

JUKEMA

Volume 5 | Nomor 2 | Oktober 2019: 397 - 446

Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh

Aceh Public Health Journal

PKPKM

PUSAT KAJIAN DAN PENELITIAN KESEHATAN MASYARAKAT
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Editor-in-chief | Kepala Editor

Prof. Asnawi Abdullah, MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD.

Deputy Editor-in-chief | Deputy Kepala Editor

Dr. Radhiah Zakaria, MSc.

International Board of Advisors | Mitra Bestari

Nizam Ismail, MPH., PhD. | Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, Indonesia

Dr. Adang Bachtiar, MPH., DSc. | Universitas Indonesia, Indonesia

Dr. Hermansyah, MPH. | Poltekkes Kemenkes NAD, Indonesia

Dr. Ede Surya Darmawan, MDM. | Universitas Indonesia, Indonesia

Fachmi Ichwansyah, MPH., HR.Dp. PhD. | Loka Litbang. Biomedis Aceh, Indonesia

Prof. Dr. Ridwan, MKes., MSc.PH. | Universitas Hasanuddin, Indonesia

Hanifa M. Denny, MPH., PhD. | Universitas Diponegoro, Indonesia

Defriman Djafri, MPH, PhD. | Universitas Andalas, Indonesia

Prof. Dr. Irnawati Marsaulina, MS. | Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Prof. Budi Utomo, MPH., PhD. | Universitas Indonesia, Indonesia

Dr. Lal B. Rawal, Med., MA., MPH., PhD. | BRAC University, Bangladesh

Assoc. Prof. Dr. Victor Hoe Chee Wai | UKM, Malaysia

Prof. Johannes U. Just Stoelwinder | Monash University, Australia

Dr. Krishna Hort, MMBS., DTCH., DRCOG., MCH., FAFPHM. | University of Melbourne, Australia

Editorial Board | Dewan Penyunting

Fauzi Ali Amin, MKes.

Farida Hanum, MSi.

Vera Nazhira Arifin, MPH.

Editorial Administrator | Administrasi Editor

Agustina, SST., M.Kes dan Surna Lastri, MSi.

Layout | Tata Letak

Phossy Vionica Ramadhana, SKM., MKM.

Penerbit:

Pusat Kajian dan Penelitian Kesehatan Masyarakat (PKPKM)

Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Lantai II, Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA)

Jl. Muhammadiyah No.93, Bathoh, Lueng Bata, Banda Aceh, Aceh

Telp. (0651) 31054, Fax. (0651) 31053

Email: jukema@fkm.unmuha.ac.id atau jukemaunmuha@gmail.com

Website: <http://pps-unmuha.ac.id/pusat-kajian-dan-penelitian-kesehatan-masyarakat/>

Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh (*Aceh Public Health Journal*) atau disingkat dengan JUKEMA merupakan kumpulan jurnal ilmiah yang memuat artikel hasil penelitian atau yang setara dengan hasil penelitian di bidang ilmu kesehatan masyarakat, ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan. Jurnal ini diterbitkan 2 x dalam setahun (Februari dan Oktober) oleh PKPKM UNMUHA.

Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh

Aceh Public Health Journal

Volume 5, Nomor 2, Oktober 2019: 397 – 446

Editorial:

Peran Keluarga dan Pengetahuan terhadap Kualitas Gizi Bayi di Tinjau Dari Pemberian ASI Eksklusif dan Non Eksklusif

Eulisa Fajrina dan Nailissaadah

397-398

Analisis Faktor Penyebab Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Indonesia (Analisis Data SDKI 2017)

Essi Guspaneza dan Evi Martha

399-406

Kualitas Hidup Setelah Persalinan *Sectio Caesarea* dengan Kejadian Risiko Infeksi

Muliana, Aulina Adamy, dan Nizam Ismail

407-412

Kajian Faktor Penyebab dan Intervensi Gizi Spesifik untuk Mencegah Stunting di Kabupaten Lampung Utara

Heryanto dan Evi Martha

413-425

Perilaku Ibu Tentang Masa Pergantian Gigi dengan Persistensi pada Murid MIN Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2018

Elfi Zahara

426-431

Determinan Kejadian Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Kota Banda Aceh

Milza Oka Yusar, Aulina Adamy, dan Marthoenis

432-437

Kapasitas Organisasi Pusat Kesehatan Masyarakat dan Hubungannya dengan Kinerja Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kota Bekasi, Indonesia

Atrie Fitriah dan Ede Surya Darmawan

438-446

Template JUKEMA

Formulir

Berlangganan

Editorial:
**PERAN KELUARGA DAN PENGETAHUAN TERHADAP KUALITAS
GIZI BAYI DI TINJAU DARI PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN
NON EKSKLUSIF**

*Role of Families and Knowledge on Quality of Baby Nutrition in the Review of
Exclusive and Non-Exclusive Breastfeeding*

Eulisa Fajriana¹ dan Nailissaadah²

^{1,2} STIKes Muhammadiyah Banda Aceh
lismunas@gmail.com

ASI adalah makanan terbaik bagi bayi pada awal usia kehidupannya dan WHO merekomendasikan hanya memberikan ASI sampai bayi berusia 4-6 bulan. Berdasarkan data pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Lampaseh Kuta Radja Banda Aceh tahun 2017 di peroleh data ASI eksklusif bayi yang berusia (>6-12 bulan) 60.8%. Hal ini menandakan bahwa masih tingginya pemberian susu formula pada bayi di bawah umur 6 bulan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui peran keluarga dan pengetahuan terhadap status gizi bayi yang diberikan ASI eksklusif dan non ASI eksklusif pada usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Lampaseh Kota Banda Aceh tahun 2018.

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, angka pemberian ASI eksklusif pada bayi berumur 0-6 bulan hanya mencapai 30.2% angka yang relative masih sedikit, padahal dengan ASI dan menyusui baik ibumaupun bayi akan mendapat banyak manfaat bahkan hal ini juga berimbas ke lingkungan, masyarakat, dan Negara (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Aceh pada tahun 2013 diketahui cakupan pemberian ASI eksklusif di Provinsi Aceh adalah 48%, pada tahun 2014 adalah 55%, pada tahun 2015 bayi umur kurang dari 6 bulan, yang memperoleh ASI eksklusif (0-6 bulan) 53% dan pada tahun 2016 mencapai 55.79% dari jumlah bayi (Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2016).

Berdasarkan data pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Lampaseh Kuta Radja Banda Aceh Tahun 2016 diperoleh cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Lampaseh hanya 61%. Sedangkan tahun 2017 di peroleh data ASI eksklusif bayi yang berusia (>6-12 bulan) 60.8%. Hal ini menandakan bahwa masih tingginya pemberian susu formula pada bayi di bawah umur 6 bulan. Jumlah bayi usia 7-12 bulan periode Maret 2018 sampai Juni 2018 sebanyak 229 orang, dimana yang mengalami gizi pendek sebanyak 30 orang (13%) dan yang mengalami gizi kurang sebanyak 37 orang (16.1%).

Dari hasil uraian permasalahan yang telah disebutkan diatas penulis semakin tertarik untuk meneliti “*peran keluarga terhadap status gizi bayi yang diberikan ASI eksklusif dan ASI Non eksklusif pada usia >6-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Lampaseh Kuta Radja Banda Aceh tahun 2018*”.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari kelompok kasus yang peran keluarga kurang baik lebih besar yaitu 61.7% dibandingkan yang peran keluarga baik hanya 32.1%, sedangkan pada kelompok kontrol yang peran keluarga baik lebih besar yaitu 67.9% dibandingkan yang peran keluarga kurang baik hanya 38.3%. Berdasarkan hasil uji dengan menggunakan *Chi*

Square maka diketahui $P\text{ value}=0.021$ dimana $0.021 < 0.05$ maka ada hubungan antara peran keluarga dengan status gizi bayi dan terdapat nilai OR 3.293 yang berarti bahwa responden yang peran keluarga kurang 3 kali lebih besar berisiko mengalami gizi tidak normal dibandingkan dengan yang peran keluarga baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Riksani (2012) yang menyatakan bahwa peran ayah, keluarga dan semua pihak sangat membantu keberhasilan dalam pertumbuhan bayi. Selain itu upaya penyadaran serta pencerdasan masyarakat (terutama kaum ibu) menjadi tugas dan kewajiban semua pihak. Banyak orang tua yang merasa berpengalaman dan kurang berkenan dengan informasi dan perkembangan tentang gizi saat ini.

Keluarga merupakan kumpulan individu yang diikat dengan perkawinan atau adopsi, hidup dalam satu rumah dan saling berinteraksi dimana setiap individu mempunyai tanggung jawab masing-masing. Keluarga mempunyai arti yang sangat penting dalam masyarakat, karena pada dasarnya masyarakat terbentuk dari sejumlah keluarga yang berada pada suatu tempat, jadi keluarga sangat menentukan karakteristik dari suatu masyarakat. Selain itu keluarga juga dipengaruhi oleh masyarakat, adat istiadat, nilai-nilai dan kebiasaan yang berlaku pada suatu masyarakat, sehingga apabila ada pengaruh luar yang dirasakan tidak sesuai dengan norma-norma tersebut akan timbul reaksi penolakan (Noorkasiani, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes., **Profil Kesehatan Indonesia**, 2015, www.depkes.co.id, (Dikutip pada tanggal 27 November 2017).
2. Noorkasiani, **Sosiologi Keperawatan**, Jakarta: Buku Kedokteran EGC, 2012.
3. Profil Dinas Kesehatan Aceh, **Status Gizi Balita**, 2015.
4. Riksani, R., **Keajaiban ASI**, Jakarta: Dunia Sehat, 2012.
5. Riskesdas, **Stunting**, 2013, www.depkes.go.id.

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL DI INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI 2017)

*Analysis of Factors Causing Anemia Event in Pregnant Mothers in Indonesia
(Data Analysis of 2017 IDHS)*

Essi Guspaneza¹ dan Evi Martha²

¹Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok

²Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
essiguspaneza1908@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Anemia merupakan masalah kesehatan masyarakat terbesar di dunia terutama bagi kelompok Ibu hamil. Menurut WHO prevalensi anemia pada Ibu hamil diseluruh Asia sebesar 48.2%, Sedangkan prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37.1%. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab kejadian anemia pada ibu hamil di Indonesia. **Metode:** Penelitian ini adalah kuantitatif, desain *cross-sectional*. Populasinya adalah semua wanita hamil dari data SDKI 2017 di Indonesia berjumlah 1999 wanita, dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat. **Hasil:** Ibu hamil yang mengalami anemia sebesar 39% dan menunjukkan adanya hubungan konsumsi tablet Fe ($P\ value=0.0001$, $OR=311.630$), jarak kelahiran ($P\ value=0.0001$, $OR=164.300$) dan paritas ($P\ value=0.0001$, $OR=0.095$) terhadap kejadian anemia pada Ibu hamil setelah dikontrol oleh umur saat hamil ($P\ value=0.067$, $OR=1.658$). Probabilitas pengaruh variabel tersebut sebagai penyebab anemia pada Ibu hamil sebesar 99.17%. **Kesimpulan:** Faktor yang paling dominan penyebab terjadinya anemia pada Ibu hamil yaitu konsumsi tablet Fe. Saran untuk petugas kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan khususnya promosi pada ibu hamil lebih menekankan pada perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil khususnya promosi anemia ibu hamil dan cara minum tablet zat besi (Fe) salah satunya dengan sosialisasi pentingnya konsumsi tablet zat besi yang tepat.

Kata Kunci: Anemia, Tablet Fe, Jarak Kehamilan, umur Ibu hamil, Paritas.

ABSTRACT

Background: Anemia is the biggest public health problem in the world, especially for groups of pregnant women. According to WHO the prevalence of anemia in pregnant women throughout Asia is 48.2%, while the prevalence of anemia in pregnant women in Indonesia is 37.1%. The purpose of this study was to know the causes of anemia in pregnant women in Indonesia. **Method:** This research is a quantitative, cross-sectional design. The population is all pregnant women from the 2017 IDHS data in Indonesia totaling 1999 women, analyzed with the univariate, bivariate and multivariate. **Results:** Pregnant women who experienced anemia by 39% and showed an association of consumption of Fe tablets ($P\ value=0.0001$, $OR=311.630$) pregnancy spacing ($P\ value=0.0001$, $OR=164.300$), and parity ($P\ value=0.0001$, $OR=0.095$) on the incidence of anemia in pregnant women, after controlled of variable age at pregnancy ($P\ value=0.067$, $OR=1.658$). The probability of the influence of these variables as a cause of anemia in pregnant women is 99.17%. **Conclusion:** The most dominant factor causing anemia in pregnant women is Fe tablet consumption. Suggestions for health workers in conducting health promotion, especially promotion for pregnant women, emphasize more on changes that occur in pregnant women, especially in promoting anemia of pregnant women and how to take iron tablets (Fe), one of which is by socializing the importance of proper consumption of iron tablets.

Keywords: Anemia, Fe Tablets, Distance of Pregnancy, Age of Pregnant Women, Parity

PENDAHULUAN

Anemia adalah suatu keadaan dimana tubuh memiliki jumlah sel darah merah (eritrosit) yang terlalu sedikit, yang mana sel darah merah itu mengandung hemoglobin yang berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh (Proverawati, 2013). Anemia pada Ibu hamil disebut *potential danger to mother and children* (Potensial membahayakan ibu dan anak), dampak dari anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan pre-maturitas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD), saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan *His*, kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar, dan pada kala nifas terjadi *subinvolsi uteri* menimbulkan perdarahan pospartum, memudahkan infeksi puerperium, dan mengeluarkan ASI berkurang (Farsi, 2011). Karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan. Angka anemia kehamilan secara global menunjukkan nilai yang cukup tinggi (Kautsar, 2011). Frekuensi anemia dalam kehamilan di dunia cukup tinggi berkisar 10% dan 20% (Kemenkes, 2014). Menurut WHO secara global prevalensi anemia pada ibu hamil diseluruh Asia sebesar 48.2%. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37.1% (Kemenkes, 2013).

Anemia merupakan masalah kesehatan masyarakat terbesar di dunia terutama bagi kelompok ibu hamil, hamil dapat menimbulkan kelelahan, badan lemah, penurunan kapasitas/kemampuan atau produktifitas kerja. Penyebab paling umum dari anemia pada kehamilan adalah kekurangan zat besi, asam folat, dan perdarahan akut dapat terjadi karena interaksi antara keduanya (Prawirohardjo,

2009).

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya anemia pada saat kehamilan diantaranya kepatuhan konsumsi tablet Fe, umur, paritas, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan. berkaitan dengan hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian pada ibu hamil di Indonesia dengan menggunakan data SDKI 2017 agar dapat diketahui penyebab terjadinya anemia pada ibu hamil, sehingga dapat dijadikan dasar untuk perbaikan status kesehatan ibu dan anak. Untuk itu pada studi ini akan dilakukan penelitian yang berjudul faktor penyebab kejadian anemia pada Ibu hamil di Indonesia dengan menggunakan data SDKI 2017.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah kuantitatif, menggunakan data sekunder dari SDKI 2017 (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia), dengan desain *cross-sectional*. Dalam *cross sectional study*, variabel independen (faktor risiko) dan variabel dependen (efek) dinilai secara bersamaan pada satu waktu (Notoatmodjo, 2012).

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian anemia pada ibu hamil. Sedangkan variabel independen yaitu konsumsi tablet Fe, umur ibu saat hamil, paritas, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan dan jarak kehamilan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua wanita hamil berusia 15-49 tahun di Indonesia jumlahnya sebanyak 2003 dengan 4 data *missing*, sehingga data lengkap tanpa missing jumlahnya adalah 1999 responden di Indonesia dan tercatat di dalam SDKI 2017.

Analisis dalam penelitian ini yaitu secara *univariat*, *bivariat* menggunakan uji *Chi Square* untuk menemukan kandidat yang akan masuk dalam analisis multivariat, dan Analisis multivariat menggunakan uji *regresi logistik* untuk melihat faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian anemia.

HASIL

Berdasarkan hasil analisis univariat distribusi frekuensi pada Tabel 1, ditemukan ibu hamil di Indonesia yang mengalami anemia sebesar 39%, kurang dari setengah ibu hamil yang mengkonsumsi tablet Fe (24.8%), Sedangkan untuk jarak kehamilan ditemukan adanya jarak kehamilan yang risiko tinggi dengan jarak ≥ 2 Tahun

sebesar 39.7% , untuk umur Ibu saat hamil lebih dari setengah pada usia 20-35 tahun (78.5%) dengan paritas 0-3 anak lebih dari setengah yaitu (94.6%). Lebih dari setengah Wanita di Indonesia memiliki tingkat pendidikan tinggi yaitu sebesar 78.8%. Serta lebih dari setengah wanita di Indonesia tidak bekerja yaitu sebesar 58.9%.

Tabel 1. Analisis Univariat Distribusi Responden pada Ibu Hamil di Indonesia

Variabel	n	%
Kejadian Anemia		
Tidak mengalami anemia	1219	61
Mengalami anemia	780	39
Konsumsi Tablet Fe		
Mengonsumsi Tablet Fe	1503	75.2
Tidak Mengonsumsi Tablet Fe	496	24.8
Jarak Kehamilan		
Risiko Rendah (≥ 2 Tahun)	1206	60.3
Risiko Tinggi (< 20 Tahun)	793	39.7
Umur Saat Hamil		
20-35 Tahun	1569	78.5
<20 atau >35 tahun	430	21.5
Paritas		
0-3 anak	1891	94.6
>3 anak	108	5.4
Tingkat Pendidikan		
Pendidikan Tinggi	1576	78.8
Pendidikan Rendah	423	21.2
Status Pekerjaan		
Tidak Bekerja	1177	58.9
Bekerja	822	41.1

Tabel.2 Analisis Bivariat dari Faktor Penyebab Anemia Ibu Hamil di Indonesia

Variabel	Tidak Mengalami Anemia		Mengalami Anemia		P value	OR (95% CI)
	n	%	n	%		
Variabel Independen						
Konsumsi Tablet Fe						
Mengonsumsi Tablet Fe	1184	78.8	319	21.2		
Tidak Mengonsumsi Tablet Fe	35	7.1	461	92.9	0.0001	48.887 (33.930-70.437)

Tabel 2. Lanjutan

Variabel	Tidak Mengalami Anemia		Mengalami Anemia		<i>P value</i>	OR (95% CI)
	n	%	n	%		
Variabel Independen						
Jarak Kelahiran						
Risiko Rendah (≥ 2 Tahun)	1101	91.3	105	8.7		
Risiko Tinggi (< 2 Tahun)	118	14.9	675	85.1	0.0001	59.982 (45.340-79.352)
Umur Saat Hamil						
20-35 Tahun	1105	70.4	464	29.6		
< 20 Tahun atau < 35 Tahun	114	26.5	316	73.5	0.0001	6.601 (5.193-8.392)
Paritas						
0-3 Anak	1198	63.4	693	36.6		
> 3 Anak	21	19.4	87	80.6	0.0001	7.162 (4.407-11.639)
Tingkat Pendidikan						
Pendidikan Tinggi	978	241	598	181		
Pendidikan Rendah	62.1	57	37.1	43.8	0.065	1.235 (0.993-1.535)
Status Pekerjaan						
Tidak Bekerja	732	62.2	445	37.8		
Bekerja	487	59.2	335	40.8	0.20	1.132 (0.943-1.358)

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan masing-masing variabel. Variabel yang akan dianalisis dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu konsumsi tablet Fe, jarak kehamilan, umur saat hamil, paritas, tingkat pendidikan, status pekerjaan.

Tabel 2 dapat dilihat bahwa ada hubungan konsumsi tablet Fe (p value=0.0001), ada hubungan jarak kehamilan (p -value=0.009) ada hubungan antara umur saat hamil (p -value=0.0001), ada hubungan paritas (p -value=0.0001) dengan kejadian anemia pada Ibu hamil di Indonesia. Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dan status kerja dengan kehamilan yang tidak diinginkan dengan masing-masing nilai- p adalah 0.065 dan 0.20. Nilai Odds Ratio (OR) untuk variabel konsumsi tablet Fe yang diperoleh 48.887 (95% CI: 48.887: 33.930-70.437) dimana kelompok ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe memiliki risiko

48.8 kali mengalami anemia dibandingkan dengan Ibu hamil yang mengkonsumsi tablet Fe, nilai OR dari variabel jarak kelahiran yang diperoleh 59.982 (95% CI: 45.340-79.352) dimana ibu hamil dengan jarak kehamilannya berisiko tinggi memiliki risiko 59.9 kali mengalami anemia dibandingkan dengan Ibu hamil yang jarak kehamilannya risiko rendah. Untuk OR umur saat hamil diperoleh 6.601 (95% CI: 5.193-8.392) di mana kelompok Ibu hamil yang berusia <20 atau >35 tahun memiliki risiko 6.6 kali akan mengalami kejadian anemia dibandingkan dengan Ibu hamil pada kelompok usia 20-35 tahun serta nilai OR dari variabel paritas yang diperoleh adalah 7.162 (CI 95%: 4.407-11.639) yang berarti wanita yang memiliki paritas >3 anak akan 7.1 kali berisiko mengalami anemia dibandingkan dengan paritas 0-3 anak.

Tabel 3. Analisis Multivariat dari Faktor Penyebab Anemia Ibu Hamil di Indonesia

Variabel	B	P value	OR	95% CI
Konsumsi Tablet Fe	5.742	0.0001	311.630	155.562-624.276
Jarak Kelahiran	5.102	0.0001	164.300	98.776-273.291
Umur saat hamil	0.505	0.067	1.658	0.966-2.846
Paritas	-2.359	0.0001	0.095	0.039-0.229
Constant	-4.200	0.0001	0.015	

Berdasarkan Tabel 3 dari analisis multivariat regresi logistik didapatkan faktor yang dominan sebagai penyebab kejadian anemia pada Ibu hamil yaitu konsumsi table Fe yang mana diperoleh adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara konsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia pada Ibu hamil (*p-value*=0.0001) dengan nilai OR 311.6 artinya 311.6 Ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe mengalami anemia sebesar 311.6 kali lebih risiko dibandingkan dengan Ibu yang mengkonsumsi table Fe. Terlihat bahwa umur saat hamil nilai *p-value* lebih besar dari 0.05 (>0.05) akan tetapi setelah variabel umur dikeluarkan dari model hasilnya adanya perubahan OR lebih dari 10%, sehingga variabel umur dimasukan kembali dan disebut *confounder* dan juga secara teori umur saat hamil berpengaruh terhadap kejadian anemia.

Berdasarkan Tabel 3 diatas didapatkan persamaan model regresi logistik diatas adalah logit kejadian anemia pada ibu hamil = -4.200 + 5.742 (konsumsi tablet Fe) + 5.102 (jarak kehamilan) + 0.505 (umur saat hamil) + -2.359 (paritas).

Probabilitas Ibu hamil yang tidak mengkonsumsi Fe yang mengalami anemia berdasarkan nilai-nilai prediktor dihitung dengan persamaan:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}}$$

Maka probabilitas Ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe, jarak kelahiran yang berisiko, paritas >3 anak serta umur saat hamil <20 or >35 tahun:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}}$$

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(-4,200 + 5,742(1) + 5,102(1) + 0,505(1) + -2,359(1))}}$$

$$= \frac{1}{1 + e^{-(-4,777)}} = 0.9917 = 99.17\%$$

Artinya probabilitas Ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe, jarak kelahiran yang berisiko, paritas >3 anak serta umur saat hamil <20 or >35 tahun akan mengalami kejadian anemia sebesar 99.17%.

PEMBAHASAN

Konsumsi Tablet Fe terhadap Kejadian Anemia pada Ibu Hamil

Ibu hamil sangat memerlukan konsumsi tablet Fe, karena tablet Fe adalah tablet tambah darah untuk menanggulangi anemia gizi besi yang diberikan kepada ibu hamil. Disamping itu kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta (Kautsar, 2011).

Dalam penelitian ini konsumsi tablet Fe berhubungan dengan kejadian anemia, karena ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe yang cukup cenderung untuk mengalami anemia dibandingkan dengan Ibu hamil yang mengkonsumsi tablet Fe yang cukup. Hal ini sejalan dengan teori Wikjosatro mengatakan bahwa keperluan akan zat besi (Fe) pada kehamilan akan bertambah terutama pada trisemester akhir, pada proses pematangan sel darah merah zat

besi diambil dari transferin plasma yaitu cadangan besi dalam serum. Apabila cadangan plasma tidak cukup makan akan mudah terjadi anemia (Wikjosatro, 2011).

Hal ini juga sama ditemukan oleh Buana (2014), Ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe mempunyai peluang 2,286 kali untuk menderita anemia dibandingkan dengan yang mengkonsumsi tablet Fe (Buana, 2014). Dan juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh St Fatimah dkk. (2011) bahwa kadar hemoglobin pada Ibu hamil berhubungan dengan tablet besi.

Jarak Kelahiran dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil

Salah satu penyebab anemia adalah jarak kehamilan yang pendek <2 tahun, karena memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe dalam tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya (Amiruddin, 2014).

Pada penelitian ini jarak kehamilan berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil, jarak kehamilan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin atau anak yang rendah dan ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri terutama dari asupan gizi, jika gizi ibu kurang maka ibu akan rentan mengalami anemia. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amiruddin tentang studi kasus kontrol faktor biomedis terhadap kejadian anemia ibu hamil di Puskesmas Bantimurung, penelitian ini menyimpulkan bahwa variabel yang berhubungan adalah jarak kelahiran dan umur ibu hamil. Dengan demikian maka disarankan bahwa untuk menekan kejadian anemia dengan berbagai dampaknya (Amiruddin, 2014).

Perencanaan kehamilan atau persalinan sangat penting dilaksanakan pada setiap

pasangan untuk menekan jarak kehamilan >2 tahun dan kejadian anemia pada Ibu hamil dengan mengkonsumsi makanan kaya protein, zat besi dan asam folat.

Umur saat Hamil dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil

Berdasarkan hasil penelitian diketahui tidak adanya hubungan yang bermakna antara umur saat hamil dengan kejadian anemia. Akan tetapi setelah variabel umur dikeluarkan dari model maka hasilnya adanya perubahan OR lebih dari 10%, sehingga variabel dimasukkan kembali dan disebut sebagai confounder. Akan tetapi sesuai teori umur berpengaruh terhadap kejadian anemia, yang mana umur reproduksi yang sehat dan aman adalah umur 20-35 tahun. Kehamilan di usia <20 tahun dan diatas 35 tahun menyebabkan anemia, diusia <20 tahun secara fisik alat reproduksinya belum siap. Secara biologisnya belum cukup dewasa dan matang untuk menjadi seorang ibu sehingga belum optimal emosi dan cenderung labil. Kondisi mental yang belum matang mudah mengalami keguncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama proses kehamilan sehingga dapat menyebabkan anemia. Hal ini sejalan dengan penelitian Febriana yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil menunjukkan bahwa ada hubungan antara ibu hamil dengan kejadian anemia (Febriana, 2011).

Paritas dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil

Pada penelitian ini paritas berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Menurut peneliti hal ini dikarenakan paritas merupakan salah satu faktor penting dalam kejadian anemia zat besi pada ibu hamil. Hasil penelitian ini ditunjang oleh teori seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko

mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi, karena selama hamil zat-zat gizi akan berbagi untuk ibu dan janin yang dikandungnya. Semakin sering seorang melahirkan maka semakin besar risiko kehilangan darah dan berdampak pada penurunan kadar Hb. Setiap kali wanita melahirkan, jumlah zat besi yang hilang diperkirakan sebesar 250 mg (Djamilus, 2008). Hal yang sama ditemukan oleh Darlina yaitu bahwa ibu hamil dengan paritas tinggi berisiko 33 kali untuk anemia (Darlina, 2011).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terkait dengan analisis faktor penyebab anemia pada ibu hamil di Indonesia yaitu didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara konsumsi tablet Fe, jarak kelahiran dan paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil di Indonesia setelah dikontrol oleh variabel umur saat hamil. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa hasil dari model akhir analisis multivariat diperoleh adanya variabel yang paling dominan penyebab terjadinya anemia pada ibu hamil yaitu konsumsi tablet Fe. Nilai *Odds Ratio* (OR) untuk variabel konsumsi table Fe 311, 630 (155.562-624.276) itu berarti bahwa ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet Fe akan mengalami anemia sebesar 311.6 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang mengkonsumsi tablet Fe.

Saran

Diharapkan tenaga kesehatan khususnya petugas kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan khususnya promosi pada ibu hamil lebih menekankan pada perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil khususnya promosi anemia ibu hamil dan cara meminum tablet zat

besi salah satunya dengan sosialisasi pentingnya konsumsi tablet zat besi yang tepat. Dan untuk ibu hamil hendaknya memperhatikan pola konsumsi gizi, pola istirahat, dan faktor-faktor yang mampu menurunkan risiko anemia ketika hamil. Untuk ibu hamil hendaknya aktif mencari informasi tentang cara pencegahan anemia pada ibu hamil baik dengan bertanya pada petugas kesehatan maupun dengan mencari informasi di media-media yang ada di lingkungan sekitar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amiruddin, R., **Studi Kasus Kontrol Anemia Ibu Hamil**, *Journal Medica UNHAS*, Fakultas Kesehatan Masyarakat; 2014; Vol. 25, No. 2.
2. Buana, A., **Status Anemia Gizi Ibu Hamil dan Hubungannya dengan Beberapa Faktor di Kecamatan Abung Surakarta Kabupaten Lampung Utara Tahun 2014**, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia Tahun; 2014.
3. Darlina, **Faktor Risiko Anemia Pada Ibu Hamil di Bogor**; 2011.
4. Djamilus, Herlina, **Faktor Risiko Kejadian Anemia Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor**; 2008.
5. Farsi, Y., Brooks, D., Werler, M., Cabral, H., Al-Syafei, M., Wallenburg, H., **Effect of High Parity on Occurrence of Anemia in Pregnancy: a Cohort Study**, *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2011, Vol. 11, No.7, p.p. 7.
6. Febriana, S., **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia pada Ibu hamil di Puskesmas Gandus Palembang 2010**, *Jurnal Kesehatan*, Akademi Kebidanan Rizki Patya Palembang. 2011.
7. Kautsar, Damanik, M. R., **Hubungan antara Intensitas Pemeriksaan Kehamilan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Konsumsi Tablet**

- Besi dengan Tingkat Keluhan Selama Kehamilan, *Jurnal Gizi dan Pangan*; 2011, Vol. 3, No. 1, p.p. 12-21.**
8. Kementerian Kesehatan RI., **Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak**, Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan; 2014.
 9. Kemenkes RI., **Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS**, Jakarta: Balitbang Kemenkes RI; 2013.
 10. Notoatmodjo, S., **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
 11. Prawirohardjo, S., **Ilmu Kebidanan**, Jakarta: Yayasan Bisa Pustaka Sarwono; 2009.
 12. Proverawati, A., **Anemia dan Anemia Kehamilan**, Yogyakarta; 2013.
 13. St Fatimah, Veni, D., Burhanudin, B., Zulkifli, A., **Pola Konsumsi dan Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil di Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan, *Jurnal Kesehatan*; 2011, Vol 15, No. 1, p.p. 31-36.**
 14. Wikjosatro, **Ilmu Kebidanan**, Jakarta: YPB SP; 2011.

KUALITAS HIDUP SETELAH PERSALINAN *SECTIO CAESAREA* DENGAN KEJADIAN RISIKO INFEKSI

Quality of Life after Labor Sectio Caesarea with the Risk of Infection

Muliana¹, Aulina Adamy² dan Nizam Ismail³

^{1,2}Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Aceh, Batoh, Banda Aceh, 23245

³Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, Blang Padang, Banda Aceh

¹Mauliana.9393@gmail.com, ²Aulinaunmuha@gmail.com, ³Nizam_ismail@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Infeksi bedah adalah infeksi yang terjadi setelah operasi dalam waktu 30 hari di bagian tubuh tempat operasi berlangsung. Infeksi ditandai dengan adanya cairan nanah yang berasal dari luka, nyeri, pembengkakan di tempat luka kemerahan serta peningkatan suhu tubuh. Infeksi bedah sesar dapat meningkatkan angka kesakitan bagi setiap wanita yang baru saja melahirkan. Berdasarkan data wawancara dengan 10 responden yang melahirkan sesar di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh, rata-rata mengatakan setelah dua atau 3 hari pasca melahirkan ibu mengalami infeksi luka operasi. Penyebabnya salah satu karena umur risiko tinggi saat melahirkan, adanya komplikasi kehamilan dan riwayat persalinan sebelumnya SC. **Metodologi:** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan *case control study* yaitu menentukan kelompok kasus dan kelompok control yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh mulai bulan Mei samapai dengan Juni 2019. Responden dalam penelitian ini berjumlah 76 orang, dimana 38 orang (kelompok kasus) dan 38 orang (kelompok control). **Hasil:** hasil penelitian diketahui ada hubungan kualitas hidup dengan kejadian risiko infeksi dengan *p-value* 0.002 dan OR 4.9. **Kesimpulan:** Pemberian profilaksis antimikroba efektif dalam mengurangi kejadian infeksi luka setelah operasi dan mengurangi risiko bakteri residen yang mengatasi segera sistem kekebalan tubuh setelah persalinan. Disarankan untuk petugas kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, pengembangan, dan implementasi dalam meminimalkan terjadinya risiko infeksi pada semua pasien terutama pada pasien yang melahirkan dengan operasi sesar serta segera memberikan antibiotik setelah operasi.

Kata Kunci: Risiko Infeksi, Kualitas Hidup, *Sectio Caesarea*

ABSTRACT

Introduction: Surgical infection is an infection that occurs after surgery within 30 days in the part of the body where the operation takes place. Infection is marked by the presence of pus fluid from wounds, pain, swelling in the reddish wound and an increase in body temperature. Cesarean section infection can increase morbidity for every woman who has just given birth. Based on interview data with 10 respondents who gave birth to a cesarean at the Meuraxa General Hospital in Banda Aceh City, on average, said that after two or three days after giving birth the mother had a surgical wound infection. One reason is because of the high risk age during childbirth, the existence of pregnancy complications and a history of previous labor SC. **Methods:** This research is a quantitative study using a case control study that determines the case group and the control group which is carried out at the Meuraxa General Hospital in Banda Aceh City from May to June 2019. Respondents in this study numbered 76 people, of which 38 people (group cases) and 38 people (control group). **Results:** The results of the study revealed that there was a relationship between quality of life and the risk of infection with a *p-value* of 0.002 and OR 4.9. **Conclusion:** Antimicrobial prophylaxis is effective in alleviating the incidence of wound infection after surgery and reducing the risk of resident bacteria that overcome the immune system immediately after delivery. It is recommended for health workers to increase awareness, development, and implementation in minimizing the risk of infection in all patients, especially in patients who give birth by cesarean section and immediately give antibiotics after surgery.

Keywords: Infection Risk, Quality of Life, Cesarean Section

PENDAHULUAN

Persalinan dengan *Sectio caesarea* (*operasi sesar*) terus meningkat diseluruh dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi, serta telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama dan kontroversial (Betran *et al.*, 2014). Di Indonesia pada tahun 2017 persalinan *sectio caesarea* meningkat mencapai 89% (SDKI, 2017). WHO memperkirakan jumlah *section caesarea* 5-15%. Lebih dari 15% dianggap tidak menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik (WHO, 2015).

Infeksi bedah adalah infeksi yang terjadi setelah operasi sesar dalam waktu 30 hari di bagian tubuh tempat operasi berlangsung. Beberapa gejala yang timbul adalah drainase cairan berasal dari luka operasi, nyeri, pembengkakan di tempat luka, kemerahan serta peningkatan suhu tubuh (Whiting *et al.*, 2003).

Di antara operasi obstetrik dan ginekologis, operasi sesar adalah operasi paling umum dikaitkan dengan konskuensi waktu singkat yang dapat meningkatkan morbiditas ibu, proses perawatan yang lama di rumah sakit dan meningkatkan biaya medis (Olsen *et al.*, 2008). Infeksi obstetrik merupakan penyebab paling umum kedua kematian ibu setelah perdarahan *post partum*. Di antara pasien bedah dalam kebidanan, infeksi bedah adalah infeksi nosokomial atau 38% dari infeksi rumah sakit (Amenu D *et al.*, 2011).

Sekitar 18.5 juta operasi sesar dilakukan setiap tahun di seluruh dunia. Mayoritas Negara yang menghasilkan 18.5 juta sesar berasal dari Afrika (68.5%) dan Asia (29.6%). Karena peningkatan yang terus menerus di seluruh dunia dalam insiden kelahiran sesar, jumlah wanita yang terinfeksi terus diperkirakan meningkat. Infeksi setelah operasi sesar menyebabkan beban fisik, psikologis, beban ekonomi dalam keluarga dan masyarakat (Gibbons *et al.*, 2010). Infeksi wanita setelah persalinan dengan sesar

meningkat delapan kali lipat dari pada persalinan pervaginam berkisar 3% hingga 15% (Newlin *et al.*, 2015). Infeksi luka operasi sesar menjadi beban substansial bagi sistem kesehatan dan pencegahan di negara-negara berkembang. Perkiraan global infeksi setelah operasi sesar adalah 0.5-15% (Dhar *et al.*, 2014).

Berdasarkan klasifikasi luka bedah, operasi sesar adalah jenis operasi yang terkontaminasi di mana kemungkinan infeksi terkait prosedur pembedahan. Jika ditangani dengan benar, infeksi bedah berkurang. Sejumlah faktor yang terkait terhadap peningkatan infeksi operasi sesar adalah ketuban pecah dini memiliki kemungkinan enam kali lebih besar mengalami infeksi pasca operasi, juga dengan membran janin yang bertindak sebagai penghalang infeksi, wanita yang memiliki korioaminitas enam belas kali lebih mungkin memiliki infeksi pasca operasi, wanita yang tinggal di daerah pedesaan lima kali lebih mungkin memiliki infeksi dibandingkan wanita yang tinggal di perkotaan karena terbatasnya akses ke sanitasi air bersih, persalinan lama enam kali lebih besar terjadinya infeksi pasca operasi, kehilangan darah dan wanita dengan HIV juga penyebab terjadinya risiko infeksi pasca operasi (Wendmagegn *et al.*, 2018).

Infeksi bedah sesar dapat meningkatkan angka kesakitan bagi setiap wanita yang setelah melahirkan. Jelas bahwa infeksi yang dialami oleh wanita setelah persalinan secara negatif mempengaruhi kualitas hidup setelah kelahiran (Mousavi, 2013).

Kualitas hidup (QOL) adalah perasaan yang dimiliki individu sehubungan dengan kondisi kehidupan mereka dalam hal sistem budaya dan nilai berdasarkan tujuan, harapan, standar dan minat. Kualitas hidup memiliki dimensi yang berbeda termasuk dimensi fisik, dan dimensi psikologis, dimensi kemandirian, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan (Rezaei *et al.*, 2018). Kualitas hidup (QOL) merupakan indikator penting

mengenai kualitas kesehatan (Soetrisno. *et al.*, 2016).

Berdasarkan wawancara dengan 10 responden yang melahirkan sesar di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh saat melakukan control ulang di poli kebidanan, rata-rata mengatakan setelah dua atau 3 hari pasca melahirkan ibu mengalami infeksi pada luka operasi, baik adanya cairan putih bercampur darah, kemerahan pada luka, pembengkakan, panas daerah luka, serta ada yang sebagian sampai keluar cairan nanah.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan *case control study* yaitu menentukan kelompok kasus dan kelompok control, kemudian mengukur besarnya jumlah paparan pada kedua kelompok (Adik, 2014). Pengumpulan data di lakukan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh pada bulan Mei s/d Juni 2019 dengan menggunakan kuesioner pada 38 responden yang mengalami infeksi dan 38 responden yang tidak mengalami infeksi. Analisis data dilakukan dengan menggunakan logistik regresi.

HASIL

Dari hasil analisis univariat dan bivariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi karakteristik dan kualitas hidup dengan kejadian risiko infeksi di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh menunjukkan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik

Karakteristik	f	%
Umur Ibu		
Risiko Rendah	36	47.4
Risiko Tinggi	40	52.6
Paritas		
Primipara	18	23.7
Multipara	58	76.3

Tabel 1. Lanjutan

Karakteristik	f	%
Pendidikan		
Tinggi	20	26.3
Menengah	28	36.8
Dasar	28	36.8
Pekerjaan		
Bekerja	26	34.2
Tidak Bekerja	50	65.8
Komplikasi Kehamilan		
Tidak Ada	51	67.1
Ada	25	32.9
Riwayat Persalinan Sebelumnya		
Normal	33	43.4
SC	43	56.6

Sumber Data Primer diolah Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan responden umur risiko tinggi sebanyak 40 (52.6%), sedangkan umur risiko rendah sebanyak 36 (47.4%). Responden paritas multipara 58 (76.3%), sedangkan paritas primipara sebanyak 18 (23.7%). Responden yang pendidikan menengah dan dasar semua 28 (36.8%), sedangkan pendidikan tinggi 20 (26.3%). Responden yang tidak bekerja 50 (65.8%), sedangkan yang bekerja 26 (34.2%), responden yang tidak ada komplikasi kehamilan sebanyak 51 (67.1%), sedangkan yang ada komplikasi kehamilan 25 (32.9%). Dan responden yang memiliki riwayat persalinan sebelumnya SC sebanyak 43 (56.6%) sedangkan yang riwayat persalinan normal sebanyak 33 (43.4%).

Tabel 2 Faktor Kualitas Hidup Dengan Kejadian Risiko Infeksi

Risiko Infeksi	Ada n (%)	Tidak Ada n (%)	OR (p value)
Kualitas Hidup			
Baik	15 (39.5)	29 (76.3)	
Buruk	23 (60.5)	9 (23.7)	4.9 (0.002)

Sumber Data Primer diolah Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 2 di atas di peroleh presentase kejadian risiko infeksi pada responden yang kualitas hidupnya baik mengalami risiko infeksi sebanyak 39.5% lebih rendah bila dibandingkan dengan responden yang kualitas hidup buruk mengalami risiko infeksi sebanyak 60.5%. Jadi kesimpulannya ada hubungan antara kualitas hidup dengan kejadian risiko infeksi setelah persalinan *sectio caesarea* dimana OR 4.9 dan p-value 0.002.

PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa semua ibu yang mengalami risiko infeksi setelah melahirkan operasi sesar memiliki kualitas hidup buruk. Infeksi luka operasi merupakan infeksi yang terjadi ketika mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh lain atau lingkungan masuk ke dalam insisi yang terjadi dalam waktu 30 hari ditandai dengan adanya pus (nanah), inflamasi (radang), nyeri dan rasa panas. Infeksi luka operasi menjadi penyulit yang serius pada wanita setelah operasi sesar sehingga berdampak terhadap kualitas hidup (Fery Putra Tias Sandy. *et al.*, 2015).

Penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Liu *et al.* (2018) bahwa luka bedah berisiko terjadinya infeksi. Kontaminasi dapat berasal dari pasien, dan lingkungan sekitarnya. Menurut Dhar *et al.* (2014) empat kali infeksi bedah sesar terjadi karena ketuban pecah dini 53 % dan tiga kali terjadi karena *Diabetes Mellitus* 16 %. Faktor risiko utama penyebab infeksi luka pasca operasi sesar seperti obesitas, persalinan lama, gangguan imunosupresif, korioamnionitis, persalinan sesar sebelumnya, obat-obatan tertentu seperti steroid, kurangnya perawatan antimikroba pra- sayatan, hipertensi, anemia, dan hematoma luka. Infeksi yang paling umum adalah infeksi nosokomial yaitu infeksi yang didapat dari rumah sakit. Infeksi luka pasca operasi sesar dapat meningkatkan morbiditas ibu.

Oleh karena itu, pencegahan infeksi pada pasien bedah sesar sangat diperlukan. Salah satu upaya pencegahannya adalah dengan pemutusan transmisi. Penerapan tehnik dan prosedur yang benar dari petugas merupakan perilaku yang paling penting dalam upaya pencegahan infeksi. Asumsi peneliti risiko infeksi berhubungan dengan kualitas hidup, karena ibu yang mengalami infeksi tidak bisa merawat bayinya pada minggu-minggu pertama setelah persalinan. Hal ini sering menyebabkan ibu mengalami stress berat. Untuk mencegah infeksi luka operasi perlu dilakukan tindakan pencegahan seperti antiseptik, persiapan pra operasi, pengurangan durasi operasi, pengurangan kehilangan darah, penggunaan jahitan yang mudah diserap dan menghindari infeksi silang.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Besarnya infeksi setelah operasi sesar disebabkan persalinan lama, ketuban pecah dini, penyakit *Diabetes Mellitus*, obesitas, gangguan imunosupresif, korioamnionitis, umur risiko tinggi saat melahirkan, persalinan sesar sebelumnya, obat-obatan tertentu seperti steroid, kurangnya perawatan antimikroba. Pemberian profilaksis antimikroba efektif dalam mengurangi kejadian infeksi luka setelah operasi dan dapat mengurangi risiko bakteri residen yang mengatasi segera sistem kekebalan tubuh setelah persalinan.

Saran

Disarankan untuk petugas kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, pengembangan, dan implementasi dalam meminimalkan terjadinya risiko infeksi pada semua pasien terutama pada pasien yang melahirkan dengan operasi sesar serta segera memberikan antibiotik setelah operasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adik, W., **Metodelogi Penelitian Praktis di Bidang Kesehatan**, Ed.1, editor, Jakarta: Rajawali Pers; 2014. 130-132 p.
2. Amenu, D., Belachew, T., and Araya F., **Surgical Site Infection Rate and Risk Factors Among Obstetric Cases of Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia**, *Ethiop J Health Sci*; 2011, Vol. 21, No. 2, p.p. 91-100.
3. Betran, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M. and Torloni M. R. J. P., **A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve it**; 2014, Vol. 9, No. 6, p.p. e97769.
4. Dhar, H., Al-Busaidi, I., Rathi, B., Nimre, E. A., Sachdeva, V. and Hamdi, I., **A Study of Post-Caesarean Section Wound Infections in a Regional Referral Hospital, Oman**, *Sultan Qaboos Univ Med J*, 2014; Vol. 14, No. 2, p.p. e211-7.
5. Fery, P. T. S., Roni, Y., and Ngesti, W. U., **Infeksi Luka Operasi (ILO) Pada Pasien Post Operasi Laparotomi**, *Jurnal Keperawatan Terapan*; 2015, Vol. 1 No. 1, p.p. 4-2.
6. Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M. and Althabe, F. J. W., **The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage**; 2010, Vol. 30, No. 1, p.p. 31.
7. Liu, Z., Dumville, J. C., Norman, G., Westby, M. J., Blazeby, J., Mcfarlane E., *et al.*, **Intraoperative Interventions for Preventing Surgical Site Infection: An Overview of Cochrane Reviews**, *Cochrane Database Syst Rev*; 2018; Vol. 2.
8. Mousavi, S. A., **Quality of Life After Cesarean and Vaginal Delivery**, *Oman Medical Journal*; 2013, Vol. 28 No.4, p.p. 245-251.
9. Newlin, C., Kuehl, T. J., Pickrel, A., Cawyer, C. R., Jones, R. O. J. O. J. O. O., and Gynecology, **Cesarean Section Incision Complications and Associated Risk Factors: a Quality Assurance Project**; 2015, Vol. 5, No. 14, p.p. 789.
10. Olsen M.A., Butler A.M., Willers D.M., Devkota P., Gross G.A. & Fraser V.J., **Risk Factors for Surgical Site Infection After Low Transverse Cesarean Section**, *Infect Control Hosp Epidemiol*; 2008, Vol. 29, No. 6, p.p. 477-84; Discussion 485-6.
11. Rezaei, N., Tavalae, Z., Sayehmiri, K., Sharifi, N., and Daliri, S., **The Relationship Between Quality of Life and Methods of Delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis**, *Electron Physician*; 2018, Vol. 10, No. 4, p.p. 6596-6607.
12. SDKI, **Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia**, Jakarta: Kementerian Kesehatan Dan Badan Pusat Statistik; 2017.
13. Soetrisno, M. N., Sri S., and Asih, A., **The Difference of Quality of Life in 3-12 Months Postpartum in Normal Delivery and Vacuum Extraction**, *Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine*; 2016.
14. Wendmagegn, T. A., Abera, G. B., Tsehaye, W. T., Gebresslasie, K. B., and Tella, B. G., **Magnitude and Determinants of Surgical Site Infection Among Women Underwent Cesarean Section in Ayder Comprehensive Specialized Hospital Mekelle City, Tigray Region, Northern Ethiopia, 2016**, *BMC Pregnancy Childbirth*; 2018, Vol. 18, No. 1, p.p. 489.
15. Whiting, P., Rutjes, A. W., Reitsma, J. B., Bossuyt, P. M., and Kleijnen, J., **The Development of QUADAS: A Tool for The Quality Assessment of Studies of Diagnostic Accuracy**

Included in Systematic Reviews,
BMC Med Res Methodol; 2003, Vol. 3,
p.p. 25.

16. WHO., **Statement on Caesarean Section Rates, Switzerland: Human Reproduction Programme**; 2015.

KAJIAN FAKTOR PENYEBAB DAN INTERVENSI GIZI SPESIFIK UNTUK PENCEGAHAN *STUNTING* DI KABUPATEN LAMPUNG UTARA

*Study of Causal Factors and Specific Nutritional Intervention for Stunting Prevention
in North Lampung Regency*

Heryanto¹ dan Evi Martha²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

²Kepala Departemen PKIP Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

¹heryanto.umar@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: *Stunting* merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan. Penyebab langsung *stunting* adalah kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit infeksi. Upaya penurunan *stunting* dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan untuk mengatasi penyebab langsung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor penyebab *stunting* dan intervensi gizi spesifik untuk pencegahan *stunting* di Kabupaten Lampung Utara tahun 2017. **Metode:** Yang digunakan pada kajian ini adalah review dan analisis statistik deskriptif data sekunder yang sudah dianalisa secara univariat yaitu data profil kesehatan dan laporan program kesehatan Kabupaten Lampung Utara tahun 2018. Kemudian direview dengan beberapa literatur hasil penelitian di Indonesia. **Hasil:** Identifikasi diketahui bahwa faktor-faktor penyebab *stunting* adalah 26.8% ibu hamil mengalami anemia zat besi, 17.3% ibu hamil mengalami KEK, 1.2% bayi mengalami BBLR, 38.07% balita menderita diare dan 35.09% balita mendirita ISPA, 49.2% bayi tidak ASI eksklusif, 53.4% balita mengkonsumsi makanan kurang beragam, 24% RT belum terakses air bersih dan jamban sehat, 44.6% RT belum ber-PHBS. **Kesimpulan:** Hasil identifikasi intervensi gizi spesifik untuk pencegahan *stunting* yang dilakukan antara lain: pemberian tablet Fe bagi ibu hamil, PMT bagi ibu hamil KEK, Pemeriksaan kehamilan sesuai standar, pemberian vitamin A bagi balita, pemberian imunisasi lengkap bagi bayi, pemantauan dan promosi pertumbuhan serta sanitasi total berbasis masyarakat (STBM).

Kata Kunci: *Stunting*, Penyebab, Intervensi Pencegahan, Lampung Utara

ABSTRACT

Background: *Stunting* is a form of growth failure due to nutritional inability that lasts a long time starting from pregnancy to the age of 24 months. The immediate causes of *stunting* are lack of food intake and the presence of infectious diseases. Efforts to reduce *stunting* are carried out through two interventions, namely specific nutrition interventions and sensitive nutrition interventions. This special nutrition intervention is provided by the health sector to address the immediate causes. The purpose of this study was to study the factors that cause *stunting* and specific nutritional interventions for *stunting* prevention in North Lampung District in 2017. **Methods:** Used in this study is the review and analysis of descriptive statistical secondary data that has been univariate analyzed namely health profile data and reports North Lampung District health program in 2018. **Result:** Then reviewed with some research literature in Indonesia. The identification results found that the factors that cause *stunting* are 26.8% of pregnant women having anemia, 17.3% of pregnant women experiencing chronic energy deficiency, 1.2% babies with LBW, 38.07% of children under five suffer from diarrhea and 35.09% of children under five suffer from ARI, 49.2% of babies without exclusive breastfeeding, 53.4% of children under five consume less diverse food, 24% of households have not accessed clean water and healthy latrines, 44.6% of RT have not PHBS. **Results:** of the identification of specific nutritional intervention for *stunting* prevention: provision of Fe tablets for pregnant women, supplementary feeding for pregnant women with chronic energy deficiency, standardized pregnancy checkups, provision of vitamin A for toddlers, giving full immunization for infants, discussion and promotion of growth and community based total sanitation (STBM).

Keywords: *Stunting Cause, Preventive Intervention, North Lampung*

PENDAHULUAN

Stunting merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidak cukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan (Hoffman, dkk., 2000). *Stunting* (pendek) diidentifikasi dengan membandingkan tinggi seorang anak dengan standar tinggi anak pada populasi yang normal sesuai dengan usia dan jenis kelamin yang sama. Anak dikatakan pendek (*stunting*) jika tingginya berada dibawah -2 SD dari standar WHO (Trihono, 2015).

Kejadian *stunting* muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, dan sering menderita penyakit secara berulang karena *higiene* maupun sanitasi yang kurang baik (Ngaisah, 2015). *Stunting* merupakan hasil dari masalah gizi kronis sebagai akibat dari makanan yang tidak berkualitas, ditambah dengan morbiditas, penyakit infeksi, dan masalah lingkungan (Kusumawati, dkk., 2015).

Data prevalensi balita *stunting* yang dikumpulkan *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR). Rata-rata prevalensi balita *stunting* di Indonesia tahun 2017 adalah 36.4% (Pusdatin, 2018). Berdasarkan hasil Riskesdas yang dilaksanakan oleh Badan Litbangkes tahun 2018 diketahui bahwa prevalensi balita *stunting* secara nasional mencapai angka 30.8%. Angka tersebut secara nasional menurun bila dibandingkan dengan prevalensi balita *stunting* pada Riskesdas tahun 2013 yang berada pada kisaran angka 37.82%. Namun prevalensi kejadian *stunting* ini lebih tinggi dibandingkan dengan permasalahan gizi lainnya seperti gizi buruk dan gizi kurang (1%), kurus dan sangat kurus (10.2%) dan kegemukan (8.0%) (Kemenkes, 2018).

UNICEF menyatakan banyak faktor

yang menyebabkan tingginya kejadian *stunting* pada balita. Penyebab langsung adalah kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit infeksi faktor lainnya adalah pengetahuan ibu yang kurang, pola asuh yang salah, sanitasi dan *hygiene* yang buruk dan rendahnya pelayanan kesehatan. Selain itu masyarakat belum menyadari anak pendek merupakan suatu masalah, karena anak pendek di masyarakat terlihat sebagai anak-anak dengan aktivitas yang normal, tidak seperti anak kurus yang harus segera ditanggulangi (Mitra, 2015). Upaya penurunan *stunting* dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi gizi sensitif ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan. Intervensi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan (BAPENAS, 2018).

Data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung mengungkapkan kasus *stunting* pada balita berusia 0-59 bulan mengalami peningkatan dalam tiga tahun terakhir. Pada 2015, prevalensi kasus *stunting* sebesar 22.5%. Jumlah itu terus meningkat pada 2016 menjadi 24.8% dan 2017 sebesar 31.5% (Panggabean, 2018).

Kabupaten Lampung Utara terdiri dari 23 kecamatan dan 27 Puskesmas Induk. Hasil pemantauan status gizi (PSG) tahun 2017 diketahui bahwa prevalensi balita *stunting* di Kabupaten Lampung Utara sebanyak 27.1%. Masih tingginya angka *stunting* di Kabupaten Lampung Utara mendorong Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara melakukan langkah-langkah intervensi dalam penanggulangan dan pencegahan *stunting*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor penyebab *stunting* di Kabupaten Lampung Utara, dan untuk mengidentifikasi intervensi gizi spesifik untuk pencegahan *stunting* di Kabupaten Lampung Utara.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan pada kajian ini adalah review dan analisis statistik deskriptif untuk menggambarkan faktor penyebab *stunting* dan intervensi gizi spesifik untuk pencegahan *stunting* di Kabupaten Lampung Utara.

Sumber data pada kajian ini adalah data sekunder yang berasal dari: Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2018, adapun data yang diambil pada profil kesehatan ini adalah data tentang intervensi gizi spesifik untuk pencegahan *stunting* di Kabupaten Lampung Utara. Laporan program KIA-Gizi tahun 2018, adapun data yang diambil pada laporan program KIA-Gizi adalah data tentang kesehatan ibu hamil dan balita di Kabupaten Lampung Utara. Laporan program kesehatan lingkungan tahun 2018, adapun data yang diambil pada laporan kesehatan lingkungan ini adalah cakupan akses rumah tangga terhadap air bersih dan jamban sehat di Kabupaten Lampung Utara.

Data yang digunakan merupakan data sekunder yang sudah dianalisa secara univariat dalam bentuk presentase kemudian direview dengan beberapa literatur hasil penelitian di Indonesia kemudian dirangkum menjadi serangkaian informasi yang menggambarkan penyebab *stunting* dan intervensi gizi spesifik untuk pencegahan *stunting* di Kabupaten Lampung Utara.

HASIL

Identifikasi Faktor-Faktor Penyebab *Stunting*

Berdasarkan data diketahui ada 3.411

(26.8%) ibu hamil dari 13.235 ibu hamil mengalami anemia zat besi atau kurang darah, cakupan tertinggi di Kecamatan Bunga Mayang, Kecamatan Sungkai Tengah dan Kecamatan Sungkai Barat.

Berdasarkan data diketahui bahwa 2.290 (17.3%) ibu hamil mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Jumlah ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis (KEK) tertinggi di Kecamatan Sungkai Tengah dan Kecamatan Sungkai Jaya.

Berdasarkan data kesehatan diketahui bahwa bayi lahir dengan berat badan lahir rendah di Kabupaten Lampung Utara sebanyak 141 kasus (1.2%) dari 9.271 kelahiran hidup. Kejadian BBLR tertinggi berada di wilayah Kecamatan Sungkai Tengah dan Kecamatan Sungkai Jaya.

Berdasarkan data diketahui bahwa 22.883 (38.07%) balita menderita diare dan 21.131 balita (35.09%) menderita ISPA, data ini walaupun di bawah nasional, namun masih tinggi. Jumlah balita yang mengalami penyakit infeksi tertinggi di Kecamatan Sungkai Jaya dan Kecamatan Bunga Mayang.

Berdasarkan data diketahui bahwa 5.868 (49.2%) bayi tidak diberikan ASI eksklusif. Cakupan bayi yang tidak ASI eksklusif tertinggi di Kecamatan Sungkai Utara dan Kecamatan Abung Tengah.

Berdasarkan data diketahui bahwa 32.157 (53.4%) balita konsumsi makanan kurang beragam. Jumlah balita yang konsumsi makanan kurang beragam tertinggi di Kecamatan Sungkai Utara dan Kecamatan Abung Selatan.

Akses rumah tangga terhadap air bersih dan jamban sehat hanya 76%. Cakupan rumah tangga yang belum terakses terhadap air bersih dan jamban sehat tertinggi di Kecamatan Abung Pekurun dan Kecamatan Kotabumi.

Kebiasaan masyarakat Lampung Utara tentang cuci tangan pakai sabun masih rendah, hal ini tercermin pada laporan cakupan PHBS, dimana berdasarkan laporan profil kesehatan diketahui bahwa cakupan PHBS hanya

55.4% saja, artinya hampir setengah penduduk Lampung Utara tidak menerapkan PHBS. Cakupan PHBS terendah di Kecamatan Sungkai Selatan dan Kecamatan Sungkai Utara.

Identifikasi Intervensi Gizi Spesifik untuk Pencegahan Stunting

Berdasarkan data diketahui bahwa sebanyak 11.337 (85.66%) ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah (Fe). Jumlah ibu hamil yang mendapatkan Fe tertinggi di Kecamatan Abung Semuli dan Kecamatan Ogan Lima dan jumlah terendah di Kecamatan Sungkai Tengah dan Kecamatan Muara Sungkai.

Berdasarkan data diketahui bahwa sebanyak 1.811 (79.10%) ibu hamil yang mengalami KEK mendapatkan PMT pemulihan. Jumlah ibu hamil KEK yang mendapatkan PMT pemulihan tertinggi di Kecamatan Sungkai Barat dan Kecamatan Sungkai Tengah dan jumlah terendah di Kecamatan Blambangan dan Kecamatan Sungkai Utara.

Berdasarkan data diketahui bahwa sebanyak 11.985 (09.56%) ibu hamil melakukan anatenatal care (ANC) lengkap, angka tersebut masih dibawah target yaitu 100%. Cakupan ante natal care (ANC) tertinggi di Kecamatan Kotabumi dan Kecamatan Kotabumi Utara dan cakupan terendah di kecamatan Hulu Sungkai dan Kecamatan Abung Tengah.

Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa sebanyak 50.469 (75.12%) balita rutin berkunjung ke posyandu untuk dilakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangannya setiap bulan. Cakupan balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya tertinggi di Kecamatan Kotabumi dan Kecamatan Kotabumi Selatan, sedangkan cakupan terendah di Kecamatan Bumi Agung dan Kecamatan Abung Pekurun.

Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa sebanyak 58.292 (96.8%) balita mendapatkan vitamin A. Cakupan pemberian vitamin A pada balita tertinggi

di Kecamatan Kotabumi Selatan dan Kecamatan Kotabumi Utara, sedangkan cakupan terendah di Kecamatan Tanjung Raja dan Kecamatan Hulu Sungkai.

Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa sebanyak 10.887 (95%) bayi diberi imunisasi dasar lengkap. Cakupan pemberian imunisasi dasar lengkap tertinggi di Kecamatan Sungkai Tengah dan Kecamatan Sungkai Selatan, sedangkan cakupan terendah di Kecamatan Abung Tengah dan Kecamatan Bumi Agung.

Berdasarkan data diketahui bahwa di Kabupaten Lampung Utara terdapat 345 balita yang mengalami gizi kurang atau bawah garis merah (BGM) dan semuanya mendapatkan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI). Jumlah balita yang mengalami gizi kurang tertinggi di Kecamatan Sungkai Barat dan Kecamatan Bumi Agung.

Berdasarkan data diketahui bahwa baru 84 desa dari 247 desa yang ada di Kabupaten Lampung Utara melaksanakan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dan dari 84 desa tersebut baru 8 desa dinyatakan desa stop buang air sembarang (SBS). Jumlah desa yang melaksanakan STBM terbanyak di Kecamatan Abung Kunang dan Kecamatan Abung Selatan, sedangkan jumlah desa dinyatakan sebagai desa stop buang air besar (SBS) terbanyak di Kecamatan Abung Surakarta.

PEMBAHASAN

Identifikasi Faktor-Faktor Penyebab Stunting

Cakupan anemia zat besi (kurang darah) pada ibu hamil di Kabupaten Lampung Utara masih cukup tinggi yaitu mencapai 26.8%. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau <10.5 gr% pada trimester II (Fatimah, 2011). Pada ibu hamil dengan anemia terjadi gangguan penyaluran oksigen dan zat makanan dari

ibu ke plasenta dan janin, yang mempengaruhi fungsi plasenta menurun yang mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin (Pratiwi, 2016). Ibu hamil yang menderita anemia dapat mengakibatkan risiko pertumbuhan janin terhambat, premature dan BBLR (berat badan lahir rendah). Gagal tumbuh yang terjadi pada janin dapat menyebabkan penurunan pertumbuhan pada kerangka dan jaringan lunak, hal ini dapat terus berlanjut sampai bayi dilahirkan dan akibatnya akan terjadi *stunting* pada usia dini (Tsuroyya, 2017). Hasil penelitian yang dilakukan di kota Yogyakarta menunjukkan bahwa risiko kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan 1.36 kali lebih besar pada ibu yang mengalami anemia saat hamil (Ruaidah, 2013). Penelitian yang dilakukan di kota Bantul menunjukkan bahwa ibu hamil anemia bersiko 1.5 kali lebih tinggi mempunyai anak *stunting* (Tsuroyya, 2017).

Hasil laporan kesehatan menunjukkan bahwa 17.3% ibu hamil di Kabupaten Lampung Utara mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Kekurangan energi kronis (KEK) pada masa kehamilan merupakan suatu kondisi ibu hamil dengan status gizi kurang yang disebabkan kekuarangan asupan makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan ibu hamil selain itu yang berpengaruh terhadap status gizi ibu hamil adalah kondisi kesehatan ibu saat itu, ibu hamil yang mengalami penyakit infeksi sangat mudah kehilangan berbagai zat gizi yang diperlukan oleh tubuh, selain itu akibat penyakit infeksi kemampuan tubuh untuk menyerap zat gizi menurun dan hilangnya nafsu makan sehingga asupan makan menurun. Kekurangan energi kronis dapat diukur dengan mengetahui lingkar lengan atas dan indeks masa tubuh, ibu yang mempunyai lingkar lengan atas (LiLA) yang kurang dari 23.5 cm dapat dikatakan ia mengalami gizi kronis. Kesehatan ibu saat hamil akan sangat mempengaruhi kesehatan janin yang dikandungnya. Ibu hamil yang menderita KEK akan mempengaruhi

kesehatan janinnya, karena akan menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah. Bila tidak bisa tumbuh kejar bayi BBLR besar kemungkinan akan mengalami *stunting* (Tri, dkk., 2015). Kurang gizi pada ibu hamil akan berdampak pada pertumbuhan janin tidak maksimal yang akan menyebabkan lahirnya anak dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan jika tidak ada perbaikan akan berkelanjutan menjadi pendek (*stunting*). Dan status gizi pada ibu hamil sebagai faktor penentu terjadinya *stunting* (Mitra, 2015). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis dengan kejadian *stunting*. Bayi yang lahir dari ibu dengan kurang energi atau gizi pada trimester ke-dua mempunyai risiko 1.6 kali mengalami *stunting* (Ruaidah, 2013).

Kejadian bayi lahir dengan berat badan lahir rendah di Kabupaten Lampung Utara adalah 1.2%. Bayi dikatakan mengalami berat badan lahir rendah adalah jika berat badan saat lahir <2500 gr. Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi keadaan kesehatan dan perkembangan janin. Gangguan pertumbuhan dapat menyebabkan berat lahir rendah, beberapa penelitian menunjukkan bahwa bayi dengan berat badan lahir rendah berisiko tinggi untuk terjadinya *stunting* (Ni'mah, 2015). Menurut Kusharisupeni bahwa ibu dengan gizi kurang sejak awal sampai akhir kehamilan dan menderita sakit akan melahirkan BBLR, yang kedepannya menjadi anak *stunting*, selain itu bayi yang diiringi dengan konsumsi makanan yang tidak adekuat, dan sering terjadi infeksi selama masa pertumbuhan menyebabkan terhambatnya pertumbuhan (Mugianti, 2018). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa berat badan lahir memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting*. Karakteristik bayi saat lahir (BBLR atau BBL normal) merupakan hal yang menentukan pertumbuhan anak. Anak dengan riwayat BBLR mengalami

pertumbuhan linear yang lebih lambat dibandingkan Anak dengan riwayat BBL normal (Setiawan, dkk., 2018). Penelitian di pulau Sumatera menunjukkan bahwa balita dengan riwayat BBLR berisiko 1.31 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita berat lahir normal (Oktarina, 2013).

Hasil laporan kesehatan menunjukkan bahwa 38.07% balita menderita diare dan 35.09% balita menderita ISPA, data ini walaupun di bawah nasional, namun masih tinggi. Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penyebab langsung status gizi balita disamping konsumsi makanan. Terdapat interaksi bolak-balik antara status gizi dengan penyakit infeksi. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi, yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak kurang gizi, yang daya tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit dan akan semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya (Mugianti, 2018). Apabila kondisi ini terjadi dalam waktu lama dan tidak segera diatasi maka dapat menurunkan intake makanan dan mengganggu absorpsi zat gizi, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya *stunting* pada anak balita (Aridiyah, dkk., 2015). Rata-rata balita yang menderita sakit infeksi 3-4 hari dalam sebulan merupakan salah satu faktor yang membuat gizi mereka terkuras, sehingga pertumbuhan menjadi lamban dan prevalensi pendek (*stunting*) bertambah (Trihono, 2015). Seorang balita yang menderita penyakit infeksi nafsu makannya cenderung berkurang sehingga asupan gizinya pun berkurang. Jika berlangsung dalam waktu yang lama dengan frekuensi berkali-kali maka akan berdampak pada kurang gizi (Ulfani, 2011). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa peningkatan durasi diare dan ISPA berhubungan dengan penurunan status gizi anak. Peningkatan durasi diare berhubungan dengan penurunan indeks TB/U. Hambatan pertumbuhan yang

disebabkan oleh diare berhubungan dengan gangguan absorpsi nutrisi selama dan setelah episode diare. Hambatan pertumbuhan yang disebabkan oleh ISPA berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik dan gangguan *intake* makanan selama periode penyakit (Setiawan, dkk., 2018).

Hampir setengah bayi di Kabupaten Lampung Utara tidak ASI eksklusif yaitu 49.2%, dan dapat menjadi gambaran pemberian MP-ASI terlalu dini juga cukup tinggi. ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya, selain dapat meningkatkan produksi zat anti bodi. Beberapa masyarakat beranggapan bahwa bayi selain diberi ASI juga harus diberikan makanan tambahan karena ASI dianggap kurang mencukupi kebutuhan gizi bayi. Selain itu dengan banyaknya ibu yang bekerja, sebagian besar ibu tidak memberikan ASI eksklusif sehingga bayi diberikan susu formula. Pemberian MP-ASI terlalu dini meningkatkan risiko penyakit diare dan penyakit infeksi lainnya dan jika penyakit infeksi ini terjadi berulang-ulang akan berdampak pada kejadian *stunting* (Mitra, 2015). Kurangnya pemberian ASI dan pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat meningkatkan risiko terjadinya *stunting* terutama pada awal kehidupan. Besarnya pengaruh ASI eksklusif terhadap status gizi anak membuat WHO merekomendasikan agar menerapkan intervensi peningkatan pemberian ASI selama 6 bulan pertama sebagai salah satu langkah untuk mencapai WHO *Global Nutrition Targets 2025* mengenai penurunan jumlah *stunting* pada anak di bawah lima tahun (Ni'mah, 2015). Beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita. Penelitian Hien dan Kam (2008), yang menyatakan risiko menjadi *stunting* 3.7 kali lebih tinggi pada balita yang diberi ASI eksklusif. Di Indonesia, perilaku ibu dalam pemberian

ASI eksklusif memiliki hubungan yang bermakna dengan indeks PB/U (Panjang Badan menurut Umur), dimana 48 dari 51 anak *stunting* tidak mendapatkan ASI eksklusif (Mugianti, 2018). Rendahnya pemberian ASI eksklusif menjadi salah satu pemicu terjadinya *stunting* pada anak balita yang disebabkan oleh kejadian masa lalu dan akan berdampak terhadap masa depan anak balita, se-balikinya pemberian ASI yang baik oleh ibu akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak sehingga tercapai pertumbuhan anak yang normal (Azriful, dkk., 2018).

Cakupan konsumsi makanan beragam pada balita hanya 46.6%. Ini berarti lebih dari setengah balita mengkonsumsi makanan kurang beragam. Pemenuhan zat gizi yang adekuat, baik gizi makro maupun gizi mikro sangat dibutuhkan untuk menghindari atau memperkecil risiko *stunting*. Kualitas dan kuantitas MP-ASI yang baik merupakan komponen penting dalam makanan karena mengandung sumber gizi makro dan mikro yang berperan dalam pertumbuhan linear. Pemberian makanan yang tinggi protein, kalsium, vitamin A, dan zinc dapat memacu tinggi badan anak. Pemberian asupan gizi yang adekuat berpengaruh pada pola pertumbuhan normal sehingga dapat mengejar (*catch up*) (Mitra, 2015). Asupan gizi yang cukup dan seimbang dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan dan proses tumbuh kembang yang berlangsung dengan pesat pada ibu hamil dan anak balita, salah satunya protein. Berbagai penelitian menunjukkan keragaman sumber protein diperlukan karena keduanya dibutuhkan dalam proses metabolisme tubuh. Protein hewani dibutuhkan sebagai sumber zat besi yang berlimpah dan lebih mudah diserap tubuh. Richard D Semba menunjukkan anak *stunting* ternyata mengalami kekurangan 9 jenis asam amino esensial, asam amino bersyarat/conditional, dan asam amino non esensial (Kemenkes, 2018). Beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan signifikan antara konsumsi energi dan

kejadian *stunting* pada balita. Hal tersebut dikarenakan asupan gizi yang tidak adekuat, terutama dari total energi, berhubungan langsung dengan defisit pertumbuhan fisik pada anak (Mugianti, 2018). Penelitian di pulau Sumatera menunjukkan bahwa balita yang memiliki asupan energi rendah mempunyai risiko 1.28 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat asupan energi cukup. Hal ini sesuai kerangka teori UNICEF yang menyatakan konsumsi makanan tidak adekuat merupakan salah satu faktor yang dapat mengakibatkan *stunting* (Oktarina, 2013).

Sekitar 24% rumah tangga di Kabupaten Lampung Utara belum terakses terhadap air bersih dan jamban sehat. Sanitasi tempat tinggal berkaitan dengan kejadian *stunting*. Sanitasi yang kurang baik meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan *stunting* (Pusdatin, 2018). Temuan beberapa studi menunjukkan bahwa balita dari keluarga yang memiliki sumber air minum tidak terlindung lebih banyak mengalami *stunting* dibandingkan balita dari keluarga yang memiliki sumber air minum terlindung. Studi membuktikan bahwa terdapat hubungan antara sumber air minum dengan kejadian *stunting* balita. Balita yang ber-asal dari keluarga yang memiliki sumber air minum tidak terlindung 1.35 kali lebih berisiko mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita dari keluarga dengan sumber air minum terlindung. Sumber air minum yang bersih merupakan faktor penting untuk kesehatan tubuh dan mengurangi risiko serangan berbagai penyakit seperti diare, kolera, dan tipes (Oktarina, 2013).

Hasil laporan kesehatan diketahui

bahwa cakupan PHBS hanya 55.4% saja, hal ini menunjukkan bahwa budaya cuci tangan pakai sabun masih rendah. Cuci tangan pakai sabun adalah proses pembuangan kotoran dan debu secara mekanis dari kulit tangan memakai sabun dan air mengalir. Tujuannya adalah menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. Cuci tangan merupakan salah satu cara untuk menghindari penyakit yang ditularkan melalui makanan (Kemenkes, 2010). Penyakit infeksi (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan *stunting* (Pusdatin, 2018). Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa personal hygiene adalah faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kejadian *stunting*. Ibu yang melakukan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar dan setelah pegang binatang pada anak dengan status gizi normal jumlahnya lebih banyak dari ibu pada kelompok anak *stunting* (Rahmayana, dkk., 2014).

Identifikasi Intervensi Gizi Spesifik untuk Pencegahan Stunting

Salah satu pelayanan gizi bagi ibu hamil adalah pemberian tablet tambah darah (Fe) sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Cakupan pemberian tablet tambah darah (Fe) pada ibu hamil di Kabupaten Lampung Utara mencapai 85.66%, angka ini masih di bawah target yaitu 95%. Beberapa faktor menyebabkan ibu enggan minum tablet tambah darah antara lain berkaitan dengan rasanya yang kurang disukai dan gangguan gastrointestinal yang terjadi setelah

mengonsumsi tablet tersebut (Swamilaksita, 2016). Pada masa kehamilan dibutuhkan tambahan zat besi sekitar 800-1000 mg untuk mencukupi kebutuhan fetus sekitar 300 mg), plasenta (50 mg) dan kehilangan zat besi setelah melahirkan (200-550 mg) dengan diet yang normal kebutuhan zat besi tersebut tidak dapat dipenuhi oleh karena itu perlu diberi suplemen zat besi (Tsuroyya, 2017). Tujuan pemberian tablet tambah darah ini adalah untuk meningkatkan asupan zat besi sehingga diharapkan dapat menurunkan angka anemia pada ibu hamil. Suplementasi zat besi selama kehamilan akan memberikan simpanan zat gizi yang lebih baik untuk ibu dan janin. Suplementasi zat besi pada ibu hamil dapat meningkatkan simpanan besi dalam bentuk laktoferin dalam ASI. Laktoferin dalam ASI berfungsi sebagai penghambat pertumbuhan bakteri, dengan cara mengikat zat besi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan bakteri patogen yang akan meningkatkan kekebalan tubuh bayi sehingga akan mengoptimalkan pertumbuhan bayi (Prabandari, dkk., 2016). Beberapa penelitian menunjukkan pemberian suplementasi Fe harian yang diberikan secara rutin dapat mengurangi angka kejadian BBLR dibandingkan dengan wanita hamil yang tidak mendapat suplementasi Fe (Fatimah, 2011). Dan lebih lanjut dapat mengurangi resiko terjadinya *stunting*.

Pemberian makanan tambahan (PMT) bagi ibu hamil yang menderita kurang energi kronis di Kabupaten Lampung Utara merupakan salah satu bentuk intervensi gizi spesifik yang diberikan sehingga bayi di dalam kandungan dapat tetap tumbuh dan berkembang dengan baik. Hasil laporan menunjukkan bahwa cakupan PMT bumil KEK yang mendapatkan PMT adalah 79.10%, artinya masih ada ibu hamil KEK belum mendapatkan PMT pemulihan. Konsumsi zat-zat gizi selama kehamilan amat menentukan pertambahan berat badan ibu selama kehamilan, yang pada gilirannya

akan menentukan kualitas janin yang dikandungnya, terkait perkembangan otak dan fisik. Oleh karena itu sebaiknya ada program khusus PMT ibu hamil dengan makanan tinggi kalori, protein dan mikronutrien (Trihono, 2015). Kemenkes RI mendistribusikan program PMT dalam bentuk PMT pabrikan. Program ini diprioritaskan pada ibu hamil KEK berdasarkan ukuran LiLA <23.5 cm terutama di wilayah Kabupaten/Kota yang mengalami rawan gizi (Kemenkes, 2010). Salah satu indikator tercukupinya kebutuhan zat gizi ibu hamil dapat diketahui dari bertambahnya berat badan ibu setiap bulan. Status gizi yang memadai dan asupan makanan yang baik selama prakonsepsi dan kehamilan telah diakui sebagai kontributor utama untuk hasil kelahiran yang sehat. Status nutrisi pada wanita hamil, sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin saat dalam kandungan (Pastuty, 2018). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa rata-rata ukuran LiLA ibu hamil yang mengalami KEK meningkat setelah diberi PMT pemulihan (Setyowati, 2018). Penelitian yang dilakukan di Yogyakarta tentang pengaruh PMT-P pada ibu hamil terhadap berat lahir bayi didapatkan hasil rerata berat lahir bayi pada ibu hamil yang mendapatkan PMT pemulihan mengalami peningkatan. PMT-P terbukti secara signifikan berpengaruh terhadap berat lahir bayi (Pastuty, 2018). Sehingga lebih lanjut dapat mencegah terjadinya *stunting* pada balita.

Pemeriksaan kehamilan bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang timbul selama hamil, sehingga kesehatan selama masa kehamilan berada dalam kesehatan sebaik mungkin pada saat persalinan. Sebanyak 90.6% ibu hamil di Kabupaten Lampung Utara sudah melakukan antenatal care (ANC) lengkap, angka tersebut masih dibawah target yaitu 100%. Ini artinya masih ada ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya dengan lengkap. Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh

tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya yang dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan minimal 4 kali selama kehamilan. Sebuah penelitian menyatakan bahwa ibu yang melakukan perawatan antenatal kurang dari tiga kali berisiko untuk terjadinya *stunting* pada anak-anak mereka (Amini, 2016).

Pemantauan pertumbuhan balita sangatlah penting dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya hambatan pertumbuhan sejak dini. Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa cakupan kunjungan balita ke posyandu 75.12% artinya masih sekitar 25% balita tidak terpantau pertumbuhan dan perkembangannya. Masalah gizi yang terjadi pada balita akan lebih dideteksi secara dini jika pertumbuhan balita dipantau secara rutin melalui posyandu. Oleh karena itu, ibu yang secara rutin memantau pertumbuhan balitanya akan lebih mampu memperbaiki masalah gizi secara dini, sehingga masalah tersebut tidak menjadi lebih parah (Ulfani, 2011). Selain itu fungsi posyandu adalah pemberian informasi kesehatan dalam bentuk penyuluh-penyuluhan salah satunya adalah penyuluhan tentang gizi balita yang diharapkan dapat mempengaruhi perilaku ibu balita untuk memantau gizi balitanya (Wahyuningtyas, 2015). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak yang mengalami *stunting* memiliki frekuensi yang lebih sedikit dalam tingkat kehadiran di posyandu. Posyandu merupakan tempat monitoring status gizi dan pertumbuhan anak yang sangat tepat sehingga dengan datang ke posyandu akan di ukur tingkat penambahan berat badan dan tinggi badan secara rutin dalam setiap bulannya (Destiadi, 2015).

Salah satu kegiatan pelayanan gizi balita adalah pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi. Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa cakupan pemberian vitamin A di Kabupaten Lampung Utara sebanyak 96.8%, cakupan

ini sudah tinggi namun belum mencapai target yaitu 100%. Ini artinya masih ada sekitar 3% balita tidak mendapatkan vitamin A. Pemberian kapsul vitamin A bagi balita diberikan setiap 6 bulan atau 2 kali dalam setahun. Adapun dosis vitamin A yang diberikan sebesar 100.000 UI untuk bayi umur 6-11 bulan dan 200.000 UI untuk anak umur 12-59 bulan. Defisiensi vitamin A mempengaruhi sintesa protein, sehingga akan mempengaruhi pertumbuhan sel sehingga akan mengalami kegagalan pertumbuhan. Studi di Surabaya menemukan bahwa balita yang kadar retino $<20 \mu\text{g/dl}$ ditemukan status *stunting* 26.7% (Rahmat, 2010).

Masih ada sekitar 5% balita di Kabupaten Lampung Utara tidak mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Imunisasi adalah pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tubuh tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi seseorang (Picauly, 2013). Pemberian imunisasi lengkap adalah upaya yang dilakukan agar anak balita tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit infeksi, sehingga proses tumbuh kembangnya tidak terganggu (Kemenkes, 2010). Hasil penelitian menunjukkan anak yang tidak memiliki riwayat imunisasi lengkap memiliki peluang mengalami *stunting* lebih besar dibandingkan anak yang memiliki riwayat imunisasi lengkap. Hal ini berarti bahwa jika anak tidak memiliki riwayat imunisasi maka akan diikuti dengan peningkatan kejadian *stunting* 1.983 kali (Picauly, 2013). Imunisasi ada hubungannya dengan malnutrisi kaitannya dengan penyakit infeksi yang dapat secara langsung mempengaruhi status gizi anak (Susiloningrum, 2017).

Pemberian MP-ASI pada balita yang mengalami gizi kurang merupakan salah satu upaya pencegahan agar tidak menjadi gizi buruk. Salah satu intervensi gizi spesifik ini sudah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara,

dimana semua balita di Kabupaten Lampung Utara yang mengalami gizi kurang atau bawah garis merah (BGM) telah mendapatkan MP-ASI. Pemberian MP-ASI adalah sumber gizi utama bagi pertumbuhan bayi yang sangat pesat saat bayi berumur 6 bulan, sebab ASI saja sudah tidak cukup (Kemenkes, 2010). Balita dengan status gizi kurang atau biasa disebut bawah garis merah (BGM) perlu mendapatkan pelayanan gizi yang memadai agar gangguan pertumbuhan dapat dikoreksi sehingga tidak berkelanjutan menjadi gizi buruk melalui pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI). Khusus untuk balita BGM dari keluarga miskin pemerintah menyediakan MP-ASI berupa bubur susu dan biskuit. Kualitas dan kuantitas MP-ASI yang baik merupakan komponen penting dalam makanan karena mengandung sumber gizi makro dan mikro yang berperan dalam pertumbuhan linear. Pemberian makanan yang tinggi protein, calcium, vitamin A, dan zinc dapat memacu tinggi badan anak (Mitra, 2015). Untuk mencapai tinggi badan dan berat badan optimal maka dibutuhkan zat gizi (makro dan mikro) secara seimbang, zat gizi tersebut dapat diperoleh dari menyusui secara eksklusif selama enam bulan, dan diteruskan ASI dan MP-ASI selama 2 tahun, dan pemberian MP-ASI ini merupakan intervensi yang paling efektif menurunkan anak *stunting* (Kemenkes, 2018).

Jumlah desa yang melaksanakan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Kabupaten Lampung Utara masih sedikit dan baru 8 desa dinyatakan desa stop buang air sembarang (SBS). Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) merupakan upaya kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pembangunan sanitasi hygiene melalui 5 pilar yaitu stop buang air besar sembarang, cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga, pengelolaan sampah rumah tangga dengan aman, pengelolaan limbah cair rumah tangga

dengan aman sebagai hasil akhirnya adalah menurunkan kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku. Perilaku tidak buang air besar sembarangan, akan sulit dilaksanakan bila tidak tersedia jamban yang sehat dari sisi kualitas, dan jumlah yang mencukupi. Tersedianya jamban yang saniter akan menjamin tidak terjadinya penyakit menular yang sumbernya dari isi perut manusia (Trihono, 2015). Beberapa penelitian menyatakan bahwa anak-anak yang berasal dari keluarga yang mempunyai fasilitas air bersih dan jamban sehat memiliki prevalensi diare dan *stunting* lebih rendah daripada anak-anak dari keluarga yang tanpa fasilitas air bersih dan kepemilikan jamban. Risiko batita *stunting* yang tinggal dengan sanitasi lingkungan yang kurang baik lebih tinggi dibanding dengan sanitasi yang baik. Hal ini terjadi karena sebagian besar tempat tinggal batita belum memenuhi syarat rumah sehat salah satunya tidak memiliki jamban sehat keluarga (Kusumawati, dkk., 2015).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Utara masih tinggi, berdasarkan hasil identifikasi diketahui ada beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* antara lain: faktor kesehatan ibu dan balita, faktor lingkungan, faktor sosial dan faktor budaya, dalam pencegahan kejadian *stunting* ini, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara telah melakukan langkah-langkah intervensi meliputi intervensi pada masa kehamilan, bayi dan balita serta intervensi perubahan perilaku dan perbaikan sanitasi.

Saran

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara agar melakukan

monitoring dan evaluasi terhadap intervensi yang sudah dilakukan, dan selalu merencanakan intervensi pencegahan *stunting* secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hoffman, D. J., Sawaya, A. L., Verreschi, I., **Why are Nutritionally Stunted Children at Increased Risk of Obesity**, *Am J Clin Nutrition*; 2000, vol. 72.
2. Trihono, **Pendek (Stunting) di Indonesia Masalah dan Solusinya**, Balitbang Kes.; 2015.
3. Ngaisah, D., **Hubungan Sosial Ekonomi dengan Kejadian Stunting pada Balita di Desa Kanigoro Septosari Gunung Kidul**, *Jurnal Medika Respati*; 2015, vol. 10, no. 4.
4. Kusumawati, E., dkk., **Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun**, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*; 2015, vol. 9, no. 3.
5. Pusdatin, **Situsi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia**, *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*; 2018.
6. Kemenkes RI., **Hasil Utama Riskesdas**; 2018.
7. Mitra, **Permasalahan Stunting dan Intervensi untuk Mencegah Terjadinya Stunting**, *Jurnal kesehatan komunitas*; 2015, vol. 2, no. 6.
8. Bapenas, **Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota**, 2018.
9. Panggabean, P., **Kasus Stunting di Lampung Meningkat, Siapa yang Salah?**, <https://kompasiana.com>, 28 Mei 2018).
10. Fatimah, H., **Pola Konsumsi dan Kadar Haemoglobin pada Ibu Hamil di Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan**, *Makara Kesehatan*; 2011, vol. 15, no. 1, p.p. 31-36.

11. Pratiwi, **Hubungan Ibu Hamil Anemia dengan Stunting pada Bayi Baru Lahir di RSUD Wonosari Gunung Kidul Tahun 2016**, Skripsi, Universitas Aisyiyah. Yogyakarta; 2017.
12. Tsuroyya, M. M., **Hubungan Status Anemia Ibu Saat Hamil dan Faktor Lainnya dengan Kejadian Stunting pada Baduta 6-23 Bulan di Kecamatan Bumiayu Kabupaten Brebes**, Tesis, Universitas Indonesia; 2017.
13. Ruaidah, N., **Hubungan Anemia Ibu Hamil dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Kota Yogyakarta**; 2013, E-Thesis & Desertation (ETD), Universitas Gadjah Mada.
14. Tri, W., Kristiana, **Hubungan Status Gizi Ibu Saat Hamil dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Bantul**; 2015, Tesis, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
15. Waskita, B. W. A. dkk., **Hubungan antara Kekurangan Energy Kronik (KEK) Ibu Hamil dengan Kejadian Stunting Bayi Baru Lahir di Puskesmas Kabupaten Pekalongan**; 2019, E-Skripsi Stikesmuh Pekajangan.
16. Ni'mah, K., **Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita**, *Jurnal Media Gizi Indonesia*; 2015, vol. 10, no. 1.
17. Mugianti, S., **Faktor Penyebab Anak Stunting Usia 25-60 Bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar**, *Jurnal Ners dan Kebidanan*; 2018, vol. 5, no. 3.
18. Setiawan, E., dkk., **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018**, *Jurnal Kesehatan Andalas*; 2018, vol. 07, no. 02.
19. Oktarina, Z., **Faktor Risiko Stunting pada Balita (24-59 Bulan) di Sumatera**, *Jurnal gizi dan pangan*; 2013, vol. 8, no. 3.
20. Aridiyah, F. O. dkk., **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan**, *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*; 2015, vol. 3, no. 1.
21. Ulfani, D. H., **Faktor-faktor Sosial Ekonomi dan Kesehatan Masyarakat Kaitannya dengan Masalah Gizi Underweight, Stunted, Wasted di Inonesia Pendekatan Ekologi Gizi**, *Journal Nutrition and food*; 2011, vol. 6, no. 1.
22. Azriful, dkk., **Determinan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Kelurahan Rangas Kecamatan Banggae Kabupaten Majene**, *Alsiah: Publichealth science jurnal*; 2018, vol. 10, no. 2.
23. Kemenkes RI., **Intervensi Komunikasi Perubahan Perilaku untuk Pencegahan Stunting: Pola Konsumsi, Pengasuhan, Higienis Pribadi dan Lingkungan**, Makalah Utama Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi XI; 2018.
24. Kementerian Kesehatan RI., **Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Ibu Hamil**, Kementerian Kesehatan Jakarta; 2010.
25. Rahmayana dkk., **Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Kejadian Stunting Anak Usia 24-59 Bulan di Posyandu Asoka II Wilayah Pesisir Kelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar Tahun 2014**, *Al-Siah: Public Health Science Journal*; 2014, vol. 6, no. 2.
26. Swamilaksita, P. D., **Efikasi Suplemen Zat Gizi pada Ibu Hamil Terhadap Hasil Kehamilan**, *Jurnal MGMI*; 2016, vol. 8, no. 1.
27. Prabandari, Y. dkk., **Hubungan Kurang Energi Kronik dan Anemia pada Ibu Hamil dengan Status Gizi**

- Bayi Usia 6-12 Bulan di Kabupaten Boyolali**, *Jurnal penelitian gizi dan makanan*; 2016, vol. 09, no. 01.
28. Kementerian Kesehatan RI., **Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Ibu Hamil**, Kementerian Kesehatan Jakarta; 2010.
 29. Pastuty, R., **Efektifitas Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Ibu Hamil Kekurangan Energy Kronik di Kota Palembang**, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*; 2018, vol. 9, no. 3.
 30. Setyowati, N., **Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Biskuit Sandwich terhadap Status Gizi Ibu Hamil Kekurangan Energy Kronis (KEK) di Wilayah UPT Puskesmas Bantarbolang Kabupaten Pemalang**, Naskah Publikasi. Universitas Muhamadya Semarang; 2018.
 31. Amini, A., **Hubungan Kunjungan Antenatal Care dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 12-59 Bulan di Kabupaten Lombok Utara**, Tesis, Univresitas Aisyiyah. Yogyakarta; 2016.
 32. Wahyuningtyas, D. S., **Hubungan Persepsi Ibu dan Partisipasi Balita ke Posyandu dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 36-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gilingan Surakarta**, Skripsi, Universitas Muhamadya Surakarta. Surakarta; 2015.
 33. Destiadi, A., **Frekuensi Kunjungan Posyandu dan Riwayat Kenaikan Berat Badan Sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 3-5 Tahun**, *Media Gizi Indonesia*; 2015, vol. 10, no. 1.
 34. Rahmat, D. O., **Hubungan Asupan Seng, Vitamin A, Zat Besi dan Kejadian Stunting pada Balita di Kepulauan Nusa Tenggara (Riskesdas 2010)**, digilib.esaunggul.ac.id; 2010.
 35. Picauly, I., **Analisa Determinan dan Pengaruh Stunting Terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah di Kupang Nusa Tenggara Timur**, *Jurnal Gizi dan Pangan*; 2013, vol. 8, no. 1.
 36. Susiloningrum, W., **Hubungan Pengetahuan Ibu dan Status Imunisasi dengan Status Gizi Balita 2-3 Tahun di Puskesmas Klegio 1 Boyolali**, Skripsi, Universitas Muhamadya Surakarta. Surakarta; 2017.

**PERILAKU IBU TENTANG MASA PERGANTIAN GIGI DENGAN
PERSISTENSI PADA MURID MIN COT GUE KECAMATAN
DARUL IMARAH KABUPATEN ACEH BESAR
TAHUN 2018**

Mother Behavior about Dental Replacement with Persistency in Student of Min Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Aceh Besar in 2018

Elfi Zahara

Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Aceh
elfizahara98@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Dalam pertumbuhan gigi anak diperlukan perhatian dan pengetahuan ibu khususnya yang lebih mengenai periode dan transisi atau waktu bercampurnya gigi susu dan gigi tetap. Persistensi gigi sulung adalah suatu keadaan dimana gigi sulung belum tanggal walaupun waktunya sudah tiba. Keadaan ini sering dijumpai pada anak usia 6-12 tahun. **Metode:** Jenis dan desain penelitian ini bersifat analitik. Populasi dalam penelitian ini yaitu semua murid beserta ibu di sekolah MIN Cot Gue yang berjumlah 93 orang dengan jumlah sampel yang digunakan 48 responden. Tempat penelitian dilakukan di Min Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar tahun 2018. Analisis data yang digunakan yaitu *Chi-Square* dengan tingkat signifikannya $\alpha = 0.05$. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada anak $p=0.02$. **Saran:** Diharapkan kepada ibu agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang persistensi gigi dengan memperbanyak informasi tentang kesehatan gigi dan mulut anak terutama mencegah terjadinya persistensi gigi pada anak.

Kata Kunci: Perilaku Ibu, Masa Pergantian Gigi, dan Persistensi

ABSTRACT

Background: In the child's teeth growth requires attention and knowledge of the mother, especially those more about the period and transition or the time of mixing of baby teeth and permanent teeth. Persistence of deciduous teeth is a condition where deciduous teeth are not yet dated even though the time has come. This situation is often found in children aged 6-12 years. **Method:** The type and design of this research is analytic. The population in this study were all students and mothers in MIN Cot Gue school, amounting to 93 people with a total sample used 48 respondents. The research site was conducted in Min Cot Gue, Kecamatan Darul Imarah, Kabupaten Aceh Besar in 2018. Analysis of the data used is *Chi-Square* with a significance level $\alpha=0.05$. **Results:** The results showed that there was a relationship between maternal knowledge about the period of tooth replacement with persistence in children $p=0.02$. **Recommendation:** It is expected that mothers can increase knowledge about tooth persistence by increasing information on dental and oral health of children, especially in preventing tooth persistence in children.

Keywords: Maternal Behavior, Tooth Change Period, and Persistence

PENDAHULUAN

Perilaku ibu terhadap kesehatan gigi dan mulut anak akan menentukan status kesehatan gigi anak kelak. Mulai tumbuhnya gigi merupakan proses yang penting dari pertumbuhan anak. Ibu merupakan panutan bagi seorang anak, mengapa ibu yang harus merawat atau mengetahui pentingnya menjaga kesehatan gigi anak agar terhindar dari persistensi gigi, karena ibu yang memahami dan mengerti apa yang diinginkan dan dibutuhkan oleh seorang anak termasuk mencegah terjadinya persistensi pada anak (Mozarth, 2010).

Menurut Gultom (2009), ibu harus mengetahui cara merawat gigi anak, dan ibu harus mengajari anak cara merawat gigi dengan baik. Walaupun masih memiliki gigi susu, seorang anak harus memiliki perhatian yang serius dari ibu. Karena kondisi gigi susu sangat menentukan pertumbuhan gigi permanen anak.

Dalam pertumbuhan gigi anak diperlukan perhatian dan pengetahuan ibu khususnya yang lebih mengenai periode dan transisi atau waktu bercampurnya gigi susu dan gigi tetap. Tanggalnya gigi secara prematur dapat berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya gigi tetap, sebaliknya gigi susu yang bertahan lama dari yang seharusnya, juga menyebabkan gangguan pada pertumbuhan/erupsi gigi tetap. Hal ini mengakibatkan gigi tetap erupsi pada tempat yang tidak seharusnya, sehingga gigi menyebabkan bertumpuk (Pratiwi, 2007).

Kebanyakan orang tua mengabaikan pertumbuhan gigi anak, sehingga menyebabkan gigi permanen yang akan tumbuh sebagai pengganti gigi susu tumbuh tidak beraturan.

Perilaku orang tua terutama ibu dalam pertumbuhan gigi anak sangat mempengaruhi dalam kesehatan gigi anak nantinya. Orang tua manapun pasti menginginkan buah hatinya tumbuh menjadi seorang anak yang baik, pintar

dan berpenampilan menggemaskan ditambah memiliki senyuman menarik dengan barisan gigi yang putih dan rapi. Anak-anak yang mengalami persistensi memiliki gigi dan rahang yang terbentuk tidak teratur. Ibu perlu mengetahui gejala awal dari gangguan ini, di antaranya adalah gigi sering tumbuh di tempat yang salah, mengakibatkan gigi atas dan gigi rahang bawah tidak bertemu dengan semestinya (Heriyanto, 2008).

Persistensi gigi sulung adalah satu keadaan dimana gigi sulung belum tanggal walaupun waktunya sudah tiba. Keadaan ini sering dijumpai pada anak usia 6-12 tahun. Persistensi gigi sulung tidak mempunyai penyebab tunggal tetapi merupakan gangguan yang disebabkan multifaktor, salah satu penyebabnya adalah gangguan nutrisi. Gangguan nutrisi dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan gigi. Gangguan akan konsumsi vitamin A dapat menyebabkan terganggunya proses klasifikasi dari dentin dan enamel. Hal ini dapat menyebabkan proses erupsi menjadi terhambat sehingga terjadi persistensi (Heriyanto, 2008).

Usia 6-12 tahun adalah masa yang kritis bagi kesehatan gigi anak, di usia inilah setiap anak mengalami masa gigi bercampur, yaitu gigi susu mulai tanggal satu persatu digantikan dengan gigi sulung. Di masa ini banyak sekali masalah yang timbul, misalnya satu gigi mau tumbuh gigi yang lain berlubang, atau salah satu gigi tumbuh sebelum gigi susunya tanggal (persistensi), sedangkan gigi lainnya sulit menembus gusi sehingga menimbulkan pembengkakan, bahkan radang. Kondisi ini sangat rawan karena kemungkinan terjadinya pertumbuhan gigi secara tidak langsung dapat menimbulkan kelainan (Nova, 2010).

Berdasarkan laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2018, sebanyak 14 provinsi mengalami masalah gigi dan mulut yaitu 25.9%. Prevalensi maloklusi di

Indonesia masih sangat tinggi sekitar 80 dari jumlah penduduk, dan merupakan salah satu masalah kesehatan gigi dan mulut yang cukup besar, hal ini ditambah dengan tingkat kesadaran perawatan gigi yang masih rendah dan kebiasaan buruk seperti mengisap ibu jari atau benda-benda lain, karena jumlah dan keparahan maloklusi akan terus meningkat maka maloklusi seharusnya dicegah ataupun ditangani. Penelitian mengenai maloklusi tidak hanya membantu dalam rencana perawatan ortodontik tetapi mengevaluasi pelayanan kesehatan (Budiyanti, 2013).

Berdasarkan laporan kesehatan gigi dan mulut Puskesmas Darul Imarah tahun 2017 dari bulan Januari hingga Desember didapatkan hasil pemeriksaan kasus gigi persistensi yaitu 69 kasus, dan pencabutan gigi susu berjumlah 142 kasus (Puskesmas Darul Imarah, 2017).

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala sekolah Min Cot Gue Kecamatan Darul Imarah, beliau mengatakan bahwa belum pernah dilakukan penyuluhan kepada murid mengenai kesehatan gigi dan mulut dari pihak manapun. Kemudian dari hasil wawancara awal terhadap 10 orang ibu murid di sekolah Min Cot Gue maka diperoleh data antara lain 2 orang mengatakan perlu untuk merawat gigi anaknya, karena mereka tahu dampak buruk terhadap tumbuh kembang gigi tetap. Sedangkan 8 orang lainnya mengatakan tidak mengetahui kapan waktunya tanggal gigi susu dan mereka tidak terlalu memperhatikan pertumbuhan gigi susu anak. Oleh karena itu penulis tertarik ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan Perilaku Ibu Tentang Masa Pergantian Gigi dengan Persistensi Pada Murid Min Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2018.

METODE PENELITIAN

Jenis dan desain penelitian ini bersifat analitik yaitu untuk mengetahui hubungan perilaku ibu tentang masa pergantian

gigi dengan persistensi pada murid di sekolah MIN Cot Gue Kecamatan Darul Imarah dengan populasi yang diambil dalam penelitian ini yaitu semua murid beserta ibu murid kelas I, II, dan III di MIN Cot Gue yang berjumlah 93 orang. Adapun sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus teknik proportional random sampling dengan perolehan hasil yang didapatkan 48 sampel yaitu 48 murid beserta ibu sedangkan instrument yang digunakan yaitu kuesioner yang berisi daftar pertanyaan yang relevan dengan masalah yang diteliti, dengan teknik wawancara pada ibu murid. Melakukan pemeriksaan menggunakan alat diagnosa set dan kartu status pasien yang dilakukan pada anak.

HASIL

Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 06 Agustus sampai dengan 10 Agustus tahun 2018 tentang Hubungan Perilaku Ibu Tentang Masa Pergantian Gigi dengan Persistensi Pada murid MIN Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2018 maka di dapatkan hasil penelitian sebagai berikut:

Data Umum

a. Jenis Pendidikan

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis pendidikan terakhir dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pendidikan Ibu Murid MIN Cot Gue Tahun 2018

No.	Jenis Pendidikan	f	%
1	Tinggi (Diploma, S1)	6	12.5
2	Menengah (SMP,SMA) AAN, SMA, MAN)	37	77
3	Dasar (SD)	5	10.5
	Jumlah	48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa jenis pendidikan terakhir ibu yang paling banyak pada kategori menengah (SMP dan SMA) sebanyak 37 orang (77.0%).

b. Jenis Pekerjaan

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis pekerjaan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Ibu Murid MIN Cot Gue Tahun 2018

No	Pekerjaan Ibu	f	%
1	PNS	2	4
2	Ibu Rumah Tangga	46	96
Jumlah		48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa jenis pekerjaan ibu yang paling banyak pada kategori ibu rumah tangga sebanyak 46 orang (96%).

Data Khusus

a. Pengetahuan Ibu

Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada murid dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu Tentang Masa

No	Pengetahuan	f	%
1	Baik	20	41.6
2	Kurang Baik	28	58.4
Jumlah		48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa pengetahuan ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada murid yang paling banyak pada kategori kurang baik sebanyak 28 orang (58.4%).

b. Persistensi

Distribusi frekuensi murid yang mengalami persistensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Murid yang Mengalami Persistensi di MIN Cot Gue Tahun 2018

No	Persistensi	f	%
1	Ada	27	56.2
2	Tidak Ada	21	43.8
Jumlah		48	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa murid yang paling banyak mengalami persistensi pada kategori ada sebanyak 27 orang (56.2%).

Tabel 5. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Masa Pergantian Gigi dengan Persistensi pada Murid MIN Cot Gue Tahun 2018

No	Pengetahuan	Persistensi Gigi Anak				Total	%	Hasil Uji Statistika
		Ada	%	Tidak Ada	%			
1.	Baik	7	36	13	65	20	100	$\alpha=0.05$
2.	Kurang Baik	20	71	8	29	28	100	df=1
Jumlah		27	56	21	44	48	100	P=0.02

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa pengetahuan ibu pada kategori baik dengan tidak ada persistensi gigi anak yaitu (65.0%) dan pengetahuan ibu pada kategori kurang baik dengan ada persistensi gigi anak yaitu (71.4%).

Hasil uji statistik menyatakan ada hubungan pengetahuan ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada murid karena $p=0.02$.

PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 5 dapat dilihat bahwa pengetahuan ibu pada kategori baik dengan tidak ada persistensi gigi anak yaitu (65.0%) dan pengetahuan ibu pada kategori kurang baik dengan ada persistensi gigi anak yaitu (71.4%). Hasil uji statistik menyatakan ada hubungan pengetahuan ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada murid karena $p=0.02$. Peneliti berasumsi bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi dari tingkat pendidikan karena tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan yang baik pada ibu. Seperti yang terlihat pada Tabel 1 yaitu pendidikan terakhir ibu yang paling banyak pada kategori menengah sebanyak 37 orang (77.0%). Sehingga kurangnya pemahaman ibu tentang masa pergantian gigi anak dengan terjadinya persistensi. Berdasarkan hasil wawancara, banyak dari ibu yang tidak mengetahui apa pengertian persistensi dan juga tidak mengetahui kapan tanda-tanda gigi tetap akan muncul.

Penelitian ini juga di dukung oleh teori yang dikemukakan Suwelo (1992), kurangnya pendidikan yang dimiliki oleh ibu akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu terhadap masa pergantian gigi anak. Karena tidak adanya pengetahuan yang baik, maka hal ini akan berdampak pada kesalahan pengambilan sikap serta tindakan untuk merawat pergantian gigi anak sehingga menimbulkan kelainan

pertumbuhan gigi.

Menurut penelitian Martapura yang di kutip dari Maulani (2005), pendidikan berarti membimbing yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah pula mereka menerima informasi, dan akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Selain pendidikan, pengalaman dan informasi juga merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.

Penelitian ini juga di dukung oleh teori Suwelo (1992) yang menyatakan kurangnya pendidikan yang dimiliki oleh ibu akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu terhadap pergantian gigi anak, karena tidak adanya pengetahuan yang baik, hal ini akan berdampak pada kesalahan pengambilan sikap serta tindakan untuk merawat pergantian gigi anak sehingga menimbulkan kelainan pertumbuhan gigi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan hubungan perilaku ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada murid di MIN Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besat Tahun 2018 dapat disimpulkan sebagai berikut: Ada hubungan pengetahuan ibu tentang masa pergantian gigi dengan persistensi pada murid karena $p=0.02$.

Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas dapat disarankan kepada ibu murid agar dapat

meningkatkan perilaku tentang kesehatan gigi dan mulut khususnya dalam aspek pengetahuan persistensi gigi dengan memperbanyak informasi kesehatan gigi dan mulut anak terutama bagaimana ciri-ciri timbulnya persistensi dan memperhatikan masa pergantian gigi anak, sehingga ibu dapat menjaga dan mencegah timbulnya penyakit kelainan gigi khususnya mencegah terjadinya persistensi gigi pada anak. Kepada pihak sekolah dan para guru untuk lebih aktif bekerjasama terhadap pihak kesehatan terkait dalam memberikan penyuluhan khususnya pada ibu murid tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut anak agar terhindar dari penyakit gigi. Dan kepada petugas kesehatan, selain memberikan penyuluhan perlu juga menyelenggarakan program preventif dan pencegahan terjadinya persistensi, seperti pencabutan gigi decidius yang sedang tanggal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mozarth, **Perilaku Ibu Tentukan Kesehatan Gigi Anak**, 2010, <http://www.Blongspot.opera/kesgi.htm> (Diakses tanggal 02 Maret 2016).
2. Gultom, M., **Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu-Ibu Rumah Tangga Terhadap Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Balitanya, di Kecamatan Balige, Kabupaten Toba Samosir**, 2009, Sumatera Utara, Skripsi. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara, diakses tanggal 10 Januari 2017.
3. Pratiwi, D., **Gigi Sehat Merawat Gigi Sehari-hari**, Jakarta: Buku Kompas; 2007.
4. Heriyanto, E., **Seputar Kesehatan Gigi dan Mulut**, 2008, <http://www.google.co.id/url?> Diakses Tanggal 18 Juni 2017.
5. Nova, **Tindakan Orang Tua Terhadap Tumbuh Kembang Gigi Anak**, 2010, <http://tindakan-orang-tua-terhadap-tumbuh-kembang-gigi-anak.co.id.html>. Diakses tanggal 2 Mei 2017.
6. Budiyaniti, E. A., **Pengaruh Perilaku Ibu dan Pola Keluarga pada Kebiasaan Menghisap Jari ada Anak, Dikaitkan dengan Status Oklusi Gigi Sulung**, 2013, Available from: URL:<http://eprints.lib.ui.ac.id//16709/1/91278%2Dpengaruh%perilaku%2Dfull>.
7. Suwelo, I. S., **Karies Gigi Pada Anak dengan Berbagai Faktor Etiologi**, 1992.
8. Mariana, **Penyebab Gigi Tumbuh Berdesakan**, 2008, <http://wahyukokkang.wordpress.com/2008/10/27/konsultasi-gigi/>., Diakses tanggal 18 Juni 2014.
9. Maulani, C., **Kiat Merawat Gigi Anak**, Jakarta: Gramedia; 2005.

DETERMINAN KEJADIAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT) DI KOTA BANDA ACEH

Determinants Cause of Domestic Violence (DV) in Kota Banda Aceh

Milza Oka Yussar¹, Aulina Adamy² dan Marthoenis³

^{1,2}Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Aceh, Batoh, Banda Aceh, 23245

³Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Darussalam, Banda Aceh

¹Okayoesar@yahoo.com, ²Aulinaunmuha@gmail.com, ³Marthoenis@unsyiah.ac

ABSTRAK

Latar Belakang: Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan suatu pelanggaran hak asasi manusia dan salah satu kriminal terhadap martabat seseorang. Berdasarkan data dari P2TP2A Kota Banda Aceh kasus KDRT mengalami kenaikan sejak tahun 2014, penyebabnya antara lain menikah usia muda, sikap yang tempramen, perilaku tidak sehat seperti merokok atau peminum, gangguan kepribadian suami, ekonomi rendah, namun juga pengaruh faktor status perkawinan. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan *study case control* yang dilakukan pada bulan Mei-Juli 2019 di Kota Banda Aceh. Partisipan dalam penelitian ini ada Ibu rumah tangga sebanyak 40 orang (kelompok kontrol) dan 20 orang ibu rumah tangga yang mengalami *domestic violence*. **Hasil:** Hasil penelitian diketahui ada hubungan dengan pendidikan istri kategori dasar (*P value* 0.04), religiusitas suami (*P value* 0.003), perselingkuhan (*P value* 0.003) dan kepribadian suami (*P value* 0.004) dengan kejadian KDRT di Kota Banda Aceh. **Saran:** Disarankan kepada pihak Pemerintah Kota Banda Aceh untuk meningkatkan sosialisasi tentang pencegahan kekerasan dalam rumah tangga sejak dini melalui dinas terkait seperti BKKBN, KUA, BP3A dan Kantor Kecamatan.

Kata kunci: Kekerasan Dalam Rumah Tangga

ABSTRACT

Introduction Domestic violence (DV) is a violation of human rights and a crime against one's dignity. Based on data from P2TP2A Banda Aceh, cases of domestic violence have increased since 2014, the causes of which include young married, temperamental attitudes, unhealthy behavior such as smoking or drinking, husband's personality disorder, low economy, but also the influence of marital status factors. **Methods** This research is a quantitative study using a case control study conducted in May-July 2019 in Banda Aceh. Participants in this study were 40 housewives (control group) and 20 housewives who experienced domestic violence (case group). **Result** The results of this study are known to have a relationship with basic education of wife (*P value* 0.04), husband's religiosity (*P value* 0.003), infidelity (*P value* 0.003) and husband's personality (*P value* 0.004) with the incidence of domestic violence in Banda Aceh. **Recommendation** It is recommended to the Government of Banda Aceh to improve the socialization about prevention of domestic violence early on through related services such as BKKBN, KUA, BP3A, and office District.

Keywords: Domestic Violence

PENDAHULUAN

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yaitu tindakan terhadap seseorang terutama perempuan atau pun anak, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, diskriminasi atau perampasan kemerdekaan seseorang dalam ruang lingkup keluarga (Amalia, 2014).

Pengaruh negatif dari domestic violence pun beraneka ragam dan bukan hanya bersifat hubungan keluarga, tetapi juga terhadap anggota keluarga yang ada di dalamnya, selain juga mengakibatkan retaknya hubungan keluarga dan anak-anak yang kemudian dapat menjadi sumber masalah sosial (Sutrisminah, 2018).

Kejadian KDRT dipengaruhi oleh banyak faktor, antaranya pengaruh faktor nilai yang dianut oleh keluarga terutama keluarga yang masih tradisional, aturan budaya setempat, pergaulan sosial dan selain itu faktor dalam diri perempuan yang menjadi korban KDRT seperti tidak ada pilihan lain dan bergantung pada suami secara ekonomi, menjaga keutuhan rumah tangga demi anak, dan bertahan agar pelaku dapat berubah dikemudian hari (Afianti, 2016).

Berdasarkan (WHO, 2010) menunjukkan bahwa secara umum 1 dari 3 perempuan di dunia mengalami kekerasan bahkan 30% kematian pada perempuan secara global disebabkan oleh pasangan intim mereka. Prevalensi kekerasan terhadap perempuan di negara miskin dan berkembang cenderung lebih tinggi dari pada negara-negara maju. Di negara maju prevalensinya sekitar 25%, sedangkan di negara Afrika dan Asia kekerasan terhadap perempuan mencapai 37% dimana persentase tersebut cukup tinggi. Pada tahun 2017 di Jerman, hampir 140.000 kasus kekerasan dalam hubungan pasangan suami istri atau pasangan yang

dilaporkan, rata-rata seorang pria berusaha membunuh pasangan wanitanya. Dalam 147 kasus violence, mereka berhasil membunuh pasangannya dengan arti lain dalam setahun setiap 3 hari ada satu wanita yang harus kehilangan nyawa.

Berdasarkan data dari P2TP2A Kota Banda Aceh kasus KDRT pada tahun 2016 sebanyak 95 kasus, tahun 2017 sebanyak 90 kasus dan tahun 2018 sebanyak 67 kasus yang ditangani. Selain itu berdasarkan dilaporkan ke Polresta Banda Aceh hampir setiap tahun ada kasus KDRT, di tahun 2016 ada sebanyak 18 kasus, tahun 2017 ada 16 kasus, dan bulan Januari sampai November 2018 ada sebanyak 11 kasus penyebabnya adalah masalah ekonomi bahkan hadirnya orang ketiga di dalam rumah tangga, bahkan pelaku kekerasan bisa berasal dari keluarga yang *high income* (Laporan Reskrim Polresta Banda Aceh, 2018).

Berdasarkan wawancara dengan salah seorang konselor di P2TP2A kota Banda Aceh mengatakan masih banyak kasus KDRT diluar sana, hanya saja mereka (korban) enggan melapor dan mencari perlindungan karena kurangnya akses informasi, pengaruh sosial budaya, lingkungan sehingga membuat korban mengalami ketidakstabilan emosional seperti takut, gelisah, depresi, PTSD, menelantarkan anak, bahkan ada korban KDRT yang nekad mengakhiri hidupnya dengan cara bunuh diri.

Konflik yang terus menerus terjadi di dalam rumah tangga bisa membuat anak mengalami trauma, juga mempengaruhi produktifitas dan kualitas kesehatan mereka, tidak hanya sebatas pemberian gizi seimbang namun juga perlu memperhatikan tiga aspek dasar yaitu mental-emosional, fisik/jasmani dan sosial-budaya/lingkungan (Santrock, 2007).

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan *case*

control yaitu penelitian yang mengkaji hubungan antara efek (dapat berupa penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu, pengumpulan data di lakukan di Kota Banda Aceh pada bulan Mei-Juli tahun 2019 dengan membagikan kuesioner kepada 40 responden yang tidak mengalami KDRT (*control*) dan 20 responden yang mengalami KDRT (*case*) Analisis data dilalakukan dengan menggunakan logistik regresi.

HASIL

Dari hasil analisis univariat dan bivariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan determinan kekerasan dalam rumah tangga di Kota Banda Aceh menunjukan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik

Variabel Penelitian	n (%)	OR	P
Pendapatan			
Tinggi (> UMR)	30 (50)		
Rendah (< UMR)	30 (50)	2.3	0.13
Pendidikan Istri			
Tinggi	19 (31.7)		
Menengah	23 (58.3)	1.03	
Dasar	6 (10)	10.2	0.04
Pekerjaan Istri			
Bekerja Tetap	28 (46.6)		
Tidak Bekerja	32 (53.4)	2	0.2
Pendidikan Suami			
Tinggi	13 (21.6)		
Menengah	47 (78.3)	3.1	0.35
Pekerjaan Suami			
Bekerja Tetap	29 (48.3)		
Tidak Bekerja	31 (51.6)	2.1	0.17
Perselingkuhan			
Negatif	34 (56.6)		
Positif	26 (43.3)	9	0.04
Religiusitas Suami			
Tinggi	33 (55)		
Rendah	27 (45)	20	0.003

Tabel 1. Lanjutan

Variabel Penelitian	n (%)	OR	P
Kepribadian Suami			
Baik	32 (53.3)		
Buruk	28 (46.6)	9	0.003
Usia Menikah Istri			
> 21 Tahun	27 (45)		
≤ 21 Tahun	33 (55)	1.3	0.58
Kekerasan Dalam Rumah Tangga			
Mengalami KDRT	20 (33.3)		
Non KDRT	40 (66.7)		

Responden yang mempunyai pendapatan keluarga rendah dibawah UMR sebanyak 30 (50%) tidak ada hubungan dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.13), tingkat pendidikan responden dalam penelitian paling sedikit jenjang pendidikan dasar yaitu sebanyak 6 (16.6%) ada hubungan pendidikan dasar responden dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.04), pekerjaan istri yang tidak bekerja yaitu sebanyak 32 (53.3%) tidak ada hubungan pekerjaan istri dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.2), tingkat pendidikan suami responden dalam penelitian yang banyak jenjang pendidikan menengah yaitu sebanyak 47 (78.3%) tidak ada hubungan pendidikan suami dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.35), responden yang pekerjaan suami kategori tidak bekerja yaitu sebanyak 31 (51.6%) tidak ada hubungan dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.17), responden yang rumah tangganya mengalami perselingkuhan sebanyak 26 (43.3%) ada hubungan perselingkuhan dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.04), responden yang religiusitas suaminya rendah sebanyak 27 (45%) ada hubungan religiusitas suami dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.003), responden dengan kepribadian suami dengan kategori buruk sebanyak 28 (46.6%) ada hubungan kepribadian suami dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.003) dan responden yang usia menikah kurang dari 21 tahun lebih banyak yaitu sebesar 33 (55%) tidak

ada hubungan usia menikah istri dengan terjadinya KDRT (*p value* 0.58).

PEMBAHASAN

KDRT juga merupakan salah satu masalah yang serius dalam bidang kesehatan masyarakat karena melemahkan energi kaum hawa, mengikis kesehatan fisik, harga diri bahkan berdampak kehidupan anak di dalam keluarga. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan, sebanyak 33.3% responden mengalami KDRT dengan berbagai bentuk KDRT seperti kekerasan fisik, kekerasan psikis, kekerasan seksual dan penelantaran rumah tangga.

Ada beberapa faktor penyebab terjadinya KDRT yang pertama *individual factor* yaitu berupa pendidikan, pekerjaan, kepribadian dan religiusitas. Berdasarkan analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan istri rendah (*p value* 0.04), religiusitas suami (*p value* 0.003) dan kepribadian suami (*p value* 0.003) dengan terjadinya KDRT.

Sedangkan yang kedua *relationship factor* yaitu berupa pendapatan keluarga dan terjadinya perselingkuhan didalam rumah tangga, berdasarkan analisis di Tabel 1 menunjukkan bahawa ada hubungan yang sangat signifikan antara perselingkuhan (*p value* 0.004) dengan terjadinya KDRT.

Pendidikan Istri Rendah

Dalam (Notoatmodjo, 2010) menyebutkan semakin tinggi tingkat pendidikannya maka semakin bagus kualitas hidup seseorang, dalam kasus KDRT hal itu tidak ada kaitannya, karena siapa pun berpeluang menjadi korban. Penulis berpendapat, KDRT hanya terjadi pada korban dengan tingkat pendidikan rendah, hasil analisis data menunjukkan ada sekita 50% korban KDRT yang berpendidikan menengah dan 35% korban KDRT yang berpendidikan tinggi.

Kepribadian Suami

Suami merupakan kepala rumah tangga didalam sebuah keluarga, suami memiliki peran penting dalam menciptakan keluarga yang harmonis. Namun jika kepribadian suami buruk maka dampaknya langsung dapat dirasakan oleh anggota keluarga lainnya.

Pasangan yang berperilaku buruk seperti menggunakan alkohol, rokok (Fekih-Romdhane *et al.*, 2018) dan suami yang tempramen sangat berkaitan dengan ada dengan KDRT (Ogum Alangea & Addo-Lartey, 2018) saat masih ada pemahaman yang melekat pada masyarakat dan penafsiran agama yang kurang tepat, dimana laki-laki itu adalah raja atau lelaki merupakan pemimpin bagi kaum perempuan sehingga laki-laki yang sebagai pemimpin dengan mudah berkuasa melakukan apa saja di rumah tangga. Selain itu banyak suami yang merasa superior dan kaku, dengan menuntut istri untuk patuh secara mutlak, tidak sedikit suami hanya melihat hak-hak ditangganya tanpa memperhatikan kewajiban-kewajiban didalam rumah tangga, bahkan ada yang memaki istri hanya karena telat dibuatkan kopi, atau karena masakannya terlalu asin, tidak pandai mengurus anak, dan lain-lain.

Berdasarkan informasi yang didapatkan dari korban KDRT, bahwa masih banyak sifat suami atau kebiasaan buruk yang tidak diketahui oleh istri selama berumah tangga seperti menggunakan alkohol, menggunakan obat terlarang (Narkoba) bahkan ada suami yang masih menggunakan akses konten video porno. Hal tersebut menjadi pemicu ketidakharmonisan di dalam rumah tangga sehingga menyebabkan perselisihan, bertengkar dan perceraian.

Religiusitas Suami

Provinsi Aceh merupakan daerah yang dikenal dengan sifat keagamaan yang cukup tinggi bahkan menggunakan hukum

syariah. Salah satu masalah dalam rumah tangga yang seringkali terjadi oleh keluarga adalah adanya anggota keluarga yang meninggalkan sholat. Apalagi yang meninggalkan sholat tersebut adalah suami yang merupakan kepala keluarga.

Kuantitas praktek keagamaan dikaitkan dengan KDRT, dimana pasangan yang religius tinggi mereka kemungkinann kecil terjadinya kekerasan di dalam hubungan (Kim, 2018). Perkara ini hakikatnya jauh lebih berat dibandingkan dengan problematika finansial dalam keluarga, berdasarkan laporan Mahkamah Syariah Provinsi Aceh pada tahun 2018 sebanyak 5.563 kasus perceraian, perceraian meningkat di 23 Kabupaten/Kota dengan berbagai alasan penyebab perceraian antara lain pertengkaran, alasan ekonomi, dan suami tidak melaksanakan sholat wajib.

Penulis berpendapat bahwa religiusitas suami merupakan salah satu faktor dalam menciptakan keharmonisan keluarga yang sakinah, warahmah dan mawaddah. Keluarga dengan religiusitas agamanya tinggi mutlak diperlukan karena religiusitas agama membawa keluarga menjadi tenang dan bahagia.

Perselingkuhan

Perselingkuhan merupakan tindakan paling menyakitkan bagi masing-masing pasangan, adanya interaksi untuk berhubungan seksual atau emosional dengan wanita idaman lain (WIL), pasangan yang lebih menarik, lebih cantik, dan lebih mapam. Sen & Bolsoy (2017) menunjukkan bahwa ada hubungan perselingkuhan dengan kejadian KDRT di negara Turki. kebanyakan kasus perselingkuhan sering bermula dari perasaan dan keperibadian suami yang tidak bahagia, ingin mencari pengalaman baru, bahkan suami mudah bosan dengan pasangan lamanya dirumah (Fisher, 2004).

Kondisi saat ini di kota besar seperti perselingkuhan sangat mudah terjadi, beberapa faktornya adalah berkembangnya

akses informasi, adanya kegiatan reunian dengan teman-teman lama, sehingga meningkatnya intensitas secara emosional dengan wanita idalam lain.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tidak ada negara di dunia yang tidak tersentuh oleh domestic violence, dan diketahui bahwa KDRT memiliki dampak serius pada kesehatan dan kesejahteraan perempuan dan anak. Tindakan KDRT merupakan jenis kejahatan yang masih kurang mendapat perhatian dan jangkauan hukum pidana. Bentuk kekerasannya dapat berupa kekerasan fisik, psikis, seksual, dan serta penelantaran rumah tangga (ekonomi). Faktor pemicu terjadinya KDRT dalam rumah tangga yang sangat signifikan yaitu pendidikan istri, pendidikan suami, perselingkuhan, kepribadaan suami dan religiusitas suami.

Saran

Disarankan kepada pihak Pemerintah Kota Banda Aceh untuk meningkatkan sosialisasi tentang pencegahan kekerasan dalam rumah tangga sejak dini melalui dinas terkait seperti BKKBN, KUA, BP3A dan Kantor Kecamatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Afianti, A. P., **Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Perempuan Promosi, Permasalahan dan Penanganannya dalam Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan**, Jakarta: Rajawali Pers; 2016.
2. Amalia, M., **Kekerasan Perempuan dalam Perspektif Hukum dan Sosiokultural**, *Jurnal Wawasan Yuridika*; 2014, vol. 25, no. 2, p.p. 399-411.
3. Fekih-Romdhane, F., Ridha R., and Cheour M., **Sexual Violence Against Women in Tunisia**, *Encephale*, 2018.

4. Fisher, H., **Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love**, Macmillan; 2004.
5. Kim, C., **Religion, Religious Heterogeneity, and Intimate Partner Violence among Korean Immigrant Women**, *J Interpers Violence*; 2018: 886260518757224.
6. Notoatmodjo, **Ilmu Perilaku Kesehatan**, Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
7. Ogum, Alangea, D., and Addo-Lartey A. A., **Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence Among Women in Four Districts of the Central Region of Ghana: Baseline Findings from a Cluster Randomised Controlled Trial**; 2018, vol. 13, no. 7: e0200874.
8. Santrock, **Perkembangan Anak** Jakarta: 2007.
9. Sen, S., and Bolsoy, N., **Violence Against Women: Prevalence and Risk Factors in Turkish Sample**, *BMC Womens Health*; 2017, vol. 17, no. 1, p.p. 100.
10. Sutrisminah, E., **Dampak Kekerasan pada Istri dalam Rumah Tangga Terhadap Kesehatan Reproduksi**, *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 2018; vol. 50, no.127, p.p. 23-34.

KAPASITAS ORGANISASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT DAN HUBUNGANNYA DENGAN KINERJA PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR KOTA BEKASI, INDONESIA

Organizational Capacity of Community Health Centers and Its Relationship with the Performance of Non Communicable Disease Control Program the City of Bekasi, Indonesia

Atrie Fitriah¹ dan Ede Surya Darmawan¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia
edesurya@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Pusat Kesehatan Masyarakat Puskesmas adalah penyelenggara program kesehatan masyarakat termasuk deteksi dini dan pengendalian penyakit tidak menular. Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan hubungan antara kapasitas organisasi Puskesmas dan kinerja program PTM (pencapaian SPM). **Metode:** penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penampang silang. Uji korelasi Spearman dan multivarian dengan Partial least Square. Data penelitian adalah data primer dan mata pelajaran yang dipelajari adalah 31 Puskesmas di kota Bekasi. **Hasil:** hasil uji korelasi untuk variabel sumber daya Puskesmas menunjukkan bahwa dana dan sumber daya manusia tidak terkait dengan kinerja program PTM ($p > 0,05$ dan koefisien korelasi atau $r = 0,00 - 0,25$). Sementara fasilitas infrastruktur terkait dengan kinerja program PTM ($p < 0,05$ dan $r = 0,26 - 0,50$). Dalam manajemen Puskesmas variabel P1 (Perencanaan) tidak menunjukkan berkorelasi dengan kinerja program PTM ($p > 0,05$ dan $r = 0,00 - 0,25$). Sementara P2 (aktivitas implementasi) dan P3 (pengawasan, pengendalian dan penilaian) secara signifikan berkorelasi dengan kinerja program PTM ($p < 0,05$ dan $r = 0,26 - 0,50$). Hasil analisis PLS, diketahui bahwa sumber daya dan pengelolaan Puskesmas terkait dengan kinerja program PTM, hubungan ini hanya menjelaskan sekitar 5,89% ($R = 0,0589$). **Kesimpulan:** Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan pencegahan dan pengendalian PTM dengan membuat SPM sebagai indikator kinerja program PTM. Sinergisme dana Puskesmas dalam pembiayaan kesehatan menjadikan UKM sebagai upaya mendukung pengembangan kesehatan. Saran dari penelitian ini adalah untuk membuat program PTM sebagai program prioritas untuk meningkatkan kinerja dan membuat SPM sebagai instrumen untuk pelaksanaan kinerja berbasis penganggaran.

Kata Kunci: Kapasitas Organisasi, Penyakit yang Tidak Dapat Menular, Standar Pelayanan Minimum (SPM), Manajemen Puskesmas.

ABSTRACT

Background: Community Health Center Puskesmas is the organizer of the public health program including early detection and control of non communicable diseases. The purpose of this study is to determine the relationship between the organizational capacity of the Puskesmas and the performance of the PTM program (achievement of SPM). **Method:** This research is a quantitative research with cross sectional design. Spearman and multivariate correlation test with Partial Least Square. The research data are primary data and subjects studied are 31 Puskesmas in Bekasi city. **Result:** The result of correlation test for resource variable of Puskesmas shows that fund and human resources are not related to program performance of PTM ($p > 0.05$ and correlation coefficient or $r = 0.00 - 0.25$). While infrastructure facilities are related to program performance of PTM ($p < 0.05$ and $r = 0.26 - 0.50$). In Puskesmas management variable P1 (Planning) showed not correlated with program performance of PTM ($p > 0.05$ and $r = 0.00 - 0.25$). While P2 (Activity Implementation) and P3 (Supervision, Controlling and Assessment) are significantly correlated with program performance of PTM ($p < 0.05$ and $r = 0.26 - 0.50$). Result of PLS analysis, it is known that resources and management of Puskesmas are related to program performance of PTM, this relationship only explain about 5.89% ($R = 0.0589$). **Conclusion:** Puskesmas is expected to increase prevention and control of PTM by making SPM as indicator of PTM program performance. The synergism of Puskesmas funds in health financing makes UKM as an effort to support health development. Suggestion from this research is to make PTM program as priority program to increase performance and make SPM as instrument for Performance Based Budgeting implementation.

Key Words: Organizational Capacity, Noncommunicable Diseases, Minimum Service Standards (SPM), Puskesmas Management.

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia. Menurut catatan WHO (2014), tingginya angka prevalensi PTM adalah disebabkan lemahnya sistem kesehatan pada level pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) terutama dalam deteksi dini dan kontrol terhadap PTM. Menurut Darmawan dan Sjaaf (2016), bahwa kemampuan organisasi (*organizational capacity*) merupakan suatu pengelolaan kegiatan secara lengkap untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Oleh sebab itu, saat ini Puskesmas dituntut agar memiliki kapasitas organisasi yang kuat meliputi aspek organisasi dan manajerial agar dapat menjalankan upaya kesehatan baik Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Ada lima komponen dalam kapasitas organisasi menurut PAHO (2007) yaitu SDM, sistem informasi, teknologi, kemampuan pengorganisasi, dan sumber daya keuangan.

Berdasarkan data target kinerja program penyakit tidak menular kinerja di puskesmas kota Bekasi pada tahun 2017, dimana target cakupan masyarakat yang melaksanakan deteksi dini faktor PTM adalah sebesar 20% masih belum tercapai (Dinkes Kota Bekasi, 2016). Perbandingan capaian kinerja di atas masih sangat jauh dengan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yaitu target 100% setiap tahunnya, dimana ada 12 SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan Pemerintah Daerah (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April – Mei 2018 meliputi semua Puskesmas di Kota Bekasi yaitu 31 Puskesmas. Pengumpulan data primer berupa instrumen yang terdiri dari kuisioner dan daftar isian serta data sekunder berupa telaah dokumen. Variabel dependen adalah kinerja program PTM (capaian SPM) dan variabel independen adalah kapasitas organisasi Puskesmas yaitu ketersediaan sumber daya puskesmas (dana, SDM, sarana prasarana) dan proses manajemen puskesmas (P1, P2, P3). Analisis data menggunakan uji korelasi Spearman dan multivariat dengan *Partial Least Square* (PLS).

HASIL

Kinerja Program PTM (Capaian SPM)

Berdasarkan capaian kinerja program PTM (capaian SPM) di Kota Bekasi didapatkan bahwa untuk pelayanan kesehatan pada usia produktif capaian terendah adalah 0.45 persen dengan rata-rata capaian 44.68 persen. Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi capaian terendah adalah 1.46 persen dengan rata-rata capaian 71.09 persen. Dan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus capaian terendah adalah sebesar 1.76 persen dengan rata-rata capaian 36.68 persen.

Tabel 1. Capaian Kinerja Program PTM di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2017

Jenis Pelayanan Dasar	Rata-rata (%)	Min (%)	Maks (%)
Pelayanan Kesehatan pada usia produktif	44.68	0.45	100.00
Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi	71.09	1.46	100.00
Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	36.68	1.76	100.00

Tingkat kinerja program PTM (capaian SPM), dibagi tiga kategori untuk penilaian kinerjanya yaitu 1) Puskesmas dengan tingkat kinerja apabila cakupan hasil pelayanan > 50%; 2) Puskesmas dengan tingkat kinerja apabila cakupan hasil

pelayanan 25% - 50%; 3) Puskesmas dengan tingkat kinerja apabila cakupan hasil pelayanan < 25%. Sesuai kategori yang tersebut di atas, pada tabel di bawah ini dijelaskan gambaran kinerja program PTM di wilayah Kota Bekasi.

Tabel 2. Tingkat Kinerja Program PTM di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2017

Kinerja Program PTM (SPM)		Frekuensi	Persentase
Pelayanan Kesehatan pada usia produktif	< 25%	13	41.9
	25% - 50%	7	22.6
	> 50%	11	35.5
	Total	31	100.0
Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi	< 25%	15	48.4
	25% - 50%	5	16.1
	> 50%	11	35.5
	Total	31	100.0
Pelayanan Kesehatan penderita Diabetes Melitus	< 25%	16	51.6
	25% - 50%	5	16.1
	> 50%	10	32.3
	Total	31	100.0

Secara keseluruhan kinerja program PTM pada 3 indikator yaitu pelayanan kesehatan pada usia produktif, pelayanan kesehatan penderita Hipertensi dan Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus masih di bawah 25%.

Hubungan Kapasitas Organisasi Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

Tabel 3. Hasil Uji Korelasi Sumber Daya Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

Sumber Daya Puskesmas	Hasil Uji Korelasi Spearman	
	r	p-value
1) Dana	0.130	0.486
2) SDM	0.144	0.441
3) Sarana Prasarana	-0.338	0.063

Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan bahwa variabel sarana prasarana berhubungan sedang dengan kinerja program PTM ($p < 0.05$ dan koefisien korelasi atau $r = 0.26 - 0.50$). Berdasarkan asumsi linearitas di atas menunjukkan bahwa walaupun banyak puskesmas yang memiliki dana dan SDM namun tidak berdampak terhadap kinerja. Sedangkan sarana prasarana memiliki

1. Ketersediaan Sumber Daya Puskesmas

Sebagian besar puskesmas di Kota Bekasi telah menyediakan dana yang cukup untuk dialokasikan dalam kegiatan program PTM baik di dalam maupun luar gedung termasuk pelatihan petugas dan kader.

hubungan dengan kinerja namun berpola negatif artinya semakin meningkat kinerja namun kebutuhan akan sarana prasarana pendukung berkurang.

2. Proses Manajemen Puskesmas

Proses manajemen puskesmas di Kota Bekasi secara keseluruhan sudah cukup dengan hasil P1 (Perencanaan) menunjukkan

bahwa puskesmas telah melaksanakan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP). P2 (Penggerakkan Pelaksanaan) didapatkan hasil bahwa puskesmas melakukan kegiatan penggerakkan pelaksanaan melalui lokakarya mini puskesmas secara

berkala. Dan terakhir P3 (Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian) diperoleh hasil bahwa puskesmas telah melaksanakan pengawasan terhadap kegiatan program PTM dan evaluasi hasil kerja.

Tabel 4. Hasil Uji Korelasi Manajemen Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

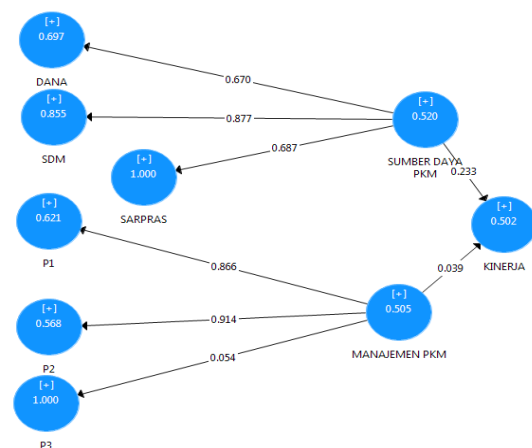
Manajemen Puskesmas	Hasil Uji Korelasi Spearman	
	r	p-value
1) P1 (Perencanaan)	-0.052	0.781
2) P2 (Pelaksanaan)	0.379	0.036
3) P3 (Pengawasan)	0.475	0.007

Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan bahwa variabel manajemen Puskesmas yaitu P1 menunjukkan tidak ada hubungan dengan kinerja program PTM ($p > 0.05$ dan koefisien korelasi $r = 0.00 - 0.25$). Sedangkan P2 dan P3 berhubungan secara signifikan dengan kinerja program PTM ($p < 0.05$ dan koefisien korelasi $r = 0.26 - 0.50$). Berdasarkan asumsi linearitas di atas menunjukkan bahwa walaupun Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) telah dilaksanakan namun tidak berdampak terhadap kinerja. Sedangkan pelaksanaan dan pengawasan memiliki hubungan dengan kinerja karena merupakan penilaian terhadap puskesmas setiap tahunnya.

baik sumber daya Puskesmas dan manajemen Puskesmas memiliki nilai composite reliability > 0.7 dan nilai AVE > 0.5 , sehingga dinyatakan semua variabel tersebut reliabel.

Analisis Persamaan Struktural dengan Metode *Partial Least Square*

Hasil pengujian model pengukuran (*outer model*) menunjukkan bahwa sebagian indikator di dalam dimensi dana, SDM dan sarana prasarana berpengaruh terhadap pembentukan variabel laten sumber daya Puskesmas dengan *loading score* > 0.5 dinyatakan valid dapat mengukur konstraknya. Dan juga indikator di dalam dimensi P1, P2 dan P3 berpengaruh terhadap pembentukan variabel laten manajemen Puskesmas dengan *loading score* > 0.5 dinyatakan valid dapat mengukur konstraknya. Sedangkan untuk pengujian reliabilitas konstruk menunjukkan hasil bahwa seluruh variabel



Gambar 1. Model Persamaan Struktural Hubungan antara Sumber Daya Puskesmas dan Manajemen Puskesmas dengan Kinerja Program PTM di Kota Bekasi

Berdasarkan hasil analisis PLS di atas, diketahui bahwa sumber daya Puskesmas dan manajemen Puskesmas berhubungan dengan kinerja program PTM (capaian SPM). Walaupun demikian hubungan ini hanya menjelaskan sekitar 5.89% ($R=0.0589$) dan sisanya dijelaskan oleh variabel lain di luar model ini.

Kapasitas Pendanaan Puskesmas

1. Sumber

Sumber dana operasional Puskesmas Kota Bekasi untuk tahun anggaran 2017 ada 3 yaitu BOK, APBD dan Kapitasi. Berdasarkan Tabel 5 dapat diperoleh informasi bahwa dana Kapitasi menduduki

posisi teratas yaitu jumlah realisasi mencapai Rp. 68.140.787.523. Dan kedua terbesar adalah dana BOK dengan jumlah realisasi mencapai Rp. 8.389.932.504 dan terakhir dana APBD dengan jumlah realisasi mencapai Rp. 4.875.591.627.

Tabel 5. Sumber Dana Operasional Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2017

Dana	Pagu	Realisasi
APBD	5.241.200.000	4.875.591.627
BOK	9.427.865.000	8.389.932.504
Kapitasi	84.976.119.432	68.140.787.523

Sedangkan untuk jumlah dana minimal, maksimal dan rata-rata yang diterima

puskesmas seperti yang tertuang pada Tabel 6 berikut:

Tabel 6. Jumlah Dana Operasional Per Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2017

Total	Min	Max	Rata-rata
Pagu	1.076.625.941	8.007.824.634	3.213.231.111
Realisasi	825.351.800	5.909.557.796	2.626.564.255
%	49.48	98.16	84.65

2. Waktu Pencairan

Ada 4 kali termin realisasi dana yaitu TW1, TW2, TW3 dan TW4. Hal ini menjelaskan waktu normatif untuk realisasi dana termasuk besaran realisasi anggaran per termin. Hasil menunjukkan bahwa untuk semua Puskesmas belum ada pencairan dana di kuartal pertama (TW1), baik dana BOK, APBD dan Kapitasi artinya dana belum tersedia di rekening Puskesmas pada bulan Januari-Maret.

yaitu Rp. 6.780.655.500 dimana pemanfaatan utamanya untuk mendukung biaya operasional berupa honor atau uang saku bagi petugas kesehatan dan kader dalam menjalankan program ke masyarakat. Dan belanja modal menempati porsi terkecil yaitu 6.01% dari Kapitasi sebesar Rp. 1.580.105.609 dipergunakan untuk pengadaan sarana prasarana yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan.

3. Alokasi

Sebagian besar porsi dana Puskesmas dipergunakan untuk belanja barang dan jasa yaitu 91.16% dari Kapitasi yaitu sebesar Rp. 23.974.199.155 dikarenakan sebesar 60% dari dana yang diterima oleh Puskesmas dipergunakan untuk biaya jasa pelayanan kesehatan (Jaspel). Sedangkan untuk belanja pegawai dana yang bersumber dari BOK mencapai 80.82%

Perhitungan Kebutuhan Biaya Program PTM Berdasarkan SPM

Alokasi dana untuk program dan kegiatan PTM dalam penelitian ini menggunakan estimasi anggaran berdasarkan teknik penghitungan pembiayaan SPM. Berdasarkan Tabel 7 didapatkan informasi bahwa estimasi biaya SPM merupakan kebutuhan biaya untuk kota Bekasi dengan asumsi capaian SPM pada tahun 2017 adalah 60%.

Tabel 7. Estimasi Biaya SPM Program PTM di Kota Bekasi Tahun 2017

JPD	Jenis Pelayanan Dasar	2017
6	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif	5.021.612.240
	I. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	5.017.933.040
	II. Penyelenggaraan Pelatihan SDM	-
	III. Penyediaan Alat Kesehatan Dan Pedoman Kerja	3.679.200
8	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	274.925.232
	I. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	274.925.232
	II. Penyelenggaraan Pelatihan SDM	-
	III. Penyediaan Alat Kesehatan Dan Pedoman Kerja	-
9	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus	786.933.614
	I. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	786.498.414
	II. Penyelenggaraan Pelatihan SDM	-
	III. Penyediaan Alat Kesehatan Dan Pedoman Kerja	435.200
Total Biaya Penyelenggaraan SPM		6.083.471.086

Pembahasan

Kinerja Program PTM (Capaian SPM)

Kinerja Program PTM tahun 2017 di Puskesmas kota Bekasi sebagian besar mengacu pada capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai PMK No. 43 Tahun 2016 yang terdiri dari 3 indikator yaitu Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif (JPD no.6), Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (JPD no.8) dan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (JPD no.9). Menurut penelitian Rifa'il, Madjid, & Ismunarta (2016) bahwa dampak kebijakan pemerintah dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang sekaligus bisa mendongkrak besaran IPM. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khozin (2010) bahwa kebijakan Standar Pelayanan Minimal diyakini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, hal ini dapat dilihat dari hasil capaian indikator pelayanan yang makin tahun makin meningkat.

SPM juga berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan anggaran berbasis kinerja (*Performance Based*

Budgeting) yaitu anggaran yang disusun berdasar kinerja masing-masing kegiatan (Maryanti & Hardianto, 2010). Anggaran berbasis kinerja memiliki karakteristik sebagai berikut: (1) Orientasi pada aktivitas; (2) Fokus pada hasil/*outcome*; (3) Fokus pada kerja; (4) Memiliki alat ukur/indikator kinerja sebagai alat untuk evaluasi; (5) Memenuhi tuntutan efisiensi, efektivitas dan akuntabilitas.

Hubungan Kapasitas Organisasi Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

1. Ketersediaan Sumber Daya Puskesmas

Sumber dana yang dikelola Puskesmas saat ini terdiri dari BOK, APBD dan Kapitasi dimana dana tersebut digunakan untuk membiayai semua program dan kegiatan di Puskesmas. Alokasi dana kapitasi 91.16 persen digunakan belanja barang dan jasa. Sesuai penelitian Hasan & Adisasmito (2016) bahwa pemanfaatan dana kapitasi porsi 40 persen untuk penunjang operasional antara lain pengelolaan obat-obatan. Sedangkan dana BOK 71.95 persen digunakan untuk belanja

pegawai. Senada dengan penelitian Laeliah & Nadjib (2017) bahwa BOK dapat dimanfaatkan untuk kegiatan luar gedung, seperti pendataan, pelayanan di Posyandu, kunjungan rumah serta sweeping kasus *drop out*. Menurut Trisnantoro (2009) dalam Dodo (2014), menyatakan sangat sulit mencapai target program secara maksimal dengan penggunaan dana yang cukup besar dalam waktu yang singkat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fort & Voltero (2004) yang mendapatkan hasil serupa yaitu pelatihan merupakan faktor yang berhubungan kuat dengan kinerja. Sarana prasarana juga dibutuhkan dalam rangka pelaksanaan program PTM. Hal ini sesuai penelitian Dodo (2014) bahwa SDM dan sarana prasarana merupakan hal yang perlu ditingkatkan kualitas dan kuantitasnya dalam rangka menjamin efektivitas implementasi kebijakan BOK. Berdasarkan hasil penelitian Prasastin (2013) bahwa ada hubungan antara ketersediaan sarana dengan kinerja petugas surveilans.

2. Proses Manajemen Puskesmas

Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) merupakan inti kegiatan manajemen Puskesmas, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh Perencanaan. Semua Puskesmas di Kota Bekasi telah membuat Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan juga mendapatkan bimbingan teknis dari Dinas Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI., 2004). Hal ini sesuai dengan penelitian Dodo (2014) bahwa proses perencanaan diperlukan adanya data dalam pengambilan keputusan untuk mendesain rencana kegiatan.

Penelitian ini sejalan dengan Rachmawati (2017) yang menyatakan bahwa kepemimpinan kepala Puskesmas menjadi sebuah faktor atau aspek yang paling berpengaruh dalam proses *capacity building*. Dengan adanya pertemuan secara rutin dan berkala diharapkan dapat menjalin kerjasama tim dan motivasi

kepada pegawai untuk mencapai kinerja yang lebih baik sehingga dapat terciptanya optimalisasi kinerja (Rachmawati, 2017). Sejalan dengan penelitian Kiting, dkk. (2017) bahwa motivasi merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kinerja.

Adanya pengawasan dari dinas kesehatan, masyarakat dan institusi lainnya penting untuk mengidentifikasi adanya hambatan dan penyimpangan. Pengawasan dalam manajemen seperti yang dikemukakan oleh Stonner, Freeman dan Gilbert (2000) dalam Darmawan & Sjaaf, (2016) dikatakan bahwa pengawasan adalah proses memastikan segala aktivitas yang terlaksana sesuai dengan apa yang direncanakan.

KESIMPULAN

Kinerja program PTM tahun 2017 di Puskesmas Kota Bekasi adalah hasil 3 indikator capaian SPM yaitu pelayanan kesehatan pada usia produktif capaian 44.68 persen, Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi capaian 71.09 persen, dan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus 36.68 persen. Capaian masih di bawah target yang ditetapkan yaitu 100 persen. Kapasitas sumber daya Puskesmas pada umumnya sudah mencukupi dan manajemen Puskesmas sudah terlaksana dengan baik. Kapasitas pendanaan Puskesmas di Kota Bekasi tahun 2017 sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat dari jumlah dana yang diterima Puskesmas berdasarkan tiga sumber yaitu APBD, BOK dan Kapitasi. Namun realisasi pendanaan di Puskesmas cenderung menumpuk di akhir tahun anggaran. Dinas Kesehatan Kota Bekasi belum menerapkan perencanaan dan penganggaran berdasarkan SPM. Proses mekanisme perencanaan dan penganggaran berdasarkan Rencana Usulan Kegiatan (RUK), namun untuk target capaian kinerja sudah mengacu pada capaian SPM.

SARAN

Menjadikan program PTM sebagai program prioritas dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan masyarakat (UKM) sebagai basis utama di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota Bekasi harus segera memulai perencanaan dan penganggaran berdasarkan SPM, karena hal ini menyangkut dengan kinerja pemerintah daerah dan merupakan elemen penting dalam penerapan perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja, dan bagi Puskesmas Kota Bekasi lebih memperkuat strategi promotif dan preventif agar masyarakat mendapatkan informasi serta edukasi mengenai pencegahan dan deteksi dini berbagai penyakit khususnya PTM.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO., **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014**; 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1, Accessed January 12, 2018.
2. Darmawan, E. S., Sjaaf, A. C., **Administrasi Kesehatan Masyarakat**, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2016.
3. PAHO., **Public Health Capacity in Latin America and the Caribbean: Assessment and Strengthening**, PAHO HQ Libr Catalaoguing; 2007, <http://www.who.int/management/publichealthcapacity.pdf>. Accessed February 26, 2018.
4. Dinkes Kota Bekasi, **Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016**, Bekasi; 2016.
5. Kementerian Kesehatan RI., **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**, Jakarta; 2016.
6. Azwar, A. **Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga**, Jakarta: Binarupa Aksara; 1996.
7. Sulaeman, E. S., **Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas**, Gadjah Mada University Press; 2011.
8. Setiawan, E., **Kamus Besar Bahasa Indonesia Offline 1. 5**. www.google.com; 2013.
9. Wibowo, **Manajemen Kinerja**, Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2013.
10. Kementerian Kesehatan RI., **Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**; 2016.
11. Brown, L., Lafond, A., Macintyre, K., **Measuring Capacity Building**, Carolina Population Center - University of North Carolina at Chapel Hill; 2001, www.cpc.unc.edu/measure. Accessed February 26, 2018.
12. Muqorrobin, Bagus, A., **Capacity Building Instansi Puskesmas Dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Jagir Kota Surabaya, Kebijakan dan Manaj Publik**; 2015, vol. 3, no. 2.
13. Kementerian Kesehatan RI., **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat**, Jakarta; 2014.
14. Rifa'il, M., Madjid, U., Ismunarta, **Implementasi Kebijakan Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat**, *J Polit Pemerintah*; 2016, vol. 9, no. 1, p.p. 25 – 43.
15. Khozin, M., **Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul**, *J Stud Pemerintah*; 2010, vol. 1, no. 1.
16. Maryanti, A. H., Hardianto, D., **Penganggaran Menggunakan RASK dan Pembiayaan Kesehatan**, *In: Perencanaan dan Penganggaran Untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota*; 2006. p.p. 79-124.

17. Hasan, A. G., Adisasmito, W. B. B., **Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016**, *Kebijak Kesehat Indones*; 2017, vol. 6, p.p. 127-137.
18. Laeliah, S. N., Nadjib, M., **Hubungan Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dengan Peningkatan Cakupan Kunjungan Antenatal K4 di Puskesmas Kota Serang Tahun 2014-2016**, *J Kebijak Kesehat Indones*; 2017, vol. 6, no. 3, p.p. 115-126.
19. Dodo, D. O., **Monitoring Pelaksanaan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan**, *J Kebijak Kesehat Indones*; 2014, vol. 03, no. 2), p.p. 82-96.
20. Fort, A. L., Voltero, L., **Factors Affecting the Performance of Maternal Health Care Providers in Armenia**, *Hum Resour Health*; 2004, vol. 2, no. 1, p.p. 8, doi:10.1186/1478-4491-2-8.
21. Prasastin, O. V., **Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Surveilans Epidemiologi Penyakit Malaria Tingkat Puskesmas di Kabupaten Kebumen Tahun 2012**, *Unnes J Public Heal*; 2013, vol. 2, no. 4, doi:10.15294/UJPH.V2I4.3061.
22. Kementerian Kesehatan RI, **Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat**; 2004.
23. Rachmawati, A. M., **Capacity Building Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya. Kebijakan dan Manaj publik**; 2017, vol. 5, no. 1, <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-kmp462dd7af30full.pdf>. Accessed February 24, 2018.
24. Kiting, R. P., Ilmi, B., Arifin, S., **Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Kader Posbindu Penyakit Tidak Menular**, *J Berk Kesehat*; 2017, vol. 1, no. 2, p.p. 106-114. <http://ppjp.unlam.ac.id/journal/index.php/berkala-kesehatan/article/view/3149>. Accessed February 8, 2018.

**JUDUL DALAM BAHASA INDONESIA (ALL CAPS, 14 POINT FONT,
BOLD, CENTERED)**

(kosong satu spasi tunggal, 14 pt)

Judul dalam Bahasa Inggris, Title Case, (13 pt, Italic, Centered)

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Penulis Pertama¹, Penulis Kedua² dan Penulis Ketiga³ (12 pt, Centered, Bold)

¹Nama Jurusan/Fakultas, Nama Universitas/Lembaga, Alamat, Kota, Kode Pos, Negara (*Title Case, 10 pt, centered*)

²Nama Jurusan/Fakultas, Nama Universitas/Lembaga, Alamat, Kota, Kode Pos, Negara (*Title Case, 10 pt, centered*)

³Nama Jurusan/Fakultas, Nama Universitas/Lembaga, Alamat, Kota, Kode Pos, Negara (*Title Case, 10 pt, centered*)

¹alamat@email, ²alamat@email, ³alamat@email

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

ABSTRAK (12 pt, BOLD, CAPITAL)

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Untuk naskah dalam bahasa Indonesia, abstrak ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris dengan jenis huruf *Times New Roman*, ukuran 10 pt, spasi tunggal. Untuk naskah dalam bahasa Inggris, abstraknya tidak perlu diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Abstrak sebaiknya menyatakan **Masalah Penelitian, Tujuan Penelitian, Metode, Hasil, Saran** dan jumlah kata tidak melebihi 250 kata.

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Kata kunci: Maksimum 5 Kata Kunci, 10 pt, *Title Case*

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

ABSTRACT (12 pt, BOLD, CAPITAL)

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

*For manuscript in Indonesian, abstract should be written in Indonesian and English using Times New Roman font, size 10 pt, and single spacing, completed with English title written in bold at the beginning of the English abstract. No need to translate the abstract of manuscript written in English into Indonesian. The abstract should state **Research Problem, Research Objectives, Methods, Results, Recommendation**. The abstract should be no more than 250 words.*

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Keywords: Maksimum 5 Kata Kunci, Dalam Bahasa Inggris, 10 pt, *Italic, Title Case*

(kosong dan lanjut ke lembar berikutnya)

PENDAHULUAN (12 pt, BOLD, CAPITAL)

(kosong satu spasi, 12 pt)

Petunjuk penulisan ini dibuat untuk keseragaman format penulisan dan kemudahan untuk penulis dalam proses penerbitan naskah di jurnal ini. Naskah ditulis dengan *Times New Roman* ukuran 12 pt, spasi tunggal, *justified* dan tidak ditulis bolak-balik pada satu halaman.

Naskah ditulis dalam bentuk dua kolom dengan jarak antara kolom 1 cm pada kertas berukuran A4 (210 mm x 297 mm) dengan margin atas 2.54 cm, bawah 2.54 cm, kiri dan kanan masing-masing 2.54 cm. Panjang naskah hendaknya tidak melebihi 10 halaman termasuk gambar, tabel dan referensi, apabila jauh melebihi jumlah tersebut maka dianjurkan untuk dibuat dalam seri.

Naskah ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris. Apabila ditulis dalam bahasa Inggris sebaiknya telah memenuhi standar data bahasa Inggris baku.

Judul naskah hendaknya singkat dan informatif serta diusahakan tidak melebihi 4 baris. Jika naskah bukan dalam bahasa Inggris maka naskah dilengkapi dengan abstrak dalam bahasa Inggris yang diawali dengan judul dalam bahasa Inggris seperti contoh di atas.

Keyword dalam bahasa Inggris dituliskan di bawah abstrak untuk mendeskripsikan isi dari naskah. Dianjurkan untuk menggunakan daftar *keyword* yang biasa digunakan di jurnal atau jika sesuai dapat mengikuti klasifikasi berikut: metode teoritis, metode eksperimen, fenomena, obyek penelitian dan aplikasinya.

Naskah disusun dalam 5 subjudul **PENDAHULUAN, METODE PENELITIAN, HASIL, PEMBAHASAN, KESIMPULAN DAN SARAN**. Subjudul ditulis dengan huruf kapital. **UCAPAN TERIMA KASIH** (apabila ada) diletakkan setelah subjudul **KESIMPULAN DAN SARAN**.

Sebaiknya penggunaan subsubjudul dihindari, apabila diperlukan maka ditulis

dengan *Title Case* (huruf depan saja yang Kapital kecuali kata sambung). Jarak antara paragraf adalah satu spasi tunggal. Penggunaan catatan kaki/*footnote* sebisa mungkin dihindari.

Notasi sebaiknya ringkas dan jelas serta konsisten dengan cara penulisan yang baku. Simbol/lambang ditulis dengan jelas dan dapat dibedakan seperti penggunaan angka 1 dan huruf l (juga angka 0 dan huruf O) perlu dibedakan dengan jelas. Singkatan sebaiknya tidak digunakan dan harus dituliskan secara lengkap. Istilah asing ditulis dengan huruf *Italic*. Angka perlu dituliskan dalam bentuk kata jika digunakan pada awal kalimat.

Tabel ditulis dengan *Times New Roman* berukuran 10-11 pt dan diletakkan berjarak satu spasi tunggal di bawah judul tabel. Judul tabel ditulis dengan huruf berukuran 12 pt, *Bold* dan ditempatkan di atas tabel dengan format seperti terlihat pada contoh. Penomoran tabel menggunakan angka Arab. Jarak tabel dengan paragraf adalah satu spasi tunggal (12 pt).

Tabel diletakkan segera setelah penunjukkannya dalam naskah. Kerangka tabel menggunakan garis setebal 1 pt (garis horizontal saja). Apabila tabel memiliki lajur yang cukup banyak, dapat digunakan format satu kolom pada setengah atau satu halaman penuh. Jika judul pada setiap lajur tabel cukup panjang dan rumit maka lajur diberi nomor dan keterangannya diberikan di bagian bawah tabel. Tabel diletakkan pada posisi paling atas atau paling bawah dari setiap halaman dan jangan diapit oleh kalimat.

(satu spasi tunggal, 12 pt)

Tabel 1. Jumlah Pengujian WFF Triple NA=15 atau NA=8
(satu spasi tunggal, 12pt)

NP				
NC	3	4	8	10
3	1200	2000	2500	3000
5	2000	2200	2700	3400
8	2500	2700	16000	22000

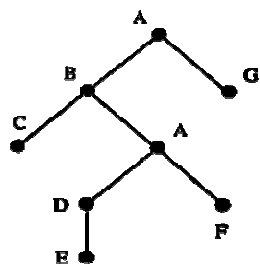
10	3000	3400	22000	28000
----	------	------	-------	-------

(satu spasi tunggal, 10 pt)

Gambar ditempatkan simetris dalam kolom berjarak satu spasi tunggal dari paragraf. Gambar diletakkan pada posisi paling atas atau paling bawah dari setiap naskah. Gambar diberi nomor dan diurut dengan angka Arab. Keterangan gambar diletakkan di bawah gambar dan berjarak satu spasi tunggal dari gambar. Penulisan keterangan gambar menggunakan huruf berukuran 9 pt, bold dan diletakkan seperti pada contoh. Jarak keterangan gambar dengan paragraf adalah dua spasi tunggal. Gambar yang telah dipublikasikan oleh penulis lain harus mendapat izin tertulis penulisnya dan penerbitnya.

Gambar akan dicetak hitam-putih, kecuali jika memang perlu ditampilkan berwarna. Penulis dikenakan biaya tambahan untuk cetak warna lebih dari satu halaman. Font yang digunakan dalam pembuatan gambar atau grafik sebaiknya yang umum dimiliki setiap pengolah kata dan sistem operasi seperti *Symbol*, *Times New Romans* dan *Arial* dengan ukuran tidak kurang dari 9 pt.

(kosong satu spasi, 12 pt)



(kosong satu spasi tunggal, 10pt)

Gambar 1. Pelabelan Pohon T Sesuai dengan Urutan Tampilan

(kosong satu spasi, 12 pt)

Penurunan persamaan matematis atau formula tidak perlu dituliskan keseluruhannya secara detil, cukup diberikan bagian yang terpenting, metode yang digunakan dan hasil akhirnya. Cara penulisan acuan dalam naskah menggunakan angka Arab dan diurut sesuai dengan penunjukkannya dalam naskah.

Persamaan reaksi atau matematis diletakkan simetris pada kolom, diberi nomor secara berurutan yang diletakkan di ujung kanan dalam tanda kurung. Apabila penulisan persamaan lebih dari satu baris maka penulisan nomor diletakkan pada baris terakhir. Penggunaan huruf sebagai simbol matematis dalam naskah ditulis dengan huruf miring (*italic*) seperti x

$$\mu(n, t) = \frac{\sum_{i=1}^{\infty} 1 (d_i < t, N(d_i) = n)}{\int_{\sigma=0}^1 1 (N(\sigma) = n) d\sigma} \quad (1)$$

(kosong satu spasi, 12 pt)
 Persamaan (1) di atas diperoleh dengan format *Style* sebagai berikut: Variabel: *Times New Romans Italic* dan LC Greek: *Symbol Italic*. Format ukuran: Full 10 pt, *Subscript/Superscript* 8 pt, *Sub-subscript/Sub-superscript* 6 pt, *Symbol* 11 pt dan *Sub-symbol* 9 pt.

Referensi angka ditulis dengan format superscript tanpa tanda kurung seperti "... Zhang *et. al.*"

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

KESIMPULAN DAN SARAN

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Kesimpulan. Tidak boleh ada referensi pada sesi kesimpulan. Saran. Tidak boleh ada referensi pada sesi saran.

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

DAFTAR PUSTAKA

(kosong satu spasi tunggal, 12pt)

Penulisan daftar acuan diurut sesuai dengan urutan penunjukkannya dalam naskah dengan menggunakan angka Arab seperti terlihat pada contoh. Acuan harus memuat inisial dan nama penulis, nama jurnal atau judul buku, volume, editor (jika ada), penerbit dan kotanya, tahun penerbitan dan halaman. Nama penulis hanya disebutkan sampai penulis ke enam kemudian diikuti dengan *et. al.* atau dkk. Penulisan nama diawali dengan nama keluarga diikuti inisial tanpa tanda titik (.) maupun koma (,). Antara penulis satu dengan yang lainnya dipisahkan dengan tanda koma (,). Nama jurnal ditulis dengan singkatan yang lazim digunakan. Hindari penggunaan abstrak sebagai bahan

acuan. Artikel yang belum diterbitkan tetapi dalam proses cetak dapat digunakan sebagai bahan acuan dengan mencantumkan keterangan "in press". Hindari mengacu pada *personal communication*.

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Artikel dalam Jurnal

1. Zhang Z., Wu F., Zandvliet H.J.W., Poelsema B., Metiu H., Lagally M.G., et. al., '**Radical Styloid Impingement after Triscaphe Arthrodesis**', *Journal Hand Surgery*; 1989. vol. 14, no. 2, p.p. 297-301.
2. The Cardiac Society, '**Exercise Training**', *Journal Hand Surgery*; 1988. vol. 13, no. 5, p.p. 50-53. Tersedia dari: ProQuest. [23 Juni 2016].
3. Bustamante, C., '**Health in Society**', *Journal of Health*; 2015. vol. 19, no. 1, p.p. 455-463. Tersedia dari: <<http://lj.libraryjournal.com/2015/09/health/>>. [2 Juli 2016]

Buku dan Buku Elektronik

4. Olsen J.A., '**Principles in Health Economics and Policy**', Oxford: Oxford University Press; 2009.
5. Pauly M.V., McGuire T.G. and Barros P.P., '**Handbook of Health Economics**', Amsterdam: London: North Holland; 2012.
6. Jones, M.D. (ed.), '**Management in Australia**', London: Academic Press; 1998.
7. World Bank., World Development Report 2015. '**Mind, Society, and Behavior**', Washington, D.C.: World Bank Group; 2015.
8. Olsen J.r., Greene N., Saracci R. dan Trichopoulos D., '**Teaching Epidemiology: A Guide for Teachers in Epidemiology, Public Health and Clinical Medicine**'. Oxford: Oxford University Press; 2015. Tersedia dari: <<http://ezproxy.lib.monash.edu.au/login?url=http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199685004.001.0001.0>>

Internet/website

9. '**Improve Indigenous Housing Now, Government Told**'; 2007. Tersedia dari: <<http://www.architecture.com.au/i-cms?page=10220>>. [8 Februari 2009].
10. Jones, MD n.d., '**Commentary on Indigenous Housing Initiatives**'. Tersedia dari: <<http://www.architecture.com.au>>. [6 Juni 2009].
11. National Gallery, Episode seventy one (September 2012), '**The National Gallery Monthly Podcast**', (podcast); September 2012. Tersedia dari: <<http://www.nationalgallery.org.uk/podcast>>. [26 Oktober 2012].

Konferensi dan Prosiding

12. Riley, D., '**Industrial Relations in Australian Education**', in Contemporary Australasian industrial relations: proceedings of the sixth AIRAANZ conference, ed. D. Blackmur, AIRAANZ, Sydney; 1992.
13. Fan, W., Gordon, M.D. dan Pathak, R., '**Personalization of Search Engine Services for Effective Retrieval and Knowledge Management**'. Proceedings of the twenty-first international conference on information systems; 2000. Tersedia dari: ACM Portal: ACM Digital Library. [24 Juni 2004].
14. Brown, S. dan Caste, V. '**Integrated Obstacle Detection Framework**'. Artikel dipresentasikan di IEEE Intelligent Vehicles Symposium, IEEE, Detroit, MI; 2004.

Koran

15. Meryment, E., '**Distaff Winemakers Raise A Glass of Their Own to Their Own**', *The Australian*; 7 Oktober 2006. Tersedia dari: Factiva. [2 February 2007].
16. Hilts, P.J., '**In Forecasting Their Emotions, Most People Flunk Out**', *The New York Times*; 16

Februari 1999. Tersedia dari:
<<http://www.nytimes.com>>. [19
Februari 2000].

Paten

17. Cookson, A.H., Particle Trap for Compressed Gas Insulated Transmission Systems, U.S. Patent 4554399; 1985.

Formulir Berlangganan
Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh
Aceh Public Health Journal
ISSN: 2008- 1592

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

.....

Telepon :

E-mail :

Bersedia untuk menjadi pelanggan JUKEMA dengan biaya
Rp. 100.000,-/tahun/2 edisi (sudah termasuk ongkos kirim).

.....,

(.....)

Pembayaran ditransfer ke:
FKM-UNMUHA
Bank Syariah Mandiri
No Rekening: 0 100 260 484

Bukti transfer berikut formulir ini dikembalikan ke:
Redaksi JUKEMA
PKPKM. Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Lantai II
Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA)
Jl. Muhammadiyah No. 93. Bathoh, Lueng Bata, Banda Aceh,
Indonesia, 23245
Telp: 0651-28422
e-mail: jukema@fkm.unmuha.ac.id

Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh

Aceh Public Health Journal

Volume 5, Nomor 2, Oktober 2019: 397-446

Editorial: Peran Keluarga Dan Pengetahuan Terhadap Kualitas Gizi Bayi di Tinjau Dari Pemberian ASI Eksklusif dan Non Eksklusif

Eulisa Fajrina dan Nailissaadah

Analisis Faktor Penyebab Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Indonesia (Analisis Data SDKI 2017)

Essi Guspaneza dan Evi Martha

Kualitas Hidup Setelah Persalinan Sectio Caesarea dengan Kejadian Risiko Infeksi

Muliana, Aulina Adamy, dan Nizam Ismail

Kajian Faktor Penyebab dan Intervensi Gizi Spesifik untuk Mencegah Stunting di Kabupaten Lampung Utara

Heryanto dan Evi Martha

Perilaku Ibu Tentang Masa Pergantian Gigi dengan Persistensi pada Murid MIN Cot Gue Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2018

Elfi Zahara

Determinan Kejadian Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Kota Banda Aceh

Milza Oka Yusar, Aulina Adamy, dan Marthoenis

Kapasitas Organisasi Pusat Kesehatan Masyarakat dan Hubungannya dengan Kinerja Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kota Bekasi, Indonesia

Atrie Fitriah dan Ede Surya Darmawan

Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh | *Aceh Public Health Journal*

PKPKM