



**JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

*Jln. Piet A Tallo Liliba Kupang - NTT - 85361
Mail : nursekupang@yahoo.co.id Phone /fax : (0380) 881045*

ISSN : 2337 - 3849

JURNAL **KEPERAWATAN** *Nursing Journal*

- 1. HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN ANTE NATAL CARE (ANC) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUPANG KOTA**
(Mariana Oni Betan & Maria Yenista Londa).
- 2. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA GIZI KURANG DAN GIZI BURUK PADA BALITA DI DESA NETEMNANU UTARA KABUPATEN KUPANG**
(Era Dorihi Kale & Godelifa Parera).
- 3. ANALISIS PERSEPSI MAHASISWA TENTANG PENGELOLAAN MAN, MATERIAL DAN METHOD (M1, M2, M3) TERHAPAP TINGKAT KEPUASAN MAHASISWA DI PRODI KEPERAWATAN ENDE**
(Anatolia K. Doondori).
- 4. EVALUASI TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG KEMUNING RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UMBU RARA MEHA WAINGAPU**
(Yosephina Elizabeth S. Gunawan).
- 5. PENGENDALIAN NYAMUK AEDES AEGYPTI – VEKTOR PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE**
(Pius Selasa).
- 6. PENGARUH PENGETAHUAN, SIKAP DAN SARANA PRASARANA TERHADAP PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI PETUGAS CLEANING SERVICE RUMAH SAKIT DI WAINGAPU TAHUN 2015**
(Maria Kareri Hara, Yuneti Octavianus Nyoko, & Veronika Toru).
- 7. TRACER STUDI ALUMNI DIII KEPERAWATAN PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE TAHUN 2010-2013**
(Sulansi)
- 8. TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PEMANFAATAN JAMBAN DI DESA DILE WILAYAH KERJA PUSKESMAS DETUSOKO**
(Aleksander Djanu).
- 9. PENGARUH PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM PEMANFAATAN KEARIFAN PANGAN LOKAL TERHADAP STATUS GIZI ANAK BADUTA (6-24 BULAN) MELALUI PENDEKATAN "FAMILY CENTERED-CARE" DI KOTA KUPANG**
(Maria Sambriang & Yoani Maria V.B. Aty)

Volume 4, Nomor 2, Maret — Juni 2016

Diterbitkan Oleh
Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang
Jln. Piet A. Talo Liliba Kupang - NTT - 85361
mail : nursekupang@yahoo.co.id Phone / Fax (0380) 881045

**SUSUNAN PENGURUS JURNAL KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

Dewan Redaksi / Editorial Board

Pelindung / Patronade :
Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang

Penanggungjawab / Editor In Chief:
Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang
M. Margaretha U.W., S.Kp., MHSc

Ketua Dewan Redaksi / Managing Director:
Simon Sani Kleden, S.Kep., Ns., M.Kep

Wakil Ketua Dewan Redaksi / Vince Managing Editor:
Maria Sambriong, SST., MPH

Sekretaris / Secretary :
Margaretha Telly, S.Kep., NS., MSc

Anggota Dewan Redaksi / Members of the Editorial Board
Rafael Paun, SKM., M.Kes, Elisabeth Herwanti, SKp, M.Kes, Florentianus TAT, S.Kp M.Kes,
Sabina Gero, SKp. MSc, Rohana Mochsen, S.Kp., M.Kes, Ina Debora Ratuludji, S.Kp. M.Kes,
Sabinus Bungaama Kedang , S.Kep., Ns., M.Kep, Aemilianus Mau, S.Kep., Ns., M.Kep,
Era Dorihi Kale, S.Kep, NS, M.Kep., SpKMB, Romana Aben, S.Kep, NS., M.Kep,
Mariana Oni Betan, S.Kep, Ns., M.PH, Dominggus Gonsalves, S.Kep, Ns., MSc,
Fransiskus Onggang, S.Kep., NS. MSc. Gadur Blasius S.Kep, Ns M.Si,
Sebastianus Banggut, SST., M.Pd. , Yuliana Dafroyati, S.Kep, Ns. MPH,

Redaksi Pelaksana / Executive Editor

**Servas
Ani**

Penerbit / Publisher :
**JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

Jln. Piet A. Tallo Liliba—Kupang—NTT—85361

Phone / Fax : (0380) 881045

Email : nursekupang@yahoo.co.id

Terbit 3 Kali dalam setahun (Februari, Juni, Oktober)

EDITORIAL

Salam sejahtera,

Segep Civitas Akademika Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang dengan penuh rasa syukur patut kita panjatkan kepada Tuhan yang Maha Kuasa atas berkat dan kemurahan hatiNya maka Journal Keperawatan volume keempat nomor satu ini bisa terbit. Penerbitan Journal Keperawatan Ini merupakan bukti dari komitmen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang dalam mengembangkan ilmu Keperawatan dan ilmu kesehatan.

Sebagai Suatu pendidikan tinggi, Jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang, mengemban tugas dalam melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi. Oleh karenanya, penerbitan journal keperawatan ini juga merupakan bukti dari pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi di jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang .

Pada edisi ini Journal Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang , menampilkan 9 artikel hasil penelitian Para dosen di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang, Ende, dan Waingapu. Selain. Keikutsertaan para dosen ini merupakan suatu bentuk dukungan sepenuhnya dan kerjasama yang baik dalam penerbitan Jurnal Keperawatan ini.

Editorial Journal Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang, mengucapkan limpah terimakasih kepada semua pihak yang telah mendukung penerbitan Journal Keperawatan dan mengharapkan dukungan dan keterlibatannya dalam penerbitan di edisi selanjutnya.

Terimakasih.

DAFTAR ISI (CONTENT)

No. (Num)	Judul (Title)	Halaman (Page)
1.	<i>HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN ANTE NATAL CARE (ANC) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUPANG KOTA (Mariana Oni Betan & Maria Yenista Londa).</i>	234 — 240
2.	<i>FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA GIZI KURANG DAN GIZI BURUK PADA BALITA DI DESA NETEMNANU UTARA KABUPATEN KUPANG (Era Dorihi Kale & Godelifa Parera).</i>	241 — 246
3.	<i>ANALISIS PERSEPSI MAHASISWA TENTANG PENGELOLAAN MAN, MATERIAL DAN METHOD (M1, M2, M3) TERHAPAP TINGKAT KEPUASAN MAHASISWA DI PRODI KEPERAWATAN ENDE (Anatolia K. Doondori).</i>	247 — 251
4.	<i>EVALUASI TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG KEMUNING RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UMBU RARA MEHA WAINGAPU (Yosephina Elizabeth S.Gunawan).</i>	252 — 256
5.	<i>PENGENDALIAN NYAMUK AEDES AEGYPTI – VEKTOR PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (Pius Selasa).</i>	257 — 262
6.	<i>PENGARUH PENGETAHUAN, SIKAP DAN SARANA PRASARANA TERHADAP PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI PETUGAS CLEANING SERVICE RUMAH SAKIT DI WAINGAPU TAHUN 2015 (Maria Kareri Hara, Yuneti Octavianus Nyoko, & Veronika Toru).</i>	263 — 266
7.	<i>TRACER STUDI ALUMNI DIII KEPERAWATAN PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE TAHUN 2010-2013 (Sulansi)</i>	267 — 273
8.	<i>TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PEMANFAATAN JAMBAN DI DESA DILE WILAYAH KERJA PUSKESMAS DETUSOKO (Aleksander Djanu).</i>	274 — 275
9.	<i>PENGARUH PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM PEMANFAATAN KEARIFAN PANGAN LOKAL TERHADAP STATUS GIZI ANAK BADUTA (6-24 BULAN) MELALUI PENDEKATAN "FAMILY CENTERED-CARE" DI KOTA KUPANG (Maria Sambriang & Yoani Maria V.B. Aty)</i>	276 — 285

ISSN : 2337 - 3849

**Alamat Redaksi : JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Jln. Piet A Tallo Liliba Kupang - NTT - 85361
Mail : nursekupang@yahoo.co.id
Phone /fax : (0380) 881045**

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN ANTE NATAL CARE (ANC) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUPANG KOTA

Mariana Oni Betan * & Maria Yenista Londa **

ABSTRACT :

Support is an effort that is given to someone, either morally or materially as a motivation for someone to do some activities. In the case of pregnancy, the family support has an important role for pregnant women. This family support includes the information support, appreciation support, instrumental support and emotional support. The supports given should be balanced so that pregnant women could feel that she is being cared and motivated to do ANC regularly.

The aim of the study was to determine the relationship between the family support and ANC in area of work of Kupang Kota community health center. This quantitative study used a cross sectional design. The research samples were 66 pregnant women that suited the inclusion and exclusion criterias. The data used in here were obtained from the questionnaire and observation was analyzed using coefficient contingency lambda.

Result of this research showed that 48% pregnant women obtained family support and 50% was regularly doing ANC visit. Family support proved to have a significant impact in the ANC. This was indicated by p value $< 0,05$.

Hopefully, the next researcher will study about the factors that influenced visitors to checkup ANC of pregnancy.

Kata Kunci: Dukungan keluarga, ANC, Kehamilan.

PENDAHULUAN

Masa kehamilan merupakan masa yang rawan kesehatan, baik kesehatan ibu yang mengandung maupun janin yang dikandungnya. Karena itu dalam masa kehamilan perlu dilakukan pemeriksaan secara teratur. Ante natal care (ANC) adalah perawatan fisik mental sebelum persalinan atau pada masa hamil (Purwaningsih dkk, 2010). Kunjungan kehamilan terhitung 1x pada trimester I, 1x pada trimester II dan 2x pada trimester III.

Pemeriksaan ANC pada trimester I (K1) sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu. Pemeriksaan ANC pada K1 memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan. Pemeriksaan kehamilan K1 tersebut dapat memastikan kehamilan, perkembangan kehamilan, tingkat kesehatan kandungan, kondisi janin, pemeriksaan fisik ibu hamil bahkan penyakit atau kelainan pada kandungan yang diharapkan dapat dilakukan penanganan secara dini (Manuaba, 2010).

Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu pada masa hamil seperti; faktor fisik, psikologis, lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi. Dukungan keluarga dan lingkungan dapat memberikan motivasi dalam pemeriksaan ANC pada ibu hamil. Keluarga yang menerima kehamilan akan memberikan pengaruh positif pada keadaan psikologis bayi yang dikandung (Friedman, 1998). Kehamilan melibatkan

seluruh anggota keluarga, karena konsepsi merupakan awal bagi janin yang sedang berkembang dan juga bagi keluarga. Hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, membuat setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasinya berdasarkan kebutuhan masing-masing (Bobak, 2005).

World Health Organization (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 80% kematian maternal akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan survey bidang kesehatan masyarakat kunjungan ANC pada tahun 2013 pada trimester I (K1) secara nasional sebanyak 95,25% dan di NTT 97,70%. Kunjungan ANC di Kota Kupang dari tahun 2011-2013 mengalami fluktuasi khusus pada K1. Kunjungan K1 pada tahun 2011 sebanyak 94%, tahun 2012 98,70% dan tahun 2013 sebanyak 97,70%. Berdasarkan hasil survey pendahuluan cakupan ANC pada K1 di Puskesmas Kupang Kota pada tahun 2013 mengalami penurunan yaitu hanya mencapai 85%, kunjungan ANC K4 pada tahun 2013 hanya mencapai 80% dari hasil yang diharapkan (Profil kesehatan Kota Kupang, 2013). Pemeriksaan K1 pada ibu hamil itu tidak selalu pada trimester I, ada juga ibu hamil yang melakukan kunjungan di trimester II dan III. Pemeriksaan kehamilan harus mencapai 100%, baik K1 maupun K4.

*Staf Pengajar

POLTEKKES KEMENKES KUPANG

** Mahasiswi STIKES CHMK Kupang

K1 pada ibu hamil itu tidak selalu pada trimester 1, ada juga ibu hamil yang melakukan kunjungan di trimester II dan III. Pemeriksaan kehamilan harus mencapai 100%, baik K1 maupun K4.

Keluarga sebagai lingkungan terdekat ibu hamil sangat membantu dalam menjalani dan merawat kehamilan. Perubahan dan adaptasi ibu dari trimester I hingga III hendaknya dimengerti oleh keluarga. Sering timbul kekecawaan, penolakan, kesedihan dan kecemasan terhadap kondisi tubuh akibat kehamilan. Memberikan perhatian yang seksama dari keluarga dan suami akan memberi solusi dengan membesarkan hati ibu hamil. Masa ini perlu dukungan dari keluarga dan suami (Bartini, 2012).

Dukungan dan keikutsertaan keluarga sangat dibutuhkan dalam keteraturan pemeriksaan ANC sehingga informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan tidak hanya diketahui oleh ibu saja, melainkan juga oleh keluarga berkaitan dengan hasil pemeriksaan maupun tanda-tanda fisiologi dan patologi yang bisa terjadi selama proses kehamilan. Hal ini sesuai dengan konsep suami siaga bahwa kewaspadaan suami mengenali tanda bahaya kehamilan dan kesiapan suami mendampingi istri ke tempat pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan memang diharapkan pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan, para suami selalu mendampingi istri sehingga mereka tahu kondisi kehamilan istrinya (Rahmawati, 2004). Apabila terdapat tanda-tanda bahaya pada ibu hamil dapat segera diatasi, dengan demikian angka kematian ibu dan angka kematian bayi dapat ditekan.

Hasil penelitian M.C.U Tokan pada tahun 2014 tentang hubungan dukungan suami terhadap kepatuhan pemeriksaan ANC pada ibu bersalin di Puskesmas Pembantu Lasiana dan Puskesmas Oesapa Barat Kota Kupang, menunjukkan ada hubungan antara dukungan suami terhadap kepatuhan pemeriksaan ANC pada ibu bersalin. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan ante natal care (ANC) pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kupang Kota.

BAHAN DAN METODE

Rancangan penelitian *cross sectional study* melalui pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang berada di wilayah Puskesmas Kupang Kota yang berjumlah 80 orang. Sampel penelitian yakni ibu hamil yang datang memeriksa kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Kupang Kota, tinggal serumah dengan keluarga, bisa baca dan tulis sebanyak 66 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan *purposive sampling*. Instrument pengumpulan data yang

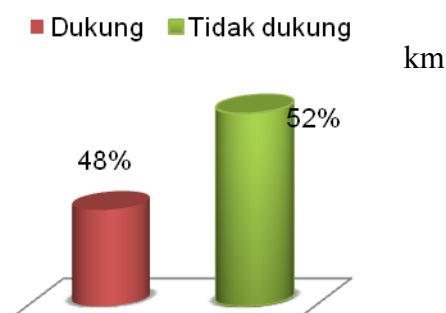
digunakan adalah kuesioner.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga yaitu perhatian dan kasih sayang yang diberikan oleh suami, mertua dan orang tua terhadap ibu hamil untuk lebih memperhatikan kesehatannya dan selalu siap ketika ibu memerlukan bantuan. Dukungan terdiri dari dukungan informasi, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Variabel terikat adalah pemeriksaan ANC pada ibu hamil yaitu keteraturan ibu terhadap kunjungan ANC setiap bulan atau minimal 4 kali selama kehamilan. Dikatakan teratur jika ibu melakukan pemeriksaan setiap bulan atau melakukan pemeriksaan ANC pertama kali pada usia kehamilan 1-3 bulan, kedua pada usia kehamilan 4-6 bulan, ketiga dan keempat pada usia kehamilan 7-9 bulan.

Data yang telah diolah kemudian dianalisis menggunakan uji statistik Koefisien Kontingensi Lambda.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden berusia 26-30 tahun (32%). Usia kehamilan trimester III sebanyak 54%, sebagian besar responden mendapat dukungan dari suami (94%). Responden yang menikah sebanyak 88%. Sebagian besar responden berpendidikan menengah (67%), dan yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 66%. Pada umumnya pekerjaan suami sebagai swasta (70%). Sebagian besar ibu menghendaki kehamilan ini (94%) dan sebanyak 88 % responden yang mempunyai rumah berjarak 1-5 km dari Puskesmas.



Gambar 1. Dukungan Keluarga

Pada gambar 1 tampak bahwa sebagian re-

No	Karakteristik Responden	Frekuensi	(%)
1	Umur		
	15-20 tahun	8	(12)
	21-25 tahun	18	(27)
	26-30 tahun	21	(32)
	31-35 tahun	12	(18)
	36-40 tahun	7	(11)
2	Usia kehamilan		
	Trimester I (0 – 13 mgg)	14	(21)
	Trimester II (14 – 27 mgg)	16	(24)
	Trimester III (28 – 40 mgg)	36	(54)
3	Keluarga yang mendukung		
	Suami	62	(94)
	Orang tua	4	(6)
	Mertua	0	(0)
4	Status Perkawinan		
	Menikah	58	(88)
	Belum menikah	8	(12)
5	Pendidikan		
	Rendah	10	(15)
	Menengah	46	(67)
	Tinggi	10	(15)
6	Pekerjaan Ibu		
	IRT	44	(66)
	PNS	5	(8)
	Swasta	12	(18)
	Lain-lain (mahasiswa, pelajar)	5	(8)
7	Pekerjaan suami		
	PNS	10	(15)
	Swasta	46	(70)
	Petani	3	(4)
	Nelayan	2	(3)
	Lain-lain (mahasiswa, pelajar)	5	(8)
8	Kehamilan Dikehendaki		
	Ya	62	(94)
	Tidak	4	(6)
9	Jarak Rumah Ke Puskesmas		
	1-5 km	58	(88)
	6-10 km	8	(12)
	11 – 15 km	0	(0)



Gambar 2. Kunjungan ANC Pada Ibu Hamil

Gambar 2 menunjukkan bahwa sebagian responden teratur dalam melakukan pemeriksaan pemeriksaan ANC (50%).

Tabel 2 menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan ANC. Hubungan yang signifikan ini ditunjukkan dengan nilai $p=0,004$ ($<0,05$), dengan kekuatan korelasi sedang ($r=0,0469$). Berdasarkan hasil tersebut maka dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan pemeriksaan ANC pada ibu hamil di Puskesmas Kupang Kota.

PEMBAHASAN

Dukungan keluarga

Hasil penelitian menunjukkan sebagian ibu hamil (52%) tidak mendapatkan dukungan dari keluarga. Menurut Friedman (1998), dukungan adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan mengetahui bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi dukungan terhadap ibu hamil yakni diantaranya dukungan informasi, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Bobak (2005) mengatakan dukungan dari keluarga akan besar manfaatnya bagi wanita hamil terutama dukungan yang memberikan rasa aman sehingga mereka dapat mengatasi keraguan yang timbul dan mereka dapat menghadapi kehamilannya dengan tenang tanpa ada rasa cemas. Dukungan keluarga yang diberikan pada ibu hamil antara lain dapat berbentuk perhatian seperti meningkatkan untuk lebih memperhatikan kesehatannya, menemani periksa ke dokter dan selalu ada ketika ibu hamil memerlukan bantuan, keluarga membantu ibu menyelesaikan tugas-tugas rumah tangga, keluarga dapat menghibur ibu ketika ia merasa sedih maupun cemas, keluarga sangat mendambakan bayi dalam kandungan, keluarga

		Pemeriksaan ANC		Total	r	ρ
		Teratur	Tidak teratur			
Dukungan keluarga	Ya	24	8	32	0,469	0,04
	Tidak	9	25	34		

Tabel 2. Hubungan Dukungan Keluarga Dan ANC Pada Ibu Hamil

senang mendapatkan keturunan, keluarga menunjukkan kebahagiaan pada ibu hamil, keluarga memperhatikan kesehatan ibu dan janinnya, keluarga tidak menyakiti ibu, keluarga menghibur ibu dan menenangkan ibu ketika ada masalah yang dihadapi ibu, keluarga mengnasehati agar tidak terlalu agar tidak terlalu lelah bekerja, keluarga membantu ibu serta keluarga menunggu ketika ibu melahirkan.

Hasil penelitian didapatkan kehamilan ini merupakan kehamilan yang dikehendaki (94%), tetapi masih banyak ibu hamil yang tidak mendapatkan dukungan keluarga. Hal ini dikaitkan dengan banyak kepala keluarga (suami) yang bekerja sebagai swasta (tukang ojek, tukang kayu) (70%). Kesibukan sebagai tukang ojek atau tukang kayu membuat suami tidak dapat mendampingi ibu untuk melakukan pemeriksaan ANC. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Putri (2014), yang menyatakan bahwa kurangnya dukungan keluarga dalam antenatal care, disebabkan oleh suami sibuk bekerja sehingga tidak mempunyai waktu untuk mengantarkan ibu serta kurangnya pengetahuan suami tentang manfaat ANC. Kurangnya dukungan suami dapat menyebabkan ibu kurang teratur melakukan antenatal care. Selain dipengaruhi dukungan keluarga, keteraturan pemeriksaan ANC juga dipengaruhi jarak fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau, serta alat transportasi. Penelitian Suwignyo, (2004) menunjukkan bahwa beberapa faktor yang berhubungan dengan pemilihan pelayanan ANC pada ibu hamil adalah pola pantuan, jumlah anggota keluarga, peran orang tua/mertua, peran suami dan peran saudara. Penelitian Surniati (2010) juga mengatakan adanya dukungan sosial dari orang terdekat tersebut, pada gilirannya dapat meningkatkan kepatuhan dalam memeriksakan kehamilan. Kepatuhan tersebut dimanifestasikan dalam bentuk melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan secara teratur.

Keteraturan ANC Pada Ibu Hamil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden (50%) teratur dalam melakukan pemeriksaan ANC. Tujuan ANC adalah sebagai berikut: memonitor kemajuan kehamilan dalam upaya memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kem-

bang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu, mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran janin agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal, mengurangi bayi lahir premature, kelahiran mati dan kematian neonatal dan mempersiapkan kesehatan yang optimal bagi janin.

Ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan ANC secara teratur, disebabkan beberapa faktor yakni usia ibu yang berusia dewasa muda (15-20 tahun) yang secara psikologis belum matang sehingga belum merasakan pentingnya pemeriksaan ANC karena kelompok usia ini adalah usia sekolah., Faktor lain adalah pendidikan ibu hamil yang masih berpendidikan menengah. Pendidikan akan berpengaruh terhadap pengetahuan tentang pemeriksaan ANC. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Komaryah (2010), yang menunjukkan bahwa faktor pendidikan sangat berpengaruh dalam kepatuhan pemeriksaan ANC. Tinggi rendahnya pendidikan seseorang akan mempengaruhi pola pikir seseorang. Pola pikir yang baik akan mendorong seseorang untuk memperhatikan masalah kesehatan seperti melakukan pemeriksaan ANC secara teratur dan pengalaman melahirkan atau paritas serta usia ibu hamil yang matang akan menjadikan pola pikir yang rasional dan matang tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan.

Herlina (2009) dalam Surniati (2014) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu hamil dengan kunjungan pertama ibu hamil (K1). Sebagaimana dalam penelitian ini, keteraturan pemanfaatan antenatal care dimasukkan dalam kategori teratur jika dilakukan sesuai standar pelayanan antenatal. Hasil penelitian Adri (2008), Eryando (2007) dan Masrianto (2001) dalam Surniati juga menemukan kesimpulan bahwa pengetahuan responden tentang antenatal care berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal.

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Ante Natal Care

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga dan pemeriksaan ANC pada ibu hamil di Puskesmas Kupang Kota. Ibu hamil yang mendapatkan dukungan keluarga dan teratur pemeriksaan ANC sebanyak 24 responden (36%), sedangkan yang tidak mendapatkan dukungan dan tidak teratur untuk pemeriksaan ANC 25 responden

sebanyak (38%).

Menurut Notoatmodjo (2010), dukungan adalah salah satu faktor pendorong yang dapat mempengaruhi seseorang didalam berperilaku. Dukungan keluarga adalah dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada ibu yang sedang hamil. Dukungan tersebut dapat diwujudkan dalam bentuk verbal, maupun nonverbal, saran, bantuan yang nyata berupa tingkah laku. Dukungan keluarga terutama suami akan menimbulkan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri ibu. Ibu hamil yang mendapat dukungan keluarga, tidak akan mudah menilai situasi dengan kecemasan, karena wanita hamil dengan kondisi demikian tahu bahwa akan ada keluarganya yang membantunya untuk mengatasi masalah serta dukungan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan.

Perhatian yang diberikan oleh keluarga dapat membangun kestabilan emosi ibu hamil dan sebagai motivasi untuk melakukan pemeriksaan ANC ulang sesuai jadwal (Bartini,2012). Hal ini sesuai teori menurut House (Smet, 1994,) dalam Setiadi (2008), bahwa setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ANC di Puskesmas Kupang Kota. Ibu yang mendapat dukunga keluarga lebih teratur dalam melakukan pemeriksaan ANC. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Burhaeni dalam Nurhayani (2014), menyatakan ada pengaruh dukungan keluarga terhadap pemanfaatan pelayanan ANC di wilayah kerja Puskesmas Pampang. Adanya dukungan suami kepada istri dalam memeriksakan kehamilannya akan diikuti dengan peningkatan pemanfaatan pelayanan ANC. Ibu hamil yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarga tidak teratur dalam melakukan pemeriksaan ANC, karena ibu merasa tidak ada yang memberikan motivasi serta dukungan terhadap dirinya. Ibu hamil yang mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga akan mengubah respon terhadap kecemasan dan meningkatkan keteraturan dalam pemeriksaan kehamilan, karena ibu merasa bahwa ada yang peduli dan memperhatikannya. Oleh karena itu dukungan dari keluarga sangat diperlukan supaya ibu hamil lebih teratur dalam melakukan pemeriksaan ANC.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Responden yang mendapatkan dukungan keluarga sebanyak 48%, sedangkan yang tidak mendapatkan dukungan keluarga sebanyak 52%.. Sebagian responden teratur dalam melakukan pemeriksaan ANC (50%). Ada hubungan antara dukungan keluarga dan ANC pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kupang Kota.

Saran

Hasil penelitian ini digunakan sebagai acuan penyuluhan ANC kepada ibu hamil dan keluarga yang selalu memberikan dukungan bagi ibu hamil dalam melakukan ANC dengan teratur. Perlu ada penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan pemeriksaan ANC pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Bartini I. (2012). ANC Asuhan Kebidanan Ada Ibu Hamil Normal. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bobak, Irena. At all. (2005). Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC
- Dahlan, Sopiudin Muhamad. (2011). Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika
- Depkes RI. (2009). Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Antenatal. Jakarta.
- Dessrya, R. (2014). Trenpersalinan. <http://www.google.com> di akses pada tanggal 16/01/2015 jam 19.00 WITA
- Endah.(2008). Pengalaman Ibu Hamil Resiko Tinggi Dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Persalinan Sebagai Dampak Pelaksanaan Program “Desa Siaga”.<http://lontaruiacid/126585-TEISIS+0451+End.pdf>/ diakses pada tanggal 26/07/2015 jam 16.30 WITA
- Profil Kesehatan Kota Kupang. (2013).<http://www.dinkes-kotakupang.web.id/bank-data/category/6-profil-kesehatan-kota-kupang-tahun-2013.html?download=11:profil-kesehatan-kota-kupang-2013>/diakses pada tanggal 22/02/2015 WITA
- Friedman, M. (1998). Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik. Jakarta: EGC
- Hidayati R. (2011). Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat A. Aziz Alimul. (2009). Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika
- Komariyah, O. 2010. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Ibu Hamil Dalam Pemeriksaan Antenatal Care Di Puskesmas Banyu Biru Kabupaten Semarang. http://perpusnwu.web.id/karyailmiah/documents/3628_pdf/diakses pada tanggal 10/05/2015 jam 15:30 WITA
- Kusmiyati, dkk. (2010). Perawatan Ibu Hamil. Yogyakarta: Fitra Maya
- Mandriwati, W. (2011). Asuhan Kebidanan Antenatal. Jakarta: EGC
- Manuaba. (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana. Jakarta. EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal. (2005). Ilmu Keperawatan Komunitas Teori & Aplikasi Dalam Praktik Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Keluarga. Jakarta: Sagung Seto
- Muhlisin A. (2012). Keperawatan Keluarga. Jakarta: Gosyen Publishing.
- Murkoff H, dkk. (2006). Kehamilan, Apa Yang Anda Hadapi Bulan Perbulan. Jakarta: Arcan
- Notoatmodjo, S. (2010). Konsep Perilaku Kesehatan Buku Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Nensi A, dkk. (2013). Proses Pengambilan Keputusan Ibu Hamil Terhadap Pelayanan Persalinan Di Puskesmas Lempo Toraja Utara. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10411/NENSI%20DEBORA%20ARUNG%20K11110271.pdf>/ diakses pada tanggal 26/07/2015 jam 16.00 WITA
- Nurhayani. (2014). Hubungan Perilaku Ibu Hamil Dengan Pemanfaatan Pelayanan *Antenatal Care* Di Puskesmas Antang.<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/121/jtptunimus-gdl-nurulhiday-6024-1-babi.pdf>/diakses pada tanggal 13/05/2015 jam 17.00 WITA
- Nursalam. (2013). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Purwaningsih, W. (2010). Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Nuha Medika
- Putri, A. (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan ANC Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Alue Bilie Kecamatan Darul Makmur Kabupaten Nagan Raya http://eprints.ums.ac.id/28328/22/NASKAH_PUBLIKASI.pdf/di akses pada tanggal 11/05/2015 jam 10.30 WITA
- Romauli, S. (2011). Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Salmah, dkk. (2006). Asuhan Kebidanan Antenatal. Jakarta: EGC
- Setiadi (2008). Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiadi (2013). Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan Edisi 2. Yogyakarta:

Graha Ilmu

Surniati (2013). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Pemanfaatan *Antenatal Care* (K1-K4) Di Wilayah kerja Puskesmas Mamasa..<http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/6716/Jurnal%20SURNIATI%20%28K11109262%29.pdf>/ diakses pada tanggal 11/05/2015 jam 10.00 WITA

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA GIZI KURANG DAN GIZI BURUK PADA BALITA DI DESA NETEMNANU UTARA - KABUPATEN KUPANG

Oleh: Era Dorihi Kale*
Godelifa Parera**

ABSTRACT

Malnutrition problem is still high in Kupang District, especially in North Netemnanu village. This will cause problem in physical and mental growth which bring the babies have the decreasing of intelligence and selular immune system and make them very easily get infected. There should be an identification upon the factors that cause low nutrition and malnutrition in the babies in North Netemnanu village – Kupang District.

This research uses descriptive design dan kuantitative method with population taken from the parents who have low nutrition or/and malnutrition babies and sample taken from 36 population.

Result of the research shows that 75% of the respondent is categorized enough in availability of food dan daily needs; 53% respondent with category enough in intake nutritional food; 69% respondent with category enough in eating pattern; 67% babies with health condition; not frequently get sick; 56% respondent have enough knowledge about nutrition.

From these data the researcher conclude that sequently the most effective factors in effecting low nutrition and malnutrition in toddler babies in North Netemnanu village, Kupang District are: the availability of food, intake nutritional food, eating pattern, disease, and parental knowledge. Therefore, there needs to be a guiding for the parents with toddler babies so that they may seriously pay attention on the cause of low nutrition and malnutrition above.

Kata kunci: *gizi kurang dan gizi buruk, balita*

PENDAHULUAN

Masalah gizi buruk di Indonesia sudah sangat memprihatinkan. Indonesia termasuk dalam 36 negara yang punya masalah gizi buruk yang cukup tinggi. Untuk itu perlu ada intervensi yang tepat untuk menangani masalah itu. Intervensi pemerintah daerah dalam menangani gizi buruk selama ini dinilai belum menunjukkan hasil yang signifikan terutama bagi ibu hamil dan balita.

Balita penderita gizi buruk di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih cukup tinggi. Sejak Januari hingga Juli 2010, tercatat 6.000 dari 493.808 balita didiagnosa menderita gizi buruk tanpa kelainan klinis. Total balita yang menderita gizi buruk tersebut diperoleh dari laporan pencapaian indikasi kinerja pembinaan gizi masyarakat 21 kabupaten/kota di NTT tahun 2010. Tidak tertutup kemungkinan jumlah tersebut akan terus bertambah pada bulan-bulan berikutnya. Kabupaten Kupang sebagai salah satu Kabupaten di NTT juga tidak luput dari masalah gizi buruk. Di Kabupaten ini tercatat balita penderita gizi buruk pada Januari 2010 mencapai 741 orang. Dikecamatan Amfoang Timur Kabupaten Kupang pada tahun 2012 tercatat 72 balita penderita gizi buruk.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Oepoli, Desa Netemnanu Utara kec. Amfoang Timur-Kabupaten Kupang, dari 229 balita terdapat 36 balita mengalami gizi buruk dan 9 balita mengalami gizi kurang pada tahun 2012.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas gizi di Puskesmas Oepoli Kabupaten Kupang, di peroleh informasi bahwa ada aneka faktor yang menyebabkan rendahnya status gizi balita di Oepoli, Desa Netemnanu Utara. Mayoritas masyarakat masih sulit mengikuti informasi tentang perkembangan bagaimana mengasuh balita dengan pola makan yang baik dan benar.

Berhadapan dengan persoalan ini, dapat ditanyakan apa yang menjadi akar persoalannya. Balita yang seharusnya pada umur 1-5 tahun akan mengalami pertumbuhan berat badan sebanyak 10-14 kg. Pertambahan berat badan balita usia pra sekolah ini berkisar antara 1-3 kg. (WHO/NCHS). Namun dalam kenyataannya, kebanyakan balita mengalami gizi kurang dan gizi buruk pada usia demikian karena banyaknya faktor yang menyebabkannya.

Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya gizi kurang dan gizi buruk antara lain, *pertama*, ketersediaan makanan. Ketidaksiadaannya makanan yang berkesinambungan untuk kebutuhan sehari-hari, dapat menyebabkan anak mengalami gizi buruk. Ini sangat erat berhubungan dengan keterbatasan penghasilan keluarga. *Kedua*, Makanan bergizi. Apabila makanan yang disediakan untuk anak tidak mengandung nilai gizi seimbang bukan tidak mungkin anak mengalami gizi kurang dan atau gizi buruk. *Ketiga*, Kebiasaan makan yang keliru. Di budaya tertentu terdapat prasangka buruk terhadap bahan makanan tertentu, adanya

* Staf Pengajar Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

** Perawat fungsional di Puskesmas Oepoli

kebiasaan/pantangan yang merugikan, konsumsi berlebihan terhadap jenis makanan tertentu, merupakan kebiasaan yang keliru dan dapat menyebabkan gizi kurang dan gizi buruk pada anak. *Keempat*, Penyakit. Penyakit infeksi masih menjadi penyebab utama anak mengalami gizi kurang dan gizi buruk. *Kelima*, pemahaman/pengetahuan orangtua. Kurangnya pemahaman orangtua akan nilai gizi berbagai jenis makanan berdampak pada makanan yang disediakan untuk anak.

Secara umum di Indonesia terdapat dua masalah gizi utama yaitu kurang gizi makro dan kurang gizi mikro. Kurang gizi makro pada dasarnya merupakan gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan asupan energi dan protein. Masalah gizi makro adalah masalah gizi yang utamanya disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan energi dan protein. Kekurangan zat gizi makro umumnya disertai dengan kekurangan zat gizi mikro yang berakibat terjadinya masalah gizi buruk. Kurang gizi menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik (kerdil) maupun mental (lambat bereaksi), mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan, sistem kekebalan seluler menurun sehingga mudah terkena penyakit infeksi.

Mulai tahun 1998 upaya penanggulangan balita gizi buruk mulai ditingkatkan dengan penjangkaran kasus, rujukan dan perawatan gratis di Puskesmas maupun Rumah Sakit, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) serta upaya-upaya lain yang bersifat Rescue. Bantuan pangan (beras Gakin dll) juga diberikan kepada keluarga miskin untuk menghindarkan masyarakat dari ancaman kelaparan.

Untuk meningkatkan kewaspadaan gizi buruk, Departemen Kesehatan RI setiap tahunnya bekerjasama dengan berbagai institusi, baik nasional maupun internasional. Salah satunya dengan UNICEF, dan Uni Eropa (UE), sebagai funding dan advisor pemetaan masalah gizi buruk dan stunting di Indonesia. Melalui dana yang diluncurkan UE sebesar \$ 4 juta pada 2012, pemerintah dipandu oleh UNICEF mengalokasikan dana tersebut ke seluruh provinsi, dan terkonsentrasi di tiga propinsi besar dengan kasus gizi buruk, yakni Irian Jaya-Papua, Jawa Tengah, dan Nusa Tenggara Timur (Tempo Interaktif 14 juli 2012)

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif menggunakan metode survey untuk menjawab pertanyaan riset, "Faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi gizi kurang dan gizi buruk pada balita di desa Netemnanu Utara". Populasi dalam penelitian ini adalah para orangtua yang anaknya mengalami gizi kurang dan gizi buruk di desa Netemnanu Utara, yaitu 36 balita (orangtua). Sampel diambil dengan cara total populasi yaitu orangtua yang memiliki

balita gizi kurang dan gizi buruk di desa Netemnanu Utara, Kabupaten Kupang, sebanyak 36 orang responden. Variabel penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi gizi kurang dan gizi buruk di desa Netemnanu Utara. Penelitian dilakukan di desa Netemnanu Utara pada bulan Januari tahun 2014. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri dari 5 pertanyaan tentang tidak tersedianya makanan bergizi, 7 pertanyaan tentang anak tidak mendapat cukup makanan bergizi seimbang, 7 pertanyaan tentang pola makan dan 7 pertanyaan tentang penyakit. 10 pertanyaan untuk pengetahuan orangtua. Setiap item pertanyaan diberi jawaban "Ya" dan "Tidak". Juga menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk menilai status gizi anak.

Setelah data dikumpulkan maka langkah selanjutnya adalah dianalisa, dengan pengelompokan data sesuai dengan pemberian nomor kode yang sudah ditetapkan, kemudian peneliti memilah-milah jawaban sesuai jawaban yang ada dan menetapkan skor dari masing-masing jawaban lalu memberikan nilai "3" untuk jawaban yang "baik" dan nilai "2" untuk jawaban yang "cukup", dan nilai "1" untuk jawaban "kurang", kemudian dijumlahkan sesuai kategori. Khusus untuk penyakit, nilai 3 untuk jawaban "tidak", nilai 2 untuk jawaban "kadang-kadang" dan nilai 1 untuk jawaban "sering".

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden

Umur

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik umur responden yang paling banyak adalah pada kelompok umur 35 - 45 tahun sebanyak 17 orang (47%), kemudian kelompok umur antara 24 - 34 tahun sebanyak 13 orang (36%) dan yang paling sedikit adalah pada kelompok umur 24 - 34 tahun sebanyak 6 orang (17%).

Pendidikan

Tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah SD, yaitu 18 orang (50%), buta aksara sebanyak 8 orang (22%), SMP sebanyak 5 orang (14%), SMA sebanyak 4 orang (11%) dan yang paling sedikit adalah pendidikan SI, yaitu sebanyak 1 orang (3%).

Pekerjaan

Sebagian besar responden bekerja sebagai petani, yaitu sebanyak 30 orang (83%) dan wiraswasta sebanyak 6 orang (17%).

Penghasilan

Penghasilan responden per bulan yang paling besar adalah Rp.100.000 – Rp.300.000, yaitu sebanyak 25 responden (69%), yang berpenghasilan Rp.300.000 – Rp. 500.000 sebanyak 7 responden (19%), sedangkan yang

penghasilan Rp.600.000 – Rp. 900.000 paling sedikit, yakni 4 responden (12 %).

Usia Anak

Usia anak 3 -4 tahun yang paling banyak yakni sebanyak 19 responden (53%), yang berusia 1 – 2 tahun sebanyak 9 responden (25%), sedangkan yang berusia 5 tahun sebanyak 8 responden (22%).

Data Khusus

Ketersediaan makanan

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa ketersediaan pangan dengan jawaban kriteria cukup sangat besar, yaitu 27 responden (75%), kriteria kurang 9 responden (25%), sedangkan untuk kriteria baik 0 (tidak ada) (0%). Hal ini dapat dilihat dalam Tabel di bawah ini.

Intake Makanan Bergizi

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa intake makanan bergizi dengan jawaban kriteria cukup sebanyak 19 responden (53%), kriteria kurang 17 responden (47%), sedangkan untuk kriteria baik 0 (tidak ada) (0%). Hal ini dapat dilihat dalam Tabel di bawah ini.

Pola Makan

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa pola makan dengan jawaban kriteria cukup sebanyak 25 responden (69%), kriteria kurang 11 responden (31%), sedangkan untuk kriteria baik 0 (tidak ada) (0%). Hal ini dapat dilihat dalam Tabel di bawah ini.

Penyakit

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa faktor penyakit yang dengan kriteria kadang-kadang/tidak sering sebanyak 24 responden (67%), kriteria kurang 12 responden (33%), sedangkan untuk kriteria tidak 0 (tidak ada) (0%). Hal ini dapat dilihat dalam Tabel di bawah.

Pengetahuan Orang Tua

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa ketersediaan pangan pengetahuan orang tua dengan jawaban kriteria cukup sebanyak 20 responden (56%), kriteria kurang 16 responden (44%), sedangkan untuk kriteria baik 0 (tidak ada) (0%). Hal ini dapat dilihat dalam Tabel 4.10 di bawah ini.

Pembahasan

Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya gizi kurang dan gizi buruk antara lain: ketersediaan makanan, intake makanan bergizi, pola makan, penyakit dan pengetahuan orang tua. Ketersediaan makanan yang tidak cukup, dapat menyebabkan anak mengala-

mi gizi kurang yang akhirnya mengakibatkan gizi buruk. Hal ini sangat erat hubungan dengan keterbatasan penghasilan keluarga. Salah satu factor penyebab adalah penyakit, terutama penyakit infeksi yang merupakan penyebab utama anak mengalami gizi kurang dan gizi buruk. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan orang tua disertai dengan rendahnya penghasilan, sehingga berdampak pada tumbuh kembang bayi dan balita.

Ketersediaan Pangan

Berdasarkan hasil penelitian, ketersediaan pangan dengan kriteria cukup 27 responden (75%), kurang 9 responden (25%), sedangkan baik 0 (0%). Hal ini disebabkan karena pada saat kejadian orang lebih mementingkan keselamatan diri dari pada berpikir tentang makanan atau harta, sehingga banyak balita menjadi korban pertama, khususnya yang berhubungan dengan tingkat pemenuhan gizi.

Ketersediaan pangan selalu berhubungan erat dengan kemampuan ekonomis keluarga. Pendapatan keluarga pun selalu berhubungan dengan kondisi gizi buruk. Semakin tinggi pendapatan ekonominya, maka semakin baik kondisi gizinya dan semakin rendah pendapatan ekonomi akan mempengaruhi gizi seseorang, khususnya balita dan dapat mengakibatkan gizi buruk (Sediaoetama, 2006). Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian, dimana karakteristik responden berdasarkan pekerjaan yang paling banyak adalah petani, yaitu 30 responden (83%) dengan penghasilan yang paling banyak adalah Rp.100.000 – Rp.200.000,- yakni sebanyak 25 responden (69%). Ketersediaan ekonomi keluarga berpengaruh besar pada konsumsi pangan, terutama pada golongan miskin. Hal ini disebabkan karena penduduk golongan miskin menggunakan sebagian besar pendapatan untuk memenuhi kebutuhan makanan. Pendapatan rendah pada keluarga gizi buruk tentu mengalami kesulitan dalam mengatur keuangan rumah tangga dalam pemenuhan gizi balita.

Intake Makanan Bergizi

Berdasarkan hasil penelitian gizi buruk terjadi paling banyak pada balita umur 3 – 4 tahun sebanyak 19 responden (53%). Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah dengan pekerjaan sebagai petani paling banyak dengan penghasilan setiap bulan sangat rendah, sehingga tidak memahami pentingnya ASI dan MP-ASI bagi bayi dan balita serta tid-

ak mampu menyiapkan makanan bergizi yang sesuai dengan kebutuhan karena ekonomi yang sangat rendah. Hal ini dapat dilihat dalam Tabel 1, 2 dan 3, dimana karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan yang paling banyak adalah SMP sebanyak 18 responden (50%), paling banyak bekerja sebagai petani, yakni 30 responden (83%) dengan penghasilan paling banyak yaitu Rp.100.000 – Rp.200.000 sebanyak 25 responden (69%).

Makanan alamiah terbaik bayi umur 0 – 6 bulan adalah ASI eksklusif, setelah itu diberi makanan pendamping ASI sambil diberi ASI sampai umur 2 tahun. Status Gizi balita sangat dipengaruhi oleh makanan yang diberikan, terutama ASI dan MP-ASI. Asupan ASI yang kurang akan berpengaruh buruk pada status gizi bayi, demikian pula MP-ASI yang tepat dari sisi kualitas dan kuantitas yang tidak mencukupi dapat mengakibatkan gizi buruk pada balita. MP-ASI yang baik harus mengandung sumber energi secara umum dan sumber protein juga iodium, zat besi, vitamin dan mineral lainnya. Hal ini dapat dilihat pada hasil penelitian tentang intake makanan bergizi yang menunjukkan, bahwa kriteria cukup 19 responden (53%), kurang 17 responden (47%), sedangkan baik 0 (0%). Hal ini disebabkan karena asupan nutrisi atau makanan bergizi bagi balita sangat kurang sebagai akibat dari ketersediaan pangan yang kurang mencukupi.

Menurut Almatier (2004) yang mengatakan, bahwa di kalangan keluarga berpendidikan rendah dan pemahaman akan gizi yang kurang, maka pemberian makan kepada balita yang paling utama adalah kuantitasnya, bukan kualitasnya, sehingga gizi buruk yang terjadi pada balita tidak bisa dihindari. Gizi buruk biasanya terjadi di pedesaan dan kampung-kampung kumuh, karena kandungan gizi dalam makanan kurang diperhatikan.

Faktor Pola Makan

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa pola makan yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk di Desa Netemnanu Utara, Kecamatan Amfoang Timur adalah 25 responden (69%) menjawab cukup, 11 responden (31%) kurang, sedangkan baik 0 (0%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa pola makan yang diberikan sangat mempengaruhi pertumbuhan bayi dan balita. Balita yang mengalami gizi buruk pada umumnya disebabkan oleh asupan ma-

kanan yang kurang akibat rendahnya penghasilan tiap bulan dengan pekerjaan sebagai petani serta tingkat pendidikan yang rendah pula. Oleh karena itu perlu diberikan makanan yang sesuai dengan kandungan gizi yang baik sehingga tidak menghambat pertumbuhan dan perkembangan balita. Menurut Almatier (2004), bentuk dan jenis makanan bagi bayi diberikan berdasarkan jenis makanan yang ada di lingkungan sosialnya.

Penyebab lain timbulnya masalah gizi buruk, disamping kemiskinan dan kurangnya ketersediaan pangan, juga karena kurang baiknya sanitasi dan pengetahuan tentang gizi, serta tidak tercukupinya menu seimbang pada konsumsi. Banyak penelitian yang mengungkapkan bahwa factor sosio-budaya sangat berperan dalam proses konsumsi pangan dan terjadinya masalah gizi. Kebiasaan makan keluarga dan susunan hidangannya merupakan salah satu manifestasi kebudayaan keluarga yang disebut gaya hidup. Unsur-unsur budayamampu menciptakan suatu kebiasaan makan yang biasa bertentangan dengan prinsip-prinsip ilmu gizi

Faktor Penyakit

Berdasarkan hasil penelitian penyakit yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk di Desa Netemnanu Utara, Kecamatan Amfoang Timur dengan kriteria kadang-kadang sebanyak 24 responden (67%), sering 12 responden (33%), sedangkan tidak 0 (0%). Hal ini menunjukkan bahwa ancaman terjadinya penyakit akibat dari lingkungan yang kurang bersih sangat besar. Menurut Yetti, dkk. (2006), ancaman endemis penyakit umumnya disebabkan oleh lingkungan yang tidak higienis. Infeksi Kronis, misalnya tuberkulosis (TBC), muntaberak, diare, ISPA dan sebagainya dapat secara langsung menimbulkan gizi buruk/gizi kurang pada balita.

Penyebab kedua timbulnya gizi buruk dan gizi kurang setelah bahan pangan adalah penyakit infeksi. Penyakit infeksi umumnya berasal dari kebersihan lingkungan di sekitar rumah, baik di dalam maupun di luar. Rumah yang kotor dan lingkungan yang lembab dengan sampah yang berserakan, dapat menjadi pemicu timbulnya infeksi dan penyakit pada balita (Sajogyo, et al., 1994). Faktor-faktor penyebab gizi buruk jika dilihat dari tingkatan penyebab gizi buruk, dibagi menjadi penyebab langsung dan penyebab mendasar. Penyebab langsung

merupakan faktor yang berhubungan langsung dengan kejadian gizi buruk dan adanya penyakit. Interaksi antara asupan gizi dan infeksi akan saling menguatkan untuk memperburuk keadaan, sehingga akan berakibat fatal penyebab kematian dini pada anak-anak. Penyebab tidak langsung merupakan faktor yang mempengaruhi penyebab langsung, seperti akses mendapatkan makanan yang kurang, perawata dan pola asuh anak kurang dan pelayanan kesehatan serta lingkungan buruk atau tidak mendukung kesehatan anak-anak. Faktor inilah yang akan mempengaruhi buruknya asupan makan atau gizi anak dan terjadinya infeksi pada anak-anak

Pengetahuan/Pemahaman Orangtua

Berdasarkan hasil penelitian, pengetahuan orang tua yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk di Desa Netemnanu Utara, Kecamatan Amfoang Timur yang berkriteria cukup 20 responden (56%), kurang 16 responden (44%), sedangkan baik 0 (0%). Hasil ini menunjukkan, bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuan seseorang. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah pendidikan. Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan sebuah visi pendidikan yaitu mencerdaskan manusia

Menurut Yetti, dkk. (2006) latar belakang pendidikan orangtua pun dapat menjadi faktor penyebab timbulnya masalah gizi buruk pada balita. Orangtua yang kurang memiliki pemahaman tentang korelasi antara asupan makanan bergizi bagi balita dan kualitas gizi balita, biasanya berasal dari kalangan berpendidikan rendah. Orangtua dari kalangan ini, lebih mengandalkan kebiasaan dan pengalaman yang belum tentu berguna bagi perkembangan gizi balita.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Faktor Ketersediaan Pangan yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk, di desa Netemnanu Utara kecamatan Amfoang Timur yang tertinggi adalah dengan kategori cukup dan kurang.

2. Faktor Intake Makanan Bergizi yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk, di desa Netemnanu Utara Kecamatan Kecamatan Amfoang Timur yang tertinggi adalah dengan kategori cukup dan kurang.
3. Faktor Pola Makan yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk, di desa Netemnanu Utara kecamatan Amfoang Timur yang tertinggi adalah dengan kategori cukup dan kurang.
4. Faktor Penyakit yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk, di desa Netemnanu Utara kecamatan Amfoang Timur yang tertinggi adalah dengan kategori kadang-kadang dan sering sakit.
5. Faktor Pengetahuan orangtua yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan gizi buruk, di desa Netemnanu Utara kecamatan Amfoang Timur yang tertinggi adalah dengan kategori cukup dan kurang.

Saran

Bagi Masyarakat Desa Netemnanu Utara

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan agar warga desa Netemnanu Utara, khususnya orangtua yang memiliki anak berumur 0 – 5 tahun lebih memperhatikan pola makan serta pola asuh balita, sehingga tidak terjadinya gizi buruk dan gizi kurang.

5.2.2. Bagi Tenaga Kesehatan

Agar lebih meningkatkan kegiatan promosi kesehatan untuk mengubah perilaku orang tua tentang bahaya gizi buruk dan gizi kurang bagi balita melalui kegiatan-kegiatan penyuluhan, posyandu serta melaksanakan program pemerintah, yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) atau Makanan Pendamping Asi (MP-ASI), tatalaksana gizi gurus serta pemberdayaan masyarakat melalui keluarga sadar gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Dinas Kesehatan kabupaten Kupang ,2012. *Profil Kesehatan balita*
- Moehji. 2003. *Ilmu Gizi 2*.Papas Sinar Sinanti. Jakarta
- Notoatmodjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat-Prinsip-prinsip Dasar*.

Rineka Cipta. Jakarta

- Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Masyarakat*. Rineka Cipta Jakarta
- Puskesmas Oepoli. 2012. *Profil Puskesmas oepoli. kabupaten Kupang*
- Sajogyo. dkk. 2004. *Gizi baik yang merata*. UGM. Jogjakarta
- Sediaoetama. 2006. *Ilmu Gizi jilid 1*. Dian Rakyat. Jakarta
- Tempo interaktif, 2012. *Kasus gizi buruk di Papua, Jawa Tengah dan NTT di ambil dari; www.tempointeraktif.co.id: tanggal 7 Oktober 2014*
- WHO/Unicef. 2002. *Global Startegy On Infant and young child feeding*.diambil dari www.UN-WHO.com: tanggal 7 Oktober 2014
- Yety. dkk. 2006. *Gizi Buruk*, diambil dari [www/http:nurs.com.net.id](http://http:nurs.com.net.id) : tanggal 7 Oktober 2013

ANALISIS PERSEPSI MAHASISWA TENTANG PENGELOLAAN *MAN, MATERIAL DAN METHOD (M1, M2, M3)* TERHADAP TINGKAT KEPUASAN MAHASISWA DI PRODI KEPERAWATAN ENDE

Anatolia K. Doondori *

ABSTRACT

Student's satisfaction is a the student's conscious evaluation on the quality of education system management in an institution. Student's satisfaction is a primary for educational institution, requiring a continuous evaluation. The aim of this study is to analysis the relation between student's level satisfaction and man, material, and method management

This study used cross sectional design with Man, Material and Method management as independent variable and student's satisfaction as dependent variable. Population comprised 100 respondents. Samples were 80 respondents, recruited using simple random sampling. Data were collected using questionnaire. Data where analyzed by using Spearman's Rank correlation test with level of significance of 0.05.

Result showed that most of respondents said that Man, Material and Method management was reliable and most of respondents were satisfied with the management. The result of Spearman's Rank correlation test indicated that there was not correlation between man, Material and Method management with student's satisfaction. Not Correlation between Man management and student's satisfaction, with $r = 0,114$, and not correlation between Material management and student's satisfaction, with $r = 0,145$, and not correlation between Method management and student's satisfaction, with $r = 0,151$.

In conclusion, the better the management of Man, Material and Method an educational institution, the more the increase of satisfaction among the users of the institution, i.e. the students. Cooperation and support from all elements within the institution is necessary to provide the best service for the students in achieving the objective of their study. Recommendation for the further study is to improve the research not only about Man, Material and Method, but also about Money and Market.

Kata kunci: Kepuasan siswa, manusia, material, dan metode manajemen

PENDAHULUAN

Lembaga Pendidikan Tinggi tumbuh dan berkembang sebagaimana layaknya industri jasa, dan setiap saat berubah seiring dengan proses globalisasi. Perhatian pada mutu layanan pendidikan yang menekankan pada kepuasan mahasiswa muncul dalam rangka menarik para calon mahasiswa, melayani dan mempertahankan mereka. Peningkatan mutu pendidikan tinggi termasuk di dalamnya mutu pengelolaan *Man, Material, Method dan Money* merupakan upaya-upaya yang harus dilakukan agar kepuasan mahasiswa sebagai pelanggan lembaga pendidikan dapat diberikan secara optimal. ada beberapa masalah yang dihadapi oleh lembaga pendidikan tinggi di Indonesia pada umumnya, antara lain adalah rendahnya mutu layanan pendidikan pada sebagian besar lembaga pendidikan tinggi di Indonesia dimana menjadi kendala dalam meningkatkan mutu pendidikan kesehatan. Di lain pihak mutu layanan pendidikan mempunyai hubungan dengan kepuasan mahasiswa sebagai pelanggan lembaga, dan kepuasan maha-

siswa terhadap dosen, serta program. Seperti halnya di Prodi Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang, ketersediaan sumber daya manusia (*Man*), sarana prasarana (*Material*) dan metode pembelajaran atau pelayanan (*Method*) yang diberikan kepada mahasiswa sebenarnya merupakan suatu hal yang penting yang berhubungan dengan mutu pendidikan serta kepuasan mahasiswa. Akan tetapi sampai saat ini belum pernah dilakukan evaluasi terkait hal tersebut diatas sehingga belum diketahui kepuasan mahasiswa terkait pengelolaan pendidikan yang meliputi *Man, Material dan Method* yang dikelola selama ini. Pada penelitian ini berfokus pada mahasiswa karena yang berhubungan langsung dengan pengelolaan mutu pendidikan adalah mahasiswa. Selain itu dalam penelitian ini terbatas pada pengelolaan *Man, Material dan Method* saja karena ketiga hal ini lebih mudah diamati oleh mahasiswa. Evaluasi sistem manajemen yang digunakan oleh suatu sistem pendidikan tinggi sangatlah diperlukan agar bisa bertahan (*survive*) dan berkembang (*prosper*). Ketidamampuan sistem pendidikan tinggi keperawatan untuk mengelola dengan baik dapat berakibat ketidakpuasan mahasiswa, penurunan ke-

* Staf Pengajar Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang

mampuan lulusan serta menimbulkan masalah di pelayanan pada masyarakat karena ketidakmampuan pendidikan tinggi meluluskan perawat yang memiliki kualitas atau mutu sesuai harapan. Penyebaran Kuesioner sebagai bahan evaluasi yang pernah dilaksanakan Program Studi Keperawatan Ende selama ini masih terbatas pada pendapat mahasiswa tentang penampilan/kemampuan dosen saja, sedangkan untuk kepuasan mahasiswa terhadap pengelolaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana belum pernah dilakukan. Sebagai kelanjutan dari evaluasi yang sudah pernah dilakukan maka peneliti ingin mengembangkan lingkup penelitian tidak hanya pada pengelolaan *Man* nya saja, tetapi juga pada *Material* dan *Method* yang selama ini dikelola. Menganalisis hubungan antara pengelolaan *Man*, *Material* dan *Method* dengan kepuasan mahasiswa Program Studi Keperawatan Ende.

Metodologi

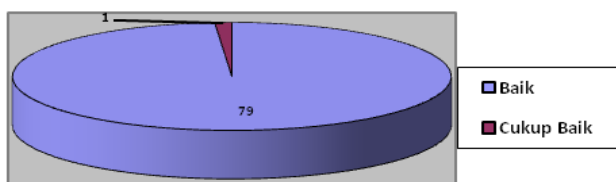
Penelitian ini bersifat analitik kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel (responden) yang digunakan adalah *simple random sampling*. Penetapan jumlah sampel dengan menggunakan rumus dengan formula sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Berdasarkan formula tersebut maka diperoleh total sampel berjumlah 80 orang mahasiswa yang terdiri mahasiswa tingkat I dan II. Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 1-30 Oktober 2015. Data dianalisis dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* dengan α 0,05 untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variable, yaitu variabel Persepsi Mahasiswa Tentang Pengelolaan *Man*, *Material* dan *Method* dan variabel Kepuasan mahasiswa.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik responden berdasarkan usia dimana sebagian besar berusia 19 tahun sebanyak 43%, berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden adalah perempuan yaitu berjumlah 57 responden (71%), berdasarkan daerah asal sebagian besar responden berasal



dari Kabupaten Ende, berjumlah 47 responden (59%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendapat pengelolaan *Man* (dosen, staf administrasi, staf perpustakaan, staf laboratorium, dan staf penunjang lainnya) di Prodi Keperawatan Ende adalah baik, yaitu berjumlah 79 responden (99%), dan tidak satupun dari responden yang menyatakan tidak baik tentang pengelolaan

Kepuasan	Puas		Cukup Puas		Kurang Puas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pengelolaan M1								
Baik	33	41,5	44	55	2	2,5	79	100
Cukp Baik	0	0	1	1	0	0	1	100
Krg Baik	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	33	41,5	45	56	2	2,5	80	100
r = 0,114 p = 0,312								

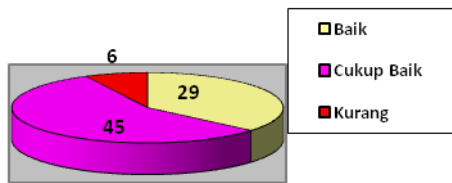
Man.

Hasil Uji korelasi *Spearman Rank*

Kepuasan	Puas		Cukup Puas		Kurang Puas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pengelolaan								
Baik	17	21,25	18	22,5	1	1,25	36	100
Cukp Baik	16	20,25	27	33,5	1	1,25	44	100
Krg Baik	0	0	0	0	0	0	0	100
Total	33	41,5	45	56	2	2,5	80	100
r = 0,151 p = 0,182								

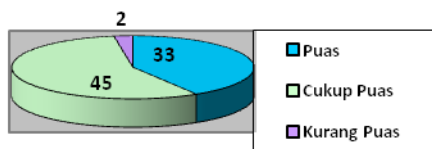
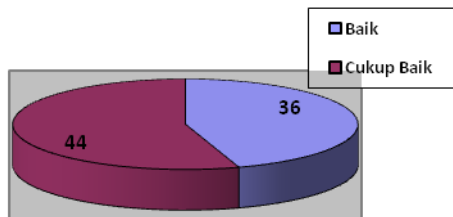
Tabel 1. Uji korelasi Pengelolaan M1 dan Kepuasan

Kepuasan	Puas		Cukup Puas		Kurang Puas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pengelolaan M2								
Baik	14	17,5	15	18,5	0	0	29	100
Cukp Baik	16	20	27	33,5	2	2,5	45	100
Krg Baik	3	4	3	4	0	0	6	100
Total	33	41,5	45	56	2	2,5	80	100
r = 0,145 p = 0,198								



Tabel 2. Uji korelasi Pengelolaan M2 dan Kepuasan

Tabel 3. Uji korelasi Pengelolaan M3 dan Kepuasan



Hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar mahasiswa mengatakan pengelolaan *Material* (Sarana Prasarana) di Prodi Keperawatan Ende adalah cukup baik, yaitu berjumlah 45 responden (56%)

Hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan pengelolaan *Method* (kurikulum, metode pembelajaran, sistem pelayanan administrasi, pelayanan perpustakaan, pelayanan laboratorium) di Prodi Keperawatan Ende adalah cukup baik, yaitu berjumlah 44 responden (55%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan cukup puas terhadap pengelolaan *Man*, *Material* dan *Method* di Prodi Keperawatan Ende yaitu berjumlah 45 responden (56%).

Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai $p = 0,312$ yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan antara pengelolaan *Man* dengan kepuasan mahasiswa dengan koefisien korelasi sebesar 0,114.

Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai $p = 0,198$ yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan antara pengelolaan *Material* dengan kepuasan mahasiswa dengan koefisien korelasi sebesar 0,145

Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai $p = 0,182$ yang berarti bahwa terdapat hubungan antara pengelolaan *Method* dengan kepuasan mahasiswa dengan koefisien korelasi sebesar 0,151 (korelasi sangat lemah).

PEMBAHASAN

Pengelolaan M1 dan Kepuasan.

Man disertai suatu masukan “bahan mentah” berupa mahasiswa yang menginginkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap-sikap baik yang akan digunakan oleh mereka untuk menghadapi masa depan dalam kehidupannya. Sebagai alat untuk menggarap masukan adalah materi/kurikulum yang telah disusun. Dengan modal materi yang tertera sebagai kurikulum itulah *Man* berusaha agar mahasiswa menguasai apa yang disediakan oleh institusi untuknya (Indrajit, Pranoto, 2006: 82).

Man dalam penelitian ini mencakup seluruh sumber daya manusia yang terlibat dalam pengelolaan pendidikan, akan tetapi yang paling banyak dibahas dalam penelitian ini adalah dosen karena dosen yang paling sering berhubungan dengan mahasiswa, baik dalam frekuensi maupun lama interaksinya. Dosen merupakan *role model* dalam dunia pendidikan. Selain kemampuan dalam penguasaan materi, kemampuan diluar kelas juga sangat diperlukan. Dosen yang secara tidak sengaja ditemui diluar kelas, mungkin dapat dijadikan sumber informasi, memberikan keterangan-keterangan yang diperlukan mahasiswa untuk memperkaya pengetahuannya. Dosen-dosen mata kuliah lain yang tidak pernah secara langsung mengajar mahasiswa tersebut di kelasnya, dapat menumbuhkan motivasi mahasiswa karena ketika bertemu di halaman kampus menyapa, tersenyum ataupun pujian, saran-saran dapat meningkatkan tumbuhnya motivasi pada diri mahasiswa untuk lebih giat dalam belajar.

Pada penelitian ini sebagian besar mahasiswa Prodi Keperawatan Ende menyatakan cukup puas terhadap pengelolaan *Man*, sehingga dari hasil ini menunjukkan bahwa sumber daya manusia di institusi yang bersangkutan (dosen dan staf pendukung lainnya) telah cukup memberikan apa yang dibutuhkan

2. Pengelolaan M2 dan Kepuasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan cukup puas terhadap pengelolaan *Material* di Prodi Keperawatan Ende. Hal ini menunjukkan bahwa Prodi Keperawatan Ende telah mampu memenuhi sebagian dari apa yang mereka butuhkan untuk menunjang pembelajaran. Baik dari fasilitas ruangan perkuliahan yang masing-masing dilengkapi dengan sarana *Audio Visual*, AC, ukuran kelas yang cukup nyaman, serta fasilitas-fasilitas pendukung seperti kelengkapan alat laboratorium, maupun tersedianya bermacam buku serta layanan perpustakaan lainnya namun masih ada keluhan bahwa fasilitas pendukung belum memadai seperti sarana olahraga dan layanan internet.

Dewasa ini globalisasi mengharuskan institusi pendidikan menyediakan fasilitas yang memberikan kemudahan mahasiswa mengakses segala sesuatu yang menunjang pembelajaran sangatlah diperlukan. Perkembangan teknologi dewasa ini memudahkan mahasiswa mendapatkan ilmu secara luas, tidak hanya dari dosen saja, melainkan kreativitas mahasiswa sangatlah menentukan. Peluang ini haruslah dapat dibaca oleh semua institusi pendidikan untuk berlomba-lomba memberikan fasilitas senyaman dan secepat mungkin sehingga mahasiswa dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan. Namun hal tersebut belum sepenuhnya diberikan oleh Prodi Keperawatan Ende.

3. Pengelolaan M3 dan Kepuasan.

Evaluasi terhadap metode dalam pembelajaran merupakan kegiatan untuk meninjau kembali apakah metode pembelajaran serta metode pelayanan yang diberikan kepada mahasiswa dapat memotivasi mahasiswa mengikuti perkuliahan. Yang dimaksud dengan metode pembelajaran disini, adalah cara-cara atau tehnik yang digunakan dalam mengajar, misalnya ceramah, tanya jawab, diskusi, *role play* demonstrasi, eksperimen, dan sebagainya. Pendekatan kembali pada bagaimana kelas dikelola, misalnya individual, kelompok, dan klasikal. Strategi pembelajaran kembali pada bagaimana dosen mengatur keseluruhan proses belajar mengajar, meliputi: mengatur waktu, pemenggalan penyajian, pemilihan metode, pemilihan pendekatan, dan sebagainya. Dengan pengertian ini maka di dalam memikirkan strategi, sekaligus dosen memikirkan metode dan pendekatan juga (Arikunto, 2001: 299)

Hasil dari penelitian ini seperti tersebut diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa pengelolaan *Method* di Prodi

Keperawatan Ende adalah cukup baik. *Method* yang dimaksud disini tidak hanya metode pembelajaran, melainkan juga metode atau bagaimana pelayanan penunjang yang lain diberikan, seperti pelayanan di bagian administrasi, pelayanan pinjam

meminjam buku, serta pelayanan di laboratorium. Hasil penelitian diatas didukung dari kesiapan perencanaan pembelajaran yang telah ditetapkan sebelumnya. Ketentuan-ketentuan tentang apa yang akan dipelajari, bagaimana cara mempelajari, serta media dan kapan pembelajaran tersebut telah tercantum dalam silabus yang diberikan kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dilaksanakan

Kesimpulan

- A. Sebagian besar responden berpendapat pengelolaan *Man* (dosen, staf administrasi, staf perpustakaan, staf laboratorium, dan staf penunjang lainnya) di Prodi Keperawatan Ende adalah baik
- B. Sebagian besar responden menyatakan cukup puas terhadap pengelolaan *Man*, *Material* dan *Method* di Prodi Keperawatan Ende yaitu berjumlah 45 responden (56%).
- C. Tidak terdapat hubungan antara pengelolaan *Man* dengan kepuasan mahasiswa dengan koefisien korelasi sebesar 0,114, tidak terdapat hubungan antara pengelolaan *Material* dengan kepuasan mahasiswa dengan koefisien korelasi sebesar 0,145, tidak terdapat hubungan antara pengelolaan *Method* dengan kepuasan mahasiswa dengan koefisien korelasi sebesar 0,151.

SARAN

1. Untuk pengelolaan *Man*
 - Institusi diharapkan meningkatkan jumlah tenaga pendidik dan kependidikan dan standar pelayanan terhadap mahasiswa
 - Mahasiswa diharapkan lebih terbuka dalam menyampaikan kurangnya pelayanan tenaga institusi dalam pelayanan akademik.
2. Untuk pengelolaan *Material*
 - Institusi diharapkan menyiapkan sarana penunjang seperti internet dan sarana olahraga untuk kegiatan ekstra kurikuler mahasiswa.
3. Untuk pengelolaan *Metode*
 - Institusi diharapkan meningkatkan evaluasi terhadap metode dan media yang digunakan oleh dosen dalam melakukan proses belajar

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, (1997). *Filsafat Pendidikan*. Jakarta: Media Pratama, Hal 116-118
- Almasdi, (1996). *Aspek Sikap Mental Dalam Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Ghalia Indonesia, Hal:73-74
- Arikunto, (2001). *Dasar-dasar Evaluasi pendidikan Edisi Revisi*. Jakarta: Bumi Aksara, Hal1-11, 290- 2003.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek* Edisi Revisi III. Jakarta, Rineka Cipta, Hal :29
- Bastable, (2002). *Perawat Sebagai Pendidik*. Jakar-

- ta: EGC, Hal:12-13
- Depdiknas, (2003). *Pedoman Penjaminan Mutu*. Jakarta: Dirjen Pendidikan Tinggi.
- Fatah, (2001). *Landasan Manajemen Pendidikan*. Bandung: Rosda, Hal 5-14.
- Hamalik, (2000). *Psikologi Belajar dan Mengajar*. Bandung: Sinar baru Algesindo, Hal:25-26
- Hardjosoedarmo, (1999). *Total Quality Management*. Yogyakarta : Andi Offset, Hal:129-133.
- Hasan, (2005). *Dasar-dasar Kependidikan*. Jakarta: Rineka Cipta, Hal 11-16.
- Hedwig, Polla, (2006). *Model Sistem Penjaminan Mutu dan proses Penerapannya dalam Perguruan Tinggi*. Yogyakarta: Graha Ilmu, Hal 1-46
- Hidayat, A. (2003). *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah* Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika, Hal 120
- Indrajit, Pranoto, (2006). *Managemen Pendidikan Tinggi Modern*. Yogyakarta: Andi Offset, Hal 27-30, 3-46, 76-82, 93-101
- Mulyati, M.Pd, (2005). *Psikologi Belajar*. Yogyakarta: Andi Offset, Hal:40-42
- Nurdin, (2005). *Guru Profesional dan Implementasi Kurikulum*. Jakarta: Quantum Teaching
- Nursalam, (2008). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, Hal 91-94
- Nursalam,(2008).*Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika, Hal:77, 83, 90,93,109,115,202
- Nursalam, Efendi, (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, Hal:13-28
- Nursalam, Pariani. (2001). *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta, EGC, hal:141
- Pidarta, (1997). *Landasan Pendidikan*. Rineka Cipta. Jakarta. Hal 1-37, 265-297
- Purwanto, (2006). *Ilmu Pendidikan*. Edisi 2. Bandung: Remaja Rosdakarya, Ha' 138-148
- Roestiyah, (2001). *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta: Rineka Cipta, Hal 157
- Sagala, (2006). *Manajemen Pendidikan Dalam Peningkatan Mutu Pendidikan*. Bandung, Alfabeta
- Sam, (2005). *Kebijakan Pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada, Hal 1-3
- Sardiman, (2007). *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: Rajawali Pers
- Seifert, (2007). *Manajemen Pembelajaran dan Instruksi Pendidikan*. Yogyakarta: Ircisod, Hal 225
- Sugiyono, (2007). *Statistika untuk penelitian*. Cetakan kedua belas. Bandung: Alfabeta, Hal:228
- Sunarto, (2003).*Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, Hal 98-143
- Suryabrata, (2008). *Psikologi pendidikan*. Jakarta: Grafindo persada, Hal 293-296
- Tilaar, (2006). *Standarisasi pendidikan Nasional*. Jakarta: Rineka Cipta, Hal 155-157
- Tjiptono, (2003). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Andi Offset, hal: 104-111
- Wijono, (1999). *Managemen Mutu Pelayanan*

EVALUASI TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI *SECTIO CAESAREA* DI RUANG KEMUNING RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UMBU RARA MEHA WAINGAPU

*Yosephina Elizabeth S.Gunawan

ABSTRAK

Anxiety is an emotional reaction caused by unknown and unspecific things that can cause discomfort and feel threatened. Sectio caesaria could be a stressor for pregnancy women in cased to delivered her baby. This study aimed to indentify the anxiety level of pregnancy women at pre operation periode of sectio caesaria. This is a descriptive study with number of samples was determined purposively as many as 20 patients who prepared to Sectio Caesaria surgery. The results showed that the majority of patients (70%) experienced severe anxiety and 30% with moderate anxiety. Signs of anxiety experienced by respondents were feeling tense, lethargy, surprised, feel uncomfortable, crying, looked nervous, and other signs.

Kata kunci: *kecemasan, wanita hamil, Sectio Caesarea*

LATAR BELAKANG

Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan yaitu dengan membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. Proses persalinan dapat dilakukan melalui jalan lahir (vagina atau persalinan pervaginam) dan persalinan melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim (perabdominam) yang dikenal dengan bedah cesar atau *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Tindakan *sectio caesarea* merupakan salah satu jalan untuk menolong persalinan sehingga tercapai “*well born baby and well health mother*” (Manuaba, 2002).

Angka kejadian *sectio caesarea* dari tahun 2009 di beberapa negara seperti di Amerika Serikat dilaporkan dari seluruh persalinan sebanyak 35% mengalami *sectio caesarea*, di Australia dari seluruh persalinan sebanyak 35% mengalami *sectio caesarea*, di Skotlandia dari seluruh persalinan sebanyak 43% mengalami *sectio caesarea*, dan di Prancis dari seluruh persalinan sebanyak 28% mengalami *sectio caesarea*.

Di Indonesia, berdasarkan survey demografi dan kesehatan tahun 2009-2010 mencatat angka persalinan *sectio caesarea* secara nasional berjumlah kurang lebih 20,5% dari total persalinan. Namun, berbagai survey menemukan bahwa persentase persalinan *sectio caesarea* pada rumah sakit – rumah sakit di kota besar seperti Jakarta dan Bali berada

jauh di atas angka tersebut. Secara umum jumlah persalinan sesaria di rumah sakit pemerintah adalah sekitar 30-35% dari total persalinan, sedangkan di rumah sakit swasta jumlahnya sangat tinggi yaitu

sekitar 30-80% dari total persalinan (Rasyid, 2009). Data yang diperoleh dari Medikal Record RSUD Umu Rara Meha Waingapu didapatkan bahwa jumlah ibu *post sectio caesarea* pada tahun 2010 adalah sebanyak 119 orang, tahun 2011 meningkat menjadi 157 orang, dan pada tahun 2012 meningkat lagi menjadi 210 orang. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa penderita ibu *post sectio caesarea* mengalami peningkatan.

Seorang ibu bersalin secara *sectio caesarea* akan mengalami kecemasan terutama pada ibu bersalin dengan *sectio caesarea* sekunder. *Sectio caesarea* sekunder yang dimaksud adalah dalam hal ini kita mencoba menggunakan kelahiran biasa (partus percobaan) bila tidak ada kemajuan atau percobaan gagal baru dilakukan *sectio caesarea* (Moctar, 2009). Cemas merupakan suatu reaksi emosional yang timbul oleh penyebab yang tidak pasti dan tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam (Stuart dan Sundeen, 1998).

Menurut Carpenito (2000), kecemasan merupakan keadaan dimana individu atau kelompok mengalami perasaan yang sulit (ketakutan) dan aktivasi sistem saraf otonom dalam merespon terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik. Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik yang nyata maupun dibayangkan. Seorang yang mengalami ansietas akan merasa tidak nyaman dan takut merasakan nyeri yang tidak jelas (Bunner & Suddart, 2001).

Berdasarkan data yang diperoleh dari petugas kesehatan di ruang Kemuning RSUD Umu Rara Meha, bahwa setiap ibu yang

* Dosen di Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes
Kemenkes Kupang

melahirkan secara *sectio caesarea* yang pernah dirawat di ruang Kemuning, sebelum melakukan operasi pasien merasa takut dan cemas. Pasien takut operasinya tidak berjalan dengan baik dan hasilnya tidak sesuai dengan yang diinginkan. Kebanyakan pasien mengatakan takut terjadi sesuatu dengan bayinya,

Tindakan petugas kesehatan untuk mengurangi kecemasan pasien adalah memberikan motivasi kepada pasien dan memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan serta menganjurkan keluarga untuk selalu berada bersama-sama dengan pasien, memberikan dukungan dan mendoakan pasien. Operasi *sectio caesarea* dilakukan karena dilihat dari kondisi ibu maupun janin. Misalnya ibu yang menderita hipertensi, bayinya kembar atau letak janin sungsang. Salah satu contoh, pada tahun 2012, seorang ibu dioperasi *sectio caesarea* karena ibu menderita hipertensi dan bayinya afiksia. Sebelum melakukan operasi, ibu sangat cemas dan takut. Ia mengatakan takut terjadi sesuatu dengan bayinya. Tindakan bidan saat itu adalah memberikan dukungan kepada pasien dan menjelaskan bahwa operasinya akan berjalan dengan baik serta bayinya akan baik-baik saja.

Dukungan dari petugas kesehatan dan keluarga dapat mengurangi kecemasan klien dan operasi dapat berjalan dengan baik. Kecemasan pada pasien pre operasi bisa disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya takut terhadap tindakan operasi, keraguan terhadap anestesi, ketakutan akan rasa sakit dan biaya rumah sakit. Bila kecemasan tersebut tidak mendapat penanganan yang adekuat dari tim medis dan keluarga, tidak menutup kemungkinan kecemasan akan bertambah parah, yang berdampak ketidaksiapan pasien menjalani operasi (Nurhadi, 2002).

Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah tersebut diatas maka diperlukan pendekatan dan komunikasi yang terapeutik untuk menenangkan pasien, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut dan dorong keluarga untuk selalu menemani pasien, mendoakan dan memberikan dukungan sehingga pasien dapat menjalani pembedahan dengan baik.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea di Ruang Kemuning Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu”**.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian ini merupakan penelitian Deskriptif evaluatif yaitu untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan pasien pre operasi *sectio caesarea* di ruang rawat inap Kemuning RSUD Umu Rara Meha Waingapu, Kabupaten Sumba Timur tahun 2013. Rancangan Penelitian ini adalah studi kasus

(*Case Studi*) yaitu, meneliti suatu masalah melalui suatu kelompok yang bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan pasien pre operasi *sectio caesarea* di ruang rawat inap Kemuning RSUD Umu Rara Meha Waingapu, Kabupaten Sumba Timur tahun 2013.

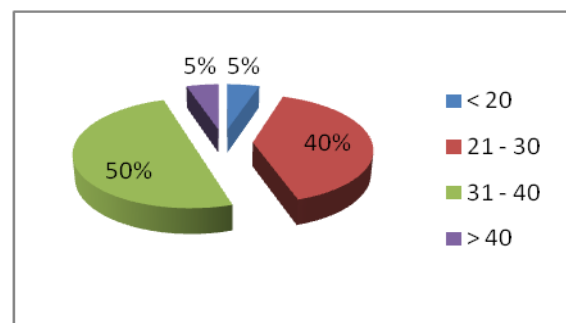
Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam 2003). Populasi menurut Notoadmodjo, tahun 2002 adalah keseluruhan obyek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pre operasi *sectio caesarea* yang sedang dirawat di ruang rawat inap Kemuning RSUD Umu Rara Meha Waingapu, Kabupaten Sumba Timur tahun 2013. Cara pengambilan sampel dalam penelitian adalah secara purposif dengan menggunakan *accidental sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan pengambilan kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia saat dilakukan penelitian, yaitu ibu pre operasi *sectio caesarea* yang sedang dirawat di ruangan Kemuning RSUD Umu Rara Meha Waingapu tahun 2013.

Lokasi penelitian adalah di ruang rawat inap Kemuning RSUD Umu Rara Meha Waingapu, Kabupaten Sumba Timur dan penelitian dilakukan pada bulan Desember 2013.

Data dikumpulkan dengan cara melakukan wawancara dan observasi secara langsung kepada responden. Selanjutnya data diolah dan dianalisa.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian dijabarkan dalam diagram-diagram



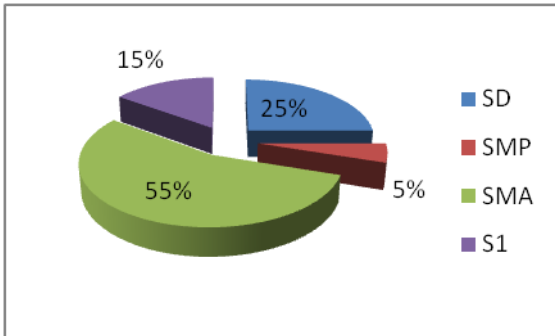
berikut:

Diagram 1. Distribusi Responden Menurut Golongan umur di Ruang Kemuning RSUD Umu Rara Meha Waingapu.

Sumber : Data Primer 2013

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa dari 20 yang diteliti, yang berumur < 20 tahun sebanyak 1 orang (5%), umur 21 – 30 tahun sebanyak 8 orang (40%), umur 31 – 40 tahun yaitu 10 orang (50%), dan umur > 40 tahun yaitu 1 (5%).

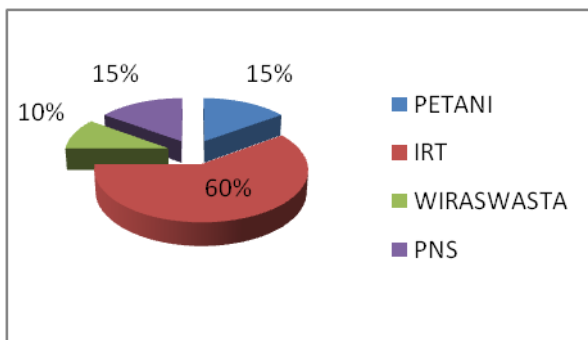
Diagram 2. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Ruang Kemuning RSUD Umbu Rara Meha Waingapu.



Sumber : Data Primer 2013

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa dari 20 responden yang diteliti tingkat pendidikan paling banyak adalah SMA yaitu 11 orang (55%), sedangkan SD sebanyak 5 orang (25%), SMP sebanyak 1 orang (5%), SMA sebanyak 11 orang (55%), dan S1 sebanyak 3 orang (15%).

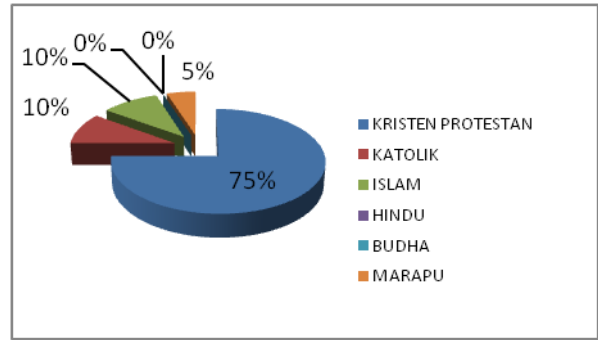
Diagram 3. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di



Ruangan Kemuning RSUD Umbu Rara Meha Waingapu

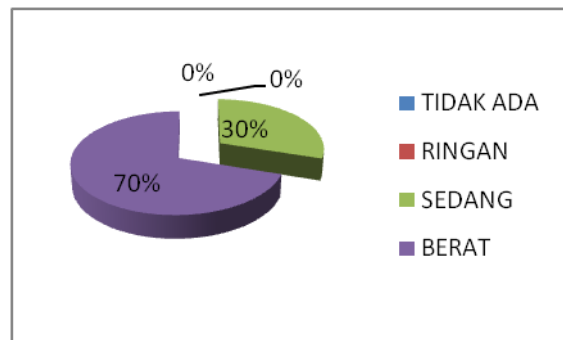
Sumber : Data Primer 2013

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa pekerjaan responden sebagai Petani sebanyak 3



orang (15%), Ibu Rumah Tangga sebanyak 12 orang (60%), Wiraswata sebanyak 2 orang (10%), dan Pegawai Negeri Sipil sebanyak 3 orang (15%).

Diagram 4. Distribusi Responden Menurut Agama dan Kepercayaan di Ruang Kemuning RSUD Umbu Rara Meha Waingapu.



Sumber : Data Primer 2013

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa 75% (15 orang) dari 20 responden beragama Kristen Protestan, sedangkan Katolik sebanyak 2 orang (10%), Islam 2 orang (10%), kepercayaan Marapu 1 orang (5%) dan tidak ada yang beragama Hindu dan Budha.

Diagram 5. Distribusi Responden Menurut Tingkat Kecemasan di Ruang Kemuning RSUD Umbu Rara Meha Waingapu

Sumber : Data Primer 2013

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden (70%, 14 orang) memiliki tingkat kecemasan berat, 30%

Kecemasan adalah reaksi yang normal terhadap stress dan ancaman bahaya. Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik yang nyata maupun dibayangkan. Seorang yang mengalami ansietas akan merasa tidak nyaman dan takut merasakan nyeri yang tidak jelas (Bunner & Suddart, 2001).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan 20 responden didapatkan 14 responden (70%) yang mengalami tingkat kecemasan berat, 6 responden (30%) yang mengalami tingkat kecemasan sedang, yang memiliki tingkat kecemasan ringan dan tidak ada kecemasan sebanyak 0 orang (0%). Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa dari 20 responden yang diteliti, sebagian besar ibu pre operasi sectio caesarea mengalami kecemasan berat. Kecemasan pada ibu pre operasi sectio caesarea dapat dilihat dari perilaku yang sering ditunjukkan ibu saat mengetahui rencana operasi. Perilaku yang paling banyak ditemukan yaitu ibu tampak gelisah, tegang, tidak tenang, tampak sedih, tampak pucat, mulut kering, nadi cepat, sering menarik napas dalam, tampak lemah, mudah berkeringat, dan ibu mengalami gangguan eliminasi seperti sering kencing dan tidak dapat menahan kencing.

Hal ini terjadi karena adanya tekanan psikologis seperti bingung, rasa takut, yaitu takut operasinya berhasil atau tidak dan apakah bayinya nanti lahir sempurna atau tidak. Selain itu juga kecemasan pada ibu dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu tentang tindakan operasi, dimana dari hasil wawancara kebanyakan ibu mengatakan takut akan tindakan yang dilakukan, takut terjadi sesuatu selama dan sesudah operasi serta takut terjadi sesuatu dengan bayinya. Hal ini didukung oleh pendapatnya Keliat (1996), bahwa respon psikologis pasien yang akan menjalani tindakan operasi adalah reaksi cemas terhadap proses yang akan dijalani, yang dipengaruhi oleh beberapa sebab seperti pengetahuan tentang operasi, harapan pemulihan atau suksesnya tindakan operasi yang akan dijalani serta persepsi dan pandangan terhadap diri nantinya setelah dilakukan operasi.

Pasien yang akan menjalani operasi sectio caesarea tentunya juga memiliki tingkat kecemasan yang besarnya berbeda dan mekanisme coping yang relatif berbeda pula pada setiap orang, sesuai dengan tingkat pengetahuan, besaran informasi yang diperoleh dan pemahaman akan sesuatu yang diperoleh baik dari tenaga kesehatan (Kozier dan Erb, 1998). Dari hasil penelitian di atas ditemukan adanya ibu yang mengalami kecemasan berat (70%) dan sedang (30%), hal ini terjadi karena mekanisme coping setiap ibu berbeda, serta pengalaman masa lalu ibu tentang operasi juga dapat mempengaruhi kecemasan ibu terhadap operasi yang dijalani, dimana sebelumnya ibu pernah melakukan operasi sectio caesarea. Selain pengalaman masa lalu informasi tentang operasi juga sangat penting bagi ibu sebelum melakukan operasi.

Hal ini sejalan dengan pendapat Ramaiah (2003) bahwa salah satu faktor yang dapat menyebabkan ibu hamil mengalami peningkatan kecemasan sebelum dilakukan pembedahan adalah karena faktor *informed consent*, dimana gangguan kecemasan akan meningkat apabila penjelasan tentang prosedur suatu tindakan tidak atau kurang jelas diterima oleh klien dan keluarga. Sehingga sebelum dilakukan operasi perawat harus memberikan informasi yang lengkap kepada pasien dan keluarga agar dapat mengurangi kecemasan pada pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa dari 20 responden yang diteliti didapatkan 14 responden (70%) yang mengalami tingkat kecemasan berat, 6 responden (30%) yang mengalami tingkat kecemasan ringan dan tidak ada kecemasan sebanyak 0 orang (0%). Hal ini menunjukkan bahwa ibu sebelum melakukan operasi *sectio caesarea* mengalami kecemasan. Mereka cemas terhadap tindakan yang dilakukan dan takut terjadi sesuatu dengan bayinya.

SARAN

Peneliti menyarankan pada RSUD Umbu Rara Meha Waingapu (Ruang Kemuning) agar lebih meningkatkan pemberian pendidikan kesehatan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, dan keluarga untuk selalu mendampingi ibu pre operasi *sectio caesarea* dalam memberikan dukungan moral dan spiritual sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan ibu sewaktu menghadapi prosedur operasi, serta pada peneliti selanjutnya penulis menyarankan untuk melanjutkan penelitian tentang pengaruh *informed consent* terhadap tingkat kecemasan ibu hamil yang akan menjalani operasi *sectio caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart, 2001. *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8, vol. 2. Jakarta : EGC
- Hakimi M, 2010. *Ilmu Kebidanan dan Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essentia Medica : Yogyakarta
- Hamilton, 1995. *Dasar – dasar Keperawatan Matenitas*. Edisi IV. Jakarta : EGC
- Mansjoer, Arif. Dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi III. Jilid 2. Jakarta : Media Aesculapius.
- Manuaba I, 2002. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. EGC : Jakarta.
- Muchtar, Rustam. 2009. *Sinopsis Obstetri, Edisi 2, Jilid 1*. EGC : Jakarta.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Perioperatif*. Salemba Medika : Jakarta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2003. *Metodologi*

Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rhineka Cipta.
Nursalam. 2008. *Konsep Dan Penerapan
Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.
Jakarta : Salemba Medika.
Suliswaty, dkk. 2005. *Konsep Dasar dan
Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
Sumarah, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*.
Fitramaya : Yogyakarta.

PENGENDALIAN NYAMUK *Aedes Aegypti* (Vektor penyakit Demam Berdarah Dengue)

Oleh: Pius Selasa, S.Kep., Ns., M.Sc *

ABSTRACT:

One kind of insects that actively spreading diseases is *Aedes Aegypti* Mosquito. This mosquito is the main vektor of Dengue fever, yellow fever and chikungunya. While the secunder vektor is *Aedes Albopictus*. Dengue Fever has been the notorious sickness in Indonesia. this sickness is spreading in almost regions in Indonesia which are categorized as endemic region and usually caused an extraordinary event and the increasing of mortality.

Aedes Aegypti gets dengue viruses for the blood of dengue patient it sucks. In this mosquito's body, dengue virus will multiply through dividing itself. These viruses then spread throughout the body of the mosquito and make the mosquito as their medium to spread the viruses to human body. Human being become the most victims since this mosquito prefer human body than animals and could move to one person to the other untill they have enough blood.

To control the spreading and multiplication of this mosquito needs strategy. The strategy needs to consider the morphology, life circle, habits, and the habitation. The control will be more effective if it is done using various methods such as chemical and non-chemical methods. These methods is applied both to the adult mosquitos and the larvas. This activity of controlling could be done massively or individually. The society awareness and participation plays important role in the success of these controlling strategy.

Kata kunci: *Aedes Aegypti*, pengendalian, demam berdarah, darah, tubuh manusia.

PENDAHULUAN

Nyamuk merupakan serangga berukuran kecil, halus, langsing, kaki-kaki atau tungkainya panjang langsing, dan mempunyai bagian mulut untuk menghisap darah. Serangga ini kecuali dapat mengganggu manusia dan binatang melalui gigitannya, juga dapat berperan sebagai vektor penyakit pada manusia yang disebabkan oleh berbagai macam parasit. Beberapa parasit ada yang tumbuh pada tubuh nyamuk sebelum ditularkan, misalnya parasit penyebab filariasis. Akan tetapi ada juga virus yang tumbuh dan berkembang di dalam tubuh nyamuk sebelum ditularkan, misalnya virus Dengue. Karena peranannya ini, maka kehadiran nyamuk cukup merepotkan dalam kehidupan manusia baik dari segi psikologis maupun kesehatan manusia. Beberapa penyakit yang dapat ditularkan melalui nyamuk antara lain demam berdarah, malaria, *Japanese encephalitis*, chikungunya, filariasis (Sigit, Hadi, 2006, Gandahusada,dkk, 1998).

Tempat yang memungkinkan nyamuk untuk hidup adalah pada ketinggian 4200 meter di atas permukaan laut sampai 115 meter di bawah permukaan laut. Jumlah spesies nyamuk di daerah tropik lebih banyak dibandingkan dengan di daerah dingin (Gandahusada,dkk, 1998). Jumlah spesies nyamuk yang sudah diketahui kira-kira 2400. Nyamuk yang ada di Indonesia terdiri atas 457 spesies, 80 diantaranya adalah spesies *Anopheles*, 125 spesies *Aedes*, 82 spesies *Culex*, dan 8 spesies *Mansonia* (Sigit, Hadi, 2006).

Salah satu spesies yang berperan dalam penularan penyakit adalah nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk ini berperan sebagai vektor penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD), demam kuning dan Chikungunya sehingga keberadaannya di lingkungan sangat ditakuti. Nyamuk ini merupakan vektor utama yang menularkan virus dengue penyebab DBD, sedangkan vektor sekundernya *Aedes albopictus*. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Penyakit ini tersebar di sebagian besar wilayah Indonesia sebagai daerah endemis dan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan kematian yang tinggi (Depkes RI, 2003).

Aedes aegypti dapat mengandung virus Dengue bila mengisap darah seorang penderita DBD (Soegijanto, 2003). Di dalam tubuh nyamuk, virus dengue akan berkembang biak dengan cara membelah diri dan menyebar di seluruh bagian tubuh nyamuk dan dapat ditularkan kepada orang lain. Nyamuk ini lebih menyukai darah manusia daripada darah binatang (*antropofilik*) dan bersifat menggigit pada beberapa orang sebelum merasa kenyang (*multiple biters*).

Karena keberadaan nyamuk *Aedes aegypti* mempunyai peran penting dalam penularan penyakit, maka perlu kiranya membahas lebih lanjut tentang nyamuk ini dan metode pengendaliannya. Tulisan berikut akan menjelaskan tentang:

1. Klasifikasi nyamuk *Aedes aegypti*.
2. Morfologi nyamuk *Aedes aegypti*.
3. Siklus hidup nyamuk *Aedes aegypti*.
4. Kebiasaan hidup nyamuk *Aedes aegypti*.
5. Habitat nyamuk *Aedes aegypti*.

* Dosen di Prodi Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

6. Pengendalian nyamuk *Aedes aegypti*

KLASIFIKASI

Aedes aegypti dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Gandahusada, dkk, 1998):

<i>Kingdom</i>	: <i>Animalia</i>
<i>Phylum</i>	: <i>Arthropoda</i>
<i>Class</i>	: <i>Insecta</i>
<i>Ordo</i>	: <i>Diptera</i>
<i>Famili</i>	: <i>Culicidae</i>
<i>Subfamili</i>	: <i>Culicinae</i>
<i>Genus</i>	: <i>Aedes</i>
<i>Species</i>	: <i>Aedes aegypti</i>

MORFOLOGI

Aedes aegypti dewasa berukuran lebih kecil jika dibandingkan nyamuk rumah, mempunyai warna dasar yang hitam dengan bintik-bintik putih pada bagian-bagian badannya terutama pada kaki, perut (abdomen) dan dada (toraks) dan dikenal bentuk morfologinya yang khas sebagai nyamuk yang mempunyai gambaran lira (*lyre-form*) yang putih pada punggungnya (mesonotum), yang berbentuk seperti siku yang berhadapan. Telur *Aedes aegypti* mempunyai dinding yang bergaris-garis dan membentuk bangunan menyerupai gambaran kain kasa. Larva *Aedes aegypti* mempunyai pelana yang terbuka dan gigi sisir yang berduri lateral (Gandahusada, dkk, 1998).

SIKLUS HIDUP

Nyamuk *Aedes aegypti* memiliki proses metamorfosa yang sempurna yakni dari telur menjadi larva yang terdiri dari empat instar. Larva berkembang menjadi pupa dan dari pupa berkembang menjadi nyamuk dewasa. Siklus dari stadium telur hingga dewasa dan siap bertelur kembali membutuhkan waktu berkisar 14 hari sampai 16 hari. Dalam siklus hidup nyamuk terdapat 4 tingkatan (stadium) yang berbeda-beda. Dalam siklus hidup nyamuk terdapat 4 stadium dengan 3 stadium berkembang di dalam air dan 1 stadium hidup di alam bebas (Gandahusada, dkk, 1998).

Stadium Telur

Nyamuk bertelur 2 atau 3 sehari. Telur berwarna hitam, berbentuk oval, panjang telur 1 mm dan diletakkan di dinding wadah air, biasanya di bagian atas permukaan air. Apabila wadah air ini mengering, telur bisa tahan (dorman) selama beberapa minggu atau bahkan bulan. Ketika wadah air tersebut berisi air lagi dan menutupi seluruh bagian telur, maka ia akan menetas menjadi jentik (larva) dalam waktu 4 hari (Service, 1996).

Stadium Larva

Larva nyamuk tidak berlegan, dadanya lebih besar dari kepalanya. Kepalanya berkembang baik dengan sepasang antena dan mata majemuk, serta

sikat mulut yang menonjol. Perutnya terdiri atas 9 ruas yang jelas, dan ruas terakhir dilengkapi dengan tabung udara (sifon) yang bentuknya silinder.

Menurut WHO (1997), perkembangan stadium larva akan mengalami moulting sebanyak empat kali dan mempunyai empat tingkatan larva (instar) yaitu instar I (1 hari), instar II (1-2 hari), instar III (2 hari) dan instar IV (2-3 hari). Umur rata-rata larva sampai kepompong berkisar 7-15 hari. Larva beristirahat membentuk sudut di permukaan air, ketika disentuh akan berenang jungkir balik menuju dasar dan apabila bernafas akan menuju ke permukaan air dengan menempatkan siphonnya di atas air. Suhu air, kepadatan populasi dan ketersediaan makanan merupakan beberapa faktor yang sangat mempengaruhi perkembangan larva *Aedes aegypti*. Pada perkembangan stadium ini adalah pertumbuhan untuk memperbesar tubuh juga untuk melengkapi bulu-bulunya. Stadium ini memerlukan waktu 1 minggu. Pertumbuhan larva dipengaruhi oleh faktor temperatur, nutrien serta ada tidaknya binatang predator.

Stadium Pupa

Menurut Depkes RI (1997) stadium pupa merupakan perkembangan lebih lanjut dari instar IV dengan bentuk tubuh bengkok menyerupai tanda tanya dan kepala lebih besar dari badan. Stadium ini berlangsung antara 1-5 hari, hal ini tergantung pada suhu air. Pada suhu 27-32 °C pupa jantan membutuhkan waktu 1,9 hari hingga menjadi dewasa. Ciri morfologis spesifik yang dimiliki oleh pupa *Aedes aegypti* adalah memiliki corong pernafasan yang berbentuk segi tiga dan pada distal abdomen terdapat sepasang kaki pengayuh yang lurus dan runcing. Stadium ini merupakan stadium terakhir dari nyamuk yang berada di dalam air. Pada stadium ini pupa tidak membutuhkan makanan dan dalam keadaan inaktif. Stadium ini terjadi pembentukan sayap sehingga setelah cukup waktunya nyamuk keluar lalu terbang. Stadium pupa memerlukan waktu 1-2 hari.

Stadium Dewasa

Nyamuk *Aedes aegypti* dewasa, tubuhnya terdiri dari kepala, dada dan perut. Ciri *Aedes aegypti* yang khas adalah adanya gambar lyre pada bagian dorsal dada, yaitu sepasang bulu halus putih yang sejajar di tengah-tengah dan garis lengkung putih yang tebal pada setiap sisinya. Probosisnya berwarna hitam, scutelum bersisik lebar berwarna putih, dan perut berpita putih pada bagian basal. Tubuh berwarna dasar hitam dengan belang-belang putih, termasuk pada kakinya (Soedarmo, dkk, 1998).

E. KEBIASAAN HIDUP NYAMUK

Nyamuk dewasa akan mencari pasangan kemudian mengadakan perkawinan. Setelah kawin inilah nyamuk siap mencari darah untuk mematangkan telurnya. Nyamuk jantan setelah kawin akan istirahat, dia tidak mengisap darah tetapi cairan tumbuhan. Nyamuk betina menggigit dan mengisap darah orang (*anthropofilik dan hematofagik*). Aktivitas menggigit ini adalah siang hari, yaitu pagi dan sore hari (*diurnal*). Nyamuk ini lebih suka menggigit di daerah yang terlindung, seperti di dalam rumah (*endofagik*) Mereka tidak akan terbang jauh, hanya 50-100 meter (Sigit, Hadi, 2006).

Tempat istirahat *Aedes aegypti* berupa semak-semak atau tanaman rendah termasuk rerumputan yang terdapat di halaman/kebun/pekarangan rumah, juga berupa benda-benda yang tergantung di dalam rumah seperti pakaian, sarung, kopiah dan lain sebagainya. Umur nyamuk dewasa betina di alam bebas kira-kira 10 hari, sedangkan di laboratorium mencapai umur 2 bulan. Nyamuk ini mampu terbang sejauh 2 kilometer, walaupun umumnya jarak terbangnya adalah pendek yaitu kurang lebih 40 meter (Gandahusada, dkk, 1998).

F. HABITAT NYAMUK (*BREEDING PLACES*)

Habitat utama *Aedes aegypti* adalah tempat-tempat berisi air bersih yang berdekatan letaknya dengan rumah penduduk, biasanya tidak melebihi jarak 500 meter dari rumah. Tempat perindukan tersebut berupa tempat penampungan air, seperti tempayan/gentong tempat penyimpanan air minum, bak mandi, jambangan / pot bunga, kaleng, botol, drum, ban mobil yang terdapat di halaman rumah atau di kebun yang berisi air hujan, juga berupa tempat perindukan alamiah, seperti kelopak daun tanaman (keladi, pisang), tempurung kelapa, tonggak bambu dan lubang pohon yang berisi air hujan. Di tempat perindukan *Aedes aegypti* seringkali ditemukan larva *Aedes albopictus* yang hidup bersama-sama (Gandahusada, dkk, 1998).

G. PENGENDALIAN NYAMUK

Salah satu usaha yang efektif dalam menanggulangi penyakit yang ditularkan oleh vektor adalah dengan memutuskan mata rantai penularan melalui vektor control atau pengendalian vektor. Pengendalian terhadap *Aedes aegypti* pada dasarnya dapat dibedakan menjadi 2 yaitu secara kimiawi dan non kimiawi. Pengendalian ini lebih efektif jika dilakukan secara terpadu menggunakan beberapa metode, bisa dilakukan secara masal atau secara individu.

1. Pengendalian Secara Kimiawi

Pengendalian kimiawi merupakan upaya yang dilakukan untuk mengendalikan nyamuk dengan menggunakan insektisida. Dalam keadaan populasi nyamuk sangat tinggi atau pada saat terjadi Kejadian

Luar Biasa (KLB) demam berdarah misalnya, maka pengendalian secara kimiawi ini sangat efektif.

• Terhadap Nyamuk Dewasa

Pengendalian terhadap nyamuk dewasa dapat dilakukan secara masal atau di masyarakat pada daerah endemis, terlebih ketika terjadi KLB, dengan cara sebagai berikut:

* Metode

Aedes aegypti merupakan serangga yang terbang sehingga insektisida lebih tepat didistribusikan dengan cara penyemprotan ruang (*space spray*). *Space spray* adalah metode aplikasi insektisida cairan menjadi droplet-droplet yang sangat kecil (10-50 mikron). Salah satu metode *space spray* yang dapat diterapkan adalah dengan cara *Thermal fogging*.

Metode ini bertujuan untuk membunuh nyamuk dewasa yang diduga merupakan vektor infeksi dengan cara cepat (Sigit, Hadi, 2006).

* Alat

Alat semprot yang dapat digunakan adalah *portable thermal fog machine*. Mesin ini dapat menghasilkan partikel insektisida antara 15-25 mikron untuk mengendalikan serangga terbang. Kelebihan alat ini yaitu dapat digunakan untuk penyemprotan dari rumah ke rumah, terutama di daerah yang rumah-rumahnya tidak teratur dan jalannya tidak dapat dilewati kendaraan roda 4 (Iskandar, dkk, 1985).

* Insektisida dan Formulasi

Dalam penyemprotan ini insektisida yang digunakan adalah golongan organofosfor yaitu malathion. Insektisida ini termasuk insektisida kontak. Formulasi yang digunakan adalah *Emulsifiable concentrate* (EC).

Dosis yang diperlukan adalah sekitar 438 gram malathion murni/hektar. Untuk mendapatkan dosis tersebut, malathion yang akan digunakan diencerkan terlebih dahulu menjadi larutan dengan konsentrasi 4-5%, dan biasanya dilarutkan dalam pelarut minyak (*oil-based*), misalnya dengan pelarut solar atau minyak tanah atau campuran air dan minyak dengan tambahan bahan pengemulsi.

Cara membuat larutan :

1 liter malathion 96% EC+19 liter solar =

20 liter malathion 4,8%

1 liter malathion 50%EC+10 liter solar =

11 liter malathion 4,5%

(Iskandar, 1985, Sigit, Hadi, 2006)

* Aplikasi

Waktu

Untuk pengendalian *Aedes aegypti* lebih efektif dilakukan pada pagi atau sore hari, dengan pertimbangan bahwa nyamuk ini lebih suka menggigit pada siang hari (*diurnal*) dan puncak aktivitas menggigitnya terjadi pada pagi atau sore hari. Selain itu, pada pagi hari angin belum begitu kencang sehingga partikel-partikel droplet bertahan

lebih lama. Lama tidaknya partikel droplet di udara akan menentukan waktu kontak insektisida dengan nyamuk (Iskandar, dkk, 1985, Sigit, Hadi, 2006).

Area

Metode ini dilakukan di dalam dan di luar rumah karena kebiasaan *Aedes aegypti* yang lebih suka menggigit pada daerah yang terlindung yaitu di dalam rumah (*endofagik*) dan nyamuk ini tidak akan terbang jauh, hanya sekitar 50-100 meter. Di dalam rumah, nyamuk ini suka beristirahat di gantungan-gantungan seperti di gordena, pakaian, sarung. Sedangkan di luar rumah, nyamuk ini suka beristirahat pada semak-semak di sekitar rumah (Sigit, Hadi, 2006).

Suhu

Suhu udara tidak boleh panas. Jika suhu panas maka droplet akan menyebar ke atas dan bukan ke samping sehingga sia-sia. Itu sebabnya kegiatan ini lebih tepat dilakukan pada pagi hari dimana suhu bumi tidak terlalu tinggi (Sigit, Hadi, 2006).

Arah angin

Arah angin harus diperhatikan. Petugas harus berjalan melawan angin sehingga droplet tidak bertabrakan dengan operator Sigit, Hadi, 2006).

Siklus

Untuk daerah endemis, penyemprotan dilakukan 2 siklus, dengan interval 10-14 hari (2 siklus minimal). Jika terjadi wabah / KLB maka dilaksanakan 2 siklus dengan interval 7-10 hari (Service, 1996, Iskandar, dkk, 1985).

*** Efikasi**

Insektisida ini sangat toksik terhadap nyamuk serta tidak membahayakan manusia dan binatang, masuk ke dalam tubuh melalui liang pernafasan nyamuk, dan bekerja dengan cara mengganggu sistem syaraf nyamuk. Insektisida ini juga memiliki daya *knockdown* yang cepat (Gandahusada, dkk, 1998, Sigit, Hadi, 2006).

*** Perhatian**

Hal yang perlu diperhatikan dalam aplikasi ini adalah perlindungan petugas dari paparan insektisida, antara lain pakaian, kaos tangan, masker, pelindung kepala, sepatu. Selain itu juga perlindungan terhadap binatang piaraan dan makanan ketika dilakukan aplikasi.

Selain dilakukan pengendalian terhadap nyamuk dewasa secara massal, dapat juga dilakukan pengendalian secara pribadi atau di dalam rumah tangga untuk melindungi diri dan keluarga dari gigitan nyamuk. Perlindungan ini bisa melalui berbagai cara yaitu penggunaan repelen anti nyamuk, anti nyamuk bakar, maupun aerosol.

•Pengendalian Terhadap Larva

*** Metode**

Pengendalian terhadap jentik *Aedes aegypti* dapat dilakukan menggunakan larvasida. Larvasida adalah insektisida yang digunakan untuk membunuh larva / jentik. Pengendalian terhadap jentik / larva bertujuan untuk menekan populasi vektor dalam kurun waktu yang terbatas. Sedangkan tujuan jangka pendek dari aplikasi larvasida ini adalah untuk mendukung (*supplementary attack measure*) kegiatan fogging yang berusaha secepat-cepatnya memutuskan rantai penularan. Dengan harapan sesudah nyamuk-nyamuk terutama yang infeksiif dapat dimusnahkan dengan penyemprotan, pada saat itu tidak timbul lagi populasi nyamuk baru hasil penetasan telur-telur disebabkan larva keburu mati oleh abate (Iskandar, dkk, 1985).

*** Insektisida dan Formulasi**

Larvasida yang dapat digunakan antara lain temefos, antara lain abate yang termasuk golongan organofosfor. Formulasinya adalah *Emulsifiable concentrate* (EC).

Dosis yang digunakan 10 g per 100 liter air. Selain larvasida yang bersifat kimiawi, dapat juga digunakan larvasida yang bukan kimia yaitu berupa mikroorganisme misalnya *Bacillus thuringiensis H-14*. Akan tetapi larvasida dari mikroorganisme ini harganya masih mahal.

*** Aplikasi**

Waktu

Dilakukan pada bulan-bulan dimana distribusi penderita terdapat paling rendah, biasanya sekitar bulan Juli, Agustus, September (Iskandar, dkk 1985).

Tempat

Aplikasi larvasida di tempat-tempat penampungan air yang ada di rumah dengan pertimbangan bahwa habitat larva *Aedes aegypti* adalah di tempat yang ada genangan air. Aplikasi biasanya terbatas pada wadah yang digunakan di rumah tangga dan tidak dapat dibuang airnya atau tidak dapat ditutup. Larvasida ini bisa diaplikasikan dengan cara ditaburkan. Namun untuk wadah yang kemungkinan akan diganti airnya maka pemberian larvasida bisa dengan cara dibungkus (Ester, 1999)

Area

Kegiatan ini dilakukan di daerah yang paling endemis dan di sekitar penderita ketika terjadi kasus, bersama-sama dengan penyemprotan (Iskandar, dkk, 1985).

Siklus

Untuk daerah endemis, aplikasi abate minimal 2 siklus, interval 2-3 bulan. Kalau tidak 2 siklus, bisa dilakukan 2 siklus tetapi daerahnya lebih luas (2-3 kali lipat). Jika terjadi wabah / KLB maka aplikasi abate cukup 1 siklus untuk mendukung penyemprotan (Iskandar, dkk, 1985).

Efikasi

Larvasida ini sangat toksik terhadap larva/jentik nyamuk, tidak toksik bagi manusia walaupun terdapat dalam air minum. Merupakan insektisida yang paling efektif untuk pengendalian larva *Aedes aegypti* yang resisten terhadap chlorinated hydrocarbon. Cara kerjanya adalah dengan mengganggu sistem syaraf (Gandahusada, dkk, 1998, Sigit, Hadi, 2006).

Perhatian

Perlu diperhatikan penggunaan dosis abate yang tepat agar tidak menimbulkan efek toksik atau alergi terhadap manusia, terlebih jika digunakan pada tempat penampungan air minum.

2. Pengendalian Non Kimiawi

• Modifikasi dan manipulasi lingkungan

Pengendalian non kimiawi dapat dilakukan dengan cara membuat keadaan lingkungan agar tidak sesuai lagi bagi perkembangan nyamuk tanpa menggunakan bahan kimia atau dengan mengurangi habitat nyamuk. Keuntungan dari cara ini adalah aman bagi lingkungan dan bermanfaat jangka panjang. Namun keberhasilan dengan metode ini sangat tergantung dari kesadaran dan partisipasi masyarakat (Sigit, Hadi, 2006).

Aedes aegypti lebih suka bertelur pada wadah-wadah yang menampung air bersih di dalam rumah maka wadah-wadah ini perlu dibersihkan dengan menggosok dinding bagian dalam sedikitnya seminggu sekali. Akan lebih baik lagi apabila wadah tersebut setelah dibersihkan dituangi air panas agar larva dan telur yang barangkali masih tertinggal dapat sekalian terbunuh. Apabila tempat-tempat penampungan air tersebut akan diberi tutup hendaknya yang benar-benar rapat, sebab jika ada lubang sedikit saja nyamuk dapat masuk dan justru tempat penampungan yang gelap sangat disukai oleh *Aedes aegypti*. Kelopak daun juga sering ditemukan jentik, sehingga perlu dipantau dan dibersihkan secara teratur. Tempat-tempat seperti vas bunga yang diberi air, lubang pohon, lubang batu, dikendalikan dengan mengisi pasir atau tanah. Tempat-tempat penampungan yang merupakan barang-barang tak terpakai seperti bambu, kaleng bekas, ban bekas, plastik, tempurung, jangan biarkan berserakan di pinggir rumah, sebab jika terisi air terutama air hujan akan sangat disukai nyamuk ini untuk bersarang. Benda-benda bekas tersebut dikubur atau dibuang menurut aturan sistem pembuangan sampah. Akan tetapi untuk daerah perkotaan, mengubur barang-barang tersebut sulit untuk dilakukan karena keterbatasan lahan, sehingga pemanfaatan kembali barang tersebut mungkin bisa dilakukan, misalnya dijadikan pot bunga (Ester, 1999, Iskandar, dkk, 1985).

Pemanfaatan halaman rumah dengan menanam berbagai tanaman yang tidak disukai nyamuk sehingga dengan demikian nyamuk akan menjauhi rumah, misalnya adalah tanaman sereh wangi, dll.

• Menggunakan musuh alami

Pengendalian non kimiawi dapat juga dilakukan dengan memanfaatkan musuh-musuh alami atau disebut juga pengendalian hayati. Pengendalian dengan metode ini membutuhkan pengetahuan dasar yang cukup tentang biologi organisme yang akan dipakai, lebih rumit dan hasilnya lambat, akan tetapi aman terhadap lingkungan. Musuh alami ini bisa berupa predator, patogen, parasit terhadap *Aedes aegypti* (Sigit, Hadi, 2006).

Predator yaitu musuh alami yang berperan pemangsa populasi nyamuk / larva, misalnya ikan pemakan jentik.

Patogen adalah mikroorganisme yang bersifat patogen terhadap jentik nyamuk, misalnya *Bacillus thuringiensis*.

Parasit yaitu makhluk hidup yang tergantung pada serangga vektor sebagai inangnya, misalnya cacing nematoda.

• Mengubah atau memanipulasi tempat tinggal dan perilaku manusia

Kegiatan ini bertujuan mencegah atau membatasi perkembangan vektor, dan mengurangi kontak dengan manusia. Pendekatan ini dapat dilakukan dengan cara perlindungan perseorangan (personal protection), dan pemasangan rintangan-rintangan terhadap kontak dengan sumber serangga vektor seperti penggunaan kelambu saat tidur, pemasangan tirai penolak serangga pada pintu-pintu ruangan umum dan berbagai kegiatan serupa yang dapat mengurangi kontak manusia dengan nyamuk.

SIMPULAN

Dalam menentukan strategi pengendalian nyamuk *Aedes aegypti* perlu memperhatikan morfologi, daur hidup, kebiasaan hidup/perilaku (menggigit, istirahat) dan habitat nyamuk. Pengendalian lebih efektif jika dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yaitu secara kimiawi maupun non kimiawi yang ditujukan terhadap nyamuk dewasa maupun larva. Kegiatan juga bisa dilakukan secara masal maupun secara individual. Kesadaran dan partisipasi masyarakat sangat menentukan keberhasilan pengendalian nyamuk ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2003, *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI, 1997, *Situasi Demam Berdarah Dengue di Indonesia*, Ditjen PPM dan PLP Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Ester, M, 1999, *Demam Berdarah Dengue Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan, dan Pengendalian*, EGC, Jakarta
- Gandahusada, S, dkk. 1998, *Parasitologi Kedokteran*, Penerbit FKUI, Jakarta
- Iskandar, A, dkk, 1985, *Pemberantasan Serrangga dan Binatang Pengganggu*, Depkes RI, Jakarta
- Service, M.W. 1996. *Medical Entomology for Student*, Chapman & Hall, London
- Sigit, S.H, Hadi, U.K. 2006. *Hama Permukiman Indonesia*, Unit Kajian Pengendalian Hama Permukiman Fakultas Kedokteran Hewan Institut Pertanian Bogor, Bogor
- Soegijanto, S. 2003. *Demam Berdarah Dengue*, Airlangga University Press, Surabaya
- Soedarmo, Soemarmo, Sunaryo, P. 1998. *Demam Berdarah dengue pada Anak*, Universitas Indonesia Press, Jakarta

PENGARUH PENGETAHUAN, SIKAP DAN SARANA-PRASARANA TERHADAP PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI PETUGAS CLEANING SERVICE DI RUMAH SAKIT WAINGAPU TAHUN 2015

Maria Kareri Hara, Yuneti Octavianus Nyoko, Veronika Toru*

ABSTRACT:

Background: *Cleaning Service (CS) personnels are group of workers with the highest risk of having working accident. The pre-study showed that CS do not use self protection tools perfectly while working although they have been instructed to do so.*

Aim: *To identify the impact of knowledge, attitude, and facilities upon the using of self protection tools by the CS in Waingapu Hospital in 2015.*

Method: *This research uses cross-sectional method. The location of the research is in Umbu Rara Meha Hospital and Lindimara Christian Hospital, Waingapu. The sample is all CS.*

Result: *32 CS personnels show that the using of self protection tools in Waingapu Hospital still low (71,9%). Bivariat Analysis shows that well sound knowledge of CS personnels affect the using of self protection tools (OR=8,0; 91% CI=1,316-48,645; p=0,022). CS presoneels attitude affects the the using of self protection tools (OR=9,9; 95% CI=1,597-61,597; p=0,015). The availability of the facilities affects CS personnels in using self protection tools (OR=6,6; 95% CI=1,095-39,324; p=0,049).*

Suggestion: *There should be efforts to increase CS personnels knowledge dan the consideration about reward and punishment and the availability of standard of self protection tools.*

Kata Kunci : APD, cleaning service, rumah sakit, Waingapu

PENDAHULUAN

International Labour Organization (ILO) melaporkan setiap tahunnya sebanyak 2,2 juta kematian akibat kecelakaan kerja (ILO 2014). Di Indonesia tingkat keselamatan kerja masih tergolong sangat rendah. Data Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI tahun 2012, dalam satu hari 5 sampai 8 orang pekerja meninggal dunia saat melakukan pekerjaannya (Pikiran Rakyat 2012). Rumah sakit merupakan suatu tempat dimana orang mencari kesembuhan namun juga merupakan sumber dari berbagai macam penyakit oleh karena itu penyelenggara keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit perlu mendapat perhatian yang serius (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 1993). Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) merupakan salah satu cara yang harus diterapkan oleh setiap tempat kerja untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit yang disebabkan pekerjaan dan lingkungan tempat kerja sehingga bisa meningkatkan produktivitas kerja (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 1993). Petugas *Cleaning Service* (CS) merupakan kelompok pekerja yang mempunyai risiko yang tinggi mengalami kecelakaan kerja (Darmadi 2008). Tingginya risiko ini disebabkan rata-rata petugas CS mempunyai pendidikan maksimal SMA dan tidak mendapatkan penjelasan atau pengetahuan khusus tentang perlindungan diri terhadap infeksi di rumah sakit dibandingkan dokter dan perawat (Tiejien Linda 2004).

Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Umbu Rara Meha dan Rumah Sakit (RS) Kristen Lindimara merupakan dua rumah sakit besar yang ada di Sumba Timur. Studi awal di BLU RSUD Umbu Rara Meha pada 15-16 Januari 2014 ditemukan bahwa RS telah memiliki alat pelindung diri namun petugas CS belum menggunakannya dengan optimal. Alat-alat itu hanya disimpan di kantong baju, bahkan ada yang sama sekali tidak membawa alat-alat tersebut pada saat bekerja. Berdasarkan hal tersebut maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, sikap dan sarana prasarana terhadap penggunaan alat pelindung diri pada petugas *cleaning service* rumah sakit di Waingapu tahun 2015.

Metode

Desain penelitian ini adalah *cross-sectional* dengan sampel semua petugas CS di BLU RSUD Umbu Rara Meha dan RS Kristen Lindimara Waingapu berjumlah 32 orang. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2015 oleh peneliti sendiri. Variabel independent dalam penelitian ini yaitu pengetahuan CS, sikap CS dan sarana prasarana sedangkan variabel dependent yaitu penggunaan APD. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dengan menggunakan kuesioner dengan pertanyaan terstruktur untuk variabel pengetahuan sarana prasarana, ceklist untuk variabel sikap yang masing-masing berjumlah 10 pertanyaan. Pengukuran variabel penggunaan APD dilakukan dengan cara observasi dengan 13 item pertanyaan. Kuesioner ini telah diuji validitas. Data hasil penelitian dianalisis secara univariat yaitu untuk mengetahui gambaran jumlah petugas CS rumah sa-

* Dosen di Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang

kit, jenis kelamin, umur, pendidikan dan lama kerja. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, sikap dan sarana prasarana terhadap penggunaan APD.

Hasil

Hasil analisis univariat diperoleh responden dari 2 rumahsakit mempunyai besar yang sama yaitu BLU RSUD Umbu Rara Meha 50% dan RS Kristen Lindimara 50%. Karakteristik responden mayoritas perempuan (58.4%), berumur >25 tahun (93.8%), berpendidikan tamat SMA (71.9%), dengan lama kerja ≤6 tahun (71.9%) (Tabel 1). Hasil analisis juga menunjukkan masih rendahnya penggunaan APD oleh petugas CS rumah sakit di Waingapu yaitu 71.9% (tabel 2).

Pada tabel 3 menunjukkan mayoritas petugas CS mempunyai tingkat pengetahuan kurang (56.3%), sikap terhadap penggunaan APD kurang (59.4%), dan ketersediaan sarana prasarana yang masih kurang (53.1%). Berdasarkan hasil analisis bivariat didapatkan pengetahuan berpengaruh terhadap penggunaan APD (OR=6.0; 95%CI=1.316-48.645; p=0.022), sikap berpengaruh terhadap penggunaan APD (OR=9.9; 95%CI=1.597-61.597; p=0.015) dan ketersediaan sarana prasarana berpengaruh terhadap penggunaan APD (OR=6.6; 95%CI=1.095-39.324; p=0.049).

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan penggunaan APD masih tergolong rendah yaitu 71.9%. Hasil ini relatif sama bila dibandingkan dengan hasil penelitian di RS Nirmala Sukoharjo dimana seluruh subyek penelitian (12 orang) menyatakan merasa risih menggunakan APD saat bekerja (Widjanarko et al. 2002) dan penelitian di Pati yang menemukan sebesar 56,3% responden tidak menggunakan APD saat bekerja (Khamdani and Faris 2009) serta penelitian di Jepara yang menemukan sebesar 59,4% responden tidak patuh dalam penggunaan APD (Arifin, Bustanul, and Susanto 2013).

Pada penelitian ini ditemukan pengetahuan yang baik berpengaruh 8 kali terhadap penggunaan APD (p=0,022). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menemukan adanya hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan APD saat bekerja (Khamdani and Faris 2009) dan penelitian yang menyatakan pengetahuan yang baik berpengaruh 41 kali terhadap penggunaan APD yang lengkap (Widjanarko et al. 2002). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Notoatmodjo 2003), yang menyatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Dalam penelitian oleh Rogers yang dikutip (Notoatmodjo 2003), mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, terjadi proses yang berurutan dalam orang tersebut yaitu *Awarenes*, *Interest*,

evaluation, *Trial*, dan *Adoption*. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian

atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya. Pengetahuan responden yang rendah bisa dipegaruhi oleh tingkat pendidikan dimana pendidikan responden yang paling tinggi adalah SMA (71.9%). Oleh karena itu perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan CS agar pemakaian APD lengkap dapat ditingkatkan. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan CS yaitu penyuluhan kesehatan, mengenai pentingnya pemakaian APD lengkap, seperti masker, sarung tangan, sepatu, pelindung mata, penutup kepala, pakaian yang bersih, sabun cuci tangan, cairan infeksi, sikat kuku dan celemek. Upaya lainnya yaitu menggunakan poster tentang alat pelindung diri pada CS.

Selain itu ditemukan juga, sikap yang baik berpengaruh 9,9 kali terhadap penggunaan APD (p=0.015). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan ada pengaruh sikap terhadap penggunaan APD p=0.003 (Farif, Supriyono, and MG Catur Yuantari 2013) dan p=0.001 (Widjanarko et al. 2002). Responden dalam penelitian ini sebagian besar mempunyai sikap yang kurang (59,4%) terhadap penggunaan APD, hal ini dipengaruhi karena ketidaknyamanan CS dalam pemakaian alat pelindung diri. Ketidaknyamanan yang disampaikan CS adalah APD dikatakan berat dan mengganggu ketika dipakai saat bekerja. Selain itu bisa sikap yang kurang terhadap penggunaan APD bisa dipengaruhi karena sebagian besar responden mempunyai masa kerja yang tergolong baru yaitu ≤6 tahun (71.9%). Masa kerja yang lama akan cenderung membuat seorang pekerja lebih merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini disebabkan diantaranya karena telah beradaptasi dengan lingkungannya yang cukup lama sehingga seorang pegawai akan merasanyaman dengan pekerjaannya (Kreither and Kinichi 2005). Oleh karena itu apabila pekerja telah mempunyai masa kerja yang lama maka cenderung akan terbiasa dan dengan perlengkapan kerja dalam hal ini adalah APD yang digunakan ketika bekerja di RS. Berdasarkan hal tersebut, maka upaya pemberian informasi perlu diberikan untuk mengingatkan pentingnya APD saat bekerja, selain itu adanya *reward* dan *punishment* terhadap pekerja perlu dipertimbangkan untuk dilakukan untuk mendisiplinkan sikap pekerja dalam bekerja. Adanya penghargaan dapat mendorong pekerja dalam sebuah organisasi atau tempat kerja menjadi tidak jenuh terhadap pekerjaan tetapi justru memacu untuk menjadi lebih baik untuk tempat kerja tersebut dibandingkan orang lain sedangkan dengan adanya hukuman, pekerja menjadi tidak semena-mena terhadap tempat kerja ataupun pekerjaan tetapi pekerja bisa menjadi disiplin dan berkominmen.

Hasil penelitian juga menunjukkan ketersedi-

aan sarana dan prasarana yang baik berpengaruh 6,6 kali terhadap penggunaan APD yang baik ($p=0,049$). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara ketersediaan APD dengan praktek pemakaian APD $p=0.036$ (Farif et al. 2013) $p=0.002$ (Arifin et al. 2013). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang mengatakan ketersediaan fasilitas yang memadai dapat mendorong kedisiplinan pekerja dalam penggunaan perlengkapan kerja (Notoatmodjo 2003). Berdasarkan hasil analisis lebih detail menunjukkan APD yang paling banyak kurang adalah sarung tangan, pelindung mata, sepatu boots, pelindung kepala, pakaian kerja dan celemek. Dalam penelitian ini banyak pekerja memakai APD yang tidak standar seperti sarung tangan yang terbuat dari plastik bukan yang terbuat dari kulit. APD yang standar dibutuhkan karena CS melakukan kontak dengan sisa-sisa hasil pengobatan dan perawatan sehingga APD yang standar sangat penting untuk mencegah terjadinya kecelakaan saat kerja.

Simpulan

Pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana dan prasarana yang baik terbukti berpengaruh terhadap penggunaan APD pada petugas CS rumah sakit di Waingapu. Hasil ini diharapkan dapat digunakan sebagai bukti untuk meningkatkan pengetahuan, disiplin sikap petugas CS dalam penggunaan APD ketika bekerja serta meningkatkan ketersediaan APD yang standar.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, A. Bustanul, and Arif Susanto. 2013. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pekerja Dalam Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) Di Bagian Coal Yard PT X Unit 3 & 4 Kabupaten Jepara Tahun 2012." *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang* 2(1).
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial Problematika Dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Farif, Ahmad, Asfawi Supriyono, and MG Catur Yudiantari. 2013. "The Relation Of Predisposing, Enabling And Reinforcing Factors On The Using Of Mask As Self Protector In CV. Kalima Art Jepara In 2013." *Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*.
- ILO. 2014. "World Of Work 2014. Devolving With Jobs." Genewa.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 1993. "Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia No. 23 tahun 1992 Pasal 23 Tentang Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3)."
- Khamdani, and Faris. 2009. "Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Pemakaian Alat Pelindung Diri Pestisida Semprot Pada Petani Di Desa Angkatan Kidul Pati Tahun 2009." *Universitas Negeri Semarang*.
- Kreither, and Kinichi. 2005. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pikiran Rakyat. 2012. "5-8 Orang Pekerja Meninggal Setiap Hari." *Pikiran Rakyat* <http://www.ppk.lipi.go.id>.
- Tiejien Linda. 2004. *Pedoman Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo.
- Widjanarko, Bagoes, Sulistiyani, and Rina hundayani. 2002. "Perilaku Petugas Kebersihan Rumah Sakit Dalam Pengelolaan Sampah Di RS. Nirmala Suri Sukoharjo." *Jurnal Unimus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang*.

Lampiran:

Tabel 1. Karakteristik Petugas CS Berdasarkan Rumah Sakit, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan Lama Kerja

Karakteristik Responden	N (32 orang)	%
Rumah Sakit		
RSUD Umbu Rara Meha	16	50
Lindimara	16	50
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	13	40.6
Perempuan	19	58.4
Umur (Tahun)		
>25	30	93.8
≤ 25	2	6.3
Pendidikan		
SD dan SMP	9	28.1
SMA	23	71.9
Lama Kerja (Tahun)		
>6	9	28.1
≤ 6	23	71.9

Tabel 2. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Petugas *Cleaning Service* Rumah Sakit Di Wain-gapu Tahun 2015

Penggunaan APD	N	%
Baik	9	28.1
Kurang	23	71.9
Total	32	100

Tabel 3. Pengaruh Pengetahuan, sikap, Sarana dan Prasarana Terhadap Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Petugas *Cleaning Service* Rumah Sakit Di Waingapu Tahun 2015

Variabel	Penggunaan APD			OR	95%CI	p-value
	Baik	Kurang	Total			
	n (%)	n(%)	n(%)			
Pengetahuan				8.0	1.316-48.645	0.022
Baik	7 (77.8)	7(30.4)	14(43.8)			
Kurang	2(22.2)	16(69.9)	18(56.3)			
Sikap				9.9	1.597-61.597	0.015
Baik	7(77.8)	6(26.1)	13(40.6)			
Kurang	2(22.2)	17(73.9)	19(59.4)			
Sarana dan Prasarana				6.6	1.095-39.324	0.049
Baik	7(77.8)	8(34.8)	15(46.9)			
Kurang	2(22.2)	15(65.2)	17(53.1)			

**TRACER STUDY OF ALUMNI
OF THE THREE – YEARS DIPLOMA PROGRAM OF NURSING
NURSING STUDY PROGRAM OF ENDE IN THE YEAR 2010 -2013**

Sulansi

ABSTRACT:

Nursing study program of Ende is one of the nursing education institutes in the line of Polytechnic of Health of Minister of Public Health of Kupang which brings up a lot of manpower of the three – year diploma program of nursing in East Nusa Tenggara Province. Based on the researcher's observation in Regional Public Hospital Ende four to eight manpower contract in each room and four to eight as volunteers. The research also proved that a few alumni and alumnae who have already worked for one to three years either in the drugstores or in the private laboratories in Ende town. Facing such of phenomenon above, the researcher wished to tract by using the tracer study in order to know the existence of alumni and alumnae of the three – year diploma program of nursing Ende during the year 2010 to 2013. The goal of the research was to know work place, work conformity with the skilled sector, work status, salary, and time to wait for getting work. The benefit of research was to know the applicability of the users toward graduations of the three – year diploma program of nursing Ende.

The kind of research was a descriptive one with a design of survey research, a technical sampling in the total population of graduations force ceremony in the year 2010, 2011, 2012, and 2013 as many as two hundreds and sixty-three persons. The data is collected by using snow ball sampling which was coordinated by each labor force.

The result of research showed a respondent rate as 88% (223 persons of the 253 persons) and the 215 persons (96%) alumnae worked in health facilities such as hospital, public health centre was about 96%, work conformity of alumni and alumnae worked according to their skill, work status of alumni and alumnae was 145 persons (45%) worked as volunteers, the salary contract was Rp. 650.000,- and in the drugstore and laboratory was Rp.500.000,-. Health Insurance was amount to Rp. 2.000.000,-), time to wait for getting a work was eighty-one persons or thirty-six percent smaller than six months, and time to wait was a hundred and forty-two persons or sixty-four percent bigger than six months.

The result concluded that 96% alumni worked according to their proficiency sector, while a large part of alumni and alumnae worked as volunteers. Based on the whole collected data above, it is needed to be recommended to the nursing study program to build a network with the users so that they also were able to pay attention and to assist alumni and alumnae to search for work vacancy.

Kata kunci: *Alumni D III Keperawatan dan status kerja*

nesia masih akan menjadi pekerjaan rumah jangka panjang.

PENDAHULUAN

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (2003), disebutkan rasio perawat dengan jumlah penduduk masih rendah yaitu 1: 2850. dibandingkan dengan indikator Indonesia Sehat 2010 bahwa 117,5 perawat melayani 100.000 penduduk (1perawat per 850 penduduk). Dengan jumlah penduduk sebesar 237.556.363 orang, maka dibutuhkan perawat sebanyak 278.728 orang yang tersebar di seluruh Indonesia. Data terakhir tahun 2009, masih dibutuhkan tenaga perawat sebanyak 104.780. Berdasarkan angka ini dapat diketahui bahwa kebutuhan tenaga perawat masih sangat banyak. Banyaknya institusi pendidikan keperawatan saat ini belum menjamin bahwa kebutuhan ini dapat terpenuhi dalam waktu dekat mengingat ada beberapa alumni yang tidak bekerja dibidang keperawatan. Selain itu, banyaknya institusi pendidikan baru, belum diimbangi dengan kualitas institusi yang ditandai dengan nilai akreditasi dari badan yang berwenang, sehingga masalah kurangnya tenaga perawat di Indo-

Jumlah institusi pendidikan tenaga keperawatan khususnya D-III mulai menjamur semenjak tahun 2000. Tidak hanya di tingkat pendidikan D-III, tetapi juga di tingkat strata 1. Sayangnya peningkatan jumlah produksi tenaga keperawatan tidak diiringi dengan peningkatan jumlah lapangan kerja untuk perawat sehingga banyak alumni keperawatan yang setelah lulus tidak bekerja sesuai bidangnya.

Sebagian besar insitusi pendidikan keperawatan berpusat di pulau Jawa dan pulau Sumatera. Selain itu, tingkat pendidikan perawat di Indonesia masih sangat beragam, mulai dari alumni Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) yang setingkat dengan SMA sampai dengan yang berpendidikan Doktor. Secara kuantitas jumlah perawat dengan pendidikan D-III lebih banyak daripada yang berpendidikan lebih tinggi, sehingga peran perawat menjadi belum optimal.

Kualitas sebuah institusi pendidikan dapat juga dilihat dari nilai akreditasi yang diperolehnya dari Badan Akreditasi Nasional (BAN-PT) atau dari departemen tempat institusi tersebut bernaung, dalam

hal ini Kementerian Kesehatan untuk institusi pendidikan kesehatan. Dari institusi pendidikan keperawatan yang sudah diakreditasi, sebagian besar memiliki akreditasi C.

Seperti disebutkan dalam Undang Undang No. 14 Tahun 2005 Tentang Guru dan Dosen, bahwa kualifikasi tenaga pendidik harus minimal satu tingkat diatas kelas yang diajarnya. Pada kenyataannya, banyak institusi pendidikan yang memiliki tenaga pengajar dengan kualifikasi setara bahkan institusi pendidikan yang pendidikan dosennya lebih rendah dari program studi tempat mereka mengajar.

Alumni DIII Keperawatan dapat melaksanakan tugas pada tatanan pelayanan di rumah sakit, rawat jalan maupun rawat inap, puskesmas, puskesmas pembantu (pustu) baik negeri maupun swasta. Alumni dengan ijazah DIII keperawatan dalam aturan kepegawaian RI, dapat diangkat dengan golongan IIc dan apabila di institusi swasta, diberikan gaji setara dengan golongan tersebut. Waktu tunggu alumni, idealnya < 4 bulan, yaitu dari sejak mengajukan lamaran kerja sampai waktu pemanggilan kerja.

Situasi di Ende belum seperti yang diharapkan, karena terbatasnya formasi CPNS, terbatasnya institusi pelayanan kesehatan swasta sehingga alumni DIII keperawatan Ende bekerja sebagai relawan dengan gaji dibawah UMR kabupaten maupun Propinsi NTT, bahkan ada yang dibayar tidak setiap bulan. Berdasarkan studi lapangan di RSUD Ende hampir di setiap ruangan perawatan terdapat alumni keperawatan Ende yang berstatus relawan sebanyak 4-8 orang dan pada saat peneliti mengunjungi beberapa apotek dan laboratorium swasta, terdapat 3-5 alumni DIII Keperawatan Ende yang bekerja lebih 2 tahun. Agar mendapatkan gambaran tentang keberadaan alumni tersebut, maka perlu dilakukan tracer studi, untuk melacak tempat kerja, kesesuaian pekerjaan dengan bidang keahlian, status pekerjaan, besarnya gaji pertama yang diterima dan waktu tunggu mendapatkan pekerjaan tersebut, melalui Tracer Studi

Tracer studi atau studi penelusuran lulusan adalah studi yang dilakukan terhadap lulusan perguruan tinggi yang terkait dengan transisi perguruan tinggi dengan dunia kerja.

Guna mendapatkan gambaran keberadaan alumni, peneliti tertarik mengadakan penelitian tentang Tracer Studi penelusuran Alumni DIII keperawatan Ende, untuk memperoleh gambaran tingkat penyerapan alumni oleh user, meliputi tempat kerja, kesesuaian pekerjaan dengan keahlian, status pekerjaan, gaji pertama yang diterima dan masa tunggu untuk mendapatkan pekerjaan tersebut.

Rumusan masalah

”Bagaimanakah status pekerjaan alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010-2013?”

Tujuan Penelitian

Tujuan umum, untuk mengetahui tempat kerja dan status pekerjaan alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010-2013 sedangkan Tujuan khusus 1) Mengidentifikasi tempat kerja alumni, Kesesuaian pekerjaan dengan bidang keahlian alumni, Status pekerjaan alumni, Gaji pertama yang diterima alumni, Waktu tunggu untuk mendapatkan pekerjaan alumni DIII Keperawatan Ende.

Manfaat penelitian

Secara Praktis : Bagi Institusi Program Studi Keperawatan Ende, hasil penelitian dapat dijadikan masukan tentang keberadaan alumni dan daya serap user terhadap alumni Prodi Keperawatan Ende. Bagi Alumni Program Studi Keperawatan Ende, Hasil penelitian dapat digunakan panduan, agar keberadaan alumni dapat dimonitor melalui organisasi alumni, Bagi Organisasi Alumni : Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan acuan dalam monitoring, evaluasi alumni dan feed back kepada institusi. Manfaat Teoritis : Hasil penelitian dapat digunakan sebagai referensi dan pengembangan ilmu keperawatan, sehingga dapat menghasilkan lulusan yang kompeten dan sesuai kebutuhan user

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian deskriptif dengan desain penelitian survey yaitu untuk mengetahui status pekerjaan alumni DIII keperawatan Program Studi Keperawatan Ende.

Tempat penelitian di RSUD Ende, Puskesmas dan fasilitas lain tempat kerja alumni di Kabupaten Ende, Ngada dan Nagekeo, Waktu penelitian 3 bulan dari bulan September s/d Nopember 2014

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010 s/d 2013 sebanyak 253 orang. Besarnya sampel 253 orang dengan demikian sampling yang digunakan adalah total populasi, yaitu seluruh populasi dijadikan sampel, dilanjutkan dengan SNOW BALL sampling, yaitu pengambilan sampel dilakukan secara berantai dengan meminta informasi pada orang yang telah diwawancarai secara langsung maupun via telepon sebelumnya dan seterusnya sehingga jumlah sampel makin lama makin besar dan terpenuhi. Setiap angkatan alumni dikoordini oleh koordinator angkatan sebanyak 4 (empat) orang dan selanjutnya dikoordinir oleh koordinator lapangan sebanyak 1 (satu) orang, sehingga seluruh populasi diharapkan dapat teridentifikasi. Setelah data terkumpul di ricek, di klarifikasi, dianalisis dan dipersentasekan secara deskriptif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan tahun tamatan, alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010- 2013

No	Alumni Tahun	Jumlah Alumni	Presentase (%)
1	2010	56	22.2
2	2011	52	20.5
3	2012	62	24.5
4	2013	83	32.8
Total :		253	100

Berdasarkan tabel 1 Lulusan terbanyak pada tahun 2013 sebanyak 83 orang (32.8%) dan lulus paling sedikit tahun 2011 sebanyak 52 orang (20.5%)

Tabel 2. Distribusi responden yang didapat (response rate), alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende, tahun 2010-2013

No	Alumni Tahun	Jumlah	Response rate	Presentase (%)
1	2010	56	55	98
2	2011	52	44	85
3	2012	62	56	90
4	2013	83	68	82
Total :			223	88

Tabel 2 menunjukkan jumlah alumni 253 orang jumlah responden yang didapat (response rate) 223 orang (88%).

Tabel 3 Distribusi responden berdasarkan Jenis Kelamin, alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende, tahun 2010-2013

Tabel 3 menunjukkan jumlah alumni terbesar adalah perempuan sebanyak 167 orang (75%).

No	Alumni Tahun	Jumlah alumni	Jenis kelamin			
			Laki	%	Perempuan	%
1	2010	55	5	9	50	91
2	2011	44		32	30	68
3	2012		14	30	39	70
4	2013	56	17	30	48	70
Total :		68				
Total :		223	56	25	167	75

4. Variabel Penelitian

Tabel 4. Proporsi responden berdasarkan tempat kerja, alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010-2013

No		1	2	3	4	Total :	
Alumni Tahun		2010	2011	2012	2013		
Tempat Kerja dan kesesuaian dengan Bidang Keahlian	RS	9	6	9	13	37	
	%	16	13	16	19	16	
	Pusk-esmas	37	34	44	48	163	
	%	67	77	78	70	73	
	BP Swasta	2	1	-	3	6	
	%	4	2	-	4	3	
	Apotek	2	-	1	1	4	
	%	4	-	-	1	2	
	Lab	-	1	-	1	2	
	%	-	2	-	1	1	
	Institusi lain	5	2	1	1	9	
	%	9	4		5	5	
	Askes	-	1	-	1	2	
	%						
	N		55	44	56	68	223

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar responden yang memilih untuk bekerja di puskesmas sebanyak 163 orang (73%) sedangkan di rumah sakit (RS) sebanyak 37 orang (16%).

Tabel 5 Proporsi responden berdasarkan kesesuaian bidang kerja Alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010-2013

No	1	2	3	4	Total :	
Alumni Tahun	2010	2011	2012	2013		
T e m p a t K e r j a	RS	9	6	9	13	37
	%	16	13	16	19	16
	Pusk- esmas	37	34	44	48	163
	%	67	77	78	70	73
	BP Swasta	2	1	-	3	6
	%	4	2	-	4	3
	Apotek	2	-	1	1	4
	%	4	-	-	1	2
	Lab	-	1	-	1	2
	%	-	2	-	1	1
	Institusi lain	5	2	2	2	11
	%	9	4	-	5	5
	Ti dak ker ja	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-
	N	55	44	56	68	223

Tabel 5 menunjukkan tempat kerja yang sesuai dengan bidang keahlian keperawatan adalah di RS, Puskesmas dan BP swasta sebesar 215 orang (96%), sedangkan tempat kerja yang tidak sesuai sebesar 8 orang (6%) yang bekerja di Apotek, laboratorium dan askes.

Tabel 6. Proporsi responden berdasarkan status kerja, alumni DIII keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010-2013

No	1	2	3	4	To tal	
Alumni Tahun	2010	2011	2012	2013		
Sta tus Ker ja	PNS	7	3	2	1	13
	%	12	7	4	1	4
	Kont rak	13	18	9	18	58
	%	24	18	16	26	26
	Rela wan	35	20	45	42	146
	%	63	45	80	61	65
	Studi Lanjut	-	3	-	3	6
	%	-	6	-	4	3
	Mengan ggur	-	-	-	4	4
	%	-	-	-	6	2
	N	55	44	56	68	223

Tabel 6 menunjukkan responden yang masih memiliki status kerja relawan 146 orang (65%) dan yang menganggur 4 orang (2%).

Tabel 8 Proporsi responden berdasarkan masa tunggu kerja, alumni DIII Keperawatan Ende tahun 2010-2013

No	1	2	3	4	Total:	
Alumni Tahun	2010	2011	2012	2013		
Masa Tunggu Kerja	0-1 bln	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-
	2-3 bln	1	1	2	2	6
	%	2	2	4	3	3
	4-6 bln	4	12	34	25	75
	%	8	28	61	17	33
	> 6 bln	50	31	20	41	142
	%	88	70	35	60	64
N	55	44	56	68	223	

Tabel 8 menunjukkan sebagian besar responden memiliki masa tunggu untuk bekerja > 6 bulan sebanyak 142 orang (64%) sedangkan dalam rentang < 6 bulan hanya sebanyak 81 orang (36%).

B. Pembahasan

Pendidikan Diploma III Keperawatan adalah pendidikan vokasi yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi keperawatan untuk menghasilkan alumni yang memiliki kompetensi sebagai pelaksana asuhan keperawatan (DepKes RI, 2006). Alumni Program Pendidikan D-III Keperawatan yaitu seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan dan telah mengikuti seremonial yudisium dan wisuda pada waktu yang telah ditetapkan. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 1-30 Nopember 2014 bertempat di Program Studi Keperawatan Ende, dengan Tracer Studi, yang bertujuan untuk melacak keberadaan tempat kerja dan status kerja alumni DIII Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende tahun 2010-2013.

Tempat kerja alumni keperawatan pada adalah institusi pelayanan kesehatan yang secara langsung melaksanakan perawatan pada klien baik yang sehat maupun yang sakit. Institusi dimaksud antara lain di RS, poliklinik swasta, RS bersalin, puskesmas, RS swasta ABRI (Bayangkara). Institusi pelayanan kesehatan tersebut tempat kerja perawat, dikatakan sesuai dengan bidang keahlian perawat, sedangkan tempat kerja di luar bidang keperawatan seperti apotik, laboratorium dan tempat pelayanan umum lainnya (ASKES).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Prodi Keperawatan Ende dengan jumlah responden yang didapat sebanyak 223 orang diperoleh data yang menunjukkan sebagian besar responden memilih tempat kerja di puskesmas yaitu 65% (146 orang), di RS 26% (58 orang), apotek 4% (4 orang), institusi lain 5% (9 orang), BP swasta 3% (6 orang) dan di laboratorium 1% (2 orang).

Idealnya tempat kerja alumni keperawatan adalah di fasilitas pelayanan yang memfasilitasi alumni tersebut untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan

kepada klien. Tempat tersebut antara lain RS, poliklinik, swasta, RS bersalin, puskesmas, RS swasta ABRI (Bayangkara). Tempat kerja alumni di luar ruang lingkup keperawatan (apotek, laboratorium, dll) sebaiknya hanya sebagai transisi untuk menunggu tempat kerja yang sesuai dengan bidangnya, sehingga para alumni dapat meningkatkan karier profesionalnya, kecuali tempat PT Askes, meskipun diluar kompetensi keahliannya, namun gaji dan masa depannya lebih baik.

Status kerja alumni yaitu posisi kerja alumni di institusi pelayanan keperawatan dan kesehatan, misalnya status PNS, kontrak, relawan dan studi lanjut. Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar alumni D-III program studi keperawatan Ende menunjukkan memiliki status kerja sebagai relawan yakni sebanyak 65% (146 orang), status kontrak sebanyak 26% (58 orang), PNS % (13 orang), dan juga tercatat alumni yang melanjutkan studi lanjut yakni 3% (6 orang) serta yang masih menganggur sebanyak 2% (2 orang). Terbatasnya formasi calon PNS membuat para alumni memelihara status relawan di berbagai pelayanan kesehatan terutama di institusi pemerintah dengan alasan menunggu panggilan dan menganggur di rumah yang membuat ilmunya menjadi pudar. Faktor lain adalah karena tidak bersedianya untuk bekerja di luar daerah NTT dengan berbagai alasan sementara di luar daerah NTT alumni banyak yang berprestasi. Hal ini tentu saja disayangkan karena meski derajat kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu menunjukkan perbaikan, namun tenaga kesehatan tetap sangat dibutuhkan.

Gaji pertama yang diterima alumni bervariasi, apabila PNS besarnya gaji standar golongan IIC. Gaji terbesar di PT ASKES sebanyak Rp.2.000.000,- sedangkan gaji kontrak RS sebesar Rp. 650.000,-. Gaji kontrak Apotek, Laboratorium bervariasi, dengan gaji awal Rp. 500.000 s/d Rp.800.000,-) Bagi relawan sebesar 146 orang (65%) yang tersebar di kabupaten Ende khususnya puskesmas Rukun lima, Onekore, Kotaratu dan Puskesmas Kota, rata-rata menampung relawan sebanyak 25 – 30 orang/puskesmas, sedangkan kabupaten Nagakeo untuk puskesmas Danga, Nangaroro dan Puskesmas Boawae, menampung 20-25 orang. Karena tidak mendapat gaji (relawan) maka penempatan relawan tersebut atas kebijakan kepala Dinas Kesehatan, ditempatkan pada puskesmas rawat inap, sehingga biarpun sedikit, hanya dengan Rp.50.000 – Rp. 100.000/ bulan, itupun tidak pasti tergantung dari penghasilan lain-lain dari puskesmas. Adanya status relawan tersebut, terdapat 4 orang (2%) memilih menganggur, dengan alasan masih menemani orang tua dan menunggu kesempatan untuk melanjutkan kuliah

Masa tunggu alumni adalah rentang waktu antara waktu setelah wisuda alumni mengajukan lamaran di suatu institusi sampai yang bersangkutan

tan Ende tercatat sebagian besar responden memiliki masa tunggu untuk mendapatkan pekerjaan adalah lebih dari 6 bulan sebanyak 64% (142 orang), 4 sampai 6 bulan 33% (75 orang) dan dengan masa 2-3 bulan sebanyak 3% (6 orang).

Idealnya masa tunggu alumni untuk mendapatkan suatu pekerjaan adalah < 3 bulan, namun lamanya masa tunggu yang dialami alumni > 6 bulan baru mendapatkan pekerjaan, antara lain disebabkan karena terbatasnya institusi kesehatan di Kabupaten Ende dan sekitarnya demikian pula di wilayah luar Kabupaten Ende. Masa tunggu yang lama menunjukkan tidak seimbang antara output dan kebutuhan tenaga lulusan D-III Keperawatan/ User. Dalam hal ini jumlah lulusan yang banyak sedangkan usernya terbatas. Akan tetapi, peningkatan lulusan dalam hal ini tidak hanya secara kuantitas, tetapi juga harus secara kualitas agar alumni Keperawatan Ende mampu bersaing di luar daerah bahkan bila memiliki kemampuan akan membawa nama Indonesia yang mampu bersaing di pasar internasional.

Lamanya waktu tunggu, juga berkaitan dengan terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan baik negeri maupun swasta di Ende maupun di daratan Flores pada umumnya, sehingga institusi yang ada masih memikirkan status dan besarnya honor yang akan diberikan, adanya tawar menawar status dan gaji yang diberikan. Hal inilah penyebab yang pada akhirnya banyak alumni yang berstatus relawan dengan gaji yang dibawah Upah Regional Minimal (UMR) kabupaten maupun Propinsi NTT.

Apabila memungkinkan, perlunya terus memotivasi agar alumni bersedia bekerja diluar Propinsi NTT (Kalimantan, Sulawesi), karena kesempatan untuk bekerja di swasta masih cukup besar. Hal ini juga perlu dipertimbangkan Prodi Keperawatan Ende, untuk mencari peluang bursa kerja dengan membina relasi dengan RS swasta atau RS kabupaten baru pemekaran, sehingga dapat memasarkan alumni.

Kelemahan Penelitian

Dalam penelitian ini hanya dilakukan pada alumni Program Studi D-III Keperawatan Ende 4 angkatan terakhir saja yakni dari tahun 2010 sampai 2013. Waktu terbatas, sehingga response rate hanya 88 %.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Prodi Keperawatan Ende dari tanggal 1-30 Nopember 2014 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tempat kerja alumni D III keperawatan Program Studi Keperawatan Ende, sebagian besar bekerja fasilitas pelayanan kesehatan yaitu di Rumah Sakit, Puskesmas, RS Swasta, BP swasta dll dan sebagian kecil yang bekerja di Apotek, Laboratorium dan PT Askes.
2. Kesesuaian pekerjaan dengan bidang keahlian alumni DIII keperawatan Ende,

96 % alumni bekerja sesuai dengan bidang keahlian, yaitu di bidang pelayanan kesehatan.

3. Status pekerjaan alumni D III Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende, sebagian besar berstatus kerja sebagai relawan 145 (65%) Gaji pertama yang diterima, untuk tenaga kontrak Rp. 650.000, Apotek dan Laboratorium Rp.500.000 s/d Rp. 800.000,- dan Askes Rp. 2.000.000,- besar gaji Relawan tidak pasti.
4. Waktu tunggu untuk mendapatkan pekerjaan alumni D III Keperawatan Program Studi Keperawatan Ende, < 6 bulan 36% dan > 6 bulan 64%

Saran

1. Organisasi alumni Prodi Keperawatan Ende Perlu revitalisasi organisasi alumni, sehingga terbina komunikasi dengan alumni dimana saja mereka berada, sehingga memudahkan komunikasi.
2. Program Studi Keperawatan Ende Perlu dibina jejaring dengan stakeholder/ user sehingga membantu alumni mencari formasi , baik antar kabupaten, Tingkat Propinsi, maupun ke RS swasta.
3. Poltekkes Kemenkes Kupang Perlu dipertimbangkan penetapan jumlah penerimaan mahasiswa baru pada tahun ajaran yang akan datang.
4. Alumni DIII Keperawatan Ende Supaya lebih aktif mencari peluang kerja, baik melalui internet maupun media lainnya, dan kesediaan bekerja diluar NTT

DAFTAR PUSTAKA

- Adobe Reader, 2002.
<http://www.google.com> **KMK No 733 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Jabatan Fungsional Perawat Dan Angka Kreditnya.pdf**, Diakses Tanggal 16 Maret 2014
- , 2005. <http://www.google.com> **Kerangka Konsep Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan.pdf**, Diakses Tanggal 27 Maret 2014
- , 2010. <http://www.google.com> **KMK No 156 Tentang Pemberian Insentif Bagi Tenaga Kesehatan.pdf**, Diakses Tanggal 16 Maret 2014
- , 2010. <http://www.google.com> **Potret Ketersediaan Dan Kebutuhan Tenaga Perawat.pdf**, Diakses Tanggal 23 Januari 2014
- , 2012. <http://www.google.com> **Draf Naskah Akademik Sistem Pendidikan Keperawatan.pdf**, Diakses Tanggal 09 Febuari 2014
- ,2012, <http://www.google.com>**Draf Standar Kompetensi Perawat.pdf**, Diakses Tanggal 27 Maret 2014
- Dep.Kes.RI,2006. Standar Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Jakarta
- Fitri,2010. Buku Saku Kamus Bahasa Indonesia. Jakarta : Rineka Cipta
- Hidayat A. Aziz Alimul, 2004 **Pengantar Konsep Dasar Keperawatan**, Jakarta : Salemba Medika Jakarta
- Nursalam dan Siti, 2002, **Pemdekatan Praktid Metode Riset Keperawatan**, Jakarta : Salemba Medika
-, 2003, **Konsep Dan Penerapan Methodologi Penelitian Ilmu Keperawatan**. Jakarta: CV Infomedika
- Universitas Udayana,2006. Panduan tracer studi alumni. Denpasar

TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PEMANFAATAN JAMBAN DI DESA DILE WILAYAH KERJA PUSKESMAS DETUSOKO

ALEKSANDER DJANU*

ABSTRACT

Disposal of human waste is a very important effort in civilized life. Latrines are a human waste disposal sites. The purpose of this study was to determine the level of knowledge about the use of family latrines. The method used in this research is descriptive and population in this research are families that have a latrine. The samples were 33 respondents. The data is processed manually by measuring instruments used are questionnaires. The experiment was conducted at Desa Dile 7-8 August 2013. From the results of this study, most of the good 76% of respondents knowledgeable and less knowledgeable as much as 24%. It is recommended for families who have less knowledge to always make use of toilet and increase knowledge about the benefits of family latrines through the mass media, print or other information.

Kata kunci: Pengetahuan, Toilet

PENGANTAR

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain : faktor usia, pendidikan, pengalaman dan informasi.

Jamban merupakan tempat pembuangan sampah kotoran manusia demi terciptanya lingkungan yang sehat bagi suatu masyarakat. Manfaat utama jamban yaitu terciptanya lingkungan yang sehat bagi suatu masyarakat juga mencegah timbulnya bahaya penyebaran penyakit menular.

Pembuangan kotoran manusia adalah suatu upaya yang sangat penting artinya dalam kehidupan beradab. Penyakit dapat disebarkan lewat pembuangan kotoran manusia yang kurang baik. Dan umumnya penyakit-penyakit tersebut merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri dan virus yaitu seperti demam tifus, disentri baciler, poliomyelitis dan penyakit parasit pada saluran cerna (Sodjono, 1996)

Desa Dile merupakan salah satu desa yang berada di Kabupaten Ende yang dipakai sebagai lokasi untuk mendapatkan data dari keluarga. Berdasarkan data pada Puskesmas Detusoko tahun 2012 dari 726 buah jamban yang sudah biasa digunakan oleh masyarakat yaitu sebanyak 689 buah jamban sedangkan 37 buah jamban kurang digunakan dengan alasan karena keluarga tersebut lebih banyak menginap di kebun dan mereka lebih banyak membuang kotoran di hutan. Hal ini menyebabkan meningkatnya angka kejadian diare yang terjadi pada tahun 2012.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dalam pemanfaatan jamban yang

meliputi bentuk jamban, status jamban, waktu member sihkan jamban, penggunaan jamban dan efek dari tidak menggunakan jamban.

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif, yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara obyektif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dalam pemanfaatan jamban. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki jamban di Desa Dile yaitu sebanyak 726 KK dan sampel diambil dari sebagian keluarga yang memiliki jamban dan memenuhi kriteria inklusi 30% dari jumlah populasi yakni sebanyak 218 KK. Teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang sudah dikenal sebelumnya. Data yang dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner. Data yang diperoleh diklasifikasikan dan ditabulasi kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi. Hasil penelitian ini diinterpretasikan dengan menggunakan skor baik (60-100%) dan kurang (< 60%)

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil penelitian karakteristik demografi responden dengan usia > 45 tahun yaitu 49%, 36-50 tahun 30%, 30-35 tahun 12 % dan 41-45 tahun 9%. Tingkat pendidikan SD 46%, PT 24%, SMA 21% dan SMP 9%. Jenis pekerjaan sebagai petani 46%, PNS 30% dan wiraswasta 24%.

* Dosen di Prodi Keperawatan Ende Poltekkes
Kemenkes Kupang

No	Tingkat Pendidikan	Pengetahuan				Total	
		Baik		Kurang		N	%
		N	%	N	%		
1	SD	3	43	4	57	7	100
2	SMP	1	33	2	67	3	100
3	SMA	13	87	2	13	15	100
4	PT	8	100	-	-	8	100
Total		25		8		33	100

Tabel 1 Distribusi tingkat pengetahuan responden berdasarkan tingkat pendidikan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpengetahuan baik yaitu dengan tingkat pendidikan PT yaitu 100% dari 8 orang, SMA 13 orang atau 87% dari 15 orang dan yang berpengetahuan kurang dengan tingkat pendidikan SD yaitu 4 orang atau 57% dari 7 orang.

Ditinjau dari pendidikan, responden yang berpengetahuan baik adalah berpendidikan SMA yaitu 13 orang dan PT yaitu 8 orang karena telah memiliki wawasan dan pengetahuan yang baik sehingga mudah untuk menerima informasi baru. Sedangkan responden yang berpengetahuan kurang sebagian besar adalah berpendidikan SD yaitu 6 orang. Hal ini disebabkan karena pengetahuan tingkat SD memiliki pemahaman dan pengetahuan yang kurang dan mempunyai wawasan terbatas sehingga tidak mudah mengerti dan memahami suatu informasi.

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden berpengetahuan baik tentang pemanfaatan jamban sebanyak 25 orang yaitu 76% dan 8 orang (24%) berpengetahuan kurang. Penelitian ini sesuai dengan pernyataan Depkes RI (1990), bila pengetahuan dapat dipahami akan timbul suatu sikap dan perilaku untuk berpartisipasi, selain itu tingkat pengetahuan seseorang juga mempengaruhi perilaku individu. Makin tinggi pengetahuan seseorang, makin tinggi kesadaran untuk berperan serta.

Kesimpulan

1. Sebagian besar responden berumur > 45 tahun yaitu 48%, berpendidikan SMA yakni 46% dan memiliki jenis pekerjaan sebagai petani 46%.
2. Tingkat pengetahuan responden tentang pemanfaatan jamban di kelurahan Rewarangga sebagian besar berpengetahuan baik yakni 76% dan 24% berpengetahuan kurang.
3. Kebanyakan responden telah memiliki jamban dengan jenis leher angsa yaitu 20 orang (61%), yang telah memiliki jamban pribadi yaitu 27 orang (82%), dan telah mengerti tentang dampak dari tidak BAB pada jamban yaitu 26 orang (79%).

Saran

1. Bagi masyarakat Rewarangga
Diharapkan agar selalu berperilaku sehat dengan cara memanfaatkan jamban dan meningkatkan pemahaman tentang manfaat jamban melalui media massa, cetak ataupun informasi lainnya.
2. Bagi petugas Kesehatan
Diharapkan agar memberikan penyuluhan kesehatan tentang manfaat dan penggunaan jamban kepada masyarakat secara periodik.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Diharapkan agar penelitian selanjutnya dapat menggunakan sampel yang lebih besar dan waktu yang lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2005, *Prosedur Penelitian*, Jakarta, EGC.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Sanitasi Lingkungan*, Jakarta
- Kusdwiratri Setiono, 1998, *Manusia, Kesehatan dan Lingkungan*, Bandung, Penerbit Alumni.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, PT Rineka Cipta.
-, 1993, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, PT Rineka Cipta.
- Nursalam, 2003, *Pendekatan Praktik Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta, Rineka Cipta.
-, 2001, *Proses Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*, (edisi 1), Jakarta, Salemba Medika.
- Soedjono, 1996, *Teknik Penyehatan*, Jakarta.
- Zainudin Muhamad, 2000, *Metode Penelitian*, Jakarta, Infomedia.

**PENGARUH PEMBERDAYAAN KELUARGA
DALAM PEMANFAATAN KEARIFAN PANGAN LOKAL
TERHADAP STATUS GIZI ANAK BADUTA (6 – 24 BULAN)
MELALUI PENDEKATAN ”*FAMILY CENTERED-CARE*” DI KOTA KUPANG**

Maria Sambriang,SST.,MPH,Ns.Yoani Maria V.B.Aty.,S.Kep.,M.Kep*

ABSTRACT

Malnutrition, basically, happens because of less nutritional, less nutritional balance food, and disease. To solve this one of the important actions is to enable the family with all their potentiality to improve the nutrition state of the babies. The family needs to get the nutrition from the local food in NTT. This research aims to consider the impact of the family empowerment in making use the local food to increase babies state of nutrition with family centered-care approach in Kupang.

This research is an abstract experimental study (quasi-experiment) with nonrandomized control group pre-test and post-test design. The population are all babies: 47 babies. Sampling technique used is nonrandom that is purposive sampling. Data analysed using descriptive analysis and t-test.

Statistic test shows that $p = 0,0001$ therefore, there is a significant difference about average knowledge of the families about baby's nutrition in the group before and after intervention. Statistic test in control group shows that $p = 0,02$. It is concluded that there is a significant different knowledge about baby's nutrition in control group before and after intervention. Other result about the impact of family empowerment to the control group behaviour in giving local food to the babies shows that $p = 0,0001$. Therefore there is difference before and after intervention. Statistic test upon body weight gets $p = 0,154$. Therefore there is no difference before and after intervention in controlled group. While in uncontrolled group there is a significant difference.

The conclusion is there are effects of family empowerment to the knowledge and behaviour of both groups before and after intervention. There is a significant difference in average body weight of the babies in uncontrolled group while in controlled group there is none.

Kata kunci: Keluarga, pangan lokal, status gizi, Baduta

PENGANTAR

Kekurangan gizi pada dasarnya terjadi akibat pasokan gizi yang kurang, pemasukan yang tidak seimbang, dan adanya penyakit. Terjadinya gizi buruk juga diperburuk dengan keadaan sosial budaya yang belum menunjang, seperti adat istiadat (budaya pesta) serta mengabaikan makan anak.

Di NTT sendiri sebenarnya memiliki banyak sekali pangan alternatif selain beras seperti sorgum, jagung lokal, keladi, ubi, pisang, dan kacang-kacangan. Permasalahannya adalah adanya tingkat ketergantungan yang sangat tinggi terhadap input luar terutama beras.

Menurut Raya (2009), berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) angka konsumsi beras di NTT mencapai 113 kilogram perorang selama setahun. Sedangkan angka konsumsi jagung 25 kilogram perorang setiap tahun dan umbi-umbian hanya 21 kilogram setiap orang pertahun. Untuk memenuhi kebutuhan beras, pemerintah NTT mendatangkan beras dari Jawa dan Sulawesi. Hal ini mencerminkan bahwa makanan utama masyarakat Nusa Tenggara Timur tidak lagi jagung atau umbi-umbian, melainkan beras. Dengan demikian maka tantangan

kedepan akan semakin berat, karena meningkatnya kesenjangan antara kebutuhan dan produksi yang menyebabkan semakin meningkatnya ketergantungan beras dari daerah lain, seiring meningkatnya kebutuhan dan pertambahan jumlah penduduk.

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (2013) dua propinsi dengan prevalensi gizi kurang paling tinggi ($> 30\%$) adalah NTT dan diikuti oleh Papua Barat yang berarti belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20 %). Sedangkan data Profil Kesehatan Kota Kupang tahun 2010, menunjukkan bahwa anak gizi kurang dan buruk mencapai 123 orang (1,03%), pada tahun 2011 didapatkan 136 (1,07%) orang baduta mengalami gizi kurang dan buruk, dan tahun 2012 menunjukkan bahwa terdapat 282 (2,17%) orang anak mengalami gizi kurang dan buruk. Hal ini terlihat bahwa di Kota Kupang terjadi peningkatan anak gizi kurang dan buruk dari tahun ke tahun.

Salah satu tindakan penting yang dilakukan adalah memberdayakan keluarga dengan segala potensi yang terdapat didalamnya untuk memperbaiki status gizi baduta dengan memanfaatkan pangan lokal yang tersedia di NTT. Berdasarkan hal tersebut diatas maka perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh pemberdayaan keluarga dalam pemanfaatan kearifan pangan lokal terhadap status gizi anak baduta (6 – 24 bulan) melalui pendekatan ”*family centered-care*” di

* Dosen di Prodi Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

Kota Kupang. Dalam penelitian ini pendekatan yang digunakan untuk mengatasi masalah gizi baduta adalah *family-centered care*. Model ini menekankan pada proses keperawatan keluarga meliputi: pengkajian tentang pemanfaatan pangan lokal, mendiagnosis status gizi anak baduta, intervensi gizi baduta dengan memanfaatkan kearifan pangan lokal, implementasi/treatment, dan melakukan evaluasi terhadap status gizi anak baduta setelah pemberian pangan lokal.

Perumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pemberdayaan keluarga dalam pemanfaatan kearifan pangan lokal terhadap status gizi anak baduta (6 – 24 bulan) melalui pendekatan "*family centered-care*" di Kota Kupang.

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan keluarga dalam pemanfaatan kearifan pangan lokal terhadap peningkatan status gizi baduta dengan pendekatan "*family centered-care*" di Kota Kupang.

Tujuan Khusus

1. Mengkaji pengetahuan keluarga baduta tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal sebelum dan sesudah pemberdayaan keluarga di Kota Kupang
2. Mengkaji perilaku keluarga baduta tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal sebelum dan sesudah pemberdayaan keluarga di Kota Kupang
3. Menganalisis perubahan status gizi anak baduta setelah pemberdayaan keluarga tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal

Manfaat Penelitian

1. **Manfaat praktis.** Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi informasi bagi Pemerintah Kota Kupang sebagai bahan evaluasi dalam upaya penanggulangan masalah gizi kurang dan buruk terutama melalui strategi pemberdayaan keluarga.
2. **Manfaat akademis.** Dapat dijadikan acuan bagi peneliti lain yang berminat untuk mengkaji lebih jauh tentang pemberdayaan keluarga dalam pemanfaatan kearifan pangan lokal untuk meningkatkan status gizi anak baduta.

II. Pemberdayaan Keluarga

Secara konseptual, pemberdayaan keluarga adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat keluarga, terutama keluarga miskin atau keluarga tidak sejahtera atau istilah lain yang menunjukkan masih belum berfungsinya keluarga sehingga tidak bisa mencapai tujuan kehidupan berkeluarga. Oleh karenanya pemberdayaan dalam konteks masyarakat adalah kemampuan individu yang bersenyawa dalam masyarakat dan membangun keberdayaan masyarakat yang bersangkutan.

2.1 Pentingnya Pemberdayaan Keluarga

1) kedudukan keluarga dalam system social yang lebih luas, dimana keluarga sebagai system social terkecil mempengaruhi dan di pengaruhi system lainnya; 2) fakta yang menunjukkan masih banyaknya keluarga yang hidupnya marjinal, miskin, tidak sejahtera dan 3) pada hakekatnya seluruh kegiatan pembangunan bertujuan untuk mensejahterakan individu, keluarga dan masyarakat. Kesejahteraan keluarga merupakan indikator keberhasilan seluruh kegiatan pembangunan.

2.2 Tujuan Pemberdayaan Keluarga (Sunarti, 2008)

1. Membantu sasaran untuk menerima/melewati/ mempermudah proses perubahan yang harus/ akan dialami/ ditemui individu atau keluarga
2. Menggali kapasitas/potensi laten anggota keluarga (kepribadian, ketrampilan manajerial dan keterampilan kepemimpinan)
3. Mendorong sasaran agar memilih daya ungkit, daya lompat serta sebagai lecutan untuk lari mengejar cita-cita keluarga.
4. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan hidup seluruh anggota keluarga sepanjang tahap perkembangan dan siklus hidupnya
5. Membangun daya tahan dan daya adaptasi yang tinggi terhadap perubahan agar mampu menjalani kehidupan dengan sukses tanpa kesulitan dan hambatan yang berarti.
6. Membina dan mendampingi proses perubahan sampai pada tahap kemandirian dan tahapan tujuan yang dapat diterima

2.3 Prinsip Pemberdayaan Keluarga

Beberapa prinsip penting pemberdayaan keluarga antara lain:

Pemberdayaan keluarga hendaknya tidak memberikan bantuan atau pendampingan yang bersifat *charity* yang akan mendatangkan ketergantungan dan melemahkan, melainkan bantuan pendampingan, dan atau pelatihan yang mempromosikan *self reliance* dan meningkatkan kapasitas sasaran pemberdayaan. Hendaknya menggunakan metode pemberdayaan yang menjadikan pihak yang dibantu/dibina/didampingi menjadi lebih kuat melalui latihan daya juang/tahan, menghadapi masalah.

Meningkatkan partisipasi yang membawa pihak yang diberdayakan meningkat kapasitasnya

Menjadikan pihak yang diberdayakan mengambil kontrol penuh, pengambilan keputusan penuh, tanggung jawab penuh untuk melakukan kegiatan yang akan membawanya menjadi lebih kuat.

2.4 Alternatif Kegiatan Pemberdayaan Keluarga

Meningkatkan potensi atau kapasitas keluarga untuk berkembang:

Menciptakan lingkungan agar kapasitas keluarga untuk berkembang dapat terwujud:

2.5 Strategi Utama Pemberdayaan Keluarga

Holistik. Strategi yang memperhatikan berbagai dimensi kehidupan keluarga; fungsi, peran, dan tugas keluarga, serta memperhatikan tahap perkembangan kehidupan keluarga

Sinergistik. Strategi yang memperhatikan dan menempatkan kegiatan pemberdayaan keluarga di antara program keluarga atau program kemasyarakatan lainnya yang dilaksanakan oleh berbagai pihak baik oleh pemerintah maupun non pemerintah, agar saling mendukung, menguatkan dan saling melengkapi.

Arus-utama. Kemandirian dan ketahanan keluarga. Strategi pemberdayaan adalah mendorong kemandirian dan menguatkan ketahanan keluarga.

Fokus: proses-perubahan. Strategi ini menekankan bahwa pemberdayaan adalah sebuah proses oleh karenanya perlu memberi ruang dan memasukkan perjalanan sebuah proses dalam perencanaan, serta memastikan agar proses perubahan tersebut dilalui sampai tujuan tercapai

Meningkatkan partisipasi dan menggunakan pendekatan pendidikan orang dewasa

Memanfaatkan atau meningkatkan kapasitas kelembagaan lokal agar perubahan lebih mengakar untuk menjamin keberlanjutan dan kelangsungannya.

Memanfaatkan dan mengoptimalkan potensi local. Pemberdayaan ekonomi keluarga hendaknya memanfaatkan potensi lokal yang bertujuan member nilai tambah serta meningkatkan potensi ekonomi wilayah.

2.6 Pendekatan dan metode Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga dapat menggunakan dua pendekatan. Pertama adalah pendekatan berbasis memperbaiki kekurangan atau kelemahan dan kedua pendekatan berbasis menguatkan keunggulan. Pemberdayaan keluarga yang menggunakan pendekatan pertama biasanya berkaitan dengan permasalahan umum seperti masalah komunikasi dan interaksi, masalah hubungan suami dan istri, masalah pengasuhan, masalah penanganan stress, dan masalah hubungan keluarga dengan lingkungan social. Sementara itu pemberdayaan keluarga dengan pendekatan kedua untuk meningkatkan ekonomi keluarga, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pemberdayaan keluarga dapat menggunakan beberapa metode. Metode yang paling sering digunakan adalah penyuluhan, konseling, pelatihan dan pendampingan. Penyuluhan dan konseling dapat dilakukan secara langsung (tatap muka) maupun secara tidak langsung (melalui media). Sedangkan pelatihan dan pendampingan merupakan metode yang lebih intensif menekankan pada perubahan atau perbaikan ketrampilan sasaran. Penyuluhan keluarga dilakukan bagi sekelompok keluarga (lengkap) atau bagian dari keluarga (ibu-ibu atau bapak-bapak) untuk membahas hal-hal yang menjadi perhatian bersama, atau masalah yang umumnya dirasakan atau dialami bersama. Metode ini

tepat dalam upaya peningkatan pengetahuan dan sikap ke-

- uarga terkait kehidupan keluarga seperti tugas perkembangan keluarga, tugas perkembangan anak, optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan anak, menciptakan lingkungan rumah yang ramah anak, dan sebagainya. Penyuluhan yang disertai praktek yang memadai dapat meningkatkan efektifitas metode ini. Hasil kumpulan analisis terhadap pelaksanaan pemberdayaan keluarga, terdapat beberapa factor yang dapat menyebabkan kurang berhasilnya pemberdayaan keluarga, diantaranya adalah:
1. Perencanaan kurang memadai atau bahkan tidak ada perencanaan
 2. Pendampingan proses perubahan yang tidak tuntas
 3. Pendekatan pemberdayaan yang kurang tepat
 4. Pemilihan atau penggunaan metode pemberdayaan yang tidak/kurang tepat
 5. Lemahnya monitoring dan evaluasi kegiatan
 6. Mengabaikan hal-hal yang menyebabkan program pemberdayaan tidak diterima oleh sasaran
 7. Melakukan hal-hal yang menyebabkan terdapat pihak yang melawan upaya pemberdayaan
 8. Mengabaikan keberadaan pihak-pihak yang berpotensi sebagai provokator

2.7 Ruang Lingkup Pemberdayaan Keluarga

Ruang lingkup substansi pemberdayaan keluarga meliputi berbagai wilayah dan ranah utama terkait kehidupan keluarga seperti secara ringkas di jelaskan berikut ini:

1. Ketahanan Keluarga

Peningkatan ketahanan keluarga meliputi ketahanan fisik, ketahanan social dan ketahanan psikologis keluarga.

2. Keberfungsian, Peran, dan Tugas Keluarga

Pemberdayaan keluarga menekankan pada peningkatan potensi dan kapasitas keluarga dalam memenuhi fungsinya bahwa keluarga sebagai wahana untuk mendidik, mengasuh dan sosialisasi anak, mengembangkan kemampuan seluruh anggotanya agar dapat menjalankan fungsinya di masyarakat dengan baik.

3. Sumber Daya

Sumber daya keluarga dipandang ekonomi merupakan alat atau bahan yang tersedia dan diketahui fungsinya untuk memenuhi kebutuhan atau tujuan keluarga (Gross, Crondall & Knoll, 1980). Sumber daya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu; 1) yang dapat diukur, nyata secara fisik, dan 2) yang tidak dapat diukur seperti integritas dan kepercayaan.

2.8 Pemanfaatan Kearifan Lokal

Proses adopsi terjadi disebabkan oleh lima tahap: (1) *awareness* (kesadaran), (2) *interest* (menaruh minat) (3) *evaluation* (penilaian), (4) *trial* (percobaan), (5) adopsi (penggunaan). Sebaliknya penolakan (*rejection*) terjadi karena tahapan-tahapan

berikut: 1) *awareness* (kesadaran), 2) *indifference* (acuh tak acuh), 3) *denial* (penolakan), 4) *trial* (percobaan), 5) *rejection* (penolakan).

Menurut Esthon (2012), bahwa masyarakat Propinsi NTT memiliki begitu banyak jenis pangan local yang bisa memiliki tingkat minat konsumen yang tinggi, seperti jagung, ubu-ubian, dan sebagainya. Lebih lanjut, Loretha (2012) juga mengatakan bahwa terdapat berbagai macam jenis pangan lokal asli provinsi NTT.

2.9 Status Gizi

2.9.1 Indikator Status Gizi

- Berdasarkan indikator BB/U :

Kategori Gizi Buruk Z-score < -3,0

Kategori Gizi Kurang Z-score \geq -3,0 s/d

Z-score < -2,0

Kategori Gizi Baik Z-score \geq -2,0 s/d

Z-score \leq 2,0

Kategori Gizi Lebih Z-score > 2,0

- Berdasarkan indikator TB/U :

Kategori Sangat Pendek Z-score < -3,0

Kategori Pendek Z-score \geq -3,0 s/d

Z-score < -2,0

Kategori Normal Z-score \geq -2,0

- Berdasarkan indikator BB/TB :

Kategori Sangat Kurus Z-score < -3,0

Kategori Kurus Z-score \geq -3,0 s/d

Z-score < -2,0

Kategori Normal Z-score \geq -2,0 s/d

Z-score \leq 2,0

Kategori Gemuk Z-score > 2,0

Adapun kesimpulan dari penilaian indikator status gizi adalah sebagai berikut:

- Jika BB/U dan TB/U rendah sedangkan BB/TB normal; kesimpulannya keadaan gizi anak saat ini baik tetapi anak tersebut mengalami masalah kronis, karena berat badan anak proporsional dengan tinggi badan.
- BB/U normal, TB/U rendah, BB/TB lebih; kesimpulannya anak mengalami masalah gizi kronis dan pada saat ini menderita kegemukan (overweight) karena berat badan lebih dari proporsional terhadap tinggi badan.
- BB/U, TB/U dan BB/TB rendah; anak mengalami kurang gizi berat dan kronis. Artinya pada saat ini keadaan gizi anak tidak baik dan riwayat masa lalunya juga tidak baik.
- BB/U, TB/U dan BB/TB normal; kesimpulannya keadaan gizi anak baik pada saat ini dan masa lalu.
- BB/U rendah, TB/U normal, BB/TB rendah; kesimpulannya anak mengalami kurang gizi yang berat (kurus), keadaan gizi anak secara umum baik tetapi berat badannya kurang proporsional terhadap tinggi badannya karena

tubuh anak jangkung.

2.10. Family-Centered Care

Praktek keluarga sebagai pusat perawatan didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, rasial, etnik, dan sosioekonomi. Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya ketika melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999). Keluarga merupakan *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan di masyarakat, untuk menentukan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan.

Proses keperawatan keluarga dengan fokus pada keluarga sebagai, meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

III. HIPOTESIS

H0 :Tidak ada pengaruh pemberdayaan keluarga tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal ada pengaruh terhadap status gizi anak baduta di Kota Kupang

H1: Ada Pengaruh Pemberdayaan keluarga tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal ada pengaruh terhadap status gizi anak baduta di Kota Kupang

IV HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi pada dua kecamatan dan sepuluh kelurahan yang terdiri dari Kecamatan Alak memiliki 6 kelurahan yaitu; Kelurahan Alak, Kelurahan Manutapen, Kelurahan Penkase Oeleta, Kelurahan namosain, kelurahan Nunbaun Delha dan Kelurahan Nunhila. Sedangkan Kecamatan Kelapa Lima memiliki empat kelurahan antara lain; Kelurahan Oesapa, Kelurahan oesapa Barat, Kelurahan Lasiana dan Kelurahan kelapa Lima. Jumlah seluruh anak baduta yang tercatat dalam buku register di dua kecamatan tersebut sebanyak 47 orang, terdiri dari Kecamatan Alak sebanyak 25 orang dan Kecamatan Kelapa Lima 22 orang.

Penentuan subjek penelitian dilakukan secara *purposive sampling* berdasarkan data dari puskesmas dan buku register posyandu yang dikategorikan status gizi kurang/buruk selanjutnya dilakukan pengukuran antropometri langsung kepada anak baduta dengan menggunakan tabel baku standar WHO- 2005, berada di bawah -2 SD sampai -3 SD serta mendapatkan data umur dengan melihat tanggal lahir pada Kartu Menuju Sehat yang sesuai dengan kriteria inklusi (umur 6 – 24 bulan). Pada penelitian ini sampel sebanyak 40 anak baduta dengan masing-

masing kelompok 20 orang. Pada kelompok perlakuan terdiri dari 12 orang anak baduta (60%) laki-laki dan 8 orang anak baduta (40%) perempuan, sedangkan kelompok kontrol 20 orang anak baduta dengan jumlah anak laki-laki 11 orang (55%) dan per-

No	Variabel	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Pendidikan ayah:				
	Tidak sekolah	3	15	0	0
	SD	6	30	5	25
	SMP	4	20	5	25
	SMA	7	35	8	40
	Diploma	0	0	0	0
	Sarjana	0	0	2	10
2	Pendidikan ibu:				
	Tidak sekolah	2	10	0	0
	SD	6	30	8	40
	SMP	4	20	4	20
	SMA	7	35	5	25
	Diploma	0	0	2	10
	Sarjana	1	5	1	5
3	Pekerjaan ayah:				
	PNS/ABRI	1	5	0	0
	Peg. swasta	3	15	10	50
	Nelayan	1	5	1	5
	Wiraswasta	6	30	0	0
	Lain-lain	9	45	9	45
4	Pekerjaan Ibu:				
	Tidak bekerja	19	95	18	90
	Kerja diluar rumah	1	5	2	10
5	Penghasilan ayah :				
	< UMR (Rp.1.150.000,)	14	70	18	90
	≥ UMR (Rp. 1.150.000)	6	30	2	10

empuan adalah 9 orang (45%) anak baduta.

Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 4.1. Karakteristik Subyek Penelitian n=40

Keterangan: UMR = Upah Minimum Regional

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar pendidikan ayah adalah SMA terdapat pada kelompok intervensi yaitu sebanyak 7 orang (35%) dan sebaliknya pada kelompok kontrol proporsi terbesar adalah tidak sekolah sebanyak 8 orang (40%). Sementara pendidikan ibu juga menunjukkan proporsi terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 7 orang (35%) pada kelompok intervensi sedangkan pada kelompok kontrol proporsi terbanyak adalah SD yaitu sebanyak 8 orang (40%). Status pekerjaan ayah terdapat 10 orang (50%) bekerja sebagai pegawai swasta pada kelompok kontrol dan 9 orang (45%) dalam kategori lain-lain yaitu bekerja sebagai tukang ojek, buruh pelabuhan, buruh bangunan dan tukang kayu pada kelompok intervensi. Sebagian besar ibu memiliki status pekerjaan sebagai ibu rumah tangga yang hanya mengerjakan pekerjaan rumah 19 orang (95%) pada kelompok intervensi dan 18 orang (90%) pada kelompok kontrol. Kemudian sebagian besar penghasilan keluarga di bawa rata-rata UMR yaitu 18 orang (90%) pada kelompok kontrol dan 14 orang (70%) pada kelompok intervensi.

4.2 Pengetahuan Gizi Keluarga Baduta Berdasarkan Kelompok Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Pengetahuan gizi keluarga dilakukan dengan wawancara kepada ibu baduta menggunakan kuesioner sebanyak dua kali meliputi satu kali pada awal penelitian dan satu kali pada akhir penelitian.

Pada Tabel 4.2 menunjukkan bahwa persentase terbesar tingkat pengetahuan tentang pangan lokal sebelum intervensi terdapat pada kelompok perlakuan/intervensi yaitu 9 orang (45%) dengan kategori tingkat pengetahuan kurang, sedangkan pada kelompok kontrol berada pada kategori tingkat pengetahuan baik dan cukup dengan persentase masing-

No	Variabel	Kelompok intervensi				Kelompok kontrol			
		Pre		Post		Pre		Post	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Pengertian								
	Baik	6	30	8	40	8	40	9	45
	76-100								
	Cukup	5	25	12	60	8	40	9	45
	56-75								
	Kurang	9	45	-	-	4	20	2	10
	<56								

ing-masing 8 orang (40%).

4.3 Rata-rata pengetahuan Gizi Keluarga Baduta berdasarkan Kelompok Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Hasil pengukuran pengetahuan pada kelompok intervensi didapati rata-rata pengetahuan keluarga baduta sebelum dilakukan pemberdayaan adalah 62.50 dengan standar deviasi 18.028. Rata-rata pengetahuan keluarga baduta setelah perlakuan adalah 74.5 dengan standar deviasi 11.910. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.0001$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan keluarga tentang gizi baduta pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 4.3 Rata-rata Pengetahuan Keluarga Berdasarkan kelompok sebelum dan sesudah intervensi (n=40)

No	Variabel	Kelompok intervensi				Kelompok kontrol			
		Mean	SD	SE	P value	Mean	SD	SE	P value
1.	Pengetahuan Sebelum intervensi	62.50	18.028	4.031	0.0001	71	13.436	3.004	0.002
2	Sesudah intervensi	74.50	11.910	2.663		73	12.917	2.888	

4.4 Perilaku Keluarga Baduta Dalam Memberikan Pangan Lokal Berdasarkan Kelompok Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Sebelum dilakukan penyuluhan dan demonstrasi masak menu makanan anak baduta dengan bahan pangan lokal kepada subjek, terlebih dahulu diwawancarai oleh enumerator tentang perilaku keluarga baduta bersamaan dengan pengetahuan gizi keluarga menggunakan daftar pertanyaan. Pada Tabel 4.4 menunjukkan bahwa perilaku keluarga dalam memberikan pangan lokal kepada baduta pada kelompok kontrol sebelum intervensi sebagian berada pada kategori baik sebanyak 10 orang (50%) dan sesudah intervensi meningkat menjadi 14 orang (70%) berperilaku baik.

Tabel 4.4 Perilaku Keluarga Dalam Memberikan Pangan Lokal Berdasarkan Kelompok Sebelum dan Sesudah Intervensi (n=40)

No	Variabel	Kelompok intervensi				Kelompok kontrol			
		Pre		Post		Pre		Post	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Prilaku Baik	10	50	12	60	10	50	14	70
	Buruk	10	50	8	40	10	50	6	30

4.5 Rata-rata perilaku Keluarga Baduta Dalam Pemanfaatan Pangan Lokal Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Hasil pengukuran perilaku pada kelompok intervensi didapatkan bahwa rata-rata perilaku keluarga baduta sebelum dilakukan pemberdayaan adalah 66 dengan standar deviasi 16.983. Rata-rata perilaku keluarga baduta setelah intervensi adalah 77.25 dengan standar deviasi 12.298. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.0001$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata perilaku keluarga tentang gizi baduta pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 4.5 Rata-Rata Perilaku Keluarga Dalam Penggunaan Pangan Lokal Berdasarkan Kelompok Sebelum dan Sesudah Intervensi (n=40)

No	Variabel	Kelompok intervensi				Kelompok kontrol			
		Mean	SD	SE	P value	Mean	SD	SE	P value
1.	Perilaku sebelum intervensi	66	16.983	3.798	0.0001	62	15.761	3.524	0.0001
2	Perilaku sesudah intervensi	77.25	12.298	2.750		64.75	15.259	3.412	

Hasil penelitian pada kelompok kontrol didapatkan bahwa sebagian besar keluarga memberikan sumber karbohidrat dari nonberas setiap hari yaitu jagung. Jenis protein yang paling sering dikonsumsi setiap hari adalah tempe dan tahu sebanyak 85%. Sayuran juga dikonsumsi setiap hari yakni 90%. Keluarga yang selalu menggunakan bumbu-bumbu dapur selama proses memasak setiap hari sebanyak 75%. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 4.6

Tabel 4.6 Perilaku Pemanfaatan Pangan Lokal Berdasarkan Kelompok Sebelum dan Sesudah Intervensi (n=40)

No	Variabel	Kelompok intervensi				Kelompok kontrol			
		Pre		Post		Pre		Post	
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	Beras								
	> 1x sehari: skor 50	7	35	3	15	8	40	8	40
	1 x sehari: skor 25	13	65	17	85	12	60	12	60
	3 x per minggu: skor 15								
	< 3 x per minggu : skor 10								
	< 1 x per minggu : skor 1								
	Tidak pernah : skor 0								
2	Non Beras								
	Jagung								
	> 1x sehari: skor 50	1	5	2	10				
	1 x sehari: skor 25			18	90	16	80	16	80
	3 x per minggu: skor 15	9	45			2	10	2	10
	< 3 x per minggu : skor 10	7							
	< 1 x per minggu : skor 1	3	35			1	5	1	5
	Tidak pernah : skor 0	3	15			1	5	1	5
		7		17	85	6	30	6	30
	Ubi-ubian								
	> 1x sehari: skor 50	7	35	2	10	13	65	13	65
	1 x sehari: skor 25	3	15	1	5	1	5	1	5
	3 x per minggu: skor 15								
	< 3 x per minggu : skor 10								
	< 1 x per minggu : skor 1								
	Tidak pernah : skor 0								
	3	Lauk Hewani							
Daging									
> 1x sehari: skor 50						3	15	3	15
1 x sehari: skor 25									
3 x per minggu: skor 15		10	50	6	30	4	20	4	20
< 3 x per minggu : skor 10		1	5	5	25	5	25	5	25
< 1 x per minggu : skor 1		7	35	9	45	7	35	7	35
Tidak pernah : skor 0		2	10			1	5	1	5
Ikan									
> 1x sehari: skor 50		7	35	12	60	3	15	3	15
1 x sehari: skor 25		6	30	7	35	7	35	7	35
3 x per minggu: skor 15		6	30	1	5	10	50	10	50
< 3 x per minggu : skor 10									
< 1 x per minggu : skor 1		1	5						
Tidak pernah : skor 0									
Telur									
> 1x sehari: skor 50		5	25	9	45	1	5	1	5
1 x sehari: skor 25		5	25	6	30	4	20	4	20
3 x per minggu: skor 15		6	30	3	15	13	65	13	65
< 3 x per minggu : skor 10				2	10	1	5	1	5
< 1 x per minggu : skor 1		1	20			1	5	1	5
Tidak pernah : skor 0									
Lauk Nabati									

4.6 Gizi Anak Baduta Setelah Intervensi Pemberdayaan Keluarga Dalam Pemanfaatan Kearifan Pangan Lokal

Hasil pengukuran status gizi pada kelompok kontrol didapatkan bahwa rata-rata berat badan baduta sebelum dilakukan pemberdayaan adalah 7675 gram dengan standar deviasi 1080.87. Pengukuran pada kelompok kontrol ini dilakukan 2 (dua) kali dengan hasil setelah intervensi yaitu rata-rata berat badan baduta adalah 7725 gram dengan standar deviasi 1095.38. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.154$, maka disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan baduta pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.7 berikut.

Tabel 4.7 Status gizi anak baduta setelah pemberdayaan keluarga tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal berdasarkan kelompok sebelum dan sesudah intervensi (n=40)

No	Variabel	Kelompok intervensi				Kelompok kontrol			
		Mean	SD	SE	P val	Mean	SD	SE	P val
1.	Status Gizi Sebelum intervensi	6885	926.38	207.14	0.0001	7675	1080.87	241.69	0.154
	Sesudah intervensi	7170	978.23	218.74		7725	1095.38	244.93	

4.7 Pengetahuan Keluarga Baduta Tentang Pemanfaatan Kearifan Pangan Lokal di Kota Kupang

Berawal dari tingkat pengetahuan yang sama pada pengamatan awal sebelum diberikan perlakuan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terlihat adanya peningkatan dimana skor pengetahuan pada kelompok intervensi meningkat dari 62.50 menjadi 74.5 sedangkan pada kelompok kontrol skor pengetahuan dari 71 meningkat menjadi 73 sehingga terdapat peningkatan sebesar 12 poin pada kelompok intervensi dan peningkatan 2 poin pada kelompok kontrol.

Adanya peningkatan pengetahuan pada kedua kelompok ini menunjukkan adanya perhatian dari ibu balita terhadap masalah gizi kurang yang sedang dialami oleh balita mereka. Menurut pengakuan ibu balita bahwa mereka merasa telah memberikan makanan yang cukup kepada anaknya tetapi berat badannya tidak naik. Namun berdasarkan evaluasi yang penulis lakukan sementara kegiatan penyuluhan, ternyata banyak ibu yang mengakui bahwa perlakuan terhadap bahan makanan mulai dari persiapan sampai pengolahan masih kurang tepat, sehingga dapat dicurigai hal tersebut menjadi salah

satu factor tidak bertambahnya berat badan balita.

Dengan demikian ibu merasa penting untuk mencari informasi tentang masalah yang sedang dihadapi. Untuk mengetahui perubahan skor pengetahuan sebagai akibat dari adanya perlakuan pendampingan dan pendidikan gizi maka dilakukan uji statistik guna mengetahui tingkat kemaknaan perubahan pengetahuan gizi ibu antara sebelum dan sesudah pendampingan gizi, dan hasilnya menunjukkan ada perbedaan yang bermakna ($p < 0.05$) dimana selisih peningkatan skor pengetahuan pada kelompok intervensi sebesar 27.4 poin dan skor pengetahuan kelompok kontrol juga mengalami peningkatan sebesar 19.5 poin.

Program pendampingan gizi dilaksanakan dengan metode penyuluhan dan konsultasi gizi dan kesehatan melalui pendekatan individu maupun kelompok. Penyuluhan dan konsultasi gizi dilakukan secara rutin dan berkesinambungan selama 3 kali kunjungan pada setiap sasaran baik perorangan maupun kelompok.

4.8 Perilaku Keluarga Baduta Dalam Pemanfaatan Kearifan Pangan Lokal di Kota Kupang

Data perilaku ibu baduta diperoleh dengan melakukan wawancara terhadap subjek penelitian menggunakan kuesioner sebanyak tiga kali meliputi satu kali pada awal dan akhir penelitian kemudian satu kali pada akhir bulan selama rentang waktu tiga bulan penelitian. Pada Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pada pengamatan awal sebelum diberikan perlakuan, rata-rata skor perilaku pada kelompok intervensi adalah 66 dan sesudah perlakuan adalah 77,25 dengan demikian telah terjadi peningkatan poin perilaku sebesar 11.25 poin, hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$).

Dari hasil observasi dan wawancara didapatkan sebagian ibu memberikan anak badutanya bubur saja (bubur kosong), dan ada ibu yang memberi bubur dengan sayur. Hal ini disebabkan karena sebagian besar ibu dari keluarga gizi buruk menganggap bahwa makanan tidak ada hubungannya dengan kesehatan, sehingga baduta cukup diberikan bubur nasi saja atau bubur dicampur dengan sayur. Keluarga juga menganggap makanan yang bergizi adalah beras, sementara itu keluarga khawatir akan jika anak makan jagung atau jenis pangan lokal lain akan menimbulkan sakit perut. Pola makan beraneka ragam hampir tidak pernah diterapkan para ibu baduta. Faktanya bila ada ikan, daging atau telur, mereka tidak akan memakannya dengan sayur-sayuran. Jadi menu yang sering ditemukan adalah nasi dengan sayur saja, atau nasi dengan ikan saja. Jenis sayur yang dikonsumsi juga bergantung kepada jenis sayur yang di jual pedagang sayur dan yang ada di pekarangan. Umumnya sayur yang ada sepanjang tahun adalah kangkung dan bayam.

Ada tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok yaitu faktor pre-

disposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong seperti sikap petugas kesehatan (Green LW, 1991)

Teori Ebbinghaus dan Boreas dalam Prasetyaningsih (2005) yang mengatakan bahwa kekuatan mengingat manusia itu makin lama makin berkurang yang pada akhirnya manusia akan mengalami kelupaan. Intensitas kunjungan rumah dan penyuluhan oleh tenaga pendamping setelah pendampingan berkurang, sehingga respon ibu terhadap materi-materi yang pernah diberikan pada saat pendampingan juga berangsur menurun. Fenomena ini menunjukkan bahwa proses pendampingan, penyuluhan/konsultasi gizi dan kesehatan pasca pendampingan khususnya kepada keluarga sasaran pendampingan, harus tetap dilaksanakan secara kontinyu oleh petugas kesehatan puskesmas atau kader posyandu setempat.

4.9 Perubahan Status Gizi Anak Baduta Setelah Pemberdayaan Keluarga Tentang Pemanfaatan Kearifan Pangan Lokal

Program pendampingan dilakukan oleh tim pendamping yang terdiri dari peneliti, tenaga gizi pendamping, bidan dan kader balita selama satu (1) bulan. Pada fase ini tim pendamping mengajarkan kepada ibu atau pengasuh anak baduta gizi buruk tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Selain itu tim pendamping juga memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi dan yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Dan ibu atau pengasuh anak baduta juga diberi kesempatan untuk mempraktekkan secara mandiri apa yang sudah diajarkan. Pada akhir penelitian dilakukan penilaian terhadap output pendampingan. Output yang dinilai pada akhir penelitian ini adalah perubahan pertumbuhan (kenaikkan berat badan anak baduta) dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan perawatan gizi anak baduta terutama dalam hal member makan anak dengan memanfaatkan pangan lokal.

V. KESIMPULAN

A. Pengetahuan keluarga baduta tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal di Kota Kupang

1. Tingkat pengetahuan tentang pangan lokal sebelum intervensi pada kelompok kontrol sebagian berada pada kategori baik dan cukup, yakni masing-masing 40 % (8 responden) dan pada kelompok intervensi berada pada kategori kurang yakni 45 % (9 responden). Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.0001$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan keluarga tentang gizi baduta pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi.
2. Tingkat pengetahuan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan sebagian besar pada kategori cukup 60% (12 responden) dan pada kelompok kontrol sebagian besar pada kategori cukup dan

baik, masing-masing 45% (9 responden). Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.02$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan keluarga tentang gizi baduta pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi.

B. Perilaku keluarga baduta tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal di Kota Kupang

1. Perilaku keluarga dalam memberikan pangan lokal kepada baduta pada kelompok kontrol sebelum intervensi sebagian berada pada kategori baik dengan persentase 50 % (10 responden) dan meningkat menjadi 70% (14 responden) berperilaku baik sesudah intervensi berada. Hasil penelitian tentang Hasil penelitian pada kelompok kontrol didapatkan bahwa sebagian besar keluarga memberikan sumber karbohidrat dari nonberas setiap hari yaitu jagung. Jenis protein yang paling sering dikonsumsi setiap hari adalah tempe/tahu sebanyak 85 %. Sayuran juga dikonsumsi setiap hari yakni 90 %. Keluarga yang selalu menggunakan bumbu selama proses memasak setiap hari sebanyak 75%. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.0001$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata perilaku keluarga dalam memberikan pangan lokal kepada pada baduta pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi
2. Perilaku keluarga dalam memberikan pangan lokal kepada baduta kelompok perlakuan sebelum intervensi sebagian besar pada kategori baik dan buruk dengan persentase masing-masing 50% (10 responden) dan sesudah intervensi didapatkan yang berperilaku baik sebanyak 60% (12 responden). Jenis pangan lokal yang dikonsumsi oleh baduta pada kelompok perlakuan sebelum intervensi didapatkan bahwa sumber karbohidrat yang berasal dari beras yang dikonsumsi 1 kali dalam sehari sebanyak 65 %. Sumber karbohidrat non beras yang dikonsumsi 3 kali/minggu adalah jagung berjumlah 45%. Sebagian besar baduta mengkonsumsi lauk nabati berupa kacang-kacangan dengan frekuensi 3 kali/minggu berjumlah 55%. Jumlah makanan berupa sayuran yang dikonsumsi satu kali/hari sebanyak 60%. Keluarga juga selalu menggunakan bumbu selama proses memasak setiap hari sebanyak 65%. Setelah intervensi dilakukan lagi pengkajian terhadap frekuensi makanan baduta dengan hasil bahwa 90 % keluarga memberikan makanan sumber karbohidrat non beras setiap hari yaitu jagung. Sumber protein yang diberikan setiap hari adalah sebagian besar berupa kacang-kacangan yaitu 75 %. Sayuran diberikan lebih dari satu kali/hari. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.0001$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata perilaku keluarga dalam memberikan pangan lokal kepada pada baduta pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi

5.3 Status gizi anak baduta setelah pemberdayaan keluarga tentang pemanfaatan kearifan pangan lokal

1. Hasil pengukuran pada kelompok kontrol didapatkan bahwa rata-rata berat badan baduta sebelum dilakukan pemberdayaan adalah 6885 gr dengan standar deviasi 926.38. Berat badan setelah intervensi yaitu rata-rata berat badan baduta adalah 7725 gr dengan standar deviasi 1095.98. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.154$, maka disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan baduta pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi.
2. Hasil pengukuran status gizi pada kelompok intervensi didapatkan bahwa rata-rata berat badan baduta sebelum dilakukan pemberdayaan adalah 7170 gr dengan standar deviasi 1080.87. Berat badan setelah intervensi yaitu rata-rata berat badan baduta adalah 7725 gr dengan standar deviasi 978.23. Hasil Uji statistik didapatkan nilai $p = 0.0001$, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan baduta pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi

VI. SARAN

1. Pemerintah Kota Kupang mengerahkan petugas kesehatan dan kader untuk menanggulangi masalah gizi kurang dan buruk terutama melalui strategi pemberdayaan keluarga/home care
2. Petugas Kesehatan dan para kader memberikan makanan tambahan dengan memanfaatkan pangan lokal yang tersedia untuk meningkatkan status gizi baduta.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisah, S., Sahar, J. & Hastono, S. P., 2010. Pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur di kota semarang. *Jurnal Unimus*, Volume 9.p.125
- Bolton, T. A., Chow, T., Benton, P. & Olson, B., 2008. Characteristics Associated With Longer Breastfeeding Duration: An Analysis of a Peer Counseling:Support Program. *Journal of Human Lactation*, Volume 25,p 24
- Heisler, M., 2006. Building Peer Support Programs to Manage chronic Disease: Seven Models for Success. *California health care foundation*, Desember.,p 6-37
- Hurlock E.B. 1994. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta.Penerbit Airlangga.
- Ilyas.1999.Kinerja.*Teori,penilaian,dan penelitian*.Depok.Badan penerbit FKM UI
- Kumakech, E., 2009. Peer-group support intervention

improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: Cluster randomized trial. *Social Science and Medicine*. Volume 68.p 7

- Mudaniyah, S. 2007. *Pola Konsumsi Pangan*, Bandung. Penabor Swadaya
- Murti, E. S., Prabandari, Y. S. & Riyanto, B. S., 2006. Ekeftifitas Promosi Kesehatan Dengan Peer Education pada kelompok dasawisma dalam Upaya Penemuan Tersangka Penderita TB Paru. *Berita Kedokteran Masyarakat*, volume 22,p133
- Notoadmojo, S., 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta,p 119
- Nursalam, 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.p97
- Wagner, A. K. et al., 2005. Cost of Hospital Care for Hypertention in an insured population without an outpatient medicines benefit:an observational study in Philippines. *Biomed Central*, p. 1.
- Wang, Y. & Wang, J., 2004. The Prevalence of Prehypertension and Hypertension Among US Adults According to the New Joint National Committee Guidelines. *Internal Medicine*. Volume 164,p.2126
- Widyaningsih, N. N. & Latifah, M., 2008. Pengaruh Sosial ekonomi, gaya hidup, status gizi dan tingkat stres terhadap tekanan darah. *Jurnal Gizi dan Pangan*, Volume 3,p 1-2
- Yanek, R.L., Becker, D.M., Moy, T. F., Gittelsohn, J., Koffman, D. M., 2001. Project Joy : Faith Based Cardiovascular Health Promotion for African American Women. *Public Health Report*, Volume 116,p 74