dan perawatan bangunan, komponen, prasarana-sarana, dan seluruh komponen gedung guna memperoleh perpanjangan sertifikat laik fungsi (PP RI, 2005).

- d. Investigasi terhadap segala insiden yang disebabkan kecelakaan.

Supermarket Sakinah memiliki perencanaan dan melakukan investigasi terhadap segala insiden yang disebabkan kecelakaan. Sehingga dapat diketahui penyebab kecelakaan dan dapat dievaluasi supaya kejadian tersebut tidak terulang kembali dan menjadi pelajaran bagi institusi.

## KESIMPULAN

Supermarket Sakinah Surabaya belum menerapkan promosi kesehatan dengan keseluruhan. Masih banyak aspek yang belum terlaksana diantaranya adalah belum adanya kebijakan tertulis, belum adanya upaya peningkatan pemeliharaan kesehatan mandiri, dan belum tercapainya sistem pelayanan kesehatan yang baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dinkesprov Jatim (2017) *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Ismatulloh, A.M. (2015) 'Konsep Sakinah, Mawaddah Dan Rahmah Dalam Al-Qur'an (Prespektif Penafsiran Kitab Al-Qur'an Dan Tafsirnya)', *Mazahib*, XIV(1), pp. 53-64.
- Kemenakertrans RI (2008) 'Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI Nomor 15 Tahun 2008 Tentang Pertolongan Pertama pada Kecelakaan di Tempat Kerja'.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nazir, M. (2003) *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoadmodjo, S. (2007) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2010) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permenkes (2011) 'Permenkes Nomor Nomor 2269 Tahun 2011 Tentang Pedoman Perilaku Hidup Bersih dan Sehat'.
- Perpres (2007) 'Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 112 Tahun 2007 Tentang Penataan Dan Pembinaan Pasar Tradisional, Pusat Perbelanjaan Dan Toko Modern'.
- PP RI (2003) 'Peraturan Pemerintah RI Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan'.
- PP RI (2005) 'Peraturan Pemerintah RI Nomor 36 Tahun 2005 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung'.
- Pusat Informasi Sakinah Group (2017) *Sakinah Supermarket, Surganya Mahasiswa*. Available at: <https://sakinahsupermarket.blogspot.co.id>.

## Determinants of Elderly Behavior Follow the Posyandu in the Working Area of Kebonsari Primary Healthcare Surabaya

Made Ariani

Departement Of Health Promotion And Behavioral Science, Faculty Of Public Health, Universitas Airlangga, Surabaya Indonesia  
Email: made.ariani-2016@fkm.unair.ac.id

### ABSTRACT

**Background:** Indonesia is ranked 4<sup>th</sup> in the World with the largest population in 2017 of 261,890,882 million. According to the 2017 Central Bureau of Statistics, the elderly population is 23.4 million (8.97%) of the Indonesian population. The habit of the elderly attending the Integrated Health Center (Posyandu) can have a good impact on the health of the elderly in the future. **Objective:** The aims of this study was to analyze the factors associated with the participation of the elderly following the Posyandu. **Method:** This study used Cross Sectional design with a sample of 210 respondents aged 45-59 years; 60-74 years; 75-84 years; and >84 years old. The technique used in sampling is simple random sampling with its independent variables namely intention, social support, information access, personal autonomy, and action situations in the elderly. The dependent variable is the activity of the elderly following the Posyandu. The data collection technique used primary data and secondary data. Data were analyzed by the chi square test through the SPSS application to see factors related to the activity of the elderly following the Posyandu. **Result:** From the results of the analysis, all independent variables showed a relationship between the independent variables on the activity of the elderly in attending the Elderly Posyandu ( $P < \alpha$  ( $\alpha = 0.05$ )). The P value for each variable, namely the intention P value= 0.015 (RP 3.619: 95% CI 1.599-8.188); social support P value =0.008 (RP 2.374: 95% CI 1.285-4.385); access to information P value= 0.007 (RP 2,714: 95%CI 1.356-5.429); personal autonomy P value= 0.012 (RP 2.876: 95% CI 1.316-6.289); and the action situation P value= 0.0001 (RP 5.575: 95% CI 2.913-10672). Elderly people with supportive action situations tend to actively participate in Posyandu 5 times greater than the elderly with non-supportive action situations. **Conclusion:** there is a significant relationship between intention, social support, information access, personal autonomy, and the situation of the elderly's actions towards the active participation of the elderly in the Posyandu.

**Keywords:** Activeness, Elderly, Posyandu

### INTRODUCTION

The success of national development in Indonesia is measured from the Human Development Index (HDI) of the economic side with per capita income, the education side with literacy rates, and the last from the health side with life expectancy. The more prosperity of a country, the increasing life expectancy of the population so that it causes the number of elderly population from year to year to increase.

According to the Central Statistics Agency (BPS) in 2017, the population of Indonesia is increasing year by year, especially in the population in the Elderly Group (Elderly) reaching more than 7%. In 2013 alone the number of elderly

population in Indonesia who were aged 60 years or more was ranked 108th of all countries in the world. Whereas in 2020 the number of elderly people in Indonesia is predicted to increase to 28 million people with more than 71 years of age (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018).

The size of the elderly population in Indonesia in the future will have both positive and negative impacts. Positive impact is called if the elderly are in a healthy, active and productive state. While the negative impact if a large number of elderly people have a problem of declining health resulting in an increase in the cost of health services, decreased income and productivity, increased disability and the lack of social

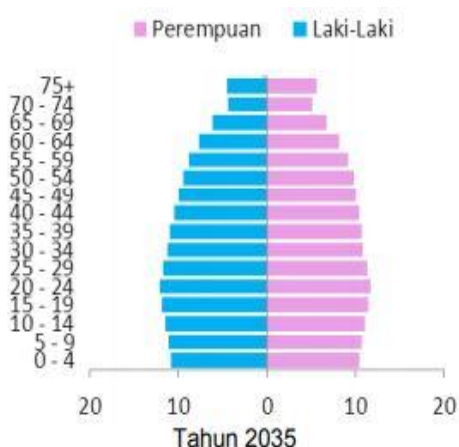
support and environment friendly to the elderly (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Health Act No. 36 of 2009 article 138 states that the Government is obliged to guarantee the availability of health facilities and services as an effort to maintain health for the elderly to keep them healthy and productive socially and economically in accordance with human dignity (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Government efforts to deal with problems that occur in the elderly are regulated in the Minister of Health Regulation of the Republic of Indonesia (Permenkes RI) No. 67 of 2015 concerning the Implementation of Aging Health Services in Primary Health Care (Puskesmas) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

(Permenkes RI) number 67 of 2015 in its implementation regulated in Surabaya Mayor Regulation number 33 of 2012 concerning the implementation of Supplementary Feeding (PMT) for the elderly (Walikota Surabaya, 2012; Kementerian Kesehatan RI, 2015). In the management of supplementary feeding (PMT) activities for the elderly, it is carried out 4 (four) times a month, which is once done in conjunction with the elderly posyandu activities such as examination of abdominal circumference, weight, height, tension, GDA (Random Blood Sugar), medicine according to doctor's indication, and health education. The next three times every week a pure supplementary feeding (PMT) is carried out.



Source: UNFPA Indonesia Monograph, 2014  
**Figure 1.** Projected Population of the Elderly Population in Indonesia in 2020



Source: UNFPA Indonesia Monograph, 2014  
**Figure 2.** Projected Population of the Elderly Population in Indonesia in 2035

In the city of Surabaya, besides referring to the Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia

**Table 1.** Distribution of Number of Posyandu Elderly in the City of Surabaya in 2010-2016

| Year | Number of Posyandu for Elderly |
|------|--------------------------------|
| 2010 | 278                            |
| 2011 | 415                            |
| 2012 | 464                            |
| 2013 | 557                            |
| 2014 | 601                            |
| 2015 | 675                            |
| 2016 | 668                            |

Source: Surabaya City Health Office Annual Report 2016

A research study conducted at the Medaeng Waru Sidoarjo Community Health Center in 2015 found that degenerative diseases including hypertension, diabetes mellitus, high cholesterol, and myalgia occurred in the region. With the aspect of Social Capital, namely trust, social networks, and norms, it makes the Elderly in the area become active in the activities of the Elderly Posyandu to control their body condition against the degenerative diseases they suffer (Burhanuddin, 2016).

The results of a preliminary study conducted in a previous study conducted at one of the Posyandu in the working area of the Kebonsari Public Health Center in Surabaya found that there were still those who had not routinely exercised the elderly which were held at the time of the elderly Posyandu (Pratiwi and Hatmanti, 2015). Even though elderly exercise is one of the routine activities carried out during the posyandu. So that the elderly Posyandu activities organized

by the Kebonsari Health Center are not running optimally.

Based on the explanation above it can be seen that the determinant of the behavior of the elderly is related to the activeness of the elderly following the Posyandu of the elderly in the working area of the Kebonsari Health Center in Surabaya. The purpose of this study was to analyze the determinants of elderly behavior based on the theory of Snehandu B.Karr relating to the activeness of the elderly following the posyandu in the work area of the Kebonsari Primary Health Care in Surabaya.

## METHOD

This research was an analytic observational research, with a cross sectional design. The sample selection used simple random sampling taken from 840 elderly who become permanent members in 10 posyandu and as many as 210 samples obtained by the WHO according to the age of the elderly are 45-59 years (middle age); 60-74 years old (old age); 75-84 years (old age); and > 84 years (very old age). Data collection techniques used were primary data and secondary data. Primary data were obtained from the observation of the activeness of the elderly when the posyandu took place and the distribution of questionnaires containing the variables studied, namely intention, social support, access to information, personal autonomy, and the situation of action. Secondary data were obtained from the Health Profile of the Puskesmas in 2017, the attendance list, and the Card Towards Health (KMS) of the elderly who attended the posyandu for a year.

The analysis technique used in this study was to analyze the independent variables in the elderly related to the activeness of the elderly following the posyandu using the chi-square test through the SPSS application. Then the frequency distribution or percentage (%) form of each table was reported as an analysis result.

## RESULTS AND DISCUSSION

The results of research conducted at the elderly Posyandu in the working area of Kebonsari Surabaya Health Center

through questionnaires and observation of activities in each elderly Posyandu.

Table 2 presents the results of the study based on the characteristics of the elderly. The majority of elderly female respondents were 62.4% aged 60-74 years, namely 42.9% (old age). The elderly graduated from high school by 41% and the elderly did not work as much as 65.2%.

**Table 2.** Characteristics of Respondents by Gender, Age, Education, and Occupation

| Characteristics                   | n          | %          |
|-----------------------------------|------------|------------|
| <b>Gender</b>                     |            |            |
| Male                              | 79         | 37.6       |
| Female                            | 131        | 62.4       |
| <b>Age</b>                        |            |            |
| 45-59 year                        | 14         | 6.7        |
| 60-74 year                        | 90         | 42.9       |
| 75-84 year                        | 78         | 37.1       |
| >84 year                          | 28         | 13.3       |
| <b>Education</b>                  |            |            |
| Uneducated                        | 15         | 7.1        |
| Graduated from Elementary School  | 49         | 23.3       |
| Graduated from Junior High School | 39         | 18.6       |
| Graduated from Senior High School | 86         | 41         |
| College                           | 21         | 10         |
| <b>Employment Status</b>          |            |            |
| Employed                          | 137        | 65.2       |
| Unemployed                        | 16         | 7.6        |
| Retired                           | 57         | 27.1       |
| <b>Total</b>                      | <b>210</b> | <b>100</b> |

**Table 3.** Distribution of Frequency of Elderly Activities Following the Elderly Posyandu at the Kebonsari Health Center in Surabaya 2019

| Participation in Posyandu | n   | %    |
|---------------------------|-----|------|
| Active                    | 151 | 71,9 |
| Not Active                | 59  | 28,1 |

Table 3 shows that most of the elderly actively participate in the Posyandu for the elderly, which is held every month at 71.9%. The activeness of the elderly following this posyandu is based on the presence of the elderly every month when attending the elderly posyandu through the KMS Lansia (Card Towards Health) and a list of elderly attendance that is managed by local Posyandu cadres. The Posyandu for the elderly in the working area of the Surabaya Kebonsari Community Health



Center in terms of the number of Posyandu formed from year to year has indeed increased. But in reality there are still elderly people whose activeness to participate in elderly Posyandu is still lacking. This was obtained from previous research that there are still many elderly people who do not take part in the elderly gymnastic activities routinely. Even though one of the elderly posyandu

activities include elderly exercise which is beneficial for the health of the elderly.

Good attendance or active participation in activities at the elderly posyandu if the frequency of attendance > 6 times per year, while the presence of a bad or inactive presence if the frequency of attendance < 6 times per year (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

**Table 4.** Relationship Between Intentions, Social Support, Access to Information, Personal Autonomy, and Action Situations towards Elderly Activities Following the Posyandu for the Elderly in the Work Area of Kebonsari Surabaya Health Center in 2019

| Independent Variable      | Activity of the Elderly |                | P value ( $\alpha=0,05$ ) | Ratio Prevalence (RP) | Confident Interval (CI) |
|---------------------------|-------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
|                           | Active (%)              | Not Active (%) |                           |                       |                         |
| <b>Behavior Intention</b> |                         |                |                           |                       |                         |
| High                      | 65.7                    | 21             | 0.015                     | 3.619                 | 1.599-8.188             |
| Low                       | 6.2                     | 7.1            |                           |                       |                         |
| <b>Social Support</b>     |                         |                |                           |                       |                         |
| High                      | 45.7                    | 16,2           | 0,008                     | 2,374                 | 1,285 - 4,385           |
| Low                       | 26,2                    | 11,9           |                           |                       |                         |
| <b>Access Information</b> |                         |                |                           |                       |                         |
| High                      | 60,5                    | 18,5           | 0,007                     | 2,714                 | 1,356 - 5,429           |
| Low                       | 11,4                    | 9,6            |                           |                       |                         |
| <b>Autonomy Personal</b>  |                         |                |                           |                       |                         |
| High                      | 64,3                    | 21             | 0,012                     | 2,876                 | 1,316 - 6,289           |
| Low                       | 7,6                     | 7,1            |                           |                       |                         |
| <b>Action Situation</b>   |                         |                |                           |                       |                         |
| High                      | 54,3                    | 10             | 0,0001                    | 5,575                 | 2,913 - 10,672          |
| Low                       | 17,6                    | 18,1           |                           |                       |                         |

Table 4 presents the relationships between variables. Bivariate analysis used the chi square test to find out the relationship between the activeness of the elderly following the elderly posyandu and the determinants of elderly behavior based on Snehandu B. Karr's theory in the work area of the Kebonsari Public Health Center in Surabaya. Research from the bivariate analysis based on Table 4 found significant results, each having a relationship between behavioral factors based on the theory of Snehandu B. Karr with the activeness of the elderly following the elderly Posyandu.

It is known that there is a significant relationship between the intention of the respondents and the activeness of the elderly to participate in the elderly posyandu. The results showed that elderly who had high intentions by 65.7% were more active in participating in the Posyandu Elderly. As many as 21% of the elderly despite having high intention turned out to be not actively participating in the Posyandu held every month. Based

on the value of the RP (Ratio Prevalence) on the intention variable towards the activeness of the elderly following the posyandu of 3,619. This means that elderly with high intentions have a tendency to actively participate in posyandu activities by 3.619 or 3 times greater than those with low intention (95% CI 1.599-8.188).

Significant relationships were obtained from social support in the elderly. Most respondents who received high social support were actively participating in the elderly Posyandu at 45.7%, while low social support at 16.2% were not actively following the Posyandu for the elderly. Even though the elderly get high social support, the elderly are not necessarily active in joining the Posyandu. The RP value for this variable is 2.337, meaning that the elderly with high social support tend to actively participate in posyandu activities at 2,374 or 2 times greater than the elderly with low social support (95% CI 1.285-4.385).

There is a relationship or link between information access and the activeness of the elderly to join the elderly posyandu in the work area of the Kebonsari Public Health Center in Surabaya. As many as 60.5% of the elderly get information about posyandu which causes the elderly to become active in joining the Posyandu activities every month. RP value on the information access variable is 2.714. This means that the access to information obtained by the elderly tends to actively participate in posyandu at 2.714 or 2 times greater than those who do not get access to information (95% CI 1.356-5.429).

A significant relationship is also obtained from personal autonomy in the elderly. More than half of the elderly who have independent personal autonomy of 64.3% are more active in participating in the elderly posyandu activities in the work area of the Kebonsari Public Health Center in Surabaya. The value of RP in the independent personal autonomy variable has a tendency to actively participate in posyandu at 2.876 which means that it is 2 times greater than the elderly who are not independent (95% CI 1.316-6,289).

Significant correlation was obtained from the elderly who have a good supportive action situation of 54.3% following the posyandu for the elderly in the active category. While the elderly who have situations that do not support action are in the inactive category at 18.1%. For the action situation variable has a RP value of 5.575. This means that the action situation variable that supports the elderly has a tendency to join the posyandu for the elderly 5 times greater than the situation of the elderly action that does not support it. It can also be assumed that the supportive action situation in the elderly has a greater tendency to be active in the posyandu activities of the elderly compared to other factors (95% CI 2.913-10.672).

### Intention

The intention of the elderly in this study is the desire possessed by the elderly to take part in the elderly posyandu activities routinely every month. The best way to find out someone's desire to do something related to their health is to know what their intentions are (Jatmika, 2015).

Based on the results of existing studies, the majority of the elderly have a high intention to attend the posyandu for the elderly. It can be assumed that the intention of the elderly to join the posyandu of the elderly is quite good where the elderly still want themselves to stay healthy even at a young age.

In line with previous research which states that the intention of the elderly to continue to follow the elderly Posyandu at the health center and the ability to always come in the elderly Posyandu activities even though no one is accompanying. In addition, the elderly who intend to participate in posyandu are obtained from the elderly who have a view that strongly agrees on trust, object evaluation, motivation to follow behavior, control of trust, and feel the strength of participation in following the elderly Posyandu (Retno, 2016).

### Social Support

Social support basically describes the role or influence that can be caused by other significant people such as family, peers, relatives, and people in other surrounding environments. The aspects of social support according include:

1. Emotional support includes expressions of sympathy, empathy, caring, and attention to those concerned
2. Appreciation support includes expressions of respect or respect for positive actions for the person
3. Instrumental support includes direct assistance to facilitate the behavior concerned such as delivering to the destination, taking time, giving objects that support healthy behavior and others
4. Informative support includes giving advice, suggestions and feedback (Melianawati, 2015).

Based on the results of research that has been done most of the elderly argue that they have high social support. Elderly who get high social support include actively taking part in the elderly posyandu routinely. This is not in line with previous research which states that the activeness of the elderly in joining the elderly posyandu is not related to social support provided by families, posyandu cadres, peers or community leaders around the elderly environment.

### Information Access

Access to information is a convenience given to someone or the public to obtain public information as needed. Sources of information are obtained by using telecommunication tools and through channels or other media. Access to information needs is recognized as a basic right for everyone, but there is a gap in society, namely between people who have more access to information and people who lack access to information.

Based on the results of the study most of the respondents stated that there was access to information about the elderly Posyandu in the neighborhood around the Elderly and actively participated in the Posyandu Elderly. In line with previous research, it is known that the elderly experience better changes regarding their health by routinely attending posyandu activities (Manihuruk and Nadjib, 2018). Perceived needs in utilizing posyandu are obtaining information on health conditions, exchanging friendships with fellow elderly, obtaining health services easily, being able to increase knowledge through counseling obtained from health workers, knowing the threat of diseases that can be suffered by the elderly at an early stage.

### Personal Autonomy

Autonomy is defined as the individual as the initiator and source of behavior (Guay, Ratelle and Chanal, 2008). Supporting autonomy also means taking an individual perspective, giving choices, and giving reasons if there are no other possible choices (Filak and Sheldon, 2003).

Based on the results of the study, the elderly declared independence in their personal autonomy. This can be interpreted that most of the elderly are in healthy condition so that they can make decisions and act according to their personal decisions without the need for coercion from others relating to their health. The elderly are independent because they are in good health. With a healthy condition, the elderly are able to do any activity without asking for help from others, or as little as possible depends on others. While the elderly who are not independent, must be assisted even not able to do daily activities.

Elderly who are not independent due to physical conditions that have declined due to the aging process, and the illness suffered by respondents causes respondents to need help from others in carrying out activities.

In line with the results of previous studies suggested that independence arising at the age of age that is supported by good socioeconomic, high family support can cause the elderly to achieve happiness physically and mentally or achieve well-being (Wiliyanarti, 2017).

### Action Situation

The theory put forward by Snehandu B. Karr that the Situation of Action is a certain condition that encourages a person to behave or not behave for his health. The situation of the condition in question is very broad including geographical conditions, facilities available in the place of health services in this case is a place Posyandu, as well as the ability possessed by the elderly themselves to come to reach the Posyandu for the elderly.

The situation of action on the elderly in this study includes distance, time taken, costs incurred, weakness of the elderly body when attending the Posyandu Elderly and how the comfort and security of the conditions in which the posyandu is held in each region. Based on the results of the research that has been done, it is found that the respondents surveyed have a supportive action situation in terms of the geographical condition of the environment around the elderly to attend the Posyandu Seniors.

Previous research suggests that elderly are actually active in the use of elderly Posyandu (Rusmin, Bujawati and Habiba, 2017). Because the elderly assume, even though they incur a transportation fee of more than Rp. 10,000, it is not comparable with the benefits that are obtained if they routinely attend Posyandu activities. This is in line with previous research, the elderly assume that by following the Posyandu the elderly can generate benefits for themselves. If the elderly already know the benefits of the elderly posyandu then even when the elderly are experiencing physical complaints, they remain active in following the elderly posyandu (Retno, 2016).

This study contrasts with the results of previous study in Kebumen, where many elderly people who do not actively visit the posyandu for the elderly are due to seeing the physical condition of the elderly. The other reason for the elderly is because the elderly routinely check their health condition in the hospital (Barokah, 2016).

## CONCLUSIONS

Based on the results of the research that has been done, it is concluded that there is a significant relationship between intention, social support, access to information, personal autonomy, and the situation of the elderly's actions towards the activeness of the elderly following the elderly Posyandu in the work area of the Kebonsari Public Health Center in Surabaya.

## REFERENCES

- Badan Pusat Statistik Indonesia (2018) 'Statistik Lingkungan Hidup Indonesia'.
- Barokah, S. (2016) *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Posyandu Lansia di Desa Tanjungmeru Kecamatan Kutowinangun Kabupaten Kebumen*. STIKES Muhammadiyah Gombang.
- Burhanuddin, A. (2016) *Aspects of Social Capital Against the Participation of the Elderly Community in the Visit of Elderly Posyandu in the Medaeng Waru Health Center Area*. Universitas Airlangga.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Filak, V. F. and Sheldon, K. M. (2003) 'Student psychological need satisfaction and college teacher-course evaluations', *Educational Psychology*, 23(3), pp. 235-247. doi: <https://doi.org/10.1080/014434103200060084>.
- Guay, F., Ratelle, C. F. and Chanal, J. (2008) 'Optimal learning in optimal contexts: The role of self-determination in education.', *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Guay, Frédéric: Departement des fondements et pratiques en education, Faculte des sciences de l'education, Universite Laval, Ste-Foy, PQ, Canada, G1K 7P4, Frederic.Guay@fse.ulaval.ca: Educational Publishing Foundation, 49(3), pp. 233-240. doi: 10.1037/a0012758.
- Jatmika, S. E. D. (2015) 'Norma Masyarakat Untuk Meningkatkan Niat Ibu Hamil dalam Memberikan ASI Eksklusif', *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu"*, 6(1), pp. 50-57.
- Kementerian Kesehatan RI (2014) *Infodatin-Lansia.2014.Pdf*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2015) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat'. Jakarta.
- Manihuruk, M. and Nadjib, M. (2018) 'Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Lansia ke Posbindu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Bintara Kota Bekasi Tahun 2017', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 7(4), pp. 158-167. doi: 10.22146/JKKI.26409.
- Melianawati (2015) 'Hubungan antara dukungan sosial orang tua dengan minat melanjutkan pendidikan perguruan tinggi pada remaja di kecamatan keluang Musi Banyuasin', *Jurnal Psikologi Universitas Bina Darma Palembang*, 1(1), pp. 1-11.
- Pratiwi, D. and Hatmanti, N. M. (2015) 'Senam Lansia Mempengaruhi Tekanan Darah Lansia Di Puskesmas Kebonsari Surabaya', *Journal of Health Sciences*, 6(2). doi: 10.33086/jhs.v6i2.40.
- Retno, D. M. (2016) 'Pengaruh Niat Terhadap Keaktifan Lansia Dalam Mengikuti Posyandi Lansia di Puskesmas Kalijudan, Surabaya', *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 3(1), pp. 60-69.
- Rusmin, M., Bujawati, E. and Habiba, N. (2017) 'Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Somba Opu Kabupaten Gowa Tahun 2015', *Al-Sihah Public Health Journal*, 9(1), pp. 9-18.
- Walikota Surabaya (2012) 'Peraturan Walikota Surabaya Nomor 33 Tahun

2012 tentang Penyelenggaraan  
Pemberian Makanan Tambahan bagi  
Lansia'. Surabaya: Walikota Surabaya.  
Wiliyanarti, P. F. (2017) *Pengembangan*

*Indikator dan Indeks Kesejahteraan  
Lanjut Usia di Surabaya*. Universitas  
Airlangga.

## Perilaku Masyarakat dalam Pembuangan Tinja ke Sungai di Kelurahan Rangkah, Surabaya

### *Community's Feces Disposal Behavior in Rangkah Village, Surabaya*

Rizky Dwi Rahmadani<sup>1)</sup>, Ilham Akhsanu Ridlo<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

<sup>2)</sup>Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

Email: [rizky.dwi.rahmadani-2016@fkm.unair.ac.id](mailto:rizky.dwi.rahmadani-2016@fkm.unair.ac.id)

#### ABSTRACT

**Background:** Environmental problems in Indonesia are complex to solve. Most people in Indonesia still inappropriately dispose feces in wrong places. Based on the Joint Monitoring Program WHO/UNICEF, 55 million people in Indonesia still had unhygienic defecation behavior. Rangkah Village, Tambaksari District face the same problem because its population is not balance with its area, so settling septic-tank becomes a problem. **Objective:** This study identified community's feces disposal behavior in Community Association Number 8 of Rangkah Village. **Method:** The primary data were collected through questionnaires, interview, and observation distributed to 249 respondents in Community Association Number 8 of Rangkah Village. While the secondary data were obtained through primary healthcare report. The analysis was done by using Slovin formula. **Results:** The respondents had good knowledge and attitude towards the importance of having latrines, septic-tank, and the danger of disposing feces into a river. However, environment has a big impact on the respondents to dispose feces into the river. They have already had latrines, but not septic-tank due to the lack of landfill for septic-tank and community's low economic level. **Conclusion:** Feces drain from the toilet to the river through pipes, and this causes environmental pollution which spreads diseases to people around the river. This problem still cannot be solved by the healthcare providers and local government although they have done a program that deals with this problem.

**Keywords:** behavior, stool removal, septic-tank, environmental pollution.

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Masalah lingkungan di Indonesia merupakan masalah yang kompleks dan sulit untuk diatasi. Salah satunya yaitu pembuangan tinja sembarangan yang masih banyak dilakukan oleh sebagian masyarakat Indonesia. Data Joint Monitoring Program WHO/UNICEF sebanyak 55 juta penduduk di Indonesia masih berperilaku BAB sembarangan. Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari mengalami hal yang sama dikarenakan tidak seimbangnya antara luas wilayah dan jumlah penduduk, sehingga pembangunan septic-tank terhambat dan menjadi masalah. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari terkait pembuangan tinja ke sungai. **Metode:** Data dari penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari penyebaran kuesioner pada masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari dengan jumlah responden 249 KK yang didapat dari perhitungan rumus slovin, wawancara kepada responden, observasi pada lingkungan sekitar, dan wawancara pada pihak Puskesmas. Kemudian untuk data sekunder didapat dari Puskesmas. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden telah memiliki pengetahuan dan sikap yang baik terhadap pentingnya memiliki jamban, pentingnya memiliki septic-tank, dan bahaya membuang tinja ke sungai. Namun, lingkungan sekitar yang membuat masyarakat berperilaku membuang tinja ke sungai. Masyarakat telah memiliki jamban namun mereka tidak memiliki septic-tank. Hal tersebut terjadi karena kurangnya lahan untuk pembuatan septic tank dan rendahnya tingkat ekonomi warga sekitar. **Kesimpulan:** Tinja yang dialirkan ke sungai melalui pipa menyebabkan penyakit bagi masyarakat sekitar sungai. Keadaan ini masih belum bisa

*diatasi oleh pihak Puskesmas dan pemerintah setempat walaupun telah dilakukan program-program untuk mengatasi masalah tersebut.*

**Kata Kunci:** perilaku, pembuangan tinja, septic-tank, pencemaran lingkungan.

## PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal yang harus diperhatikan oleh seluruh lapisan masyarakat, karena kesehatan merupakan suatu standar dari kesejahteraan seseorang. Konsep sehat merupakan suatu keadaan dimana kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial menjadi satu kesatuan dan tidak hanya bebas dari penyakit maupun kecacatan (Chandra, 2007). Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa Pembangunan Kesehatan ditujukan sebagai bentuk meningkatkan derajat kesehatan, yaitu berarti untuk pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia dan sebagai modal seutuhnya pelaksanaan pembangunan manusia Indonesia serta seluruh pembangunan masyarakat Indonesia (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Pembangunan masyarakat dapat dimulai dari mewujudkan kualitas lingkungan sehat. Cara yang digunakan baik kimia, biologi, fisik, serta sosial yaitu yang memungkinkan setiap individu mencapai derajat kesehatan dengan setinggi-tingginya melalui upaya kesehatan lingkungan. Lingkungan sehat dalam arti mencakup tempat kerja, lingkungan pemukiman, serta tempat umum, dan fasilitas umum.

Sasaran salah satu dari program Sustainable Development Goals (SDGs) pada tahun 2030 adalah mewujudkan akses kebersihan sanitasi yang memadai dan merata untuk semua, mengubah kebiasaan buang air besar di tempat terbuka, dan lebih memperhatikan kebutuhan kaum perempuan serta kelompok masyarakat yang rentan. Tujuan lainnya yaitu mendukung dan memperkuat partisipasi masyarakat lokal dalam meningkatkan pengelolaan air dan sanitasi. Masalah yang terdapat pada negara-negara berkembang yaitu perumahan dan sanitasi dasar.

Semua makhluk hidup baik tumbuhan, hewan, serta manusia itu berperilaku, dikarenakan masing-masing

makhluk hidup memiliki aktivitas. Perilaku dari segi biologi adalah suatu aktivitas yang dilakukan oleh makhluk hidup (Notoatmojo, 2012). Pada hakikatnya, perilaku manusia yang dimaksud adalah tingkah laku maupun tindakan dari diri sendiri yang mempunyai bentangan luas. Tindakan tersebut misalnya bekerja, berbicara, menangis, berjalan, tertawa, dan lain-lain. Perilaku merupakan kegiatan maupun aktivitas yang dapat diamati dari luar baik secara langsung maupun tidak. Respon seseorang terhadap rangsangan yang berasal dari luar adalah perilaku. Maka dari itu, perilaku tersebut terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus Organisme Respons (Skinner, 1938).

Perilaku kesehatan lingkungan yaitu bagaimana seseorang merespon lingkungannya, baik sosial budaya maupun lingkungan fisik dan sebagainya, yang akhirnya membuat lingkungan tidak berpengaruh terhadap kesehatannya. Dapat dikatakan, cara seseorang dalam mengelola lingkungannya yang tidak berakibat mengganggu kesehatan anggota keluarga, diri sendiri, bahkan masyarakatnya. Seperti cara mengelola air minum, pembuangan limbah, pembuangan tinja, pembuangan sampah, dan sebagainya (Notoatmojo, 2012).

Meskipun perilaku adalah bentuk efek dari stimulus yang dikeluarkan dari luar organisme, akan tetapi pemberian respon sesuai dengan jenis atau faktor lain dari orang yang terkait. Faktor-faktor yang berbeda ini disebut dengan determinan perilaku. Determinan perilaku dibedakan menjadi dua, yakni determinan internal dan eksternal. Determinan internal yakni karakter seseorang yang berasal dari dalam dirinya. Contohnya tingkat emosional, jenis kelamin, serta tingkat kecerdasan dan sebagainya. Determinan eksternal, yaitu seperti lingkungan politik, sosial, ekonomi, budaya, fisik, dan sebagainya. Faktor lingkungan tersebut adalah faktor yang

dapat mendominasi perilaku seseorang (Notoatmojo, 2007). Perilaku manusia dibedakan kedalam 3 bagian, yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Teori ini berkembang dan kemudian dimodifikasi yang digunakan pada pengukuran hasil pendidikan kesehatan seperti pengetahuan, sikap, dan praktik atau tindakan (Notoatmojo, 2007).

Pengetahuan adalah hasil dari mengerti, dan hal ini terjadi setelah seseorang bertindak dengan menggunakan inderanya terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra pendengaran, penglihatan, penciuman, raba, dan rasa. Pengetahuan seseorang paling besar diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan merupakan unsur yang penting untuk membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2012).

Stimulus yang didapat dari reaksi atau respon yang tertutup disebut sebagai sikap. Sikap dengan jelas memperlihatkan keserasian respon kepada rangsangan tertentu yang disebut respon pada kegiatan sehari-hari memiliki sifat emosional kepada rangsangan sosial (Notoatmojo, 2012).

Definisi tinja adalah sisa bahan buangan dari proses pencernaan makanan pada seluruh sistem pencernaan makanan (*tractus digestivus*) yang dikeluarkan dari tubuh manusia melalui anus. Pada penjelasan tersebut juga menjelaskan semua bahan buangan dari manusia yang berasal dari tubuhnya seperti halnya karbon monoksida (CO) yang merupakan sisa dari proses pernapasan, lendir dari pembuangan kelenjar, keringat, dan sebagainya (Soeparman and Ester, 2002) 2002). Ekskreta manusia (*human excreta*) yang berupa feses dan air seni (*urine*) merupakan hasil akhir dari proses yang ada pada tubuh manusia dengan menyebabkan pemisahan serta pembuangan zat-zat yang tidak dibutuhkan oleh tubuh (Chandra, 2007).

Pada permukiman di pinggiran kali Kelurahan Daning Puri, Denpasar, sebesar 72,4% kepala keluarga (KK) tidak mempunyai sarana pembuangan tinja yang layak, baik berupa *septic tank* atau mendapatkan fasilitas *sewerage system* sehingga tinja dialirkan menuju kali. Diketahui adanya hubungan yang signifikan antara jarak jamban dan kali terhadap ketersediaan *septic tank* dan

pemanfaatan sarana *sewerage system* dari hasil analisis statistik. Jamban yang dibangun dekat dengan kali berpotensi 8,733 kali tidak memiliki sarana *septic tank* dan limbah tinja tersebut dialirkan ke kali (Dwipayanti and Swastika, 2012).

Syarat dasar minimal yang harus dimiliki oleh setiap keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari yang termasuk dalam kesehatan lingkungan yaitu sanitasi dasar. Sanitasi dasar mempunyai ruang lingkup seperti sarana jamban keluarga, penyediaan air bersih, pembuangan air limbah, dan pembuangan sampah. Indonesia merupakan negara yang masih banyak masyarakatnya berperilaku buang air besar (BAB) sembarangan. Di sejumlah daerah, BAB sembarangan masih menjadi budaya di masyarakat. Data Joint Monitoring Program WHO/UNICEF tahun 2014, sebesar 55 juta penduduk di Indonesia berperilaku BAB sembarangan. Mereka juga melakukan aktivitas mandi dan mencuci pakaian di sungai yang sama dan bisa berakibat rentan terkena penyakit diare. Selain diare, balita mudah terserang pneumonia dari pencemaran tinja melalui udara (Karuru, 2014).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2012 menyebutkan, sebanyak 39-40 juta orang yang BAB sembarangan, merupakan mereka yang mempunyai WC, namun masih membuang kotorannya ke sungai. BAB yang dianjurkan oleh ahli kesehatan dan merupakan buang air besar yang sehat yaitu dengan membuang tinja di *septic tank* yang digali di tanah dengan syarat-syarat tertentu. Dengan pembuangan tinja di *septic tank* dan bukan di sungai, maka masyarakat telah melakukan salah satu syarat dasar kesehatan lingkungan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jamban keluarga yang digunakan masyarakat sebagian besar adalah leher angsa (97,5%), tetapi tidak semua menggunakan tangki septik untuk tempat pengelolaan dan penampungan tinja. Dari 39 unit responden yang memiliki jamban keluarga, hanya 29 unit (75%) yang memenuhi syarat. 10 unit yang tidak memenuhi syarat dikarenakan tempat penampungan tinja memiliki kedalaman sama dengan muka air tanah (Suliono, 2018).

Jawa Timur masih mengalami masalah terkait kebiasaan buang air besar sembarangan (BABS) (Karuru, 2014).



Jumlah penduduk sebesar 38.610.000 jiwa, sejumlah 2.923.910 diantaranya adalah anak-anak. Hanya 60,38% penduduknya yang memiliki akses ke sarana sanitasi yang layak, sedangkan 18,2% sama sekali tidak memiliki akses ke toilet. Dampak dari buruknya sanitasi memengaruhi angka kematian balita di Jawa Timur hingga 30 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan kasus diare pada balita mencapai 2,30%. Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari dikarenakan data yang didapat dari Kelurahan Rangkah menyebutkan bahwa Luas Wilayah 70 Ha dan dihuni oleh 6.545 kepala keluarga (KK) dan terdapat 19.518 penduduk. Dari data tersebut menunjukkan bahwa wilayah tersebut mengalami perbandingan yang tidak seimbang antara luas wilayah dan jumlah penduduk, sehingga menimbulkan kepadatan penduduk. Berdasarkan data yang didapat dari hasil wawancara dengan pihak Puskesmas Rangkah, yaitu RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari merupakan wilayah yang masih banyak penduduknya yang mempunyai jamban namun pembuangan tinja langsung pada sungai dan tidak dibuang pada *septic tank*.

Berdasarkan data diatas, maka penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran tentang perilaku masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari terkait pembuangan tinja ke sungai.

## METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan desain penelitian menggunakan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan kurang lebih satu bulan (Januari-Februari 2018), di lingkungan Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari. Pemilihan RW didasarkan pada hasil wawancara oleh pihak Puskesmas Rangkah dan didapat RW 8 yang memiliki masalah terhadap pembuangan tinja.

Data dikumpulkan dengan cara melakukan wawancara dan observasi langsung kepada masyarakat di RW 8 RT 1

sampai dengan RT 8, Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari dengan besar sampel sebanyak 617 KK. Penentuan sampel diambil menggunakan rumus Slovin dengan hasil 249 KK.

Kriteria inklusi sampel penelitian adalah:

- 1) Warga yang tinggal di RW 8 dari RT 1 hingga RT 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari
- 2) Responden dengan kriteria dewasa yang berusia lebih dari 18 tahun dan mengerti tentang pembuangan tinja di keluarga

Kriteria eksklusi penelitian adalah responden dengan kriteria anak-anak (5-11 tahun) serta lansia (lebih dari 46 tahun).

Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara terstruktur dan kuesioner yang diisi oleh responden. Observasi dilakukan peneliti pada warga dan kondisi lingkungan sekitar warga, baik di dalam maupun di luar rumah. Wawancara juga dilakukan dengan pihak Puskesmas Rangkah, untuk mengetahui upaya yang dilakukan pihak Puskesmas Rangkah tentang upaya promosi kesehatan terkait pentingnya memiliki *septic tank* dan tidak membuang tinja di sungai. *Informed consent* dilakukan dengan meminta persetujuan pada warga, juga mengirimkan surat tertulis yang berisikan penjelasan prosedur beserta hak dan kewajiban selama penelitian, serta format *informed consent* yang perlu ditandatangani oleh warga yang menyatakan kesediaan warga untuk ikutserta dalam penelitian. Hasil penelitian diolah dengan menggunakan program komputer, dengan menggunakan analisis deskriptif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Pengetahuan Responden terhadap Pentingnya Kepemilikan *Septic Tank*

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden yang memiliki *septic tank* dengan dengan pengetahuan yang baik yaitu berjumlah 90 (54,5%) responden dan mayoritas yang tidak

memiliki *septic tank* berpengetahuan buruk yaitu sebanyak 42 (50,0%) responden. Hasil dari analisis menunjukkan hasil signifikan yaitu *P value*

(0,040) <  $\alpha$  (0,05) yang berarti terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kepemilikan *septic tank*.

**Tabel 1.** Pengetahuan Responden terhadap Kepemilikan *Septic Tank* di RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari, Tahun 2018

| Pengetahuan  | Kepemilikan <i>Septic Tank</i> |             |                |             | Total      |            | <i>P value</i> |
|--------------|--------------------------------|-------------|----------------|-------------|------------|------------|----------------|
|              | Memiliki                       |             | Tidak Memiliki |             | n          | %          |                |
|              | n                              | %           | n              | %           |            |            |                |
| Baik         | 90                             | 54,5        | 75             | 45,5        | 165        | 100        | 0,040          |
| Buruk        | 42                             | 50,0        | 42             | 50,0        | 84         | 100        |                |
| <b>Total</b> | <b>132</b>                     | <b>53,0</b> | <b>117</b>     | <b>47,0</b> | <b>249</b> | <b>100</b> |                |

Pengetahuan yang rendah adalah salah satu faktor yang mendukung proses terjadinya penularan berbagai penyakit, diantaranya dipengaruhi oleh perilaku buang air besar di sembarang tempat. Oleh sebab itu, masyarakat yang berpengetahuan kurang mempunyai peluang lebih besar lebih menyukai buang air besar di sembarang tempat, sehingga mudah tertular berbagai penyakit seperti diare, *typhus*, muntaber, disentri, cacangan, dan gatal-gatal, dibandingkan dengan yang berpengetahuan cukup. Dengan demikian perlu adanya pengetahuan yang baik terhadap penggunaan jamban (Arsin *et al.*, 2003).

Apabila perilaku didasari oleh pengetahuan dan sikap yang positif, maka perilaku akan bersifat langgeng (*long lasting*) (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan kesehatan yang baik berbanding lurus dengan perilaku kesehatan. Semakin baik tingkat pengetahuan seseorang, maka tingkat pemahaman dan sikap seseorang akan semakin baik pula. Adanya pengetahuan, pemahaman, dan sikap yang baik tersebut maka akan diaplikasikan dengan perilaku yang baik pula. Hal tersebut menyatakan bahwa pengetahuan seseorang tentang kesehatan yang semakin baik, maka perilaku kesehatan akan semakin baik juga. Pengetahuan merupakan faktor awal dari perilaku yang diinginkan dan berhubungan positif dengan perilaku (Siregar, 2011).

Hasil penelitian dengan metode penyebaran kuesioner menunjukkan bahwa belum semua responden mengetahui bahwa bahaya dari tinja yang langsung dibuang ke sungai yaitu dapat menyebabkan pencemaran lingkungan. Belum semua responden juga mengerti

bahwa sungai akan digunakan kembali sebagai sumber air bersih untuk kehidupan sehari-hari sehingga tidak boleh tercemar dan mengetahui bahwa memiliki jamban pribadi merupakan hal yang sangat penting.

Pengetahuan warga tersebut didapat dari penyuluhan dari pihak Puskesmas Rangkah tentang bahaya tinja dan penyebab pencemaran lingkungan yang dapat menimbulkan penyakit bagi warga setempat serta pentingnya kepemilikan *septic tank* dan jamban. Masyarakat mengaku telah mengetahui informasi tersebut selain dari pihak Puskesmas juga didapat dari informasi yang beredar di sosial media seperti TV, Radio, Brosur, *Leaflet*, dan lain sebagainya. Data tersebut diperoleh dari wawancara oleh warga serta wawancara dari pihak Puskesmas Rangkah sendiri. Dari data tersebut, masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang aktif dalam mendapatkan informasi seperti tidak pernah mengikuti penyuluhan dan tidak mengerti media sosial.

#### Sikap Responden terhadap Pentingnya Kepemilikan *Septic Tank*

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki *septic tank* dengan pengetahuan baik yaitu berjumlah 110 (55,3%) responden dan mayoritas responden tidak memiliki *septic tank* dengan pengetahuan buruk yaitu berjumlah 28 (56,0%) responden. Hasil dari analisis menunjukkan hasil signifikan yaitu *P value* (0,015) <  $\alpha$  (0,05) yang berarti terdapat hubungan antara sikap dengan kepemilikan *septic tank*.

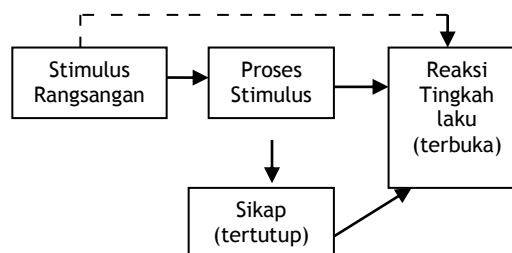
**Tabel 2.** Sikap Responden terhadap Kepemilikan *Septic Tank* di RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari, Tahun 2018

| Sikap | Kepemilikan <i>Septic tank</i> |      |                |      | Total |     | P value |
|-------|--------------------------------|------|----------------|------|-------|-----|---------|
|       | Memiliki                       |      | Tidak memiliki |      | n     | %   |         |
|       | n                              | %    | n              | %    |       |     |         |
| Baik  | 110                            | 55,3 | 89             | 44,7 | 199   | 100 | 0,015   |
| Buruk | 22                             | 44,0 | 28             | 56,0 | 50    | 100 |         |
| Total | 132                            | 53,0 | 117            | 47,0 | 249   | 100 |         |

Kesiapan untuk bertindak yang bukan termasuk penggerak motif tertentu merupakan sikap. Sikap bukan merupakan tindakan, tetapi sikap adalah suatu bentuk yang menentukan tindakan atau perilaku dapat terjadi. Sikap adalah reaksi yang tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Penghayatan objek yang didapat dari kesiapan untuk merespon objek dilingkungan tertentu disebut sebagai sikap (Notoatmojo, 2012).

Tidak semua masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah telah yakin bahwa dengan membuang tinja di sungai merupakan sesuatu yang tidak baik dan dapat menimbulkan pencemaran

lingkungan. Masyarakat yang dalam kategori buruk memiliki keyakinan bahwa dengan menyalurkan tinja ke sungai merupakan hal yang wajar.



Sumber: Notoatmojo, 2012

**Gambar 1.** Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi

**Tabel 3.** Kepemilikan Jamban dengan *Septic Tank* dan Tidak dengan *Septic Tank*

| Kepemilikan jamban | <i>Septic tank</i> |      |           |      | Total |     | P value |
|--------------------|--------------------|------|-----------|------|-------|-----|---------|
|                    | Ada                |      | Tidak ada |      | n     | %   |         |
|                    | n                  | %    | n         | %    |       |     |         |
| Memiliki           | 83                 | 45,9 | 98        | 54,1 | 181   | 100 | 0,800   |
| Total              | 132                | 53,0 | 117       | 47,0 | 249   | 100 |         |

### Kepemilikan Jamban

#### a. Memiliki Jamban namun tanpa *Septic Tank*

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang memiliki jamban tapi tidak memiliki *septic tank* sebesar 98 responden (54,1%). Hasil wawancara yang dilakukan yaitu responden yang tidak memiliki jamban membuang air besar ke WC umum yang telah tersedia di dekat hunian mereka, maka dapat dikatakan bahwa semua responden melakukan buang air besar melalui jamban. Hasil dari analisis menunjukkan hasil tidak signifikan yaitu *P value* (0,800) >  $\alpha$  (0,05) yang berarti tidak terdapat hubungan antara kepemilikan jamban dengan kepemilikan *septic tank*. Responden yang memiliki jamban belum tentu memiliki *septic tank*. Hasil yang menunjukkan bahwa sebagian responden RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari tidak memiliki *septic tank*.

Jamban dalam keluarga merupakan bangunan yang

dimanfaatkan untuk menampung kotoran manusia yang biasanya disebut dengan WC/kakus. Kotoran tersebut lalu disimpan dalam wadah tertentu dan dipastikan tidak menjadi penyebab penyebaran penyakit serta mengotori lingkungan sekitar. Kenyataannya, kotoran manusia setiap harinya bercampur dengan air, maka dalam pengolahannya sama dengan air limbah. Oleh karena itu, pengolahan kotoran manusia memiliki syarat-syarat yang sama dengan pengolahan air limbah.

Jamban dapat dikatakan memenuhi kriteria jamban sehat apabila:

- 1) Sumber air tidak tercemari oleh jamban. Posisi lubang yang digunakan untuk menampung kotoran kurang lebih berjarak 10 meter dari sumur air minum (sumur pompa tangan, sumur gali, dan lain-lain). Akan tetapi, apabila keadaan tanahnya berkapur atau dalam kondisi tanah liat yang retak-retak pada musim kemarau, dan juga

apabila letak jamban di atas sumber air minum pada tanah yang miring, maka jarak hendaknya lebih dari 15 meter

- 2) Tikus maupun serangga tidak dapat menjamah tinja dan juga tinja tidak menimbulkan bau di lingkungan sekitar. Tinja harus tertutup rapat misalnya dengan menggunakan jamban leher angsa atau penutup lubang yang rapat
- 3) Tanah di sekitar tidak dicemari oleh air seni, air pembersih, dan air penggelontor. Oleh karena itu, lantai jamban harus cukup luas kurang lebih berukuran 1×1 meter, dan dibuat cukup landai/miring ke lubang jongkok
- 4) Jamban harus terbuat dari bahan yang kuat dan tahan lama karena agar aman saat digunakan dan mudah untuk dibersihkan. Untuk menghemat biaya maka digunakan bahan-bahan yang ada di sekitar
- 5) Jamban harus dilengkapi dengan dinding dan atap untuk pelindung yang kedap air serta berwarna terang sehingga tidak gelap
- 6) Memiliki penerangan yang cukup
- 7) Lantai harus dalam keadaan kedap air
- 8) Memiliki luas ruangan yang cukup dan tidak terlalu rendah
- 9) Tersedia ventilasi yang baik
- 10) Terdapat air yang cukup dan alat untuk membersihkan.

Jamban yang terletak di RW 8 Kelurahan Rangkah kurang memenuhi syarat jarak yang telah ditentukan. Kondisi tersebut dikarenakan kurangnya lahan yang tersedia, sehingga letak jamban berdekatan dengan rumah masyarakat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1985).

Hasil observasi yang dilakukan di RW 8 Kelurahan Rangkah memperoleh hasil yaitu masyarakat telah menggunakan jamban dengan jenis leher angsa. Jamban yang berjenis leher angsa yaitu jamban yang memiliki leher lubang pada *closet* membentuk lengkungan, kemudian air yang terisi di leher tersebut berguna untuk sumbat yang dapat menghilangkan bau busuk dan mencegah masuknya binatang-binatang kecil. Jamban leher angsa ini merupakan desain terbaik yang disarankan untuk kesehatan lingkungan (Warsito, 1994).

Berdasarkan data dan pembahasan tersebut dapat disimpulkan bahwa masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari telah memiliki jamban semua dan tidak ada warga yang melakukan buang air besar ke sungai. Namun penempatan letak jamban masih belum sesuai dengan peraturan yang ada dikarenakan lahan yang tidak memadai dan padatnya penduduk. Masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari juga telah memenuhi salah satu indikator dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam tatanan rumah tangga yaitu menggunakan jamban sehat.

#### b. Memiliki Jamban dengan memiliki *Septic Tank*

Responden yang memiliki jamban tetapi memiliki *septic tank* sebesar 49 responden (72%). Pengelolaan tinja manusia salah satu caranya adalah dengan menggunakan *septic tank* dan resapannya (Suriawiria, 1996). Melalui cara demikian membuat pengendapan limbah yang telah masuk ke dalam tangki, selain itu juga memisahkan antara benda yang bersifat cair dan bersifat padat. Di dalam tangki juga terdapat proses *anaerobic* pengendapan terhadap benda padat yang dibantu oleh bakteri untuk menguraikan kandungan organik yang berada didalamnya. Hasil dari proses tersebut menyebabkan padatan tidak berbau lagi apabila *septic tank* terisi penuh dan isi didalamnya telah dikeluarkan, sama halnya dengan kondisi tinja yang dibiarkan di luar *septic tank*. Masalah yang masih harus dihadapi yaitu benda cair yang telah terlepas dari padatannya yang masih mengandung mikroba dan kemungkinan bersifat patogen. Dengan demikian dibuatlah resapan untuk benda cair yang telah lepas dari padatannya mengalir. Solusi dari pembuatan resapan yaitu dibuatnya lapisan batu kerikil diletakkan di bawah tanah agar air yang mengalir tadi lalu meresap tetap memperoleh oksigen (*aerobik*) yang nantinya membuat terbunuhnya mikroba patogen.

Alasan responden tidak memiliki *septic tank* yaitu karena tingkat pengetahuan dan sikap responden belum seluruhnya baik, serta faktor lahan yang kurang memadai untuk pembangunan *septic tank* tersebut.

Faktor ekonomi juga mempengaruhi pembangunan *septic tank* untuk keluarga. Kepadatan penduduk di RW 8 Kelurahan Rangkah tersebut yang membuat lahan penuh dengan rumah-rumah yang telah dibangun untuk tempat tinggal masyarakat sendiri.

Hasil ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan di Bali, yang menyatakan bahwa lahan minimal yang diperlukan untuk membuat *septic-tank* adalah 4 m<sup>2</sup>, dengan ukuran ideal 1,5x1,5x2 meter ditambah dengan bak peresapan dengan ukuran 1x1x2 meter (Djabu, 1990). Kepala keluarga dengan luas halaman <4 m<sup>2</sup> berisiko 1,449 kali tidak memiliki *septic tank* dibandingkan dengan KK dengan luas pekarangan lebih dari 4 m<sup>2</sup>. Penyebab rendahnya kualitas *septic tank* di kota adalah terbatasnya lahan sehingga banyak pihak kesulitan untuk membangun sistem pengolahan tinja individual dengan *septic tank* yang sesuai syarat (Paskah, 2007). Peningkatan pencemaran air minum disebabkan oleh kebocoran *septic tank* yang kurang layak. Tetapi hingga saat ini *septic tank* kurang ideal ada di perkotaan yang penduduknya padat (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2006). Apabila terdapat *septic tank* di setiap bangunan maka jumlah *septic tank* akan terus bertambah sehingga kualitas air tanah dapat menurun, didukung dengan banyaknya *septic tank* yang tidak sesuai dengan standar teknis yang telah ditetapkan (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2006).

Pencemaran sungai tidak hanya disebabkan oleh pencemar yang berjumlah banyak, namun pencemar yang berjumlah sedikitpun dapat menyebabkan pencemaran lingkungan. Maka dari itu, pihak Puskesmas Rangkah menargetkan warga RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari 100% memiliki *septic-tank* sehingga dapat menghilangkan pencemar yang menyebabkan kerusakan lingkungan.

Teori Bloom menyebutkan, pengukuran suatu perilaku dilihat dari tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan. Ketiganya sangat berkaitan erat, sehingga suatu perilaku terbentuk akibat dari pengetahuan terhadap sesuatu kemudian bersikap lalu bertindak. Pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat menentukan

penyehatan lingkungan dan higienitas serta jumlah sarana sanitasi yang dibangun juga menentukan (Basilius, 2008). Perilaku membuang tinja ke sungai merupakan suatu tindakan yang dapat mencemari lingkungan dan dapat menyebabkan timbulnya penyakit yang menyebar kepada masyarakat serta merusak komponen lingkungan sekitar. Penelitian sebelumnya juga menjelaskan bahwa masyarakat mengerti tentang dampak dari pencemaran kotoran manusia, akan tetapi masyarakat tidak mengerti tentang sarana *septic-tank* yang memiliki peran sangat penting dalam mengatasi pencemaran lingkungan yang disebabkan oleh tinja (Dwipayanti and Swastika, 2012).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap pentingnya memiliki *septic-tank*, pentingnya memiliki jamban, dan tidak diperbolehkannya membuang tinja ke sungai telah baik, namun tindakan masyarakat masih terbilang buruk. Seluruh masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari melakukan buang air besar ke jamban. Namun, mereka tidak memiliki *septic tank*, sehingga mereka memasang pipa dari jamban menuju ke sungai kemudian tinja dari jamban langsung masuk ke dalam sungai.

Hasil tersebut diperkuat oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan di Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember. Penelitian tersebut menyatakan bahwa sebagian besar masyarakat sudah memiliki jamban namun tidak memiliki *septic tank* sehingga masyarakat membuang limbah tinja langsung ke sungai tanpa ada pengolahan terlebih dahulu. Jamban yang dimiliki masyarakat sudah memenuhi kriteria jamban yang baik, keseluruhan sudah menggunakan tipe kloset leher angsa, lantai kedap air yakni sebagian besar sudah menggunakan lantai semen dan keramik, dinding terbuat dari bahan yang tahan lama yakni menggunakan batu bata atau tembok, tersedia air bersih dan sabun, lantai tidak licin dan bersih. Kriteria jamban yang baik ini tidak ditunjang dengan sarana pembuangan air limbah tinja yang baik pula, hal ini disebabkan sedikit

masyarakat yang memiliki *septic tank*, sehingga pembuangan limbah tinja tetap bermuara di sungai tanpa ada pengolahan terlebih dahulu. Pembuangan limbah tinja ke sungai menggunakan selokan yang terbuat dari pipa paralon, keterangan ini didapat dari pengakuan responden karena kondisi saluran tertutup secara permanen. Masyarakat yang tidak memiliki jamban dan kamar mandi, melakukan aktivitas buang air besar dan mandi di sungai. Dimana sungai tersebut merupakan sungai yang sama digunakan masyarakat sebagai pembuangan limbah rumah tangga baik cair dan padat (Nurchaya, Moelyaningrum and Ningrum, 2014).

Alasan dari masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari berperilaku demikian dikarenakan padatnya penduduk sehingga menyebabkan kurangnya lahan untuk pembuatan *septic tank*. Selain itu dari hasil wawancara dari masyarakat dan pihak Puskesmas, masyarakat tidak bersedia membuat *septic tank* karena kebanyakan penduduk RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari bukan merupakan penduduk asli atau mereka tidak memiliki tanah untuk tempat tinggal mereka. Mereka mayoritas mengontrak rumah di daerah tersebut, dan masyarakat enggan untuk membuat *septic tank* karena dianggap bukan merupakan tanggung jawab mereka. Pengetahuan dan sikap telah baik namun lingkungan tidak mendukung maka perilaku tidak terjadi.

Perkotaan akan terus mengalami pertumbuhan urbanisasi dengan dampak buruknya yaitu meningkatnya kepadatan penduduk, kemiskinan, dan meluasnya permukiman kumuh, yang mana kota tidak siap dalam memenuhi pelayanan sanitasi dasar. Kondisi ini menyebabkan warga tidak memperoleh sarana pembuangan tinja yang layak (Winayanti, 2009; Yuwono, 2009). Solusinya dapat dilakukan dengan membangun perumahan layak huni, misalnya berupa rumah susun sederhana sewa (rusunawa) atau rumah susun sederhana milik (rusunami) yang telah dilengkapi dengan sanitasi dasar (Paskah, 2007). Solusi tersebut dapat mengurangi perilaku masyarakat membuang tinja ke sungai. Masalah yang timbul akibat rendahnya laju

pembangunan pembuangan limbah disebabkan karena meningkatnya nilai konstruksi dan rendahnya lahan yang dapat digunakan sebagai jaringan pelayanan. Kesiadaan membayar (*willingness to pay*) dari masyarakat juga masih sangat rendah, sehingga mengakibatkan tidak dapat menutupi biaya pelayanan tidak tertutupi (Paskah, 2007).

Pembuangan air limbah rumah tangga terutama tinja tidak boleh dibuang sembarangan karena dapat mengakibatkan pencemaran bagi lingkungan sekitarnya. Pembuangan limbah ke sungai ini sudah tidak memenuhi kriteria dari tujuan pembuangan air limbah. Pembuangan limbah cair seharusnya bertujuan untuk perlindungan terhadap ikan yang hidup dalam kolam ataupun di kali, menghilangkan tempat berkembang biaknya bibit-bibit penyakit (cacang dan sebagainya) dan vektor penyebab penyakit (nyamuk, lalat dan sebagainya), serta menghilangkan adanya aroma dan pemandangan yang tidak sedap (Entjang, 2000). Pembuangan limbah tinja ini dapat membunuh biota sungai, merupakan tempat berkembangbiaknya bibit penyakit dan bisa menginfeksi manusia apabila terjadi kontak dengan air sungai tersebut. Contohnya, responden yang melakukan BAB di sungai, dapat memicu timbulnya aroma yang tidak sedap akibat kandungan amoniak yang terkandung di limbah tinja dan air seni (*excreta*). *Excreta* ini merupakan cara transport utama bagi penyakit bawaan air.

Salah satu strategi nasional yang juga dalam *scheme* yang sama adalah STBM (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Strategi tersebut menyebutkan bahwa ada lima pilar utama yang harus dicapai dalam sanitasi total. Pilar tersebut yaitu masyarakat tidak membuang air besar sembarangan, mencuci tangan dengan sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar, mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Dalam strategi ini, suatu upaya perubahan perilaku berusaha dicapai terlebih dahulu yang diawali dengan proses pemicuan. Kesadaran akan kebutuhan sarana sanitasi yang tumbuh dari proses tersebut kemudian

akan mendorong masyarakat untuk mulai meletakkan sarana sanitasi sebagai prioritas kebutuhannya. Strategi ini telah membuahkan banyak hasil dengan dicapainya *Open Defecation Free* (ODF) oleh desa yang telah dipicu. Sejak tahun 2006, telah 10.000 desa menerapkan STBM dan hal ini secara langsung meningkatkan cakupan akses sarana sanitasi di daerah tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Tidak menutup kemungkinan juga bahwa pendekatan STBM ini dilakukan di daerah perkotaan dengan mengajak masyarakat berkumpul dan secara bersama-sama melihat kondisi lingkungannya dan menyadari apa yang harus mereka lakukan untuk menjaga kelestarian lingkungan dan kesehatan masyarakatnya.

Penjabaran masalah tersebut menunjukkan bahwa perilaku pembuangan tinja pada masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari masih jauh dari baik. Perlu adanya dorongan dan pendampingan untuk mengubah perilaku masyarakat dari pihak-pihak terkait sehingga masalah tersebut dapat teratasi dan hak untuk hidup sehat dapat dimiliki oleh masyarakat. Selain itu, semangat dan motivasi dari masyarakat sendiri sangat diperlukan.

#### Peran Puskesmas

Hasil wawancara dengan pihak Puskesmas Rangkah mendapatkan informasi bahwa penyuluhan terkait masalah tinja pada RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari sudah dilakukan. Program-program yang telah dilakukan pihak Puskesmas antara lain yaitu Kesehatan lingkungan, meliputi:

- 1) Pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air. Upaya ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas air bersih sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.
- 2) Pengawasan dan pengendalian tempat-tempat umum (TTU). Upaya ini bertujuan untuk mewujudkan kondisi tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan agar masyarakat terhindar dari kemungkinan bahaya penularan penyakit serta tidak menimbulkan risiko gangguan/bahaya terhadap kesehatan masyarakat di sekitarnya.

- 3) Pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman. Upaya ini bertujuan untuk mencapai peningkatan kesehatan perumahan dan terpenuhinya syarat kesehatan bagi rumah yang akan dan sedang dibangun oleh masyarakat.

- 4) Pembinaan pengelolaan TPM dan penjamah makanan. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam pengelolaan penyehatan makanan, diperolehnya kualitas makanan yang sehat, aman, dan higienis.

- 5) Pembinaan kesehatan lingkungan institusi. Program ini bertujuan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan di lingkungan institusi, meliputi institusi pendidikan, institusi kesehatan, dan tempat kerja.

Pihak Puskesmas Rangkah telah berusaha dalam mengatasi masalah yang terjadi di RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari. Pihak Puskesmas juga telah melakukan advokasi pada pihak pemerintah setempat namun masih dalam proses. Pihak Puskesmas juga menyatakan bahwa dahulu pernah diadakan pembuatan *septic tank* dari bantuan pemerintah, namun karena jumlah *septic tank* tidak sepadan dengan jumlah penduduk. Akibatnya, *septic tank* tersebut cepat penuh dan masyarakat enggan untuk melakukan pengurusan terhadap *septic-tank* karena harus mengeluarkan uang untuk hal tersebut dan harus dilakukan berkali-kali dengan jangka waktu yang singkat. Masyarakat berpendapat bahwa program tersebut merugikan masyarakat sendiri, maka masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari membongkar *septic-tank* yang telah dibuat dan masyarakat kembali melakukan aktifitas yang seperti semula yaitu membuang tinja langsung ke sungai.

Setelah adanya kejadian tersebut, pihak Puskesmas melakukan program yang mengajak masyarakat untuk menabung dalam pembuatan *septic tank* namun program tersebut tidak berjalan. Hingga saat ini permasalahan tersebut masih belum bisa diatasi oleh seluruh warga RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari dan pihak Puskesmas serta pemerintah setempat.

#### SIMPULAN

Permasalahan yang terjadi di lingkungan sekitar RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari yaitu pembuangan tinja ke sungai. Pengetahuan dan sikap masyarakat setempat telah bagus, namun berdasarkan hasil observasi, lingkungan di RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari yang membuat masyarakat melakukan perilaku tersebut. Mayoritas masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari telah memiliki jamban pribadi di rumah dan melakukan BAB di jamban.

Warga yang belum memiliki jamban pribadi menggunakan jamban untuk umum yang telah disediakan di lingkungan tersebut. Masyarakat masih banyak yang tidak memiliki *septic tank* dikarenakan lahan untuk pembuatan *septic tank* tidak tersedia. Keadaan tersebut terjadi karena kepadatan jumlah penduduk yang tinggal di daerah tersebut. Masyarakat memasang pipa dan mengalirkannya ke sungai untuk membuang tinja, jadi tinja tersebut langsung masuk ke dalam sungai dan mencemari lingkungan.

Pihak Puskesmas dan pemerintah setempat telah melakukan program-program untuk mengatasi masalah tersebut. Namun, masalah tersebut belum juga dapat teratasi hingga saat ini.

Sebaiknya dilakukan modifikasi lingkungan sehingga dapat dilakukan pemasangan *septic tank* yang berukuran besar agar dapat menampung tinja seluruh masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari. Selain itu, dapat dilakukan pengurusan *septic tank* yang dilakukan oleh warga secara bergilir dan diberikan jadwal atau bisa dilakukan dengan cara gotong royong.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Arsin, A. A. *et al.* (2003) 'Analisis Perilaku Masyarakat terhadap Kejadian Malaria di Pulau Kapoposang, Kabupaten Pangkajene Kepulauan', *Medika2*, 12, pp. 762-768.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2006) 'Petunjuk Teknis Pengajuan Usulan Kegiatan Yang Dibiayai Dari Pinjaman Dan/Atau Hibah Luar Negeri'. Jakarta.
- Basilus, C. . (2008) *Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (In: International Year Of Sanitation)*. Aceh: PT. Aceh Grafika.
- Chandra, B. (2007) *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1985) 'Syarat Jamban Sehat'. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) 'Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.' Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Djabu (1990) *Pedoman Bidang Studi Pembuangan Tinja dan Air Limbah Pada Institusi Pendidikan Sanitasi Atau Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Pusat Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Dwipayanti, U. and Swastika, D. G. (2012) 'Faktor Pengaruh terhadap Ketersediaan Septictank dan Sambungan Sewerage System Permukiman Pinggiran Kali, Kel. Dangin Puri, Denpasar', *Archive of Community Health*, 1(1).
- Entjang, I. (2000) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Karuru, Z. (2014) 'UNICEF Luncurkan Kampanye Tinju Tinja Perangi BABS', *Kalbar Antara News*, 19 November. Available at: <https://kalbar.antaranews.com/berita/328542/unicef-luncurkan-kampanye-tinju-tinja-perangi-babs>.
- Kementerian Kesehatan RI (2010) *Sejak 2006 Sudah 10.000 Desa Terapkan STBM*. Available at: [www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/441-sejak-2006-sudah-10000-desa-terapkanstbm.html](http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/441-sejak-2006-sudah-10000-desa-terapkanstbm.html) (Accessed: 27 March 2018).
- Kementerian Kesehatan RI (2013) 'Riset Kesehatan Dasar 2013', *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia*, (Penyakit Menular), p. 103. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- Notoatmodjo (2003) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*.
- Notoatmojo, S. (2007) *Promosi Kesehatan*



- dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurcahya, K., Moelyaningrum, A. D. and Ningrum, P. T. (2014) 'Identifikasi Sanitasi Pasar di Kabupaten Jember (Studi di Pasar Tanjung Jember)', *E-Journal Pustaka Kesehatan*, 2(2), pp. 285-292.
- Paskah, H. S. (2007) *Laporan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2007*. Jakarta.
- Siregar, Y. D. R. (2011) *Faktor yang Mempengaruhi Perilaku BAB di Desa Sibuntuon Partur Kecamatan Lintongnihuta Kabupaten Humbahas Pada Tahun 2011*. Universitas Sumatera Utara.
- Skinner, B. . (1938) *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. Massachusetts: B.F Skinner Foundation.
- Soeparman, H. . and Ester, M. (2002) *Pembuangan tinja & limbah cair : suatu pengantar*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Suliono (2018) *Analisis Hubungan Sarana Sanitasi Dasar dan Perilaku Higienis dengan Kejadian Gastroenteritis di Daerah Rawan Banjir Desa Sitarjo Kec. Sumbermanjing Wetan Kab. Malang Tahun 2017*. Uniersitas Airlangga.
- Suriawiria (1996) *Pengantar Mikrobiologi Umum*. Bandung: Angkasa.
- Warsito, A. (1994) *Biokimia*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Winayanti, L. (2009) 'Merencanakan Masa Depan Kota', *Cipta Karya*, 8(7), pp. 9-10.
- Yuwono, B. (2009) 'Memantau Pembangunan Perkotaan dengan RPIJ M', *Cipta Karya*, 7, pp. 9-10.

## Analisis Kepatuhan Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Pada Anak Asuh UPTD Kampung Anak Negeri

### *Analysis of Compliance with Non-Smoking Area Regulations in Foster Care of Regional Technical Implementation Unit of Kampung Anak Negeri*

Mike Danis Mutika Wati<sup>1)</sup>, Mochammad Bagus Qomaruddin<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

<sup>2)</sup> Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia

Email: [mikedanis8@gmail.com](mailto:mikedanis8@gmail.com)

#### ABSTRACT

**Background:** Most smokers begin to smoke at or before the age of 19. The number of young male smokers is more than that of female smokers. **Purpose:** This study identified the characteristics of children in a foster care and analyzed factors related to compliance with Non-Smoking Area in Regional Technical Implementation Unit of Kampung Anak Negeri Surabaya in terms of responsibility and peer support. **Method:** This study was a descriptive observational study using a cross sectional approach. The number of samples was 31 foster children who were asked to fill out questionnaires and participated in interview, selected by using a total sampling method. The data were analyzed with cross tabulation. **Results:** The of foster children majority (58.1%) were 12-16 years old. Most of them (58.1%) were still in elementary school/equivalent. The results of cross tabulation implied that children with adequate personal responsibility had sufficient compliance and strong correlation (0.530). Good peer support resulted in sufficient compliance, but the correlation of peer support with compliance was poor (0.214). **Conclusion:** All of the variables had a correlation with compliance with the implementation of Non-Smoking Area Regulation, but the value of each variable was different. The Regional Technical Implementation Unit of Kampung Anak Negeri Surabaya need to create peer educators among the foster children.

**Keywords:** non-smoking area, compliance, responsibility, peer support, foster children

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Mayoritas perokok mulai merokok pada saat atau sebelum berusia 19 tahun. Remaja pria lebih banyak yang merokok dibandingkan remaja perempuan. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi karakteristik anak asuh Unit Pelayanan Tingkat Dasar (UPTD) Kampung Anak Negeri Surabaya dan menganalisis peran tanggung jawab serta dukungan sesama rekan anak asuh dengan kepatuhan penerapan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Surabaya. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 31 orang anak asuh untuk mengisi kuesioner dengan penentuan responden menggunakan cara total sampling. Data kemudian dianalisis menggunakan tabulasi silang. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (58,1%) usia anak asuh 12-16 tahun. Sebagian besar (58,1%) anak asuh masih sekolah di SD/ sederajat. Hasil tabulasi silang menunjukkan tanggung jawab personal yang cukup memiliki kepatuhan yang cukup dan keeratan kuat (0,530). Dukungan sesama rekan yang baik memiliki kepatuhan cukup dan keeratan sangat lemah (0,214). **Kesimpulan:** Semua variabel yakni tanggung jawab personal dan dukungan sesama rekan anak asuh memiliki hubungan dengan kepatuhan terhadap KTR hanya saja keeratan hubungan masing-masing variabel berbeda. Sebaiknya dibentuk peer educator pada anak asuh dan peningkatan bonding dengan pendamping dan pembina.

**Kata kunci:** kawasan tanpa rokok, kepatuhan, tanggung jawab, dukungan, anak asuh

## PENDAHULUAN

Konsumsi rokok Indonesia berada pada urutan ketiga tingkat dunia setelah China dan India. Peningkatan konsumsi tembakau di Indonesia cukup bermakna. Beberapa faktor yang melatarbelakangi peningkatan tersebut adalah pendapatan rumah tangga, pertumbuhan penduduk, rendahnya harga rokok, dan mekanisasi industri kretek (Tobacco Control Support Centre-IAKMI, 2014). Prevalensi merokok pada populasi usia 10 sampai dengan 18 tahun menurut data dari Riskesdas mengalami kenaikan mulai dari riskesdas 2013 sebesar 7,2%, Sirkesnas 2016 sebesar 8,8% dan Riskesdas 2018 sebesar 9,1% (Riskesdas, 2018).

Di Indonesia hampir 80% perokok mulai merokok ketika usianya belum mencapai 19 tahun. Pada umumnya orang akan mencoba merokok sejak muda. Mereka tidak memahami risiko tentang bahaya adiktif dari rokok. Remaja biasanya mulai mengenal rokok dari lingkungan sekitarnya. Pengenalan sejak dini ini biasanya berasal dari faktor lingkungan, tidak terkecuali keluarga. Keputusan konsumen untuk membeli rokok tidak didasarkan pada informasi yang cukup tentang risiko produk yang dibeli, efek ketagihan dan dampak pembelian yang dibebankan pada orang lain. Tembakau membunuh hampir setengah hidup dari penggunaannya, rata-rata 15 tahun sebelum waktunya. Mayoritas kematian secara global terjadi pada laki-laki (WHO, 2011). Data dari WHO menunjukkan jumlah perokok di dunia mencapai 2,8 miliar orang dimana setiap tahun ada 5 juta orang yang meninggal akibat penyakit yang disebabkan oleh rokok (WHO, 2015). Remaja pria lebih banyak yang mengonsumsi rokok dibandingkan remaja perempuan. Secara global 50% remaja pria dan 10% remaja perempuan merupakan perokok aktif. Hal ini dapat menyebabkan kematian akibat rokok dari 5 juta pada tahun 2010 dan akan menjadi 10 juta di beberapa tahun yang akan datang (Peto and Jha, 2014).

Rokok merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di dunia. Diperkirakan hingga menjelang 2030 kematian akibat merokok akan mencapai 10 juta per tahunnya dan di negara-negara berkembang diperkirakan tidak kurang 70% kematian yang disebabkan

oleh rokok (Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI, 2011). Jika prediksi tersebut benar maka banyak orang yang akan mati hanya karena mengonsumsi rokok. *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* menyatakan Indonesia sebagai Negara dengan angka perokok remaja tertinggi di dunia. Proporsi usia pertama kali mencoba merokok pada remaja laki-laki terbanyak pada usia 12-13 tahun, yakni sebesar 43,4%. Sedangkan pada remaja perempuan sebesar 21,5% pada usia 14-15 tahun (Global Youth Tobacco Survey, 2014). Data Kemenkes menunjukkan bahwa prevalensi remaja usia 16-19 tahun yang merokok meningkat 3 kali lipat dari 7,1% di tahun 1995 menjadi 20,5% pada tahun 2014. Usia remaja mulai merokok semakin muda (dini). Perokok pemula usia 10-14 tahun meningkat lebih dari 100% dalam kurun waktu kurang dari 20 tahun, yaitu dari 8,9% di tahun 1995 menjadi 18% di tahun 2013 (Depkes RI, 2016).

Data statistik remaja pada Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur 2015 menunjukkan bahwa Kota Surabaya memiliki remaja dengan jenis kelamin laki-laki dengan kategori perokok aktif sebesar 9,28% dan mereka (para remaja laki-laki perokok aktif) mengakui jika setiap hari mereka merokok. Data yang terdapat di BPS tentang Statistik Remaja Jawa Timur tahun 2015 menyebutkan bahwa dari keseluruhan perokok remaja laki-laki yang ada di Surabaya yang mampu merokok 1 sampai 36 batang rokok dalam seminggu sebesar 42,40%. Remaja yang bisa menghabiskan rokok 37-60 batang dalam seminggu sebesar 15,83%. Kemudian perokok remaja yang dalam satu minggu mampu menghabiskan >60 batang rokok sebesar 41,78% (Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Timur, 2015). Biaya yang dikeluarkan remaja Surabaya dalam satu tahun dalam belanja rokok berdasarkan data BPS Susenas 2015 adalah jika harga rokok satu batang bernilai 1000 rupiah maka uang yang telah dibelikan rokok oleh remaja sebesar 1,42 triliun rupiah dalam satu tahun (Putri, 2017). Angka tersebut begitu besar dan merugikan jika untuk pengeluaran konsumsi rokok yang jelas memiliki dampak negatif terhadap kesehatan.

Teori yang digunakan adalah teori kepatuhan Milgram oleh Stanley Milgram (1974). Teori kepatuhan Milgram memiliki berbagai macam faktor diantaranya status

lokasi, tanggung jawab personal, legitimasi figur otoritas, status figur otoritas, dukungan sesama rekan, dan kedekatan figur otoritas (Milgram, 1974). Di dalam artikel ini akan dibahas tentang tanggung jawab personal dan dukungan sesama rekan karena kedua faktor tersebut menjadi faktor yang berhubungan dengan bagaimana anak berperilaku terhadap peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Faktor-faktor ini jika dikaitkan dengan precede model oleh Lawrence Green dalam Notoatmodjo maka tanggung jawab personal tergolong faktor predisposisi perilaku terjadi dan dukungan sesama rekan sebagai faktor penguat. Faktor pemungkin yang menjadi penentu anak berperilaku adalah adanya peraturan KTR (Notoatmodjo, 2014).

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok menurut Peraturan Daerah Kota Surabaya No. 5 Tahun 2008 tentang KTR dan Kawasan Terbatas Merokok (KTM) yang sudah diperbarui dengan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 2 Tahun 2019 Bab III pasal 3 meliputi beberapa lingkup antara lain sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya (Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 2 Tahun 2019 tentang Kawasan Tanpa Rokok, 2019). Penelitian sebelumnya menunjukkan hasil bahwa penerapan peraturan daerah di fasilitas kesehatan masih belum sepenuhnya dilakukan (Artanti, Lestari and Martini, 2014). Pemasangan tanda peringatan dilarang merokok yang sesuai standar yaitu adanya pencantuman Peraturan Daerah (Perda) belum dipatuhi oleh beberapa fasilitas kesehatan. Adanya pelanggaran berupa orang merokok, ditemukannya puntung rokok, asbak, korek, dan adanya aktivitas penjualan rokok di fasilitas kesehatan.

Hasil evaluasi dari implementasi Perda Kota Surabaya No. 5 Tahun 2008 tentang KTR dan KTM pada tahun 2013 di fasilitas kesehatan oleh penelitian sebelumnya tidak menutup kemungkinan juga terjadi di tempat lain yang sudah ditetapkan menjadi KTR dan KTM (Artanti, Lestari and Martini, 2014). Komitmen dan dukungan dari lingkungan sangat dibutuhkan untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok. Disisi lain kebutuhan anak penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) akan dukungan sosial dan status

lingkungan juga berpengaruh positif kepada kesehatan seseorang tanpa memperhatikan tingkat stres individu.

Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kampung Anak Negeri merupakan unsur pelaksana teknis operasional dinas di lapangan dari Dinas Sosial Kota Surabaya. UPTD mempunyai tugas melaksanakan beberapa tugas Dinas di bidang pembinaan, pengembangan dan pelayanan pada anak penyandang masalah kesejahteraan sosial (Peraturan Walikota Surabaya Nomor 61 Tahun 2012 tentang Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kampung Anak Negeri Pada Dinas Sosial Kota Surabaya, 2012). Anak asuh yang berada di UPTD Kampung Anak Negeri rentang usia 8 sampai dengan 18 tahun. Anak asuh dibina dan diajarkan tentang keterampilan sehingga mereka bisa hidup mandiri jika sudah besar nanti. Mereka juga disekolahkan di sekolah-sekolah yang memang sudah bekerja sama dengan UPTD Kampung Anak Negeri. Anak asuh dibina oleh pembina dan pendamping yang masing-masing memiliki tugas dan fungsinya. Pendamping bertugas menjadi orang tua wali anak asuh selama anak tersebut tinggal di UPTD Kampung Anak Negeri Surabaya. Jumlah pendamping ada 4 orang. Sedangkan pembina terdiri dari pembina kognitif, pembina spiritual, pembina disiplin, pembina ekstrakurikuler, pembina kewirausahaan, pembina perpustakaan dan pembina psikologi. Intensitas anak asuh untuk bertemu dan berinteraksi dengan pembina dan pendamping terjadi setiap hari sesuai jadwal *shift* jika itu pendamping dan pembina disiplin.

Di UPTD Kampung Anak Negeri terdapat peraturan untuk tidak merokok yang tertulis pada *banner* peraturan UPTD. Pada kehidupan sehari-hari anak asuh juga melakukan kegiatan seperti anak-anak yang lain pada umumnya, seperti bermain dan belajar. Tidak menutup kemungkinan pengaruh dari teman-teman di sekolah atau teman yang berada di luar tempat tinggal mereka membuat anak asuh tersebut mencoba untuk kembali menjadi anak penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) seperti perilaku mengkonsumsi rokok. Santrock dalam Kusumadewi, Hardjajani dan Priyatama (2012) mengemukakan bahwa teman sebaya atau peers adalah anak-anak yang memiliki tingkat kematangan atau usia yang tidak jauh

berbeda (Kusumadewi, Hardjajani and Priyatama, 2012). Penelitian sebelumnya menyebutkan jika sebesar 93,9% remaja yang merokok mempunyai dukungan teman sebaya yang juga sebagai perokok (Faridah, 2015). Dukungan teman sebaya ini termasuk *reinforcing factors* yang ada dalam Teori Green. Oleh karena itu, tujuan penelitian adalah mengetahui peran tanggung jawab personal dan dukungan sesama rekan untuk mematuhi penerapan kawasan tanpa rokok di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya.

## METODE

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan memakai pendekatan *cross sectional*. Responden yang terlibat sebanyak 31 anak asuh untuk mengisi kuesioner dengan penentuan responden menggunakan cara total sampling. Total sampling adalah teknik untuk menentukan sampel jika anggota populasi dijadikan sebagai sampel (Sugiyono, 2012). Alasan memakai *total sampling* karena jika jumlah populasi relatif kecil kurang dari 100 maka sampel diambil semua (Sugiyono, 2012). Lokasi penelitian di UPTD Kampung Anak Negeri dan penelitian ini dilakukan pada Maret 2019.

Variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah kepatuhan penerapan kawasan tanpa rokok oleh anak asuh UPTD Kampung Anak Negeri Surabaya. Sedangkan variabel independen (bebas) pada penelitian ini adalah tanggung jawab personal dan dukungan sesama rekan anak asuh UPTD Kampung Anak Negeri Surabaya. Cara pengukuran dengan menggunakan kuesioner dan wawancara. Pada variabel kepatuhan ada 8 pernyataan. Jumlah pernyataan positif (*favorable*) 4 buah dan jumlah pernyataan negatif (*unfavorable*) adalah 4 buah. Jawabannya dikelompokkan menjadi sangat sering, sering, jarang, dan tidak pernah. Hasil pengukuran akan dikategorikan menjadi tiga kategori. Anak asuh dikatakan memiliki kepatuhan baik bila skornya 24-32. Anak asuh dikatakan memiliki kepatuhan cukup bila total skornya 16-23. Anak asuh dikatakan memiliki kepatuhan kurang bila total skornya 8-15.

Pada variabel tanggung jawab sesama rekan anak asuh ada 7 pertanyaan. Pilihan jawaban dalam

pertanyaannya sebagai berikut: tidak pernah, kadang-kadang, dan sering. Hasil pengukuran akan dikategorikan menjadi tiga kategori, yaitu kurang, cukup, dan baik. Pada variabel dukungan sesama rekan terdapat 7 pertanyaan. Pilihan jawabannya sebagai berikut: tidak pernah, kadang-kadang dan sering. Dukungan sesama rekan dikatakan kurang jika memiliki total nilai 1-7, cukup jika total nilai 14-21, dan baik jika total nilai 22-28.

Data yang diperoleh kemudian diolah dan dianalisis memakai cara tabulasi silang. Data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi. Kemudian untuk tingkat keeratan dan arah korelasi (korelasi positif atau korelasi negatif) yang terjadi pada dua variabel juga dilihat dengan menggunakan uji korelasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Anak Asuh UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya

Data primer yang terkumpul mengenai umur anak asuh yang ada di UPTD Kampung Anak Negeri berdasarkan hasil pengisian kuesioner adalah anak yang berumur kurang dari 12 tahun berjumlah 8 orang (25,8%), anak yang berumur 12 - 16 tahun berjumlah 18 orang (58,1%), dan anak yang berumur lebih dari 16 tahun berjumlah 5 orang (16,1%). Hasil penelitian menunjukkan jika yang paling banyak adalah anak asuh berumur 12-16 tahun. Departemen kesehatan mengkategorikan umur menjadi beberapa kategori (Departemen Kesehatan RI, 2008). Kategori balita yakni pada umur 0-5 tahun, kategori anak-anak pada umur 6-11 tahun, kategori remaja awal pada umur 12-16 tahun, dan kategori remaja akhir yakni pada umur 17-25 tahun. Jika data primer menunjukkan mayoritas anak asuh berumur 12-16 tahun, maka masuk pada kategori remaja awal. Masa remaja mengidentikkan dengan masa-masa yang krisis. Krisis yang dimaksudkan pada masa remaja misalnya krisis identitas. Remaja yang mengalami krisis identitas biasanya terjadi karena tidak terpenuhinya harapan dan dorongan diri serta sosial yang bisa membantu mendefinisikan mengenai diri mereka. Penyebab dari krisis identitas remaja adalah karena hidupnya merasa diatur, mengejar penghargaan ataupun pengakuan atas nilai yang diberikan oleh lingkungan di sekitar, dan pandangan

tentang kehidupan yang dimiliki oleh remaja begitu terbatas (Hidayah and Huriati, 2016). Kondisi seperti ini sering membuat mereka bertingkah laku aneh dan kaku sehingga tindakan destruktif cenderung dilakukan oleh remaja yang mengalami krisis identitas.

Anak-anak asuh berasal dari berbagai *background* kehidupan. Ada yang dari anak jalanan, anak yang ditelantarkan keluarga karena tidak mampu merawat (bisa karena faktor ekonomi, *broken home*, tidak ada yang merawat karena ditinggal orang tua menjadi Tenaga Kerja Indonesia, dan lain-lain), dan anak yang dianggap nakal sehingga orang tua meminta bantuan instansi untuk dilakukan pembinaan kepada anaknya. Salah satu faktor penyebab anak memilih untuk tinggal di jalan bisa didorong dari suasana rumah di mana anak tersebut berasal (Herlina, 2014). Kehidupan anak asuh sebelumnya memiliki banyak godaan yang dapat mendorong anak melakukan penyimpangan-penyimpangan normatif. Sehingga konsep diri yang ditanamkan instansi untuk membentuk pola pikir dan kehidupan anak sangatlah penting. Konsep diri menjadi kendali anak untuk terhindar dari penyimpangan-penyimpangan yang ada di dunia jalanan yang sifatnya lebih ke arah *delinquent* atau kenakalan (Riyadi, 2017).

Rata-rata umur anak asuh yang ada di UPTD Kampung Anak Negeri adalah umur anak sekolah. Bagi anak asuh yang mau dan mampu disekolahkan maka akan dimasukkan ke sekolah sesuai kemampuan mereka. Hal ini tidak memandang umur mereka. Misal ada yang berusia 14 tahun tapi masih duduk di bangku kelas 6 SD atau kelas 5 SD. Data primer terkait pendidikan yang sedang ditempuh anak asuh didapatkan hasil bahwa anak asuh di jenjang sekolah dasar (SD) atau sederajat ada 18 orang (58,1%), Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau sederajat ada 6 orang (19,4%), Sekolah Menengah Atas (SMA) atau sederajat ada 1 orang (3,2%), tidak Sekolah ada 5 orang (16,1%), dan lulus sekolah atau lulus kejar paket ada 1 orang (3,2%). Jumlah terbanyak jenjang pendidikan yang sedang ditempuh oleh anak asuh UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya tahun 2019 adalah jenjang SD atau sederajat. Anak asuh yang mengenyam jenjang pendidikan SD difasilitasi mobil antar jemput sekolah

oleh UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya. Sedangkan untuk anak asuh pada jenjang SMP maupun SMA dipercayai untuk membawa sepeda sendiri atau ada yang pulang pergi bersama teman sekolahnya.

Surabaya merupakan kota yang layak anak. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa kota layak anak merupakan impian dari setiap anak, karena anak akan dibesarkan secara layak dan semestinya (Roza and Arliman S, 2018). Jumlah anak asuh yang bersekolah di SD atau sederajat (kejar paket A) sebanyak 18 orang. Seluruh kebutuhan sekolah mulai dari seragam dan perlengkapan sekolah lainnya (tas, buku, sepatu) sepenuhnya ditanggung oleh Pemerintah Kota Surabaya. Pasal 9 ayat 1 pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak menyebutkan bahwa "setiap anak berhak memperoleh pendidikan dan pengajaran dalam rangka pengembangan pribadinya dan tingkat kecerdasannya sesuai dengan minat dan bakat".

Anak asuh yang tidak sekolah maka mereka akan dilakukan pembinaan keterampilan dan kewirausahaan, yakni dengan mengelola kantin yang menjual ayam geprek, cuci motor, dan membuat minuman kunir asam yang dipasarkan di luar UPTD Kampung Anak Negeri seperti hotel dan perkantoran. Pada jalur non akademik juga sudah disediakan berbagai macam ekstrakurikuler seperti balap sepeda, tinju, silat, seni musik, dan seni lukis. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa adanya pelatihan melukis dapat memberikan bekal pengetahuan, keterampilan melukis, dan dapat menjadikan sikap anak asuh lebih baik sehingga dapat berperilaku normatif dan mandiri (Purnomo, 2017).

### Gambaran Kepatuhan Anak Asuh terhadap Peraturan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya

Kepatuhan merupakan bentuk dari pengaruh sosial yang mana kegiatan atau tindakan individu merupakan bagian respon dari perintah langsung individu lain yang bertindak sebagai otoritas (McLeod, 2007). Kepatuhan akan terwujud ketika seseorang diperintah untuk melakukan sesuatu oleh pemegang otoritas yang ada di tempat seseorang tersebut berada.

Perubahan sikap dan tingkah laku seseorang dalam melakukan perintah orang lain akan terlibat saat seseorang menjadi patuh terhadap perintah.

Otoritas yang berperan di UPTD Kampung Anak Negeri adalah pembina dan pendamping. Pendamping bertugas menjadi orang tua wali anak asuh selama anak tersebut tinggal di sana. Jumlah pendamping ada 4 orang. Sedangkan pembina terdiri dari pembina kognitif, pembina spiritual, pembina disiplin, pembina ekstrakurikuler, pembina kewirausahaan, pembina perpustakaan dan pembina psikologi. Intensitas anak asuh untuk bertemu dan berinteraksi dengan pembina dan pendamping terjadi setiap hari sesuai jadwal *shift* jika itu pendamping dan pembina disiplin. Kepatuhan yang dimaksudkan di dalam penelitian ini adalah sikap dan perilaku patuh kepada peraturan kawasan tanpa rokok di lingkungan UPTD Kampung Anak Negeri dengan penuh kesadaran dari diri anak asuh. Data Primer yang diperoleh terkait kepatuhan anak asuh terhadap peraturan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Kepatuhan Anak Asuh Terhadap Peraturan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri

| Kepatuhan KTR | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------|--------|----------------|
| Baik          | 15     | 48,4           |
| Cukup         | 16     | 51,6           |
| Total         | 31     | 100            |

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan hasil jika 16 anak (51,6%) memiliki kepatuhan yang cukup terhadap adanya peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di UPTD Kampung Anak Negeri. Hal ini didukung dengan adanya peraturan dan sanksi yang tegas terkait rokok ataupun merokok dari UPTD Kampung Anak Negeri kepada anak asuh. Sanksi yang tegas merupakan salah satu cara membuat anak asuh merasa jera untuk mengulangi pelanggaran peraturan. Anak asuh yang mayoritas dalam masa remaja awal memang berada dalam masa-masa transisi dari kanak-kanak ke masa dewasa. Anak dan remaja sedikit banyak mengalami konflik batin yang selanjutnya menjadi pelarian diri dan pembelaan diri yang sifatnya irrasional dan pada akhirnya

terjadilah pelanggaran peraturan. Selain itu komunikasi interpersonal diantara anak dan pembina maupun pendamping yang optimal dapat mempengaruhi dalam memberikan motivasi dan terbentuknya perilaku anak yang positif (Utami, Rochayanti and Sosiawan, 2018).

### Gambaran Tanggung Jawab Personal Anak Asuh terhadap Peraturan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya

Pada percobaan Milgram, didapatkan bahwa ketika seseorang memiliki tanggung jawab personal yang baik maka kepatuhannya akan meningkat (Milgram, 1974). Hal ini berhubungan dengan teori *agency* Milgram yang menyatakan bahwa seseorang yang memasuki status sebagai agen (*agentic state*) mampu menciptakan kepatuhan. Pada kondisi ini terjadi pengalihan tanggung jawab yakni tanggung jawab dari seseorang ini dilepaskan dan diberikan kepada figur otoritas selaku pemberi perintah.

Hasil penelitian yang diperoleh mengenai kepatuhan anak asuh terhadap peraturan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Tanggung Jawab Personal Anak Asuh Terhadap Peraturan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri

| Tanggung Jawab Personal | Jumlah | Persentase (%) |
|-------------------------|--------|----------------|
| Baik                    | 21     | 67,7           |
| Cukup                   | 10     | 32,3           |
| Total                   | 31     | 100            |

Tabel 2 menunjukkan bahwa tanggung jawab personal yang dimiliki anak asuh mayoritas baik (67,7%). Tanggung jawab personal ini bisa terbentuk karena mereka pada dasarnya sudah pernah hidup jauh dari orang tua/keluarga. Adanya peraturan yang tegas dan jadwal harian yang berfungsi mendisiplinkan anak asuh di UPTD Kampung Anak Negeri juga mendukung baiknya tingkat tanggung jawab personal yang dimiliki oleh anak asuh. Masing-masing anak secara tidak langsung dilatih untuk bertanggung jawab atas dirinya dan tugas sederhana yang diembankan kepada mereka.

### Gambaran Dukungan Sesama Rekan di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya

Interaksi teman sebaya bisa menghasilkan berbagai jenis kelompok besar atau kecil, baik kelompok tersebut terorganisasi atau tidak terorganisasi. Di dalam dukungan sesama rekan (*peer*), pihak yang memiliki permasalahan akan dibantu oleh *peer supporters*. Pada umumnya seseorang akan lebih merasa nyaman dan tanpa ragu untuk menceritakan permasalahannya kepada teman sebayanya sendiri. Dukungan sosial *peer group* merupakan dukungan yang berasal dari teman sebaya yang secara langsung memberikan bantuan dimanapun dan hal ini terjadi pada kelompok sebaya manapun (Cowie and Wallace, 2000; Kusumadewi, Hardjajani and Priyatama, 2012). Macam-macam dukungan yang bisa diberikan diantaranya dukungan informasi, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Smet, 1994).

Dukungan sosial menjadi suatu kebutuhan yang dibutuhkan individu dalam suatu jaringan sosial, baik saat kondisi terpuruk atau untuk mengubah dirinya lebih baik lagi. Dampak dari dukungan sosial bukan hanya dirasakan dari sisi psikologis, namun bisa begitu mendalam dampaknya bagi seseorang yang mendapatkannya. Dukungan sosial bukan hanya membantu seseorang pada saat terjadinya stres, tetapi mulai awal masalah mampu diatasi dengan dukungan sosial (Sarafino, 1994). Dukungan sosial erat kaitannya dengan jaringan sosial yang individu miliki. Peran dukungan sosial dapat mempengaruhi seseorang untuk memilih bersikap patuh atau tidak terhadap peraturan yang diterapkan.

Pada tabel 3 menunjukkan hasil bahwa 24 (77,4%) anak asuh memiliki dukungan sesama rekan yang cukup. Rata-rata anak asuh tidak memiliki keberanian untuk mengingatkan atau mendukung temannya untuk tidak melanggar KTR. Hal ini karena alasan perbedaan usia atau pun perbedaan latar belakang mereka sebelum masuk. Berbagai macam latar belakang anak dapat membuat anak asuh ragu dan enggan untuk meminta saran dari temannya. Interaksi satu sama lain selalu terjadi karena mereka tinggal dalam satu lokasi dan bertemu di setiap harinya. Anak lebih banyak menghabiskan waktu bersama teman yang memiliki usia tidak jauh beda dengan mereka. Sebagai contoh anak yang berada di jenjang sekolah dasar (SD) kelas 3 akan bermain bersama dengan anak sesama kelasnya atau satu tingkat di atasnya. Hal ini berlaku juga kepada anak-anak yang lainnya.

**Tabel 3.** Distribusi Frekuensi Dukungan Sesama Rekan Anak Asuh di UPTD Kampung Anak Negeri

| Dukungan Sesama Rekan | Jumlah | Persentase (%) |
|-----------------------|--------|----------------|
| Baik                  | 7      | 22,6           |
| Cukup                 | 24     | 77,4           |
| Total                 | 31     | 100            |

Penyesuaian diri yang dilakukan remaja maupun anak-anak ketika mereka berada dilingkungannya sedikit banyak dipengaruhi oleh dukungan sosial orang-orang disekitar mereka (Kumalasari and Ahyani, 2012). Faktor lain yang bisa mempengaruhi penyesuaian diri adalah keadaan lingkungan, keadaan fisik, budaya, psikologis, kematangan dan perkembangan diri anak (Kumalasari and Ahyani, 2012).

### Tabulasi Silang Antara Tanggung Jawab Personal dengan Kepatuhan Penerapan Peraturan KTR oleh Anak Asuh di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya

**Tabel 4.** Tabulasi Silang Antara Tanggung Jawab Personal Anak Asuh dengan Kepatuhan Penerapan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya Tahun 2019

| Tanggung Jawab Personal | Kepatuhan Penerapan KTR |      |       |      |       |     | R     |
|-------------------------|-------------------------|------|-------|------|-------|-----|-------|
|                         | Baik                    |      | Cukup |      | Total |     |       |
|                         | n                       | %    | n     | %    | n     | %   |       |
| Baik                    | 14                      | 66,7 | 7     | 33,3 | 21    | 100 | 0,530 |
| Cukup                   | 1                       | 4,8  | 9     | 90   | 10    | 100 |       |
| Jumlah                  | 15                      | 48,8 | 16    | 51,6 | 31    | 100 |       |



Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa dari total responden (31 orang), 90% diantaranya memiliki tanggung jawab personal yang cukup dan memiliki kepatuhan yang cukup terhadap peraturan KTR. Pada tabel 5 pada nilai R terdapat angka 0,530, maka dapat disimpulkan bahwa tingkat keeratan hubungan kuat antara tanggung jawab personal anak asuh dengan kepatuhan penerapan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya.

Adanya keeratan hubungan yang kuat antara tanggung jawab personal anak asuh dengan kepatuhan penerapan membuat anak asuh memiliki tanggung jawab personal yang cukup dan memiliki kepatuhan yang cukup terhadap peraturan KTR. Hal ini tidak terlepas dari pendidikan karakter yang ditanamkan setiap hari pada anak asuh. Hasil korelasi yang positif berarti antara tanggung jawab personal anak asuh dan kepatuhan mengalami perubahan ke arah yang sama. Artinya jika tanggung jawab mengarah semakin baik maka kepatuhan akan mengikuti ke arah yang positif (baik). Sebaliknya jika tanggung jawab melemah maka kepatuhan juga akan melemah. Tiga faktor yang membuat seseorang berperilaku yaitu faktor predisposisi, faktor penentu, dan faktor pendorong (Notoatmodjo, 2014). Tanggung jawab personal sebagai faktor predisposisi menjadi sebuah nilai yang diyakini anak asuh dan tertanam sejak mereka hidup jauh dari keluarga. Pemberian tanggung jawab oleh pembina dan pendamping melatih anak menjadi mandiri dan memiliki kesadaran dalam berperilaku. Percobaan yang dilakukan oleh Milgram menyatakan jika seseorang mempunyai komitmen yang besar maka akan patuh dibandingkan dengan seseorang yang komitmennya kecil. Tanggung jawab tersebut dilakukan atas dasar komitmen diri atau niat yang lahir dari diri (Mahfudhoh and Rohmah, 2015).

Salah satu keberhasilan mendidik siswa adalah dengan cara memberinya tanggung jawab (Rohyati, 2015). Anak yang memiliki tanggung jawab maka tugasnya akan dilaksanakan dengan baik. Rasa tanggung jawab adalah sikap dan perilaku seseorang untuk melaksanakan tugas dan kewajibannya terhadap diri sendiri, masyarakat, lingkungan (alam, sosial, dan budaya), Negara dan Tuhan (Mustari, 2014). Orang tua atau orang dewasa di sekeliling anak memiliki peran

yang penting dalam penanaman sikap tanggung jawab pada anaknya. Namun anak-anak di UPTD Kampung Anak Negeri merupakan penyandang masalah kesejahteraan sosial kurang mendapatkan pelajaran tanggung jawab sebagaimana seharusnya.

Latar belakang anak-anak yang beragam mulai dari anak jalanan, anak terlantar dan anak dianggap nakal memungkinkan kurangnya perhatian dari orang tua mereka. Anak-anak PMKS ini membutuhkan pendidikan khususnya pendidikan karakter. Jika karakter baik tertanam pada diri anak maka anak tidak mudah melakukan hal-hal yang dia anggap tidak benar. Karakter yang dimaksud adalah waktak, tabiat, akhlak, atau kepribadian seseorang yang terbentuk dari internalisasi berbagai landasan untuk cara pandang, bersikap, dan bertindak (Lestari, 2017). Pada masa remaja terjadi perubahan hormonal, fisik, psikologis dan sosial (Batubara, 2010). Psikologis dan sosial termasuk sosial emosional sebagaimana dimaksud adalah rasa tanggung jawab untuk diri sendiri dan orang lain, mencakup kemampuan mengetahui hak-haknya, mentaati aturan, mengatur diri sendiri, serta bertanggung jawab atas perilakunya untuk kebaikan sesama. Lingkup perkembangan anak ini belum tentu diterima dengan baik oleh anak asuh dalam kehidupannya sebelum masuk UPTD Kampung Anak Negeri.

Pada anak asuh tanggung jawab personal berarti kesadaran anak asuh untuk bersedia menanggung segala sesuatu atas dirinya untuk mentaati peraturan KTR yang ada di lingkungan UPTD Kampung Anak Negeri. Penelitian yang dilakukan pada anak asuh menunjukkan bahwa dari total responden (sebanyak 31 orang), 90% diantaranya memiliki tanggung jawab personal yang cukup dan memiliki kepatuhan yang cukup terhadap peraturan KTR. Analisis ini didukung dengan korelasi Spearman untuk mengetahui seberapa kuat hubungan antara dua variabel. Hasilnya dapat diketahui bahwa tingkat keeratan hubungannya kuat antara tanggung jawab personal anak asuh dengan kepatuhan penerapan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya.

Adanya keeratan hubungan yang kuat antara tanggung jawab personal anak asuh dengan kepatuhan membuat anak asuh memiliki tanggung jawab yang cukup

dan memiliki kepatuhan yang cukup terhadap peraturan KTR. Hal ini tidak terlepas dari pendidikan karakter yang ditanamkan setiap hari pada anak asuh. Pendidikan karakter tanggung jawab personal yang diterapkan antara lain dengan cara berlatih tepat waktu dalam sholat berjamaah bagi yang beragama Islam, berlatih merapikan tempat tidur, berlatih membereskan perlengkapan sekolah sepulang sekolah dan banyak latihan bertanggung jawab pada diri sendiri yang lainnya. Namun pada kenyataannya jika melihat latar belakang anak asuh mulai dari anak terlantar hingga anak jalanan, maka adakalanya kebiasaan yang kurang normatif masih sering dilakukan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya tentang pelaksanaan pendidikan karakter bagi anak jalanan (studi kasus di Rumah Singgah dan Belajar Diponegoro) (Lestari, 2017). Karakter bukan sebuah produk yang dapat dibuat dan dalam jangka waktu yang sebentar, namun untuk penanaman karakter memerlukan waktu yang lama dan proses yang panjang (Lestari, 2017).

Penelitian sebelumnya mengemukakan bahwa bentuk kenakalan yang dilakukan siswa kelas XII Madrasah Aliyah Infarul Ghoy Semarang masih dalam kategori kenakalan yang bersifat ringan yaitu pelanggaran tata tertib sekolah (Mahmudi, 2014). Penelitian serupa dengan judul *Tingkat Ketaatan Siswa Terhadap Peraturan Di Sekolah Menengah Kejuruan Muhammadiyah 2 Jatianom Tahun 2017/2018* menyebutkan bahwa ketaatan atau kepatuhan juga berkaitan dengan sikap hormat dan disiplin (Dinasyari, 2017). Anak asuh memiliki kesadaran yang cukup atas peraturan KTR di lingkungan tempat mereka tinggal. Arah pertumbuhan hubungan yang positif memiliki arti bahwa tanggung jawab dan kepatuhan anak asuh mengalami perubahan ke arah yang sama (positif). Sehingga tanggung jawab personal anak bisa dilatih lagi dengan memberikan tanggung jawab tambahan misalnya membantu mengarahkan anak asuh yang baru masuk tentang peraturan-peraturan yang ada di lingkungan mereka termasuk peraturan kawasan tanpa rokok (KTR).

**Tabel 5.** Tabulasi Silang antara Dukungan Sesama Rekan dengan Kepatuhan Penerapan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya Tahun 2019

| Dukungan Sesama Rekan | Kepatuhan Penerapan KTR |      |       |      |       |     | R      |
|-----------------------|-------------------------|------|-------|------|-------|-----|--------|
|                       | Baik                    |      | Cukup |      | Total |     |        |
|                       | n                       | %    | n     | %    | n     | %   |        |
| Baik                  | 2                       | 28,6 | 5     | 71,4 | 7     | 100 | -0,214 |
| Cukup                 | 13                      | 54,2 | 11    | 45,8 | 24    | 100 |        |
| Jumlah                | 15                      | 48,4 | 16    | 51,6 | 31    | 100 |        |

#### Tabulasi Silang Antara Dukungan Sesama Rekan dengan Kepatuhan Penerapan Peraturan KTR oleh Anak Asuh di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya

Hasil tabulasi silang pada tabel 5 menunjukkan bahwa dari total responden (sebanyak 31 orang), 71,4% diantaranya memiliki dukungan sesama rekan yang baik dan memiliki kepatuhan yang cukup terhadap peraturan KTR. Berdasarkan hasil analisis korelasi Spearman, diketahui bahwa nilai *R* menandakan seberapa kuat keeratan hubungan antara dua variable. Sehingga pada nilai *R* terdapat angka 0,214, maka dapat disimpulkan bahwa tingkat keeratan hubungan sangat lemah antara dukungan sesama rekan anak asuh dengan kepatuhan penerapan KTR di UPTD Kampung Anak Negeri Kota Surabaya. Tanda negatif menunjukkan jika terjadi korelasi negatif (perubahan ke arah yang berlawanan) diantara kedua variabel

tersebut. Perubahan pada variabel dukungan sesama rekan berlawanan arah dengan perubahan kepatuhan terhadap peraturan KTR. Artinya jika dukungan sesama rekan anak asuh baik maka tidak berarti kepatuhan akan baik namun cukup dan jika berlanjut bisa jadi mengarah ke arah kurang. Dalam teori Sigmund Freudian menyebut kejadian ini sebagai mekanisme pertahanan diri (*self defense mechanism*) atas kejadian yang diterima seseorang baik positif maupun negatif dikembangkan dalam ilmu psikoanalisis (ustpsikologiadmin, 2015).

Freudian dalam Schultz & Schultz (2009) menyebutkan jika ada beberapa mekanisme pertahanan diri seseorang yaitu *repression, denial, reaction formation, projection, regression, rationalization, displacement*, dan *sublimation* (Schultz and Schultz, 2009). Sesuai hasil tabulasi silang jika dilihat dari

teori Sigmund Freudian maka mekanisme pertahanan diri yang dipakai adalah *reaction formation*. *Reaction formation* atau formasi reaksi berarti seseorang melakukan pertahanan diri dengan mengekspresikan *impuls* diri yang menjadi kebalikan dari dorongan yang sebenarnya diberikan kepada orang tersebut.

Dukungan sosial adalah suatu kesenangan, perhatian, penghargaan, ataupun bantuan yang dirasakan dari orang lain atau kelompok (Sarafino, 1994). Kelompok teman sebaya berperan penting dalam perkembangan remaja baik secara emosional ataupun secara sosial. Fungsi teman sebaya salah satunya adalah memberikan informasi dan komparasi lingkungan di luar keluarga. Pelanggaran bisa saja dilakukan oleh siapapun, begitu pula oleh remaja. Remaja pada proses perkembangannya mengalami tahapan masa menentang (*trotzalter*) (Ali and Asrori, 2015).

Pada kehidupan sehari-harinya anak asuh hampir 24 jam berinteraksi satu sama lain dan tinggal bersama. Anak lebih sering bermain dan berkumpul dengan sebayanya. Contohnya seperti anak asuh yang bersekolah dan duduk di bangku kelas 1 atau 2 sekolah dasar (SD), maka mereka akan lebih nyaman bermain dengan anak-anak asuh seusianya. Beda dengan anak asuh yang tidak sekolah, umur mereka sekitar 15 sampai dengan 17 tahun maka akan lebih senang berkumpul dengan anak asuh seusia mereka. Kelompok teman sebaya adalah sumber afeksi, simpati, pemahaman, dan pedoman moral, tempat mencoba hal baru, dan tempat untuk memperoleh otonomi dan independensi dari orang tua (Papalia, Old and Feldman, 2008).

Pada analisis tabulasi silang menunjukkan bahwa dari total responden (sebanyak 31 orang), 71,4% diantaranya memiliki dukungan sesama rekan yang baik dan memiliki kepatuhan yang cukup terhadap peraturan KTR. Persentase sisanya berarti yang tidak memberikan dukungan bisa menjadi pengaruh kepada anak asuh yang mematuhi peraturan. Jika ditelaah dari hasil tabulasi silang dengan jumlah persentase 71,4% anak asuh masih memiliki kepatuhan yang cukup.

Salah seorang anak asuh berinisial S mengatakan jika dirinya sering merokok diam-diam tanpa sepengetahuan pembina maupun pendamping. Responden S mengatakan jika sudah berusaha untuk

mengurangi perilakunya ini, namun menurutnya susah. Responden S mengatakan jika anak-anak asuh tidak begitu *care* dengan masalah merokok yang dilakukan teman-teman yang lain. Menurut S anak asuh tidak akan berani menegur atau menasehati karena perbedaan usia yang ada diantara mereka. Hal ini juga didukung oleh penuturan pembina I, bahwa anak-anak lebih cenderung acuh bahkan takut dengan anak asuh yang lebih besar yang melanggar peraturan. Keterlibatan remaja bersama teman sebaya dapat menjadi sumber tekanan bagi remaja walaupun juga bisa menjadi sumber dukungan emosional yang penting selama transisi masa remaja (Papalia, Old and Feldman, 2008).

Dukungan yang diberikan rekan sebaya bisa mengarah ke hal yang positif ataupun negatif. Oleh karena itu perlunya adanya *peer educator* yang bisa menjadi sarana positif anak asuh untuk belajar agar bisa paham dengan dampak negatif dari merokok. *Bonding* pembina dan pendamping kepada anak asuh bisa lebih dipererat dengan menjadi pelatih sekaligus pengawas *peer educator* sehingga diharapkan kepatuhan anak bisa menjadi lebih baik.

## SIMPULAN

Sebagian besar usia anak asuh 12-16 tahun dan sekolah di SD/ sederajat. Mereka mayoritas masuk dalam usia remaja awal. Semua variable yakni tanggung jawab personal dan dukungan sesama rekan anak asuh memiliki hubungan dengan kepatuhan terhadap KTR hanya saja keeratan hubungan masing-masing variabel berbeda. Usaha untuk melatih tanggung jawab anak dapat ditambahkan dengan menjadi *peer educator* bagi sesama anak asuh. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan bisa menambah tempat penelitian dan sampel serta memasukkan peran pembimbing dan pembina sebagai salah satu variabel yang berperan dalam kepatuhan penerapan KTR.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M. and Asrori, M. (2015) *Psikologi Remaja: Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: Bumi Aksara.  
Artanti, K. D., Lestari, K. S. and Martini,

- S. (2014) 'Evaluasi Implementasi Perda Kota Surabaya No. 5 Tahun 2008 Tentang KTR Dan KTM Pada Tahun 2013 Di Fasilitas Kesehatan', *Proceeding 1st Indonesia Conference on Tobacco or Health (ICTOH) 2014*.  
Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Timur (2015) 'Statistik Remaja Jawa Timur 2015'.
- Batubara, J. R. L. (2010) 'Adolescent Development (Perkembangan Remaja)', *Sari Pediatri*, 12(1), pp. 21-29.
- Cowie, H. and Wallace, P. (2000) *Peer Support in Action: From Bystanding to Standing by*. London: SAGE Publications Ltd. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446219126>.
- Departemen Kesehatan RI (2008) 'Profil Kesehatan Indonesia 2008', p. Jakarta: Pusat Data dan Informasi.
- Depkes RI (2016) 'HTTS 2016: Suarakan Kebenaran, Jangan Bunuh Dirimu Dengan Candu Rokok'. Available at: <http://www.depkes.go.id/article/print/16060300002/htts-2016-suarakan-kebenaran-jangan-bunuh-dirimu-dengan-candu-rokok.html> (Accessed: 7 November 2018).
- Dinasyari, Y. N. (2017) 'Tingkat Ketaatan Siswa Terhadap Peraturan Di Sekolah Menengah Kejuruan Muhammadiyah 2 Jatianom Tahun 2017/2018'. Available at: [http://eprints.ums.ac.id/58109/1/NA\\_SKAH](http://eprints.ums.ac.id/58109/1/NA_SKAH).
- Faridah, F. (2015) 'Analisis Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Remaja di SMK "X" Surakarta', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal) FKM UNDIP*, 3(April). Available at: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/12758/12371>.
- Global Youth Tobacco Survey (2014) *Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Indonesia Report*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia. Available at: [http://www.searo.who.int/tobacco/documents/ino\\_gyts\\_report\\_2014.pdf](http://www.searo.who.int/tobacco/documents/ino_gyts_report_2014.pdf).
- Herlina, A. (2014) 'Kehidupan anak jalanan di Indonesia : faktor penyebab, tatanan hidup dan kerentanan berperilaku menyimpang', *Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat*, 5, pp. 145-155.
- Hidayah, N. and Huriati (2016) 'Krisis Identitas Diri pada Remaja', *Sulesana*, 10(1), pp. 49-62.
- Kumalasari, F. and Ahyani, L. N. (2012) 'Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Penyesuaian Diri Remaja Di Panti Asuhan', *Jurnal Psikologi: PITUTUR*, 1(1), pp. 19-28.
- Kusumadewi, S., Hardjajani, T. and Priyatama, A. N. (2012) 'Hubungan antara Dukungan Sosial Peer Group dan Kontrol Diri dengan Kepatuhan terhadap Peraturan pada Remaja Putri di Pondok Pesantren Modern Islam Assalam Sukoharjo', *Jurnal Ilmiah Psikologi Candrajiwa*, 1(2). Available at: <https://candrajiwa.psikologi.fk.uns.ac.id/index.php/candrajiwa/article/viewFile/25/15>.
- Lestari, T. A. (2017) 'JIKAP PGSD : Jurnal Ilmiah Ilmu Kependidikan Pelaksanaan Pendidikan Karakter Bagi Anak Jalanan ( Studi Kasus di Rumah Singgah dan Belajar Diponegoro )', (2), pp. 96-105.
- Mahfudhoh, S. and Rohmah, T. N. (2015) 'Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penulisan Resep Sesuai Formularium', 3, pp. 21-30.
- Mahmudi, W. L. (2014) 'Strategi Guru Pendidikan Agama Islam dalam Mengatasi Kenakalan Siswa pada Siswa Kelas XII Madrasah Aliyah Infarul Ghoy Semarang Tahun 2013/2014', *Naskah Publikasi Ilmiah Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- McLeod, S. (2007) 'The Milgram Experiment', (Xxx), pp. 1-7. Available at: <http://www.simplypsychology.org/milgram.html>.
- Milgram, S. (1974) 'Obedience to Authority', p. Harper and Row., New York.
- Mustari, M. (2014) *Nilai Karakter Refleksi untuk Pendidikan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Notoatmodjo, S. (2014) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Papalia, D. E., Old, S. W. and Feldman, R. D. (2008) *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- 'Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 2 Tahun 2019 tentang Kawasan Tanpa Rokok' (2019).
- 'Peraturan Walikota Surabaya Nomor 61 Tahun 2012 tentang Organisasi Unit

- Pelaksana Teknis Dinas Kampung Anak Negeri Pada Dinas Sosial Kota Surabaya' (2012). Available at: [https://jdih.surabaya.go.id/pdfdoc/erwali\\_695.pdf](https://jdih.surabaya.go.id/pdfdoc/perwali_695.pdf).
- Peto, R. and Jha, P. (2014) 'Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco', p. *New England Journal of Medicine*. 370:60---68. doi: 10.1056/NEJMra1308383.
- Purnomo, M. A. (2017) 'Peran Pekerja Sosial dalam Meningkatkan Kemandirian Anak Jalanan Melalui Pelatihan Melukis Di UPTD Kampung Anak Negeri Wonorejo Surabaya'. Available at: <http://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/index.php/jurnal-pendidikan-luar-sekolah/article/download/21502/19712>.
- Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI (2011) 'Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok', p. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: <http://www.depkes.go.id/resources/download/promosi-kesehatan/pedoman-ktr.pdf>.
- Putri, N. P. U. (2017) 'Persepsi Perokok Surabaya Terhadap Pesan Iklan Layanan Masyarakat Mengenai Bahaya Merokok', *Promkes*, 5, pp. 205-216.
- Riskesdas (2018) 'HASIL UTAMA RISKESDAS 2018', p. Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengemb.
- Riyadi, A. (2017) 'Hubungan Konsep Diri dengan Kenakalan Anak Jalanan pada Rumah Singgah Putra Mandiri Semarang', *Psymphatic : Jurnal Ilmiah Psikologi*, 3(1), pp. 23-34. doi: 10.15575/psy.v3i1.1097.
- Rohyati (2015) 'Peningkatan Sikap Tanggung Jawab Anak Usia 5-6 Tahun Melalui Metode Proyek', *Artikel Jurnal Skripsi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta*.
- Roza, D. and Arliman S, L. (2018) 'Peran Pemerintah Daerah di Dalam Melindungi Hak Anak di Indonesia', *Masalah - Masalah Hukum*, 47(1), pp. 10-21.
- Sarafino, E. P. (1994) *Health Psychology: Biopsychology Interaction*. Kanada: John Wiley & Sons, Inc.
- Schultz, D. P. and Schultz, S. E. (2009) *Theories of Personality, Ninth Edition*. USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Smet, B. (1994) *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: P.T. Gramedia.
- Sugiyono (2012) *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Tobacco Control Support Centre-IAKMI (2014) *Bunga Rampai Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Tobacco Control and Support Centre-IAKMI.
- ustpsikologiadmin (2015) *Teori Kepribadian Sigmund Freud, 5 November 2015*. Available at: <https://psikologi.ustjogja.ac.id/index.php/2015/11/05/teori-kepribadian-sigmund-freud/>.
- Utami, R. D., Rochayanti, C. and Sosiawan, E. A. (2018) 'Komunikasi Interpersonal antara Pembina dan Anak Jalanan dalam Memotivasi di Bidang Pendidikan dan Mengubah Perilaku di Rumah Singgah Anak Mandiri Yogyakarta (Studi pada anak jalanan di Rumah Singgah Anak Mandiri Yogyakarta)', *Paradigma*, 16(1). doi: 10.31315/paradigma.v16i1.2459.
- WHO (2011) 'Gender, Health, Tobacco and Equity', pp. 1-11. Available at: <https://www.who.int/tobacco/publications/gender/en/>.
- WHO (2015) 'WHO Report on The Global Tobacco Epidemic , 2015 Raising Taxes on Tobacco Executive Summary'. Available at: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/en/).

## Penilaian Upaya Promosi Kesehatan berdasarkan Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Pasar Kabupaten Kediri

### *Assessment of Health Promotion Based on "PHBS" Marketplace Indicators in Kediri Regency*

Yudhi Ahmad Zarnuzi

Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya  
Email: [yudhi\\_ahmadzarnuzi@yahoo.co.id](mailto:yudhi_ahmadzarnuzi@yahoo.co.id)

#### ABSTRACT

**Background:** Traditional markets are a place to fulfill basic daily needs with trading practices accompanied by direct interaction between sellers and buyers. Health promotion in public places needs to be carried out by providing facilities that can support healthy behavior for visitors. One of the effort is through the indicators of Clean and Healthy Behavior. **Objective:** This research aims to explore and seek appropriate recommendations so that it can be a reference in improving clean and healthy living in the traditional market environment. **Method:** The instruments used in this study were the field observation form, assessment form, and in-depth interview guide. Taking informants using purposive sampling techniques with inclusion criteria is the market manager. The assessment was carried out on the components of a Healthy Clean Lifestyle in traditional markets, namely 8 indicators including clean water supply, hand washing behavior with soap, healthy latrines, behavior to dispose of rubbish in its place, not smoking in public places, closing food and drinks, prohibiting indiscriminate spitting, and efforts to eradicate mosquito larvae. **Results:** The results of this study indicate that the four markets studied were in the Poor category. The Main Market gained 447 points, the Pamenang Market 350 points, the Pare Lama Market 352 points, the Bendo Market 366 points. There are four indicators that have the results with the lowest achievement score, namely indiscriminate spitting, smoking bans in public places, washing hands with soap, and combating mosquito larvae. **Conclusion:** several Traditional Markets in Pare Sub-district have not implemented 8 Indicators of Clean and Healthy Behavior in public places (Traditional Markets) properly.

**Keyword:** health promotion, PHBS, public places, traditional market

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pasar tradisional merupakan tempat pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari dengan praktik perdagangannya disertai interaksi langsung antara penjual dan pembeli. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum perlu dilaksanakan dengan menyediakan fasilitas yang dapat mendukung perilaku hidup sehat bagi pengunjungnya. Salah satu upaya tersebut melalui indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. **Tujuan:** Mendalami dan mengupayakan rekomendasi yang tepat agar dapat menjadi acuan dalam pembenahan upaya hidup bersih dan sehat pada lingkungan pasar tradisional. **Metode:** Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah form observasi lapangan, form penilaian, dan panduan wawancara mendalam. Pengambilan informan menggunakan teknik purposive sampling dengan kriteria inklusi merupakan pengelola pasar. Penilaian dilakukan terhadap Komponen Pola Hidup Bersih Sehat di pasar tradisional, yaitu delapan indikator antara lain penyediaan air bersih, perilaku cuci tangan pakai sabun, jamban sehat, perilaku membuang sampah pada tempatnya, tidak merokok di tempat umum, menutup makanan dan minuman, larangan meludah sembarangan, dan upaya dalam pemberantasan jentik nyamuk. **Hasil:** Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa empat pasar yang diteliti masuk dalam kategori buruk. Pasar Induk memperoleh poin 447, Pasar Pamenang 350 poin, Pasar Pare Lama 352 poin, Pasar Bendo 366 poin. Terdapat empat indikator yang memiliki hasil dengan skor pencapaian terendah, yaitu meludah sembarangan, larangan merokok di tempat umum, cuci tangan pakai sabun, dan

pemberantasan jentik nyamuk. **Kesimpulan:** beberapa pasar tradisional di Kecamatan Pare belum melaksanakan delapan Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di tempat umum (Pasar Tradisional) dengan baik.

**Kata Kunci:** pasar tradisional, PHBS, promosi kesehatan, tempat umum

## PENDAHULUAN

Setiap aktifitas manusia pasti tidak bisa lepas dari sarana tempat umum, baik untuk pekerjaan, interaksi sosial, maupun sarana pembelajaran. Sarana dan bangunan umum adalah suatu tempat atau alat yang digunakan oleh masyarakat umum untuk melakukan kegiatannya. Diperlukan adanya pengelolaan sarana dan bangunan umum yang baik demi keberlangsungan hidup untuk mencapai keadaan yang sejahtera dan memungkinkan penggunaannya hidup serta bekerja dengan produktif secara sosial ekonomi. Tempat umum adalah sarana yang diselenggarakan oleh pemerintah, swasta, atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan masyarakat, dengan lebih spesifik dijelaskan oleh Peraturan Menteri Republik Indonesia nomor 81 tahun 1999 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan (Presiden RI, 1999).

Fasilitas umum adalah fasilitas yang diadakan untuk kepentingan umum, Pasar tradisional merupakan pasar yang permanen, dengan pengelolaan sebagian besar barang yang diperjual belikan adalah kebutuhan dasar sehari-hari dengan praktek perdagangan dan fasilitas infrastruktur sederhana, dan ada interaksi langsung antara penjual dan pembeli (Menteri Kesehatan RI, 2008).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di tempat umum memiliki tujuan untuk membentuk, merevitalisasi, dan mengembangkan kapasitas pengelola, agar dapat menjadi panutan pengunjung didukung dengan pemberian dukungan kebijakan/pengaturan dan penyediaan sarana agar PHBS tempat umum dapat dilakukan (Menteri Kesehatan RI, 2011). Upaya pemberdayaan PHBS dilakukan pada pengunjung dan pengelola agar tahu, mau, dan mampu untuk mempraktikkan PHBS serta aktif dalam perwujudan tempat umum sehat (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2017). Tempat-tempat umum secara lebih rinci meliputi sarana pariwisata, transportasi, sarana

ibadah, sarana perdagangan dan olah raga, rekreasi dan sarana sosial lain.

Komponen dalam PHBS khususnya pada tatanan tempat umum di pasar tradisional memiliki delapan indikator, meliputi:

- a. Penyediaan Air Bersih
- b. Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun
- c. Jamban Sehat
- d. Perilaku Membuang Sampah pada Tempatnya
- e. Tidak Merokok di Tempat Umum
- f. Menutup Makanan dan Minuman
- g. Larangan Meludah Sembarangan
- h. Upaya Pemberantasan Jentik Nyamuk

Kondisi lingkungan yang buruk dan perilaku yang tidak sehat di tempat umum dapat menimbulkan berbagai penyakit. Dalam upaya pencegahan risiko tersebut perlu upaya perlindungan diri dari berbagai ancaman penyakit individu (Chandra, 2007).

Pasar tradisional menyediakan barang/komoditas yang beraneka ragam seperti beras, sayur, ikan, daging, dan sebagainya, serta tidak spesifik. Mayoritas pasar tradisional secara kebebasan distribusi dapat dikategorikan sebagai pasar lokal.

Survei awal dengan melakukan *indepth interview* kepada salah satu staff Dinas Perdagangan Kabupaten Kediri. Hasil *interview* didapatkan bahwa pemenuhan aspek PHBS tempat umum khususnya pasar tradisional masih belum maksimal. Kondisi tersebut disebabkan oleh berbagai faktor, seperti keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM) pengelola pasar, kebiasaan pedagang, dan lain sebagainya.

Pengambilan sampel pada pasar tradisional wilayah Kecamatan Pare juga merupakan rekomendasi dari Dinas Perdagangan, mengingat terdapat empat pasar di wilayah tersebut merupakan wilayah utama pengembangan, serta dua diantaranya merupakan pasar tradisional percontohan untuk wilayah Kabupaten Kediri. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi tolak ukur capaian PHBS di Kabupaten Kediri.

Penelitian dilakukan untuk mendalami dan mengupayakan rekomendasi yang tepat dengan harapan dapat menjadi acuan dalam pembenahan upaya hidup bersih dan sehat di lingkungan pasar tradisional. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengurangi kejadian penyakit akibat dari perilaku masyarakat pasar yang buruk, serta sebagai bentuk penggambaran upaya yang telah dilakukan dalam pemenuhan PHBS di pasar tradisional wilayah kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kecamatan Pare.

## METODE

Metode pengamatan dilakukan dengan menyusun lembar observasi berdasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/SK/VI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pasar Sehat, Surat Edaran PM.01.11/ MENKES/ 591/ 2016 tentang tata laksana Pemberantasan Sarang Nyamuk, Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus ibukota Jakarta Nomor 38 Tahun 2012 tentang Bangunan Gedung Hijau dan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Dan Kawasan Terbatas Merokok. Pemilihan pedoman tersebut dikarenakan memiliki keterkaitan dengan delapan indikator PHBS pasar tradisional (Menteri Kesehatan RI, 2008, 2016; Pemerintah Kota Surabaya, 2008; Gubernur Provinsi DKI Jakarta, 2012).

Pelaksanaan observasi dilakukan dengan membandingkan keadaan di pasar tradisional dengan pilihan kriteria yang telah tersusun dalam lembar observasi dan dilakukan pada satu waktu. Peninjauan pasar tradisional dilakukan pada sela jam operasional pasar dilakukan.

Pengolahan data dan teknik pengamatan dilakukan dengan cara menganalisis dan mengumpulkan semua data yang diperoleh dari observasi lapangan dan *indepth interview* kepada pengelola pasar sebagai langkah pengambilan data primer penelitian. Langkah kedua yakni dengan merangkum semua informasi serta data yang telah diperoleh sebelumnya. Langkah ketiga yakni dengan menganalisis rangkuman hasil penelitian dan melakukan penilaian dari langkah sebelumnya. Langkah terakhir dilakukan dengan membuat laporan hasil penelitian yang sudah dilakukan.

**Tabel 1.** Waktu Peninjauan Pasar

| Lokasi          | Hari, Tanggal           | Waktu (WIB) |
|-----------------|-------------------------|-------------|
| Pasar Induk     | Sabtu, 10 Februari 2018 | 08.00-12.00 |
| Pasar Pamenang  | Senin, 19 Februari 2018 | 11.00-15.00 |
| Pasar Pare Lama | Kamis, 1 Maret 2018     | 10.00-13.00 |
| Pasar Bendo     | Minggu, 11 Maret 2018   | 09.00-13.00 |

Teknik skoring dilakukan dengan melihat ketersediaan fasilitas yang disesuaikan dengan lembar observasi dengan skor minimal 0 apabila dalam indikator tersebut tidak terpenuhi semua variabel didalamnya, dan skor maksimal 100 apabila di pasar tradisional tersebut tersedia seluruh fasilitas untuk setiap variabel yang diperlukan untuk mendukung kegiatan PHBS di tempat umum.

Hasil dari observasi tersebut akan dapat menggolongkan keempat pasar yang diteliti masuk dalam kategori baik, sedang atau buruk. Nilai maksimal yang dapat diperoleh adalah 800 poin, dengan nilai 100 poin disetiap indikatornya. Apabila terpenuhi >75% (600) dapat dikatakan baik, 60-75% (480-599) dikategorikan sebagai sedang, dan <60% (479) dikatakan buruk.

*Output* penelitian ini adalah sebagai bentuk penilaian dan pendalaman terkait pelaksanaan upaya promosi kesehatan di tempat umum, khususnya pasar tradisional dalam pemenuhan delapan indikator PHBS. Hasil peneliti juga diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang tepat sasaran dan dapat menjadi acuan dalam pembenahan upaya peningkatan derajat kesehatan di lingkungan pasar tradisional, serta mengurangi kejadian penyakit akibat dari perilaku buruk pada pasar tradisional.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Data sekunder yang telah diperoleh dari hasil pencapaian PHBS Tatanan Pasar tradisional oleh Puskesmas dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri memiliki rasio pengkajian dari jumlah total yang sedikit. Kondisi seperti ini pada umumnya didasari oleh berbagai faktor, seperti keterbatasan SDM dan anggaran, belum ada pedoman khusus tempat umum, serta kesulitan perizinan maupun persepsi prioritas program dibandingkan program yang lain, serta berbagai pertimbangan lainnya.

Data pencapaian wilayah Kabupaten Kediri memiliki rasio yang rendah, bahkan



untuk wilayah penelitian yaitu Kecamatan Pare tidak ditemukan kajian yang dilakukan oleh puskesmas terkait, yaitu Puskesmas Pare dan Puskesmas Bendo. Rasio PHBS yang rendah di pasar tradisional

tidak boleh terjadi, karena tempat umum adalah tempat berkumpulnya banyak orang serta memunculkan interaksi di dalam suatu kegiatan tersebut.

**Tabel 2.** Pencapaian PHBS Tatanan Pasar Tradisional oleh Puskesmas Kabupaten Kediri.

| No           | Nama         | Total      | Jml. Kajian | Pasar      |           |           |          |
|--------------|--------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|
|              |              |            |             | Strata (%) |           |           |          |
|              |              |            |             | I          | II        | III       | IV       |
| 1            | Mojo         | 4          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 2            | Ngadi        | 4          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 3            | Semen        | 2          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 4            | Ngadiluwih   | 2          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 5            | Wonorejo     | 2          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 6            | Kras         | 134        | 20          | 0          | 5         | 15        | 0        |
| 7            | Pelas        | 2          | 0           | 0          | 1         | 1         | 0        |
| 8            | Blabak       | 4          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 9            | Sambi        | 1          | 1           | 0          | 0         | 1         | 0        |
| 10           | Wates        | 1          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 11           | Sidomulyo    | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 12           | Ngancar      | 1          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 13           | Plosoklaten  | 3          | 3           |            |           |           | 0        |
| 14           | Pranggang    | 1          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 15           | Gurah        | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 16           | Adan - adan  | 3          | 3           | 0          | 0         | 3         | 0        |
| 17           | Puncu        | 1          | 1           | 0          | 0         | 1         | 0        |
| 18           | Kepung       | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 19           | Keling       | 1          | 1           | 0          | 1         | 0         | 0        |
| 20           | Kandangan    | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 21           | Badas        | 2          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 22           | <b>Bendo</b> | <b>1</b>   | <b>0</b>    | <b>0</b>   | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b> |
| 23           | Sidorejo     | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 24           | <b>Pare</b>  | <b>0</b>   | <b>0</b>    | <b>0</b>   | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b> |
| 25           | Kunjang      | 2          | 2           | 0          | 2         | 0         | 0        |
| 26           | Puhjark      | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 27           | Purwoasri    | 2          | 2           | 0          | 2         | 0         | 0        |
| 28           | Sumberjo     | 1          | 1           | 0          | 1         | 0         | 0        |
| 29           | Papar        | 1          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 30           | Pagu         | 1          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 31           | Bangsongan   | 1          | 1           | 1          | 0         | 0         | 0        |
| 32           | Gampeng      | 1          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 33           | Ngasem       | 2          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 34           | Grogol       | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 35           | Tiron        | 2          | 2           | 0          | 2         | 0         | 0        |
| 36           | Tarokan      | 3          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| 37           | Kayen kidul  | 0          | 0           | 0          | 0         | 0         | 0        |
| <b>Total</b> |              | <b>185</b> | <b>37</b>   | <b>1</b>   | <b>14</b> | <b>21</b> | <b>0</b> |

Sumber: Data Profil Promosi Kesehatan Puskesmas Tahun 2017

Segala aktifitas individu sangat berkaitan erat dengan tempat-tempat umum, dalam hal ini pasar. Aktifitas tersebut diantaranya bekerja, melakukan interaksi sosial dan sebagainya (Suparlan, 1977).

Tempat-tempat umum memiliki potensi dalam penularan penyakit, pencemaran lingkungan maupun gangguan kesehatan lainnya. Potensi yang tinggi tersebut didukung dengan tidak adanya pemeliharaan terhadap tempat umum. Kondisi ini dapat memungkinkan

meningkatnya risiko penularan penyakit, baik secara langsung ataupun tidak langsung/melalui perantara atau tidak juga dapat terjadi di suatu tempat umum (Chandra, 2007).

Kajian permasalahan di tempat umum memerlukan pengawasan dan upaya pencegahan yang berlaku untuk seluruh aspek yang berperan didalamnya. Aspek tersebut meliputi manusia, alat, dan lingkungan guna mewujudkan tempat umum yang bersih dan sehat.

**Tabel 3.** Hasil Penilaian Upaya PHBS Pasar Wilayah Kecamatan Pare

| No           | Indikator                    | Skor yang diperoleh (Maksimal 800) |                |                 |             |
|--------------|------------------------------|------------------------------------|----------------|-----------------|-------------|
|              |                              | Pasar Induk                        | Pasar Pamenang | Pasar Pare Lama | Pasar Bendo |
| 1            | Penyediaan Air Bersih        | 60                                 | 60             | 60              | 60          |
| 2            | Cuci Tangan Pakai Sabun      | 15                                 | 30             | 40              | 40          |
| 3            | Jamban Sehat                 | 100                                | 80             | 80              | 80          |
| 4            | Buang Sampah pada Tempatnya  | 74                                 | 80             | 72              | 80          |
| 5            | Tidak Merokok di Tempat Umum | 60                                 | 0              | 0               | 0           |
| 6            | Menutup Makanan dan Minuman  | 60                                 | 70             | 60              | 68          |
| 7            | Larangan Meludah Sembarangan | 0                                  | 0              | 0               | 0           |
| 8            | Pemberantasan Jentik Nyamuk  | 72                                 | 30             | 30              | 30          |
| <b>Total</b> |                              | <b>441</b>                         | <b>350</b>     | <b>342</b>      | <b>358</b>  |

**a. Pasar Induk**

Data yang didapatkan menunjukkan bahwa indikator PHBS terburuk di Pasar Induk adalah larangan meludah sembarangan. Kondisi ini dikarenakan tidak ada intervensi apapun dari pengelola pasar sehingga cenderung disepelekan.

Indikator lainnya yang cenderung mendapat skor rendah yakni intervensi perilaku cuci tangan dengan sabun bagi pengelola, pedagang, maupun pengunjung. Kondisi tersebut diperparah dengan tidak adanya fasilitas cuci tangan yang memadai. Minimnya fasilitas tersebut dikarenakan tidak ada dukungan anggaran oleh dinas terkait. Tingkat arus perdagangan yang tinggi membuat kesadaran pedagang maupun pengunjung akan melakukan cuci tangan pakai sabun semakin rendah.

Indikator lain yang perlu diperhatikan adalah indikator keempat, yaitu mengenai pengelolaan sampah sayur terutama pada kios dan los. Hasil pengamatan menunjukkan masih banyak ditemukan sampah sayur yang berceceran diantara kios dan los pedagang. Sampah sayur bercampur dengan sampah kering, dimana seharusnya kedua jenis sampah tersebut dibuang di tempat yang terpisah.

Pasar Induk merupakan satu-satunya pasar di Kecamatan Pare yang memiliki fasilitas *smoking area* dan pelayanan kesehatan terpadu. *Smoking area* belum terlaksana dengan baik, hal ini dikarenakan tidak adanya pengawasan lebih lanjut. Fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan pihak pasar telah melakukan kerja sama dengan pihak Puskesmas Pare. Sayangnya, tenaga pelayanan kesehatan tidak selalu ada di tempat karena jarang ada kecelakaan kerja dan hanya dipergunakan ketika ada kegiatan saja. Fasilitas tersebut seharusnya dapat dimanfaatkan sebaik mungkin guna meningkatkan kesadaran atas perilaku hidup bersih dan sehat.

**b. Pasar Pamenang**

Indikator PHBS yang mendapatkan skor terendah yakni terburuk untuk PHBS di Pasar Pamenang kelima dan ketujuh. Hasil observasi menunjukkan bahwa pihak pengelola Pasar Pamenang tidak melakukan intervensi apapun. Intervensi yang dimaksud yakni dapat berupa larangan merokok dan meludah sembarangan serta penyediaan *smoking*. Pihak pengelola cenderung menyepelkan kedua indikator tersebut. Pengelola menganggap bahwa tingkat kesulitan dalam mengubah perilaku individu masih sangat tinggi. Kondisi tersebut juga disebabkan oleh kemajemukan pengunjung dan pedagang di Pasar Pamenang, sehingga pengelola mengalami kesulitan dalam mengalami intervensi

Permasalahan lain adalah perilaku pencegahan penyakit melalui jentik nyamuk dan rendahnya perilaku cuci tangan pakai sabun. Kondisi tersebut diperparah dengan tidak adanya fasilitas cuci tangan yang memadai karena memang belum ada pada rencana anggaran pengelola.

**c. Pasar Pare Lama**

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa indikator terburuk untuk PHBS di Pasar Pare Lama adalah larangan merokok dan meludah sembarangan. Hasil observasi menunjukkan bahwa tidak terdapat intervensi apapun yang dilakukan oleh pengelola Pasar Pare Lama, baik dari penyediaan media promosi kesehatan (poster atau *leaflet*) maupun penyediaan *smoking area*.

Pertimbangan lain yang dirasakan oleh pengelola atas permasalahan PHBS di Pasar Pare Lama adalah adanya pemukiman penduduk di dalam area Pasar Pare Lama membuat pemenuhan indikator PHBS Pasar Tradisional masih dirasa sulit dilakukan.

Indikator lain yang mendapat skor cenderung rendah yakni terkait upaya pemberantasan jentik nyamuk. Pertimbangan atas adanya pemukiman padat seharusnya mendapat perhatian khusus dikarenakan banyaknya anak kecil yang rentan terkena penyakit.

Selain itu, perilaku cuci tangan pakai sabun yang rendah untuk pengelola, pedagang, pengunjung dan masyarakat sekitar dan diperparah dengan tidak adanya fasilitas cuci tangan yang memadai serta keberadaan sabun yang tidak ada di kamar mandi karena memang belum direncanakan untuk kebijakan tersebut.

Dampak dari tidak membiasakan cuci tangan sebelum makan atau setelah memegang unggas dapat menyebabkan diare, dan kejadian diare pada anak.

#### d. Pasar Bendo

Hasil yang diperoleh pada pasar Bendo menunjukkan bahwa indikator PHBS terburuk adalah larangan merokok dan meludah sembarangan. Hasil observasi menunjukkan bahwa tidak terdapat intervensi apapun yang dilakukan pengelola terkait dua indikator tersebut.

Indikator selanjutnya adalah pemberantasan jentik nyamuk yang buruk dan perilaku cuci tangan pakai sabun yang rendah untuk pengelola, pedagang maupun pengunjung. Kondisi tersebut didukung dengan tidak adanya fasilitas cuci tangan yang memadai serta sabun yang tidak ada di kamar mandi.

Pasar Bendo akan melakukan renovasi dalam waktu dekat. Diharapkan dengan adanya renovasi tersebut, Pasar Bendo dapat lebih memperhatikan faktor lingkungan dan kesehatan. Upaya tersebut dapat berupa pembangunan TPS, pusat pelayanan kesehatan, atau taman yang bisa menjadi upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat pasar.

Hasil analisis dan pembahasan mengenai pemenuhan PHBS menurut setiap indikatornya adalah sebagai berikut:

##### 1. Penyediaan Air Bersih

Tabel 3 menunjukkan bahwa indikator penyediaan air bersih di Pasar Induk, Pasar Pamenang, Pasar Pare Lama, dan Pasar Bendo mendapatkan nilai yang sama yaitu 60 poin. Keempat pasar tersebut secara keseluruhan telah memenuhi syarat untuk pemenuhan air bersih. Poin yang perlu diperhatikan dalam indikator tersebut

adalah pemeriksaan air bersih atau fasilitas air baik pada sumbernya serta pada pendistribusiannya (talang air), dimana pada implementasinya pengelola pasar hanya dilakukan apabila ada keluhan saja.

##### 2. Cuci Tangan Pakai Sabun

Tabel 3 menunjukkan bahwa pada indikator cuci tangan pakai sabun di empat lokasi pasar masih cenderung rendah. Anggapan cuci tangan di pasar tradisional baik oleh pengelola, pedagang, ataupun dari pengunjung masih belum dirasa penting. Ketiadaan fasilitas penunjang menjadi faktor utama selain mobilitas di pasar yang tinggi. Selama ini, pemenuhan cuci tangan pakai sabun hanya ada di toilet yang tersebar di beberapa titik pasar. Kondisi ini diperparah dengan adanya penarikan retribusi untuk masuk di toilet membuat semakin rendahnya perilaku cuci tangan pakai sabun di masyarakat pasar.

##### 3. Jamban Sehat

Tabel 3 menunjukkan bahwa indikator jamban sehat di empat lokasi pasar sudah sangat baik. Penambahan fasilitas berupa tempat sampah tertutup di toilet perlu dilakukan. Upaya ini dilakukan agar pengguna toilet dapat membuang sampah khusus seperti pembalut maupun popok bayi dan sampah lainnya. Diharapkan dengan adanya fasilitas tersebut, pengguna toilet tidak membuang sampah di lubang saluran pembuangan sehingga dapat menyumbat jalannya air.

##### 4. Buang Sampah pada Tempatnya

Hasil *scoring* pada Tabel 3 menunjukkan bahwa indikator membuang sampah pada tempatnya di keempat lokasi pasar sudah baik. Pengalihan pengelolaan sampah kepada pihak ketiga merupakan salah satu bentuk upaya yang baik, mengingat pihak ketiga tersebut adalah Dinas Lingkungan Hidup yang memiliki kompetensi dalam mengelola sampah yang dihasilkan dari pasar tradisional.

Perhatian khusus perlu diberikan pada perilaku pedagang yang menganggap remeh terkait perilaku membuang sampah. Mereka menganggap sudah ada petugas sampah sendiri yang bertugas setiap sorenya, sehingga sampah dibuang tanpa diletakkan di tempat khusus.

##### 5. Tidak Merokok di Tempat Umum

Skor indikator PHBS pada poin lima di empat lokasi pasar belum menunjukkan

hasil yang baik. Ini dikarenakan pengelola pasar belum melakukan upaya intervensi apapun. Perlu diketahui bahwa hanya pasar Induk wilayah Kecamatan Pare yang melakukan intervensi terkait perilaku merokok di wilayah kerjanya. Untuk pasar yang lainnya tidak melakukan apapun terkait hal ini dikarenakan berbagai persepsi pengelola seperti kemajemukan pengunjung dan susahya melakukan pengendalian perilaku merokok.

#### 6. Menutup Makanan dan Minuman

Pada tabel indikator menutup makanan dan minuman didapatkan bahwa Pasar Induk memperoleh skor 60, Pasar Pamenang memperoleh skor 70, Pasar Pare Lama memperoleh skor 60, dan Pasar Bendo mendapatkan skor 68.

Secara keseluruhan untuk upaya penutupan makanan yang sudah dilakukan sudah cukup baik, beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah terkait pemenuhan tempat cuci tangan di wilayah los daging atau hewan ternak.

Hal ini dilakukan sebagai upaya perlindungan terkait kebersihan dari pengunjung dari los daging / hewan ternak setelah itu pergi untuk membeli bahan makanan lain. Selain itu perlunya penambahan tempat sampah yang memadai dan pemisahan sampah basah dan kering guna memudahkan pengangkutan oleh petugas sampah.

#### 7. Larangan Meludah Sembarangan

Pada tabel indikator larangan meludah sembarangan didapatkan bahwa Pasar Induk, Pasar Pamenang, Pasar Pare Lama, dan Pasar Bendo mendapatkan nilai yang sama yaitu 0 poin.

Dari data yang telah diperoleh peneliti memang tidak ada satupun upaya intervensi terkait meludah sembarangan di Pasar Tradisional oleh seluruh pengelola pasar.

#### 8. Pemberantasan Jentik Nyamuk

Pada tabel indikator pemberantasan jentik nyamuk didapatkan bahwa Pasar Induk memperoleh skor 72, Pasar Pamenang memperoleh skor 30, Pasar Pare Lama memperoleh skor 30, dan Pasar Bendo mendapatkan skor 30.

Sebenarnya pada seluruh bak yang terdapat di toilet tidak terdapat jentik nyamuk dikarenakan untuk pengelolaan toilet sudah di kelola sendiri diluar petugas pasar. Akan tetapi pada saat indepth interview kepada penjaga toilet di seluruh pasar tidak memiliki jadwal

rutin pengurusan dan pemberian abate di toilet tersebut. tentu nya pemantauan tidak dilakukan secara baik dan dapat menjadi potensi adanya jentik nyamuk yang tidak terpantau. Terutama pada sumber air tertentu / genangan yang ada di wilayah pasar yang sering di abaikan.

Sebagai Pemberian saran dan rekomendasi kepada Dinas Kesehatan Kab. Kediri dibagi menjadi 4 prioritas masalah dengan menggunakan metode PDCA pada setiap indikatornya yaitu:

##### a. Larangan Meludah Sembarangan

*Plan* : Adanya pengupayaan berupa sosialisasi mengenai peraturan umum larangan meludah sembarangan dan media pendukung bagi Pasar tradisional disertai tolok ukur keberhasilan sebagai upaya penyadaran atas pentingnya indikator ini

*Do* : Pembuatan media edukasi yang siap di cetak dan di sosialisasikan oleh puskesmas atau pengelola pasar, Perlunya pembentukan tim kerja / kelompok kerja yang terintegrasi baik antara pihak pengelola pasar dan Puskesmas setempat

*Check* : Pengupayaan keberhasilan, pengawasan yang berlanjut dan terintegrasi berdasarkan Indikator keberhasilan

*Act* : Evaluasi terhadap seluruh program yang telah di cek serta upaya perbaikan variabel apabila diperlukan.

##### b. Larangan Merokok di Tempat Umum

*Plan* : Adanya pengupayaan berupa penguatan peraturan mengenai pembatasan ruang merokok berserta sanksi apabila merokok di dalam bangunan pasar tradisional.

*Do* : Pembuatan media edukasi yang siap di cetak dan di sosialisasikan oleh puskesmas atau pengelola pasar serta perlu adanya pembentukan tim kerja / kelompok kerja sebagai pengawas kebijakan yang terintegrasi baik antara pihak pengelola pasar dan Puskesmas setempat.

*Check* : Pengupayaan keberhasilan, pengawasan yang berlanjut dan terintegrasi berdasarkan Indikator keberhasilan

*Act* : Evaluasi terhadap seluruh program yang telah di cek serta upaya perbaikan variabel apabila diperlukan

**c. Cuci Tangan Pakai Sabun**

*Plan* : Adanya pengupayaan berupa advokasi dan dukungan terhadap penyediaan anggaran bagi tempat cuci tangan di tempat umum di beberapa tempat vital serta sosialisasi dalam bentuk pelatihan Hygiene personal oleh Puskesmas

*Do* : Pembuatan media edukasi terkait pentingnya cuci tangan pakai sabun.

*Check* : Pengupayaan keberhasilan, pengawasan yang berlanjut dan terintegrasi berdasarkan Indikator keberhasilan serta pengecekan rutin kelayakan fasilitas cuci tangan

*Act* : Evaluasi terhadap seluruh program yang telah di cek serta upaya perbaikan variabel apabila diperlukan

**d. Pemberantasan Jentik Nyamuk**

*Plan* : Adanya pengupayaan berupa pengawas jentik bagi tempat umum dan pembuatan pedoman beserta form jadwal rutin pemberian abate.

*Do* : Pembuatan media edukasi yang siap di cetak dan di sosialisasikan oleh puskesmas atau pengelola pasar, Perlunya pembentukan tim kerja/kelompok kerja sebagai pengawas yang terintegrasi baik antara pihak pengelola pasar dan Puskesmas setempat terutama dalam pemecahan masalah.

*Check* : Pengupayaan keberhasilan, pengawasan yang berlanjut dan terintegrasi berdasarkan Indikator keberhasilan

*Act* : Evaluasi terhadap seluruh program yang telah di cek serta upaya perbaikan variabel apabila diperlukan

Selain itu juga terdapat beberapa saran khusus terkait pengembangan upaya promosi kesehatan di wilayah pasar tradisional yang lebih spesifik bagi sasaran. Antara lain:

**1. Bagi Pengelola Pasar**

Secara keseluruhan perlu adanya intervensi khusus terkait

larangan meludah sembarangan dan larangan merokok di tempat umum. Peran media dan kebijakan adalah dua saran mendasar dan terpenting guna upaya pelarangan meludah sembarangan dan merokok di tempat umum bisa tercapai.

Dalam hal rokok tentu tidak akan mudah dalam pelaksanaannya mengingat pengunjung yang beragam. Akan tetapi tetap saja pengelola harus mengupayakan perlindungan bagi perokok pasif. Salah satu upayanya adalah pembatasan tempat merokok dengan melarang untuk merokok di dalam bangunan pasar. Merokok hanya diperbolehkan di luar bangunan agar asap yang di timbulkan dapat langsung terurai dan hilang.

Selain itu menjadi perhatian khusus terkait PHBS Pasar tradisional adalah penyediaan tempat cuci tangan di area los daging dan unggas, dan area tempat makan sebagai upaya perlindungan terhadap kemungkinan terjadinya penyakit dan peningkatan hygiene personal.

Dalam hal penyediaan air bersih di harapkan untuk seluruh pengelola pasar tradisional juga melakukan pengecekan air rutin baik pada sumber atau pendistribusiannya (Talang air / pipa) yang terjadwal 6 bulan sekali

Dalam rangka perbaikan variabel penelitian yang lainnya terutama terkait upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, dapat melakukan pemenuhan fasilitas baik melalui upaya mandiri ataupun lintas sektor seperti bekerja sama dengan LSM, Swasta, Puskesmas ataupun langsung ke dinas terkait.

Besar harapan peneliti agar pengelola pasar bersama dengan UPT Puskesmas wilayah masing masing dapat memonitor implementasi seluruh kegiatan pengembangan perbaikan apabila di perlukan. Beberapa catatan khusus terkait PHBS Pasar Tradisional bagi pengelola pasar antara lain:

**a. Pasar Induk**

Dari hasil observasi yang telah dilakukan pada pasar Induk Kabupaten Kediri memiliki beberapa kekurangan fasilitas yang perlu di tambahkan antara lain:

1. Penambahan tempat sampah tertutup di setiap toilet (terutama

wanita) agar nantinya pengunjung ingin membuang sampah akhirnya tidak menyumbat saluran air.

2. Penambahan tempat sampah kering dan basah di setiap lorong kios/los
3. Tersedianya SOP pengelolaan toilet serta pemantauan genangan air/tempat penampungan air lain
4. Pemanfaatan ruang merokok, dan penegakan peraturan larangan merokok di dalam bangunan pasar.

#### b. Pasar Pamenang

Dari hasil observasi yang telah dilakukan bahwa pasar pamenang memiliki beberapa kekurangan fasilitas yang perlu di tambah antara lain :

1. Penambahan tempat sampah tertutup di setiap toilet dan terlihat dengan mudah agar nantinya pengunjung yang ingin membuang sampah tidak dibuang di saluran air.
2. Penambahan tempat sampah kering dan basah di setiap lorong kios/los
3. Agar pedagang daging dan makanan basah di rekomendasikan untuk menyimpan dagangan sisa di dalam lemari es (di rumah maupun di pasar) agar kesegarannya tetap terjaga dan menetapkan *fifo (First in first out)* yaitu dimana makanan yang datang pertama di jual/di display paling depan.
4. Apabila memungkinkan perlunya pemindahan TPS agar lebih sesuai dengan peraturan yang berlaku, terlebih untuk tidak berada di jalur utama keluar masuk pengunjung.
5. Tersedianya SOP pengelolaan toilet termasuk dengan upaya pemberantasan jentik
6. pemantauan genangan air/tempat penampungan air lain

#### c. Pasar Pare Lama

Dari hasil observasi yang telah dilakukan bahwa pasar Pare Lama memiliki beberapa kekurangan fasilitas yang perlu di tambah antara lain:

1. Penambahan tempat sampah tertutup di setiap toilet agar dan terlihat dengan mudah yang nantinya pengunjung ingin

membuang sampah akhirnya tidak menyumbat saluran air.

2. Adanya penataan ulang terkait penempatan pedagang sesuai dengan apa yang diperdagangkan.
3. Penambahan tempat sampah kering dan basah di setiap lorong kios/los
4. Sangat perlunya pemantauan khusus terkait pemberantasan jentik nyamuk pada tempat yang berisiko sarang jentik mengingat adanya pemukiman di sekitar daerah tersebut.
5. Apabila memungkinkan adanya pengangkutan sampah 1x24 jam agar sampah yang di timbulkan dalam setiap kegiatan operasional pasar tidak membusuk di dalam gerobak sampah dan menimbulkan vektor yang dapat menimbulkan penyakit.

#### d. Pasar Bendo

Dari hasil observasi yang telah dilakukan bahwa pasar Bendo memiliki beberapa kekurangan fasilitas yang perlu di tambah antara lain:

1. Penambahan tempat sampah tertutup di setiap toilet dan terlihat dengan mudah agar nantinya pengunjung yang ingin membuang sampah akhirnya tidak menyumbat saluran air.
2. Penambahan tempat sampah kering dan basah di setiap lorong kios/los
3. Apabila memungkinkan perlunya penambahan 1 toilet agar sesuai dengan peraturan yang berlaku
4. Tersedianya SOP pengelolaan toilet termasuk dengan upaya pemberantasan jentik serta pemantauan genangan air/tempat penampungan air yang lain
5. Apabila memungkinkan dalam pembangunannya nanti dapat di tambahkan untuk TPS permanen yang disesuaikan dengan peraturan yang berlaku,
6. Selain itu dapat dibangun juga area merokok/pos pelayanan kesehatan untuk pengelola, pedagang dan pengunjung

#### 2. Bagi Dinas Perdagangan

Perlunya perhatian khusus terkait pengupayaan hidup bersih dan sehat di pasar tradisional melalui pengembangan jejaring pada tingkat pemerintahan.

Besar harapan dalam penyelenggaraan PHBS pasar tradisional Dinas Perdagangan dapat mendukung dengan menempatkan program ini menjadi bagian dari program kerja dari kelompok pasar sehat yang telah disepakati sebelumnya atau jenis kelompok lainnya.

### 3. Bagi Dinas Kesehatan

Secara umum selain dalam rekomendasi yang telah di sampaikan melalui pemaparan empat indikator terendah sebelumnya, perlu adanya pemaksimalan program promosi kesehatan di tempat umum melalui pedoman monitoring dan evaluasi berdasarkan indikator yang jelas.

Dinas Kesehatan dalam masalah ini merupakan pemegang kebijakan yang bisa dengan cepat dan tepat dalam melakukan advokasi dengan berbagai sektor penting di pemerintahan, dan juga perlu peningkatan koordinasi antara pemerintah daerah, pihak swasta, asosiasi pedagang, LSM untuk mendukung terwujudnya perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat dan juga perlu peningkatan kapasitas sumber daya bidang kesehatan.

### SIMPULAN

Indikator larangan meludah sembarangan tidak ditemukan intervensi apapun. Indikator dengan keparahan kedua yaitu larangan merokok dengan hasil hanya pasar induk yang mempunyai sarana area merokok dan sisanya tidak melakukan intervensi apapun terkait larangan merokok, untuk indikator perilaku buruk selanjutnya adalah perilaku cuci tangan menggunakan sabun memiliki nilai yang rendah diperparah dengan tidak adanya fasilitas penunjang disertai tingkat mobilitas pedagang maupun pengunjung yang tinggi menambah keparahan perilaku cuci tangan menggunakan sabun di pasar tradisional, dan keparahan yang keempat adalah pemberantasan jentik nyamuk.

Indikator yang memperoleh nilai baik adalah jamban sehat karena hampir semua sudah sesuai dengan indikator jamban sehat. Selanjutnya adalah pengelolaan sampah dirasa cukup baik dengan melibatkan pihak ketiga dalam hal

ini adalah Dinas Lingkungan Hidup dengan harapan dapat terkelola lebih baik.

Adapun beberapa rekomendasi yang perlu dilakukan adalah peningkatan kesadaran akan kebutuhan PHBS di tempat umum, atas dasar pada data observasi menunjukkan bahwa 4 pasar di Kecamatan Pare masih tergolong rendah.

Pengelola pasar harus melakukan perbaikan variabel penelitian dalam upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, baik melalui upaya mandiri maupun lintas sektor seperti bekerja sama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat, Swasta, Puskesmas ataupun advokasi langsung kepada dinas terkait.

Dinas Kesehatan sebagai pelaksana program juga harus melakukan pendampingan lebih intensif dalam upaya peningkatan peran berdasarkan kebijakan dan peraturan yang ada, dari pendampingan tersebut juga harus ada sebuah tindak lanjut melalui monitoring dan evaluasi oleh UPT Puskesmas sebagai pelaksana program wilayah kecamatan.

### DAFTAR PUSTAKA

- Chandra, B. (2007) *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali (2017) *Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2016*. Denpasar.
- Gubernur Provinsi DKI Jakarta (2012) 'Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 38 Tahun 2012 tentang Bangunan Gedung Hijau'. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI (2008) 'Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 519/Menkes/SK/VI/2008'. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI (2011) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2269/Menkes/Per/XI/2011 tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat'. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI (2016) 'Surat Edaran Nomor PM.01.11/Menkes/591/2016 tentang Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk 3M Plus dengan Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik'. Jakarta.
- Pemerintah Kota Surabaya (2008) 'Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok'. Surabaya.
- Presiden RI (1999) 'Peraturan Pemerintah

Republik Indonesia Nomor 81 Tahun  
1999 tentang Pengamanan Rokok bagi  
Kesehatan'. Jakarta.

Suparlan (1977) *Pedoman Pengawasan  
Sanitasi Tempat-Tempat Umum*.  
Surabaya: APK Surabaya.



## Gambaran Rendahnya Keikutsertaan Akseptor KB di Kabupaten Bangkalan

### *Description of the Low Participation of Family Planning Acceptor in Bangkalan Regency*

Bagus Pratama Suwardono<sup>1)</sup>, Mohammad Zainal Fatah<sup>2)</sup>, Ninin Nuryantini Farid<sup>2)</sup>

<sup>1</sup>Mitra Karya Prima, Juanda Business Centre (JBC) Blok A, No. 4,5 dan 6, Jl Raya Juanda No. 1 - Sidoarjo (61253)

<sup>2</sup>Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

Email: [bagus.pratama.suwardono-2014@fkm.unair.ac.id](mailto:bagus.pratama.suwardono-2014@fkm.unair.ac.id)

#### ABSTRACT

**Background:** The Family Planning Program is a government policy in the area of population to suppress the occurrence of an unstable population growth. Conditions of participation in family planning acceptors in Bangkalan Regency are still low, which caused the function of family planning as an effort to reduce the population rate becomes less. **Objective:** The purpose of this study is to find a picture of the participation of family planning acceptors and a description of the factors that influence it in Bangkalan Regency. **Method:** The method in this research is a literature study whose data is obtained from journals, central statistics and theoretical bodies that have been available. The independent variables are education, social economy, number of KB Field Officers, and community / village apparatus support and are associated with Green Lawrence theory. **Results:** Factors causing the low number of active family planning participants in Bangkalan District were the level of education, the large number of poor families, the low number of PLKBs in each village, and the low level of education of village officials in Bangkalan Regency. **Conclusion:** the participation of family planning acceptors in Bangkalan is influenced by driving factors (education and social economy), enabling factors (number of KB Field Officers) and reinforcing factors (community support or village apparatus).

**Keywords:** family planning acceptors, Bangkalan, KB, participation, Lawrence Green, PLKB

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Program Keluarga Berencana (KB) merupakan kebijakan pemerintah dalam bidang kependudukan untuk menekan terjadinya pertumbuhan penduduk yang tidak stabil. Kondisi keikutsertaan dalam akseptor KB di Kabupaten Bangkalan masih rendah. Sehingga menyebabkan fungsi KB sebagai upaya menekan laju penduduk menjadi kurang. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran keikutsertaan akseptor KB dan gambaran faktor yang mempengaruhinya di Kabupaten Bangkalan. **Metode:** Metode dalam penelitian ini adalah studi pustaka yang datanya di dapat dari jurnal, badan pusat statistika dan teori yang telah tersedia. Variabel independen berupa pendidikan, sosial ekonomi, jumlah Petugas Lapangan KB, serta dukungan masyarakat/perangkat desa dan dikaitkan dengan teori Lawrence Green. **Hasil:** Faktor yang menyebabkan rendahnya peserta KB aktif di Kabupaten Bangkalan yakni tingkat pendidikan, masih banyaknya keluarga miskin, masih rendahnya jumlah PLKB setiap desa, dan rendahnya tingkat pendidikan dari perangkat desa di Kabupaten Bangkalan. **Kesimpulan:** keikutsertaan akseptor KB di Kabupaten Bangkalan dipengaruhi oleh faktor pendorong (pendidikan dan sosial ekonomi), faktor pemungkin (jumlah petugas lapangan KB) dan faktor penguat (dukungan masyarakat atau perangkat desa).

**Kata Kunci:** Akseptor KB, Bangkalan, KB, keikutsertaan, Lawrence Green, PLKB

## PENDAHULUAN

Indonesia termasuk negara yang menempati urutan keempat terhadap jumlah penduduk setelah negara Tiongkok, India, dan Amerika Serikat. Jawa Timur merupakan provinsi yang berada di urutan keempat dengan proporsi sebesar 813 jiwa/km<sup>2</sup> setelah DKI Jakarta (15.328 jiwa/km<sup>2</sup>), Jawa Barat (1.320 jiwa/km<sup>2</sup>), Banten (1.237 jiwa/km<sup>2</sup>), dan Yogyakarta (1.174 jiwa/km<sup>2</sup>). Walaupun rata-rata mengalami penurunan kepadatan penduduk antara tahun 2006-2009 tetapi pada 2010 terjadi lonjakan kepadatan penduduk yang sangat signifikan (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015a). Pulau Madura merupakan penyumbang terbesar dari kepadatan penduduk di Jawa Timur dengan total jumlah penduduk 3.808.533 jiwa. Jumlah penduduk di Kabupaten Bangkalan sebesar 1.308.414 (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015a).

Kepadatan penduduk adalah sebuah perbandingan jumlah penduduk dengan luas keseluruhan. Kepadatan penduduk di Kabupaten Bangkalan setiap tahunnya mengalami peningkatan. Kabupaten Bangkalan memiliki luas wilayah sebesar 1.260,14 km<sup>2</sup> dan jumlah penduduk sebesar 1.308.414 jiwa, sehingga kepadatan kotor di kabupaten bangkalan sebesar 1.0038,31 jiwa/km<sup>2</sup> (Badan Pusat Statistika, 2015). Kondisi ini tidak sesuai dengan tujuan Keluarga Berencana (KB) yakni mengatur kelahiran serta menjamin pengendalian peningkatan penduduk.

Program KB merupakan salah satu kebijakan pemerintah dalam bidang kependudukan untuk menekan terjadinya penambahan penduduk yang tidak stabil. Pertambahan penduduk yang tidak stabil ini menyebabkan terjadinya implikasi yang tinggi terhadap banyaknya Pasangan Usia Subur (PUS) yang tidak turut andil menjadi peserta KB (Suratun, 2008). PUS ialah pasangan suami istri yang terkait dalam pernikahan yang diakui oleh Negara, dengan kriteria perempuan berumur 15-49 tahun dan masih haid, atau pasangan yang perempuannya berusia kurang dari 15 tahun dan sudah haid, atau perempuan yang telah berusia lebih dari 50 tahun, tapi masih mengalami haid (Pinem, 2009). PUS adalah target utama program KB sehingga perlu mengetahui tentang keterkaitan persalinan dengan

risiko ibu dan anak yang aman pada persalinan kedua atau jarak antara anak kedua dan ketiga, jarak hamil antara 2-4 tahun, usia melahirkan antara umur 20-30 tahun, dan waktu yang tepat reproduksi (Pinem, 2009).

Cakupan KB di beberapa wilayah seperti contoh Kabupaten Bangkalan sebesar 35.654 dengan jumlah tertinggi 11.378 pada Kecamatan Geger dan jumlah terendah 4.205 pada Kecamatan Tragah. Jenis penggunaan alat kontrasepsi terbanyak pada KB Suntik pada setiap kecamatan yang ada di Kabupaten Bangkalan (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015d). Secara garis besar, faktor yang mengakibatkan PUS tidak menjadi akseptor KB dikarenakan pelayanan KB yang kurang berkualitas, minimnya alat kontrasepsi, konseling belum dilakukan dengan baik, faktor budaya, sekelompok wanita yang tidak berkeinginan memiliki anak tapi menolak menggunakan kontrasepsi (*unmeet need*), dan kelompok wanita yang tidak menggunakan alat kontrasepsi saat ini atau pada waktu yang akan datang (kelompok *hard core*). Selain itu, terdapat faktor internal dari setiap PUS terhadap keikutsertaan dalam akseptor KB seperti, pengetahuan, keyakinan, sikap, dan tindakan (Pinem, 2009).

Keluarga Berencana (KB) adalah usaha untuk merencanakan jumlah serta jarak kehamilan anak. Tujuan dari program ini untuk membangun keluarga yang sesuai dengan kemampuan ekonomi dan sosial, dengan merencanakan kelahiran anak sehingga dapat memperoleh keluarga yang bahagia dan sejahtera, serta mampu memenuhi kebutuhan hidup (Sulistyawati, 2013). Tujuan lain dari KB adalah menekan jumlah kelahiran bermakna, agar mencapai target yang ditentukan, kemudian mencanangkan kebijakan yang terdiri dalam tiga kategori, yaitu menjarangkan, menunda, dan menghentikan. Inti dari kebijakan yang ada adalah menyelamatkan nyawa ibu dan anak yang diakibatkan jarak kelahiran yang terlalu dekat, melahirkan di usia muda, dan melahirkan di usia tua (Hartanto, 2004).

Faktor yang berpengaruh terhadap pemakaian kontrasepsi yaitu faktor Sosio-Demografi. Faktor tersebut merupakan indikator terkait status Sosio-Ekonomi yang termasuk dalam pendidikan,

pendapatan keluarga, status pekerjaan, jenis rumah, gizi serta pengukuran pendapatan tidak langsung lainnya (Bertrand, 1980). Faktor yang berpengaruh terhadap penerimaan KB ialah banyaknya wanita yang berumur 20-30 tahun yang mempunyai 3 anak atau lebih, serta faktor suku dan agama. Program KB secara umum terdiri dari delapan ruang lingkup diantaranya keluarga berencana, ketahanan dan pemberdayaan keluarga, kesehatan reproduksi remaja, keserasian kebijakan kependudukan, pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM), penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas, dan penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan (Sulistiyawati, 2013).

Akseptor KB merupakan PUS yang salah satu pasangannya memakai alat kontrasepsi yang bertujuan mencegah kehamilan menggunakan salah satu program maupun non program (Hartanto, 2004). Empat jenis akseptor KB yaitu:

1. Akseptor Baru  
Pasangan Usia Subur saat pertama menggunakan alat kontrasepsi atau pasangan yang menggunakan kembali alat kontrasepsi setelah berakhirnya masa kehamilan termasuk berakhir dengan keguguran, lahir mati, atau lahir hidup (Hartanto, 2004).
2. Akseptor Lama  
Pasangan yang berkunjung kembali untuk pemasangan kontrasepsi pada PUS yang menggunakan kontrasepsi tetapi berganti ke kontrasepsi atau alat lain yang berbeda termasuk dengan berpindah klinik (Hartanto, 2004).
3. Akseptor Aktif (*Current User-CU*)  
Pasangan yang pada saat ini masih menggunakan alat kontrasepsi dan tidak berhenti atau beristirahat karena diakibatkan kehamilan (Hartanto, 2004).
4. Akseptor Aktif Kembali  
Pasangan usia subur kemudian menghentikan penggunaan alat kontrasepsi dalam jangka waktu  $\geq 3$  bulan dan tidak mengalami kehamilan dan menggunakan kembali kontrasepsi dengan cara yang sama atau menggunakan cara lain setelah berhenti paling sedikit tiga bulan serta bukan dikarenakan hamil. (Hartanto, 2004).

Teori Lawrence Green menjelaskan bahwa promosi kesehatan sebagai pendekatan kesehatan terhadap perilaku kesehatan yang berpengaruh dalam tiga faktor. Faktor tersebut yakni Faktor Pendorong, Faktor Pemungkin, dan Faktor Penguat. Dengan begitu, kegiatan promosi kesehatan disesuaikan dengan determinan atau faktor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri (Notoatmodjo, 2010).

Faktor pendorong merupakan faktor untuk memotivasi perilaku seseorang. Faktor ini terdiri dari pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan lain-lainnya. Faktor pemungkin adalah faktor lanjutan dari faktor pendorong, yaitu faktor yang memfasilitasi perilaku atau tindakan seperti sarana dan prasarana yang memungkinkan terjadinya perilaku kesehatan. Faktor pemungkin terwujud dalam bentuk fisik seperti obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, puskesmas dan bentuk fisik lainnya (Notoatmodjo, 2010).

Faktor penguat merupakan faktor yang memperkuat terjadinya perilaku kesehatan. Faktor ini terwujud dalam bentuk sikap dan perilaku, baik itu sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun tokoh yang menjadi panutan dalam berperilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Tujuan penelitian ini dilakukan adalah untuk menganalisis lebih mendalam tentang "Gambaran Rendahnya Keikutsertaan Akseptor KB di Kabupaten Bangkalan".

## METODE

Penelitian ini menggunakan metode studi pustaka yang datanya berupa jurnal yang telah dipublikasi, badan pusat statistika, dan teori yang sudah ada. Data dianalisis dan disajikan dengan sistematis serta dijabarkan sehingga mudah untuk dipahami dan disimpulkan. Penelitian ini memiliki beberapa variabel independen yaitu tingkat pendidikan, umur, tingkat ekonomi, akses pelayanan kesehatan. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu keikutsertaan akseptor KB yang dikaitkan dengan pendekatan teori Lawrence Green. Variabel independen yang ada dikategorikan berdasarkan faktor-faktor yang ada pada teori Lawrence Green. Faktor-faktor tersebut terdiri dari, faktor pendorong, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1.** Jumlah Peserta KB Aktif di Kabupaten Bangkalan pada Tahun 2012

| Kecamatan    | Jumlah Peserta KB |
|--------------|-------------------|
| Kamal        | 5.212             |
| Labang       | 8.175             |
| Kwanyar      | 9.245             |
| Modung       | 7.545             |
| Blega        | 11.124            |
| Konang       | 6.844             |
| Galis        | 10.020            |
| Tanah Merah  | 10.424            |
| Tragah       | 4.205             |
| Socah        | 7.564             |
| Bangkalan    | 11.256            |
| Burneh       | 6.640             |
| Arosbaya     | 5.690             |
| Geger        | 11.378            |
| Kokop        | 8.501             |
| Tanjung Bumi | 8.621             |
| Sepulu       | 6.114             |
| Klampis      | 9.202             |
| <b>Total</b> | <b>147.760</b>    |

Sumber: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan

Data tahun 2012 yang terdapat pada Tabel 1 menjelaskan bahwa cakupan akseptor KB di Kabupaten Bangkalan sejumlah 147.760 peserta KB. Kecamatan tertinggi dalam hal jumlah keikutsertaan peserta kb adalah kecamatan Geger yaitu 11.378 peserta KB dan kecamatan paling rendah adalah Tragah yaitu 4.205 peserta KB.

**Tabel 2.** Tingkat Pendidikan di Kabupaten Bangkalan pada tahun 2012.

| Tingkat Pendidikan | Jumlah  |
|--------------------|---------|
| SD                 | 114.838 |
| SMP                | 37.283  |
| SMA                | 23.518  |

Sumber: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan

Berdasarkan hasil data dari tabel dua menjelaskan bahwa kondisi tingkat pendidikan di Kabupaten Bangkalan tahun 2012 masih cukup rendah dengan tingginya tingkat pendidikan pada tamatan SD sebesar 114.838 orang, tingkat SMP sebesar 37.283 orang dan tingkat SMA sebesar 23.518 orang (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015a).

Berdasarkan data pada tabel tiga menjelaskan bahwa kondisi keluarga miskin di Kabupaten Bangkalan yang

berjumlah 144.072 melebihi dari setengah jumlah Kepala Keluarga yang berjumlah 250.825 atau sebanyak 57,43% kepala keluarga di bangkalan adalah keluarga miskin. Kecamatan dengan presentase keluarga miskin tertinggi adalah kecamatan Kokop (88,88%), dengan jumlah kepala keluarga yang sebanyak 12.361 kecamatan Kokop memiliki jumlah keluarga miskin sebanyak 10.987 kepala keluarga. Kecamatan dengan presentase keluarga miskin terendah adalah kecamatan Arosbaya (18,77%), dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 11.409 kecamatan Arosbaya memiliki jumlah keluarga miskin sebanyak 2.142 kepala keluarga. Menurut Bertrand, 1980 keluarga yang miskin berpengaruh pada tingkat penerimaan KB karena faktor sosio-ekonomi yang rendah membuat tingkat pendidikan juga rendah.

Pada tabel 4 menunjukkan status kondisi keluarga di Kabupaten bangkalan, pada pra sejahtera sebesar 55.002 (21,93%) pada Keluarga Sejahtera (KS) I sebesar 89.070 (35,51%), KS II 64.110 (25,56%), pada KS III 37.605 (14,99%) pada KS III plus 5.038 (2,01%). Berbanding lurus dengan data pada tabel tiga Kecamatan Kokop memiliki jumlah tertinggi pada kategori pra sejahtera yaitu 5.257.

Berdasarkan data dari jumlah petugas KB yang tersedia sebesar 1.803 yang kemudian dibagi menjadi Petugas Lapangan dan Petugas Desa. Kondisi petugas desa lebih banyak dengan jumlah 1.699 orang dibandingkan dengan petugas lapangan yang hanya 104 orang. Jumlah petugas terbanyak berada pada kecamatan Tanah Merah dengan jumlah petugas sebanyak 141 orang yang terdiri dari Petugas Lapangan sejumlah 60 orang dan Petugas Desa sejumlah 135 orang, serta kecamatan yang paling sedikit adalah kecamatan Konang yaitu 71 petugas KB yang terdiri dari 8 petugas lapangan dan 63 petugas desa. Berdasarkan data dari tabel 6 menunjukkan tingkat pendidikan dari perangkat desa dengan jabatan Kepala Desa, Sekertaris Desa, Kepala Dusun, dan Kepala Urusan frekuensi paling tinggi adalah SMP yaitu sebesar 1.483 diikuti setelah itu SD sebesar 1.463, SMA 324, Sarjana/Magister 12, dan Sarjana Muda 2 orang.

**Tabel 3.** Jumlah Kepala Keluarga dan Keluarga Miskin di Kabupaten Bangkalan Tahun 2012.

| Kecamatan    | Kepala Keluarga | Jumlah Keluarga Miskin |
|--------------|-----------------|------------------------|
| Kamal        | 11.219          | 3.126                  |
| Labang       | 10.838          | 5.869                  |
| Kwanyar      | 14.085          | 9.157                  |
| Modung       | 12.903          | 9.131                  |
| Blega        | 16.238          | 13.248                 |
| Konang       | 11.164          | 9.805                  |
| Galis        | 17.867          | 11.797                 |
| Tanah Merah  | 17.344          | 11.765                 |
| Tragah       | 8.003           | 4.667                  |
| Socah        | 15.451          | 7.114                  |
| Bangkalan    | 18.303          | 3.551                  |
| Burneh       | 12.875          | 3.166                  |
| Arosbaya     | 11.409          | 2.142                  |
| Geger        | 18.415          | 12.625                 |
| Kokop        | 12.361          | 10.987                 |
| Tanjung Bumi | 13.797          | 7.096                  |
| Sepulu       | 12.175          | 9.092                  |
| Klampus      | 16.378          | 9.734                  |
| <b>Total</b> | <b>250.825</b>  | <b>144.072</b>         |

Sumber: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan

**Tabel 4.** Tahapan Keluarga Sejahtera di Kabupaten Bangkalan pada Tahun 2012.

| Kecamatan    | Jumlah Keluarga |               |               |               |              |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
|              | Pra Sej.        | KSI           | KSII          | KSIII         | KSIII Plus   |
| Kamal        | 784             | 2.342         | 2.167         | 5.691         | 235          |
| Labang       | 2.244           | 3.625         | 3.529         | 1.237         | 203          |
| Kwanyar      | 3.124           | 6.015         | 3.090         | 1.507         | 331          |
| Modung       | 3.863           | 5.268         | 2.734         | 673           | 365          |
| Blega        | 7.388           | 5.860         | 2.212         | 723           | 55           |
| Konang       | 4.996           | 4.809         | 1.059         | 278           | 22           |
| Galis        | 4.972           | 6.825         | 4.373         | 1.607         | 90           |
| Tanah Merah  | 4.832           | 6.942         | 3.732         | 1.714         | 133          |
| Tragah       | 1.534           | 3.133         | 2.755         | 556           | 25           |
| Socah        | 1.004           | 6.110         | 1.306         | 6.479         | 552          |
| Bangkalan    | 599             | 2.952         | 6.470         | 7.257         | 1.025        |
| Burneh       | 594             | 2.572         | 6.894         | 2.393         | 422          |
| Arosbaya     | 461             | 1.681         | 6.251         | 2.605         | 447          |
| Geger        | 2.497           | 10.128        | 3.675         | 1.603         | 512          |
| Kokop        | 5.257           | 5.730         | 1.212         | 142           | 20           |
| Tanjung Bumi | 3.634           | 3.462         | 5.091         | 1.317         | 293          |
| Sepulu       | 4.379           | 4.713         | 1.798         | 1.082         | 203          |
| Klampus      | 2.831           | 6.903         | 5.798         | 741           | 105          |
| <b>Total</b> | <b>55.002</b>   | <b>89.070</b> | <b>64.110</b> | <b>37.605</b> | <b>5.038</b> |

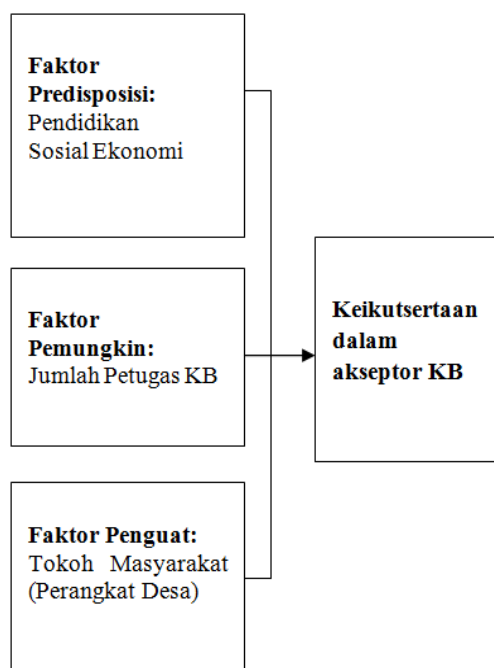
\*\* Pra Sej: Pra Sejahtera

KS: Keluarga Sejahtera

Sumber: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan

Keikutsertaan dalam akseptor KB tidak hanya dari faktor internal tetapi bisa dipengaruhi dari faktor eksternal. Faktor internal bisa dipengaruhi oleh pengetahuan bahkan dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal. Seperti jumlah petugas KB dan dukungan dari perangkat desa. Hal ini dikarenakan pengetahuan individu tidak hanya dipengaruhi oleh dirinya sendiri melainkan dapat dipengaruhi dari faktor eksternal.

Berdasarkan Teori Lawrence Green perilaku seseorang di pengaruhi oleh tiga faktor yakni Predisposisi, Pemungkin, dan Penguat. Pengelompokan faktor yang mempengaruhi keikutsertaan dalam akseptor KB di Kabupaten Bangkalan menggunakan pendekatan Teori Lawrence Green disajikan dalam Gambar 1.



Gambar 1. Teori Lawrence Green

Tabel 5. Jumlah Petugas Lapangan KB dan Petugas KB Desa di Kabupaten Bangkalan pada Tahun 2012

| Kecamatan    | Petugas KB       |              | n            |
|--------------|------------------|--------------|--------------|
|              | Petugas Lapangan | Petugas Desa |              |
| Kamal        | 7                | 79           | 86           |
| Labang       | 6                | 93           | 99           |
| Kwanyar      | 2                | 79           | 81           |
| Modung       | 4                | 111          | 115          |
| Blega        | 4                | 107          | 111          |
| Konang       | 8                | 63           | 71           |
| Galis        | 4                | 116          | 120          |
| Tanah Merah  | 6                | 135          | 141          |
| Tragah       | 9                | 81           | 90           |
| Socah        | 8                | 105          | 113          |
| Bangkalan    | 7                | 95           | 102          |
| Burneh       | 8                | 75           | 84           |
| Arosbaya     | 5                | 114          | 119          |
| Geger        | 6                | 92           | 98           |
| Kokop        | 3                | 87           | 90           |
| Tanjung Bumi | 4                | 91           | 95           |
| Sepulu       | 4                | 72           | 76           |
| Klampus      | 8                | 104          | 112          |
| <b>Total</b> | <b>104</b>       | <b>1.699</b> | <b>1.803</b> |

Sumber: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan.

Tabel 6. Perangkat Desa Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kabupaten Bangkalan pada Tahun 2012

| Jabatan         | Pendidikan   |              |            |              |                  |
|-----------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------------|
|                 | SD           | SMP          | SMA        | Sarjana Muda | Sarjana/Magister |
| Kepala Desa     | 50           | 145          | 71         | -            | 6                |
| Sekretaris Desa | 33           | 85           | 149        | 1            | 6                |
| Kepala Dusun    | 414          | 956          | 3          | -            | -                |
| Kepala Urusan   | 966          | 296          | 101        | 2            | -                |
| <b>Total</b>    | <b>1.463</b> | <b>1.483</b> | <b>324</b> | <b>3</b>     | <b>12</b>        |

Sumber: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan.

### Pengaruh Faktor Pendorong Terhadap Keikutsertaan dalam Akseptor KB

Pendidikan dan sosial ekonomi merupakan contoh dari faktor pendorong yang mempengaruhi keikutsertaan dalam akseptor KB. Pengetahuan atau kognitif adalah domain penting terhadap pembentukan perilaku individu (*overt behavior*). Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan, perilaku yang berasal dari pengetahuan akan lebih lama (*long lasting*) daripada perilaku tanpa pengetahuan (Gerungan, 2004).

Pendidikan merupakan proses mengubah sikap dan perilaku individu serta kelompok dalam upaya untuk mendewasakan manusia melalui pelatihan dan pengajaran. Tingkat pendidikan yang rendah dapat mengakibatkan kegiatan pembelajaran serta penerimaan informasi yang diberikan kurang maksimal dan terhambat, sehingga mengakibatkan pengetahuan menjadi terbatas (Proverawati and Ismawati, 2010). Tingkat pendidikan begitu berpengaruh bagi seseorang untuk melakukan tindakan serta mencari penyebab beserta solusinya. Jika seseorang berpendidikan tinggi akan bertindak dengan rasional dan penuh perhitungan serta lebih mudah dalam menerima gagasan atau pemikiran baru.

Tingkat pendidikan yang rendah pada seluruh kecamatan di Kabupaten Bangkalan tercermin dari tingginya angka lulusan akhir Sekolah Dasar (SD) yang mencapai 114.838 jiwa. Lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA) hanya mencapai 23.518 jiwa. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional di Indonesia menjelaskan bahwa setiap anak berhak atas pendidikan dasar wajib sekolah 12 tahun yakni dari pendidikan Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama dan Sekolah Menengah Atas. Data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistika Bangkalan mengenai cakupan pendidikan Sekolah Menengah Atas menunjukkan belum berjalannya regulasi tentang pendidikan nasional yang diatur dalam undang-undang untuk mewajibkan pendidikan 12 tahun pada anak (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015a; Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2017).

Tingkat pendidikan formal adalah hal penting yang dapat berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap dalam

keikutsertaan akseptor KB. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah mempunyai risiko 23 kali lebih besar untuk tidak menggunakan KB (Pitriani, 2015). Tingkat pendidikan tiap individu dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan. Pendidikan yang rendah selalu berbanding lurus dengan informasi dan pengetahuan yang terbatas (Arikunto, 2002). Tingkat pendidikan adalah faktor yang berpengaruh terhadap persepsi seseorang untuk lebih mudah menentukan ide-ide dan gagasan baru. Penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Balai Makam Duri menunjukkan adanya hubungan antara pendidikan dengan penggunaan alat kontrasepsi (Asra, 2010).

Data sosial ekonomi yang dibedakan berdasarkan keluarga sejahtera dibagi menjadi empat golongan, yakni Pra Sejahtera, Keluarga Sejahtera I, Keluarga Sejahtera II, Keluarga Sejahtera III, dan Keluarga Sejahtera III Plus. Pra Sejahtera adalah keluarga yang tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok seperti sandang pangan papan. Keluarga sejahtera 1 adalah keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan pokok secara minimal. Keluarga sejahtera 2 dapat memenuhi kebutuhan pokok, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan untuk berkembang (menabung dan mendapatkan informasi). Keluarga sejahtera 3 adalah keluarga yang telah memenuhi kebutuhan pokok namun belum dapat berkontribusi secara maksimal terhadap masyarakat. Keluarga sejahtera 3 plus adalah keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan pokok dari tahapan 1 sampai 3 (Permatasari, 2009).

Kondisi sosial ekonomi masyarakat di Kabupaten Bangkalan yang termasuk dalam keluarga sejahtera I dan II mencapai 89.070 dan 64.110 Kepala Keluarga (KK), sedangkan untuk pra sejahtera mencapai 55.002. Kecamatan dengan tingkat kepala keluarga yang tergolong dalam keluarga pra sejahtera yakni Kecamatan Blega (7.388 KK), namun pada kelompok kepala keluarga dengan kategori keluarga sejahtera II plus hanya mencapai 5.038.

Tingkat ekonomi memiliki orientasi yang berbeda pada nilai anak antara masyarakat maju (kaya) dengan masyarakat tertinggal (miskin) (Rosmadewi, 2015). Masyarakat tertinggal (miskin) masih memiliki

mindset “banyak anak banyak rejeki”, anak bernilai sebagai barang produksi. Konsep ini berarti bahwa masyarakat lebih mengutamakan kuantitas atau jumlah anak yang dimiliki, dengan tujuan untuk meringankan beban orang tua mereka sudah tidak mampu bekerja. Semakin berkembangnya populasi penduduk, semakin terbatas juga lapangan pekerjaan yang tersedia. Kondisi ini mengakibatkan semakin sulitnya bersaing untuk mendapatkan pekerjaan yang berpengaruh terhadap tingkat perekonomian.

Masyarakat maju memiliki nilai yang berbeda terhadap anak, yaitu pada bentuk konsumsi (bentuk kualitas). Maka dari itu anak adalah *human capital* terhadap orang tua mereka, sehingga jumlah anak yang dilahirkan relatif sedikit. Maka dari itu, tingkat ekonomi juga dapat mempengaruhi keikutsertaan dalam menjadi akseptor KB karena tidak adanya jaminan masa tua yang dimiliki oleh orang tua.

#### **Pengaruh Faktor Pemungkin terhadap Keikutsertaan dalam menjadi Akseptor KB**

Sikap dan perilaku tenaga kesehatan maupun tenaga lain adalah salah satu faktor yang memungkinkan seseorang untuk berperilaku sehat (Notoatmojo, 2007). Seorang petugas kesehatan wajib memperoleh pelatihan dan pendidikan tentang kesehatan dan ilmu perilaku. Faktor Pemungkin yang dapat mempengaruhi dalam keikutsertaan menjadi akseptor KB di Kabupaten Bangkalan salah satunya adalah Jumlah Petugas Lapangan KB (PLKB) dan Petugas KB desa. PLKB merupakan Pegawai Sipil atau non Pegawai Sipil yang dilantik oleh pejabat berwenang yang memiliki tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan penyuluhan KB, pelayanan kesehatan, serta evaluasi dan pengembangan KB.

Jumlah PLKB di Kabupaten Bangkalan sebanyak 22.481 orang. Jika dibandingkan dengan jumlah desa dan kelurahan yaitu sebanyak 80.335, maka rasio PLKB terhadap desa adalah 1:4. Angka ini menunjukkan bahwa 1 PLKB membina 4 desa/kelurahan. Kondisi ini tidak sesuai dengan fungsi dan tugas PLKB yakni 1 PLKB membina 1 desa. Maka dari itu perbandingan data antara jumlah PLKB dari data BKKBN dengan jumlah desa dan kelurahan di Kabupaten

Bangkalan yang berdasarkan pada data dari Badan Pusat Statistika Bangkalan, dapat disimpulkan bahwa persebaran PLKB masih rendah untuk setiap desa yang berada di Kabupaten Bangkalan (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015b).

Jumlah PLKB terendah yakni pada Kecamatan Kwanyar yang hanya berjumlah 2 orang PLKB. Data yang tersedia menyebutkan bahwa jumlah desa di Kecamatan Kwanyar sebanyak 16 desa (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015a). Jumlah PLKB yang terbatas menyebabkan kinerja dari PLKB yang ada menjadi berkurang dalam porsi peningkatan pengetahuan masyarakat. Hal ini dikarenakan PLKB memiliki 9 tugas pokok yang berperan penting dalam pelaksanaan KB. Penelitian di wilayah kerja puskesmas Teluk Belitung Kabupaten Kepulauan Meranti menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara peran tenaga kesehatan dengan penggunaan alat kontrasepsi (Metrilita, 2012).

Dari 9 tugas pokok PLKB, ada beberapa hal yang terkait langsung dengan masyarakat maupun kader setempat, yakni meliputi:

- Melakukan konsolidasi dengan stakeholder dalam rangka merencanakan pelaksanaan kegiatan program KB Nasional di lini lapangan
- Menjalin kerjasama dengan stakeholder di tingkat desa agar mendapat dukungan terkait kegiatan koordinasi teknis program KB pada tingkat desa
- Melaksanakan tugas pekerjaan lainnya sesuai arahan kepala desa
- Mengunjungi beberapa tokoh formal atau informal dalam upaya pendekatan agar mendapatkan kesepakatan operasional pada program KB Nasional
- Menggalangkan masyarakat dan Institusi Masyarakat Pedesaan (IMP) agar mampu berperan aktif terhadap program KB Nasional didalam ruang lingkungnya
- Mengumpulkan informasi serta data yang ada terkait permasalahan dan bersama dengan kader, poktan dan pihak-pihak terkait dalam pertemuan berkala melakukan pembahasan masalah (Ratnalela, 2008).

Jika ditinjau dari beberapa aspek tersebut, maka jumlah PLKB yang hanya terdiri dari 1 orang untuk membina 4



desa membuat tugas pokok dari PLKB tidak dapat terlaksana dengan baik.

PLKB wajib memiliki beberapa aspek wawasan program. Aspek tersebut meliputi aspek managerial, kompetensi sosial, motivasi kerja, serta evaluasi dan pelaporan. Aspek manajerial yang dapat menjadikan PLKB mampu melakukan identifikasi, persiapan, penggerakan SDM, serta mampu menggalang kemitraan. Jika diulas dari aspek manajerial, PLKB yang berjumlah 1 orang tidak dapat melakukan tugas manajerial dengan baik dalam menangani 4 desa, seperti penyusunan rencana kegiatan program KB, mengkoordinasikan program KB, melakukan evaluasi kinerja dan pengendalian organisasi, melakukan dan melaksanakan prinsip-prinsip *Good Governance* di dalam manajemen pemerintahan.

Dalam aspek kompetensi sosial, seorang PLKB harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan dapat diaplikasikan di lingkungan instansi maupun masyarakat. PLKB juga harus mampu berkolaborasi untuk mengembangkan jaringan kerja dan dapat berkomunikasi dengan baik. Kemampuan tersebut diperlukan agar PLKB dapat memotivasi SDM serta masyarakat untuk meningkatkan produktivitas kerja yang berkaitan dengan lingkungan eksternal dan internal. Dalam aspek evaluasi dan pelaporan, peran PLKB cukup penting untuk membuat laporan hasil program KB selama satu tahun serta melakukan evaluasi kinerja program KB untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan pada program KB.

#### **Pengaruh Faktor Penguat Terhadap Keikutsertaan dalam Akseptor KB**

Tokoh masyarakat formal merupakan tokoh yang memiliki jabatan di lembaga pemerintahan pada suatu desa, seperti ketua RT/RW, kepala desa/lurah, dan camat. Tokoh informal adalah seseorang yang berada dalam satu kelompok desa dan ditokohkan oleh masyarakat di lingkungan serta diakui kemampuannya. Tokoh informal yaitu tokoh agama, tetua adat, para pemuda, dan tokoh perempuan (Armainar, 2011). Dukungan dari tokoh masyarakat terhadap pengaruh keikutsertaan dalam menjadi akseptor KB merupakan faktor penguat (Green, 1980). Tingkat pengetahuan dan pendidikan dari

perangkat desa harus baik dan tinggi, hal ini dikarenakan peran tokoh masyarakat seperti perangkat desa sangatlah penting.

Rata-rata perangkat desa di Kabupaten Bangkalan merupakan lulusan SD). Jumlah kepala desa dengan lulusan SD cukup berisiko, karena peran penting yang diemban kepala desa sangat berpengaruh bagi warganya. Begitu juga sekertaris desa, kepala dusun, dan kepala urusan. Perangkat desa tersebut merupakan acuan dalam penanganan administrasi yang berada di desa tersebut (Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan, 2015c). Peran kepala desa atau pemerintah desa telah diatur pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi pasal 4 dan Pasal 7 ayat b, yaitu Pemerintah dan pemerintah daerah bersama-sama menjamin agar terwujudnya kesehatan reproduksi serta penyelenggaraan manajemen kesehatan reproduksi yang meliputi aspek perencanaan, implementasi, serta monitoring dan evaluasi standar dalam lingkup kabupaten atau kota (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Peranan tokoh masyarakat bagi masyarakat desa sangat penting. Tokoh masyarakat merupakan titik sentral dalam perwujudan desa yang baik sangat dibutuhkan guna mengembangkan desa (Kusnadi and Iskandar, 2017). Peran tokoh masyarakat berkaitan erat dengan aktifitas sosialisasi dan komunikasi dua arah. Penelitian yang dilakukan di Pampang Kelurahan Sungai Siring Samarinda mengatakan bahwa peranan tokoh masyarakat dalam sosialisasi sangatlah penting untuk mempengaruhi, menggerakkan keterlibatan seluruh warga, dan memberi contoh di lingkungannya untuk mendukung keberhasilan program. Peran tetua adat, kepala desa, dan tokoh masyarakat lain masih sangat efektif sebagai komunikator. Kondisi ini terbukti dari masyarakat yang masih sangat loyal dan taat kepada nilai-nilai yang penerapannya masih dijaga oleh kepala desa, dusun, adat, atau tokoh masyarakat lain (Yuliana, 2013).

Pemilihan kepala desa didasarkan pada kemampuan komunikasi, karena kepala desa adalah orang yang dikenal warga dan berasal dari tempat atau daerah yang sama dengan masyarakat. Ketika sosialisasi peran kepala desa,

kepala dusun atau kepala adat berperan sebagai jembatan pihak penyuluh, baik dari pemerintah maupun puskesmas kepada masyarakat. Tindakan ini dilakukan untuk mencapai *mutual understanding* (saling pengertian), baik dari pemerintah atau puskesmas dengan warga. Kepala desa merupakan fasilitator komunikasi agar dapat meringankan beban PLKB untuk menyampaikan pesan yang diinginkan oleh penyuluh lapangan. Jika komunikator dapat menunjukkan kepercayaan, pesan yang disampaikan akan menimbulkan dampak yang besar terhadap komunikasi (Effendy, 2004).

Peran perangkat desa atau tokoh masyarakat baik secara individu atau bersama-sama dengan instansi yang berkaitan dengan BKKBN adalah membentuk jajaran kesehatan, pemberdayaan perempuan, serta Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) tentang program kesehatan dan KB. Perangkat desa atau tokoh masyarakat juga berperan dalam mendekatkan akses pelayanan kesehatan seperti kegiatan Posyandu, apotek desa, bidan desa, serta mendorong peningkatan pelayanan KB mandiri melalui pengadaan alat kontrasepsi secara swadaya masyarakat atau modal dari instansi terkait.

Kepala desa atau tokoh masyarakat juga wajib memiliki inisiatif untuk mendorong terbentuknya pengetahuan tentang KB di luar sekolah. Melalui upaya tersebut, diharapkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya KB akan meningkat.

## SIMPULAN

Keikutsertaan akseptor KB dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor pendorong (pendidikan dan sosial ekonomi), faktor pemungkin (jumlah PLKB), dan faktor penguat (dukungan masyarakat atau perangkat desa). Tingkat pemahaman, pendidikan, dan kepedulian kepala desa, kepala adat, atau tokoh masyarakat terhadap program KB sangat di butuhkan untuk menunjang kesuksesan akseptor KB. Pendidikan masyarakat dan perangkat desa yang rendah berpengaruh terhadap keikutsertaan dalam menjadi akseptor KB menjadi rendah. Mayoritas kesejahteraan keluarga berada pada tingkat Keluarga Sejahtera I dan II. Pembagian jumlah PLKB di Kabupaten Bangkalan tidak merata.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2002) *STIKes HangTuah Pekanbaru*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Armairar (2011) *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akseptor KB Dalam Memilih Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Di Wilayah Kerja Puskesmas Minas Kabupaten Siak*. STIKes HangTuah Pekanbaru.
- Asra, I. (2010) *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Pada Akseptor KB Di Wilayah Kerja Puskesmas Balai Makam Duri*. STIKes HangTuah Pekanbaru.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan (2015a) *Bangkalan dalam Angka 2015*. Bangkalan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan (2015b) *Jumlah Petugas Lapangan KB dan Petugas KB Desa 2012*. Bangkalan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan (2015c) 'Perangkat Desa Berdasarkan Tingkat Pendidikan', in *Bangkalan dalam Angka 2015*. Bangkalan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan (2015d) 'Peserta KB Aktif Menurut Alat Kontrasepsi yang Digunakan', in *Bangkalan dalam Angka 2015*. Bangkalan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Bangkalan.
- Badan Pusat Statistika (2015) 'Penduduk Menurut Kewarganegaraan 2013', in *Bangkalan dalam Angka 2015*. Bangkalan: Badan Pusat Statistika Kabupaten Bangkalan.
- Bertrand, J. (1980) *Audience Research for Improving Family Planning Communication Program*, Communication Laboratory Community & Family Study Center. Chicago: University of Chicago.
- Effendy, O. U. (2004) *Dinamika Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Gerungan, W. A. (2004) *Psikologi Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Green, L. (1980) *Health Education: A Diagnosis Approach*. United State: Mayfield Publishing Co.
- Hartanto, H. (2004) *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

- Kementerian Kesehatan RI (2014) 'Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi'. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (2017) 'Data Peserta Didik Sekolah dan Madrasah Kabupaten Bangkalan'. Bangkalan: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Kusnadi, E. and Iskandar, D. (2017) 'Peranan Tokoh Masyarakat dalam Membangun Partisipasi Kewargaan Pemuda Karang Taruna', *Prosiding Konferensi Nasional kewarganegaraan III*, pp. 358-363.
- Metrilita (2012) 'Hubungan Perilaku Akseptor Keluarga Berencana Dengan Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Di Wilayah Kerja Puskesmas'.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permatasari, H. (2009) *Konsep Keluarga Sejahtera*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pinem, S. (2009) *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Pitriani, R. (2015) 'Hubungan Pendidikan, Pengetahuan dan Peran Tenaga Kesehatan dengan Penggunaan Kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD) di wilayah Kerja Puskesmas Rawat Inap Muara Fajar Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 3(1), pp. 25-28.
- Proverawati, A. and Ismawati, C. (2010) *Berat Badan Lahir Rendah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ratnalela (2008) *Pengaruh Karakteristik Organisasi terhadap Motivasi Kerja Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) di Kota Medan Tahun 2008*. Universitas Sumatera Utara.
- Rosmadewi (2015) 'Hubungan Pengetahuan dan Tingkat Ekonomi dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Puskesmas Sekampung Kabupaten Lampung Timur', *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 8(1), pp. 19-24.
- Sulistyawati, A. (2013) *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suratun (2008) *Pelayanan Keluarga Berencana dan Pelayanan*
- Kontrasepsi. Jakarta: Trans Info Media.
- Yuliana, E. (2013) *Peranan Kepala Adat dalam Sosialisasi Program Keluarga Berencana di Pampang Kelurahan Sungai Siring Samarinda*. Samarinda.