

JUKEMA

Volume 7 | Nomor 1 | Februari 2021: 1 - 98

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

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

dr. Riza Septiani, MpubHlthAdv.

Agustina, S.ST., M.Kes.

Editorial Administrator | Administrasi Editor

Phossy Vionica Ramadhana, SKM., MKM.

Tiara Mairani, SKM., MKM.

Surna Lastri, SE., M.Si.

IT Web Jurnal

Devi Kumala, S.Si., M.T.

Penerbit:

Pusat Kajian dan Penelitian Kesehatan Masyarakat (PKPKM)

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

Jl. Kampus Muhammadiyah No.91, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh, Aceh

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

Email: jurnal.jukema@unmuha.ac.id

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 7, Nomor 1, Februari 2021: 1 – 98

- Description of Characteristics of Knowledge, Attitude and Behavior About HIV/AIDS in Indonesia 2017**
Gabe Gusmi Aprilla 1-21
- The Analysis of Smoking Cessation Efforts at Coffe Stallss in Banda Aceh in 2019**
Rahmil Azzati, Hermansyah, Irwan Saputra, Nurjannah, dan Aulina Adamy 22-34
- Analysis of the Relationship Between Service Quality and Patient Satisfaction at the Palembang LKTM Acupuncture and Herbal Polyclinic**
Nurehan Maulana, Leni Novianti, dan Sutriyati 35-42
- The Effect of Oxytocin Massage on the Production of ASI of Breastfeeding Mother in the Working Area of Banda Sakti Public Health Center, Banda Sakti District, Lhoksemawe City, 2019**
Dahlia dan Zeva Juwita 43-48
- Risk Factors Associated with Pulmonary TB Incidence in Children in Banda Aceh**
Riska Novita, Asnawi Abdullah, dan Hermansyah 49-58
- Description Quality of Living Household Poor Recipients Benefits of Hope Family Programs in Meuraxa District, Banda Aceh City**
Fadli Syahputra 59-68
- The Evaluation of Electronic Health Record Adoption Among Health Professionals in Hospital Setting**
Riza Septiani dan Tiara Mairani 69-75
- Description of the Relationship Between Sex with the Status of Covid-19 Patients in Indonesia**
M. Ichsan Nawawi, Hikmawati Pathuddin, dan Rofia Masrifah 76-81
- Sociodemographic Relationship and History of Concomitant Diseases with Coronary Heart Disease in Aceh Province (Secondary Data Riskesdas 2018)**
Naimah, Asnawi Abdullah, dan Fahmi Ichwansyah 82-90
- The Difference in Quality of Life Among the Elderly Living in Community and Rumoh Sejahtera Geunaseh Sayang Nursing House in Banda Aceh**
Nopa Arlianti, Wardiati, dan Humairah Lutfia 91-98

Template JUKEMA

Formulir

Berlangganan

CHARACTERISTICS OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR ABOUT HIV/AIDS IN INDONESIA 2017

Gambaran Karakteristik Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tentang HIV/AIDS di Indonesia 2017

Gabe Gusmi Aprilla*

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

*gabe.gusmi@gmail.com

Received: 1 February 2020/ Accepted: 1 May 2020

ABSTRACT

Background: According to the 2017 IDHS, in 2016 an estimated 620.000 thousand people were living with HIV AIDS (PLWHA), around 48.000 people with new HIV sufferers and about 38.000 deaths related to HIV/AIDS. **Methods:** This study used a review study and descriptive statistical analysis to know the description of the characteristics of Indonesian knowledge, attitudes and behavior about HIV/AIDS. The data source in this study is secondary data from the Demographic and Health Survey 2017. The data used are secondary data that has been analyzed univariately in the form of a percentage then reviewed with some research literature and then summarized into a series of information describing the characteristics of knowledge, attitudes and behavior about AIDS. **Result:** Percentage of married women and men who had heard about HIV/AIDS, respectively 82.4% (49.627 respondents) and 82.9% (10.009 respondents). As many as 79% of women refuse to have sexual relations with their husbands if they know that their husbands have had sex with other women and 75.1% ask their husbands to use condoms when having sex if they know that their husbands have an STI. As many as 85.1% of women and 85.7% of men have a discriminatory attitude towards people with HIV/AIDS. The behavior of married men who had paid for sexual intercourse 3.7%, who paid for sexual intercourse in the last 12 months was 0.9%. Based on the level of education and wealth of both women and men, the higher the level of education and wealth, the better the knowledge, attitudes and behavior will be. Based on sources of information about HIV/AIDS, both women and men get the most information from television. **Recommendation:** It is recommended that health workers be able to provide more education on HIV/AIDS with various methods of approach.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Behavior, HIV/AIDS

ABSTRAK

Latar Belakang: menurut SDKI 2017, tahun 2016 diperkirakan 620.000 ribu orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA), sekitar 48.000 orang dengan penderita baru HIV dan sekitar 38.000 kematian yang terkait dengan HIV AIDS. **Metode:** Penelitian ini menggunakan kajian review dan analisis statistik deskriptif untuk mengetahui gambaran karakteristik pengetahuan, sikap dan perilaku Indonesia tentang HIV/AIDS. Sumber data pada kajian ini adalah data sekunder yang berasal dari Survei Demografi dan Kesehatan tahun 2017, yang sudah dianalisa secara univariat kemudian direview dengan beberapa literatur hasil penelitian kemudian dirangkum menjadi serangkaian informasi gambaran karakteristik pengetahuan, sikap dan perilaku tentang AIDS. **Hasil:** Persentase wanita dan pria kawin yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS masing-masing 82.4% (49.627 responden) dan 82.9% (10.009 responden). Sebanyak 79% wanita menolak melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain dan 75.1% meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap IMS. Sebanyak 85.1% wanita dan pria 85.7% memiliki sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV/AIDS. Perilaku pria kawin yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual 3.7%, yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir 0.9%. Berdasarkan tingkat pendidikan dan kekayaan baik wanita dan pria, semakin tinggi tingkat pendidikan dan kekayaan maka pengetahuan, sikap dan perilaku semakin membaik. Berdasarkan sumber informasi tentang HIV/AIDS baik wanita dan pria mendapatkan informasi terbanyak berasal dari televisi. **Saran:** Disarankan kepada petugas kesehatan agar dapat memberikan edukasi yang lebih terhadap HIV/AIDS dengan berbagai metode pendekatan.

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Perilaku, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Menurut Kementerian Kesehatan di Indonesia sejak tahun 1999 telah terjadi peningkatan jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada kelompok orang berperilaku risiko tinggi tertular HIV yaitu para Pekerja Seks (PS) dan pengguna NAPZA suntikan (penasun), kemudian diikuti dengan peningkatan pada kelompok lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL) dan perempuan berisiko rendah. Saat ini dengan prevalensi rata-rata sebesar 0.4% sebagian besar wilayah di Indonesia termasuk dalam kategori daerah dengan tingkat epidemi HIV terkonsentrasi. Sementara itu, tanah Papua sudah memasuki tingkat epidemi meluas, dengan prevalensi HIV sebesar 2.3%. Hasil estimasi tahun 2012, di Indonesia terdapat 591.823 orang dengan HIV positif dan tersebar di seluruh provinsi. Dari laporan bulanan perawatan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan November 2014 tercatat jumlah ODHA yang mendapatkan terapi ARV sebanyak 49.217 dari 34 provinsi dan 300 kabupaten/kota (Kemkes, 2014). Menurut SDKI 2017 pada tahun 2016 diperkirakan terdapat 620.000 ribu orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA), sekitar 48.000 orang dengan penderita baru HIV dan sekitar 38.000 kematian yang terkait dengan HIV/AIDS (Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, 2017).

Infeksi HIV adalah suatu spektrum penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh yang meliputi infeksi primer, dengan atau tanpa sindrom akut, stadium asimtomatik, hingga stadium lanjut dan AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV. HIV sendiri adalah virus sitopatik, termasuk famili retroviridae dan sel targetnya adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor spesifik CD4 yang kebanyakan terlibat dalam sistem imun manusia, sehingga manifestasinya meskipun beragam pada akhirnya hadir sebagai infeksi sekunder atau oportunistik akibat tertekannya sistem

imun oleh karena infeksi virus pada tahap lanjut. Penatalaksanaan HIV tergantung pada stadium penyakit dan setiap infeksi oportunistik yang terjadi. Secara umum, tujuan pengobatan adalah untuk mencegah sistem imun tubuh memburuk ke titik di mana infeksi oportunistik akan bermunculan. Strategi utama yang dilakukan saat ini adalah penggunaan obat antiretroviral yang dapat menekan virus HIV dan memperpanjang harapan hidup seseorang dengan HIV/AIDS. Cakupan tes HIV yang tinggi dan skrining aktif pada populasi berisiko tinggi juga dapat menemukan orang dengan HIV/AIDS lebih awal dan menurunkan penularan lebih lanjut dengan konseling perubahan perilaku dan intervensi medis yang memadai. Menurut Levy (2007) dalam Afif (2019) transmisi dan risiko infeksi HIV yang paling tinggi melalui jenis pajanan hubungan seksual (70-80%) diikuti vaginal reseptif (60-70%), anal reseptif (5-10%), pengguna narkoba suntik (5-10%), kehamilan atau persalinan (5-10%) dan tranfusi darah (3-5%) (Afif dkk., 2019).

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2012) bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respon terdiri dari dua yaitu *respondent response* yang berasal dari rangsangan (stimulus) tertentu dan *operant response* yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsangan tertentu. Dilihat dari bentuk respon, maka perilaku dibedakan menjadi dua yaitu perilaku tertutup (*covert behaviour*) dan perilaku terbuka (*overt behaviour*). Perilaku tertutup merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon ini terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Bentuk kedua perilaku terbuka (*overt behaviour*)

merupakan respon terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok. Pertama perilaku pemeliharaan kesehatan, kedua perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan dan terakhir perilaku kesehatan lingkungan. Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang) namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yakni determinan atau faktor internal dan eksternal. Determinan atau faktor internal yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan. Sedangkan determinan atau faktor eksternal yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi dan politik (Afif, 2019).

Dalam SDKI Indonesia tahun 2017 dilakukan survey meliputi pengetahuan, sikap dan perilaku. Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting

dalam membentuk tindakan seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengalaman dan sumber media informasi (Notoatmodjo, 2012).

Sikap (*attitude*) adalah pernyataan-pernyataan evaluatif baik menyenangkan atau tidak menyenangkan mengenai objek, orang atau peristiwa. Sikap itu refleksi perasaan tentang sesuatu. Umumnya para peneliti mengasumsikan sikap berdasarkan tiga komponen yaitu kesadaran, perasaan dan perilaku (Fauziah, 2015). Ada pula yang berpendapat sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

Dalam SDKI Indonesia tahun 2017 terdapat survey perilaku dalam bentuk tindakan pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual, membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir dan menggunakan kondom sekaligus membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir. Perilaku selain dipengaruhi oleh pengetahuan (*cognitive*), sikap (*afektif*) dan tindakan juga dipengaruhi oleh sifat khas individu yaitu kepribadian, kecerdasan dan bakat individu. Kepribadian manusia dibagi dua yaitu sifat-sifat fisik (*tipologi*) dan aspek psikis. Kecerdasan adalah kemampuan manusia dalam menghadapi dan menyesuaikan diri terhadap situasi baru secara cepat dan efektif. Bakat merupakan kemampuan individu untuk melakukan sesuatu dan bukan karena latihan. Bakat dipengaruhi oleh dimensi persepsi, psikomotor dan kecerdasan. Kecerdasan bukan hanya inteligensi, namun juga kecerdasan emosional dan spritual.

Oleh karena penyakit HIV/AIDS dipengaruhi oleh perilaku individu, maka peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran karakteristik pengetahuan, sikap dan perilaku Indonesia tentang HIV/AIDS.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan pada kajian ini adalah *review* dan analisis statistik deskriptif untuk mengetahui gambaran karakteristik pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Indonesia tentang HIV/AIDS. Sumber data pada kajian ini adalah data sekunder yang berasal dari Survei Demografi dan Kesehatan tahun

2017. 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 gambaran karakteristik pengetahuan, sikap dan perilaku tentang AIDS.

HASIL

Tabel 1. Pengetahuan tentang HIV/AIDS Tahun 2017

Karakteristik Latar Belakang	Wanita		Pria Kawin	
	Pernah mendengar HIV/AIDS	Jumlah	Pernah mendengar HIV/AIDS	Jumlah
Umur				
15-24	88.8	14.217	83.4	358
15-19	88.0	7.501	62.2	29
20-24	89.8	6.716	85.3	329
25-29	87.3	6.643	90.6	1.016
30-39	83.1	15.019	87.8	3.430
40-49	72.7	13.748	81.6	3.684
50-54	Na*	0	69.9	1.521
Status Perkawinan				
Belum kawin	90.8	11.582	Na	0
Pernah melakukan hubungan seks	82.3	210	Na	0
Tidak pernah melakukan hubungan seks	91.0	11.371	Na	0
Kawin/hidup bersama	80.3	35.681	82.9	10.009
Cerai/pisah/janda	73.2	2.365	Na*	0
Daerah Tempat Tinggal				
Perkotaan	90.1	25.543	90.7	4.901
Pedesaan	74.3	24.084	75.5	5.108
Pendidikan				
Tidak sekolah	20.1	823	25.9	186
Tidak tamat SD	43.5	3.968	52.9	1.205
Tamat SD	65.9	9.595	72.4	2.206
Tidak tamat SLTA	86.7	14.925	87.2	2.154
Tamat SLTA	95.9	12.575	96.3	2.978
Perguruan Tinggi	99.2	7.741	99.3	1.279
Kuintil kekayaan				
Terbawah	67.7	8.623	60.1	1.757
Menengah bawah	79.6	9.805	77.9	2.002
Menengah	84.1	10.092	84.7	2.094
Menengah atas	87.3	10.209	91.8	2.058
Teratas	90.4	10.896	96.4	2.097
Jumlah	82.4	49.627	82.9	10.009

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

*Na=tidak berlaku

Jumlah wanita umur 15-54 tahun sebanyak 82.4% (49.627 responden) dan

pria kawin 82.9% (10.009 responden) yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS.

Tabel 2. Pengetahuan tentang Cara Pencegahan HIV/AIDS Tahun 2017

Karakteristik Latar Belakang	Wanita				Pria Kawin			
	Pakai kondo m ¹	Melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan ²	Pakai kondom dan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan ^{1,2}	Jumlah wanita	Pakai kondom ¹	Melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan ²	Pakai kondom dan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan ^{1,2}	Jumlah pria kawin
Umur								
15-24	51.7	72.1	46.6	14.217	58.8	67.5	51.0	358
15-19	45.8	68.5	40.3	7.501	(54.6)	(56.0)	(53.5)	29
20-24	58.3	76.1	53.5	6.716	59.2	68.6	50.7	329
25-29	59.4	73.7	54.3	6.643	70.3	79.0	64.6	1.016
30-39	57.3	69.9	52.1	15.019	65.2	73.8	58.5	3.430
40-49	49.8	60.3	45.0	13.748	59.2	68.4	53.3	3.684
50-54	Na*	Na*	Na*	0	49.4	58.2	44.7	1.521
Daerah Tempat Tinggal								
Perkotaan	61.5		90.1	25.543	67.9	76.3	60.8	4.901
Pedesaan	45.9		74.3	24.084	54.2	63.4	49.1	5.108
Pendidikan								
Tidak sekolah	7.7	10.8	20.1	823	15.2	21.2	13.5	186
Tidak tamat SD	23.0	30.5	43.5	3.968	31.9	39.8	27.9	1.205
Tamat SD	39.5	50.9	65.9	9.595	48.2	56.9	41.9	2.206
Tidak tamat SLTA	52.0	69.7	86.7	14.925	63.8	72.7	57.5	2.154
Tamat SLTA	67.1	83.1	95.9	12.575	74.7	83.4	67.5	2.978
Perguruan Tinggi	74.9	89.1	99.2	7.741	79.6	90.1	74.4	1.279
Kuintil kekayaan								
Terbawah	40.3	53.8	36.1	8.623	38.3	47.1	33.5	1.757
Menengah bawah	51.2	65.3	46.4	9.805	55.8	64.6	50.2	2.002
Menengah	54.6	70.3	49.9	10.092	62.0	69.9	55.8	2.094
Menengah atas	57.8	72.7	52.2	10.209	68.4	76.7	60.3	2.058
Teratas	63.0	76.9	57.0	10.896	76.1	86.5	70.7	2.097
Jumlah	53.9	68.4	48.8	49.627	60.9	69.7	54.8	10.009

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

*Tanda Kurung = menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang

*Na=tidak berlaku

Jumlah persentase dari 49.627 responden wanita umur 15-49 tahun 53.9% menyatakan bahwa orang dapat mengurangi risiko terkena HIV dengan menggunakan kondom setiap hubungan seksual, 68.4% menyatakan bahwa dengan melakukan hubungan seksual dengan satu pasangan dapat mengurangi risiko HIV/AIDS dan 48.8% menyatakan bahwa

dengan menggunakan kondom dan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan. Sedangkan jumlah persentase 10.009 responden pria kawin umur 15-54 tahun 60.9% menyatakan bahwa orang dapat mengurangi risiko terkena HIV dengan menggunakan kondom setiap hubungan seksual, 69.7% menyatakan bahwa dengan melakukan

hubungan seksual dengan satu pasangan dapat mengurangi risiko HIV/AIDS dan 54.8% menyatakan bahwa dengan

menggunakan kondom dan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan.

Tabel 3. Pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS: Wanita

Karakteristik Latar Belakang	Persentase Responden yang Mengatakan Bahwa					Persentase yang mengatakan orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV	Persentase pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS ²	Jumlah
	Orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV	HIV tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk	HIV tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet	Orang tidak dapat terinfeksi HIV melalui berbagai makanan dengan orang menderita AIDS	Orang akan terinfeksi HIV dengan berbagai jarum suntik			
Umur								
15-24								
15-19	75.6	44.4	76.1	39.3	83.7	22.8	14.5	14.217
20-24	74.4	43.2	72.5	37.5	82.4	21.6	12.4	7.501
25-29	76.9	45.8	80.2	41.4	85.2	24.2	16.9	6.716
30-39	73.1	42.8	76.6	41.1	81.3	24.0	17.5	6.643
40-49	68.5	38.6	72.9	39.8	78.2	21.8	15.8	15.019
50-54	59.2	32.0	61.6	32.3	67.4	17.6	12.9	13.748
Status Perkawinan								
Belum kawin	78.1	48.0	78.2	42.5	86.3	25.8	16.4	11.582
Pernah melakukan hubungan seks	72.8	41.1	73.6	39.4	79.0	23.3	18.9	210
Tidak pernah melakukan hubungan seks	78.2	48.1	78.3	42.6	86.5	25.9	16.3	11.371
Kawin/hidup bersama	66.1	36.4	69.4	36.5	74.9	20.0	14.5	35.681
Cerai/pisah/janda	58.7	36.4	63.5	33.1	67.4	17.6	12.5	2.365
Daerah Tempat Tinggal								
Perkotaan	77.5	46.9	79.9	45.0	86.2	26.7	19.0	25.543
Pedesaan	59.2	30.6	61.9	30.1	67.7	15.4	10.5	24.084
Pendidikan								
Tidak sekolah	11.8	6.0	13.3	6.6	15.9	2.4	1.0	823
Tidak tamat SD	30.1	14.6	30.8	11.9	35.8	4.7	2.6	3.968
Tamat SD	49.5	25.0	52.8	23.7	58.0	11.0	7.0	9.595
Tidak tamat SLTA	71.1	37.9	72.7	35.9	80.4	18.6	11.8	14.925
Tamat SLTA	82.9	47.3	86.0	47.0	92.7	26.7	19.2	12.575
Perguruan Tinggi	89.7	61.0	93.8	60.3	97.6	40.6	31.2	7.741

Tabel 3. Lanjutan

Karakteristik Latar Belakang	Persentase Responden yang Mengatakan Bahwa					Persentase yang mengatakan akan orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV	Persentase pengetahuan tentang HIV/AIDS ²	Jumlah
	Orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV	HIV tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk	HIV tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet	Orang tidak dapat terinfeksi HIV melalui berbagi makanan dengan orang menderita AIDS	Orang akan terinfeksi HIV dengan berbagi jarum suntik			
Kuintil kekayaan								
Terbawah	52.7	27.7	56.0	27.8	61.5	13.5	8.8	8.623
Menengah bawah	64.6	34.4	67.5	34.0	73.3	17.7	13.0	9.805
Menengah	70.5	39.4	72.6	37.7	79.3	20.8	14.4	10.092
Menengah atas	73.3	42.0	75.5	39.8	81.9	22.5	15.9	10.209
Teratas	76.5	48.9	81.2	47.1	86.9	29.8	20.9	10.896
Jumlah	68.6	39.0	71.2	37.8	77.2	21.2	14.9	49.627

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

¹Dua kesalahpahaman/persepsi salah yang paling umum adalah HIV dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan berbagi makanan dengan orang yang menderita AIDS

²Pengetahuan komprehensif berarti mengetahui penggunaan kondom secara konsisten selama berhubungan seksual memiliki hanya satu pasangan yang setia dan tidak terinfeksi HIV dan menolak dua kesalahpahaman yang paling umum tentang penularan atau pencegahan HIV, yaitu dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan berbagi makanan dengan orang yang menderita AIDS

Jumlah persentase 49.627 responden wanita umur 15-49 tahun 68.6% mengatakan bahwa orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV, 39% menyatakan HIV dapat ditularkan melalui nyamuk; 71.2% menyatakan HIV tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet; 37.8% menyatakan orang tidak dapat terinfeksi HIV melalui makanan dengan

orang menderita AIDS; 77% menyatakan orang akan terinfeksi HIV dengan berbagi jarum suntik; 21.2% mengatakan orang yang tampak sehat dapat terinfeksi dan ketika ditanya menolak persepsi yang salah tentang penularan atau pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS dan 14.9% memiliki pengetahuan komprehensif.

Tabel 4. Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS: Pria

Karakteristik Latar Belakang	Persentase Responden yang Mengatakan Bahwa					Persent ase yang mengat akan orang yang tampak sehat terinfeksi HIV	Persent ase pengeta huan kompre hensif tentang HIV/AIDS ²	Jumlah
	Orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV	HIV tidak dapat ditular kan melalui gigitan nyamu k	HIV tidak dapat ditularka n melalui guna-guna/sant et	Orang tidak dapat terinfek si HIV melalui berbagi makana n dengan orang mender ita AIDS	Orang akan terinfek si HIV dengan berbagi jarum suntik			
Umur								
15-24	68.3	37.6	72.1	31.5	73.4	18.0	14.0	358
15-19	(47.7)	(14.6)	(31.4)	(35.1)	(48.7)	(12.6)	(12.6)	29
20-24	70.1	39.7	75.7	31.2	75.6	18.5	14.1	329
25-29	74.9	38.0	80.8	47.4	84.0	23.6	17.6	1.016
30-39	71.2	40.1	79.7	45.5	81.7	23.6	17.5	3.430
40-49	64.3	35.6	73.0	40.1	75.0	19.5	14.5	3.684
50-54	54.3	32.1	61.6	30.2	63.1	16.3	13.4	1.521
DaerahTempat Tinggal								
Perkotaan	75.8	45.6	83.4	49.1	86.5	27.7	20.8	4.901
Pedesaan	57.1	28.6	65.6	33.0	66.5	14.2	10.7	5.108
Pendidikan								
Tidak sekolah	11.5	10.9	18.2	9.9	22.1	3.2	2.8	186
Tidak tamat SD	33.0	16.7	39.7	16.5	40.2	5.1	3.1	1.205
Tamat SD	51.3	28.2	62.3	27.8	62.3	11.1	7.7	2.206
Tidak tamat SLTA	70.2	34.3	77.6	39.4	80.0	17.2	12.6	2.154
Tamat SLTA	82.2	45.1	89.3	51.0	92.8	28.2	21.3	2.978
Perguruan Tinggi	81.2	60.3	95.5	70.0	97.8	43.7	34.7	1.279
Kuintil kekayaan								
Terbawah	41.7	20.6	48.8	21.6	50.6	8.3	5.5	1.757
Menengah bawah	58.4	30.4	67.8	32.6	68.2	13.8	9.9	2.002
Menengah	65.8	34.8	75.1	38.6	77.5	17.4	13.5	2.094
Menengah atas	75.7	41.6	84.0	47.4	87.0	25.1	18.2	2.058
Teratas	85.5	54.5	91.7	60.9	93.9	37.1	29.3	2.097
Jumlah	66.3	37.0	74.3	40.9	76.3	20.8	15.6	10.009

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang

¹Dua kesalahpahaman/persepsi salah yang paling umum adalah HIV dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan berbagi makanan dengan orang yang menderita AIDS

²Pengetahuan komprehensif berarti mengetahui penggunaan kondom secara konsisten selama berhubungan seksual memiliki hanya satu pasangan yang setia dan tidak terinfeksi HIV dan menolak dua kesalahpahaman yang paling umum tentang penularan atau pencegahan HIV, yaitu dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan berbagi makanan dengan orang yang menderita AIDS

Tabel 5. Pengetahuan tentang Penularan HIV/AIDS kepada Anak Melalui Ibu

Karakteristik Latar Belakang	Wanita					Pria kawin				
	Sela ma Kehamilan	Saat Persalinan	Sela ma Menyusui	Melalui Ketiga Hal tersebut	Jumlah	Sela ma Kehamilan	Saat Persalinan	Sela ma Menyusui	Menyusui Ketiga Hal tersebut	Jumlah
Umur										
15-24	73.8	65.0	73.2	60.1	14.217	60.4	52.6	63.3	46.9	358
15-19	71.0	61.4	70.4	56.4	7.501	(32.7)	(34.3)	(40.5)	(32.7)	29
20-24	76.9	68.9	76.4	64.2	6.716	62.9	54.2	65.3	48.1	329
25-29	75.0	67.2	73.3	62.6	6.643	69.7	60.5	67.7	52.7	1.016
30-39	73.1	65.3	70.4	61.5	15.019	70.6	59.7	67.4	53.4	3.430
40-49	63.6	56.7	61.0	53.6	13.748	66.9	57.7	63.1	52.8	3.684
50-54	Na	Na	Na	Na	0	55.2	48.9	52.4	44.4	1.521
Status Perkawinan										
Belum kawin	75.8	66.9	74.9	61.6	11.582	Na	Na	Na	Na	0
Pernah melakukan hubungan seks	71.7	67.6	72.5	61.6	210	Na	Na	Na	Na	0
Tidak pernah melakukan hubungan seks	75.9	66.9	74.9	61.6	11.371	Na	Na	Na	Na	0
Kawin/hidup bersama	69.9	62.2	67.6	58.5	35.681	66.4	57.1	63.4	51.5	10.009
Cerai/pisah/janda	62.9	57.7	61.1	54.3	2.365	Na	Na	Na	Na	0
Daerah Tempat Tinggal										
Perkotaan	79.9	71.9	77.3	67.2	25.543	76.1	65.8	71.8	59.1	4.901
Pedesaan	61.4	53.7	60.2	50.4	24.084	57.2	48.8	55.4	44.2	5.108
Pendidikan										
Tidak sekolah	14.2	12.1	14.0	11.2	823	17.0	16.0	16.9	14.6	186
Tidak tamat SD	32.0	28.1	32.1	26.5	3.968	34.0	27.0	32.2	25.2	1.205
Tamat SD	52.6	45.6	51.0	43.2	9.595	52.7	43.3	51.7	39.8	2.205
Tidak tamat SLTA	72.4	63.4	71.1	59.4	14.925	66.4	57.8	65.1	51.2	2.154
Tamat SLTA	86.4	77.5	83.8	72.7	12.575	82.8	71.9	79.0	65.2	2.978
Perguruan Tinggi	91.7	83.9	88.0	77.7	7.741	89.7	80.1	80.7	70.3	1.279
Kuintil kekayaan										
Terbawah	55.8	49.5	54.9	46.7	8.623	40.7	34.0	40.1	30.7	1.757
Menengah bawah	67.1	59.1	65.3	55.4	9.805	57.3	49.5	57.3	44.6	2.002
Menengah	72.2	64.2	70.6	59.9	10.092	67.3	56.9	64.1	51.7	2.094
Menengah atas	75.5	66.9	73.0	62.7	10.209	76.5	65.4	73.7	60.2	2.058
Teratas	80.8	72.7	78.2	68.0	10.896	86.0	75.9	78.0	66.7	2.097
Jumlah	70.9	63.1	69.0	59.1	49.627	66.4	57.1	63.4	51.5	10.009

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang

Na=tidak berlaku

Jumlah persentase 49.627 responden wanita umur 15-49 tahun menyatakan HIV dapat ditularkan selama kehamilan 70.9%, saat persalinan 63.1%, selama menyusui 69% dan melalui ketiganya 59.1%.

Sedangkan sebanyak 10.009 responden pria kawin umur 15-54 tahun menyatakan HIV dapat ditularkan selama kehamilan 66.4%, saat persalinan 57.1%, selama menyusui 63.4% dan melalui ketiganya

51.5%.

Tabel 6. Sikap Terhadap Negosiasi Berhubungan Seksual yang Aman dengan Suami

Karakteristik latar belakang	Wanita			Pria kawin		
	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain	Meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap IMS	Jumlah	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain	Meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap IMS	Jumlah
Umur						
15-24	76.0	70.4	14.217	71.5	81.4	358
15-19	71.6	62.6	7.501	(49.7)	(71.2)	29
20-24	81.0	79.2	6.716	73.4	82.3	329
25-29	83.5	81.1	6.643	74.5	89.1	1.016
30-39	81.4	79.2	15.019	72.4	86.0	3.430
40-49	77.2	72.7	13.748	68.1	79.1	3.684
50-54	Na	Na	0	64.6	70.4	1.521
Status Perkawinan						
Belum kawin	73.7	67.4	11.582	Na	Na	0
Pernah melakukan hubungan seks	77.5	74.1	210	Na	Na	0
Tidak pernah melakukan hubungan seks	73.6	67.3	11.371	Na	Na	0
Kawin/hidup bersama	80.8	77.9	35.681	69.8	81.3	10.009
Cerai/pisah/janda	77.5	71.4	2.365	Na	Na	0
Daerah Tempat Tinggal						
Perkotaan	81.6	80.3	25.543	72.4	85.9	4.901
Pedesaan	76.2	69.7	24.084	67.4	76.8	5.108
Pendidikan						
Tidak sekolah	58.5	37.1	823	36.6	34.7	186
Tidak tamat SD	70.2	53.9	3.968	58.5	61.2	1.205
Tamat SD	76.1	69.8	9.595	65.0	75.7	2.206
Tidak tamat SLTA	77.4	73.2	14.925	72.7	84.9	2.154
Tamat SLTA	83.5	83.3	12.575	73.9	89.1	2.978
Perguruan Tinggi	85.0	87.1	7.741	78.7	92.1	1.279
Kuintil kekayaan						
Terbawah	73.4	65.2	8.623	63.4	66.7	1.757
Menengah bawah	77.8	72.7	9.805	68.1	77.5	2.002
Menengah	79.7	76.4	10.092	69.8	81.5	2.094
Menengah atas	81.0	77.5	10.209	71.1	86.6	2.058
Teratas	82.0	81.7	10.895	75.6	91.6	2.097
Jumlah	79.0	75.1	49.627	69.8	81.3	10.009

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang

Na=tidak berlaku

Jumlah persentase 49.627 responden wanita umur 15-49 tahun 79% menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain dan 75.1% meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap IMS. Sedangkan jumlah persentase 10.009

responden pria 15-54 tahun 69.8% menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain dan 81.3% meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap infeksi menular seksual.

Tabel 7. Sikap Diskriminatif Terhadap Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS: Wanita

Karakteristik Latar Belakang	Persentase yang tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS	Persentase yang tidak mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi HIV/AIDS	Persentase yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase yang tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV	Jumlah responden yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS
Umur						
15-24	34.1	67.9	55.0	17.8	85.0	12.623
15-19	34.4	68.6	56.4	18.2	84.7	6.599
20-24	33.7	67.1	53.5	17.3	17.3	6.023
25-29	34.0	64.5	49.5	18.9	18.9	5.801
30-39	33.5	61.7	44.2	19.4	19.4	12.478
40-49	36.6	62.6	38.9	20.5	20.5	9.988
50-54	Na	Na	Na	Na	Na	0
Status Perkawinan						
Belum kawin	32.5	65.0	55.8	16.8	83.0	10.518
Pernah melakukan hubungan seks	32.1	62.4	63.6	21.9	80.3	173
Tidak pernah melakukan hubungan seks	32.5	65.1	55.6	16.7	83.1	10.344
Kawin/hidup bersama	35.1	64.0	43.9	20.0	83.2	28.650
Cerai/pisah/janda	37.4	63.0	44.9	18.6	87.5	1.731
Daerah Tempat Tinggal						
Perkotaan	32.9	62.0	50.8	18.6	83.2	23.014
Pedesaan	36.5	67.2	42.1	19.8	87.5	17.885
Pendidikan						
Tidak sekolah	42.3	63.6	35.3	27.4	84.2	165
Tidak tamat SD	44.6	69.8	41.3	22.5	88.3	1.726
Tamat SD	40.2	69.6	40.4	20.0	89.4	6.324
Tidak tamat SLTA	36.1	67.2	47.2	19.2	86.7	12.945
Tamat SLTA	33.4	62.7	48.0	18.9	84.5	12.056
Perguruan Tinggi	26.5	56.2	52.0	17.5	78.8	7.682

Tabel 7. Lanjutan

Karakteristik Latar Belakang	Persentase yang tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS	Persentase yang tidak mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi HIV/AIDS	Persentase yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase yang tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV	Jumlah responden yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS
Kuintil kekayaan						
Terbawah	38.3	67.9	41.1	21.9	87.7	5.840
Menengah bawah	35.5	64.8	45.7	18.7	86.0	7.801
Menengah	34.3	66.0	47.0	19.6	85.8	8.490
Menengah atas	34.6	64.0	48.9	19.2	84.6	8.916
Teratas	31.5	60.4	49.8	17.3	82.6	9.851
Jumlah	34.5	64.3	47.0	19.1	85.1	40.899

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Na=tidak berlaku

Jumlah persentase sikap 40.899 responden wanita yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS yang tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS 34.5%, yang tidak mau membeli sayuran segar dari penjual

yang terinfeksi HIV/AIDS 64.3%, yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV 47%, yang tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV 19.1% dan memiliki sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV 85.1%.

Tabel 8. Sikap Diskriminatif Terhadap Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS: Pria

Karakteristik Latar Belakang	Persentase yang tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS	Persentase yang tidak mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi HIV/AIDS	Persentase yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase yang tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV	Jumlah responden yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS
Umur						
15-24	29.2	64.0	52.3	28.6	88.6	299
15-19	*	*	*	*	*	18
20-24	29.2	63.4	53.1	28.3	88.1	281
25-29	28.6	56.1	46.6	28.4	85.7	921
30-39	26.6	52.6	43.2	27.7	84.3	3.011
40-49	29.5	52.3	38.9	32.9	85.6	3.007
50-54	32.5	58.4	35.9	33.5	89.4	1.063

Tabel 8. Lanjutan

Karakteristik Latar Belakang	Persentase yang tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS	Persentase yang tidak mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi HIV/AIDS	Persentase yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase yang tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV	Persentase sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV	Jumlah responden yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS
Status Perkawinan						
Belum kawin	Na	Na	Na	Na	Na	0
Pernah melakukan hubungan seks	Na	Na	Na	Na	Na	0
Tidak pernah melakukan hubungan seks	Na	Na	Na	Na	Na	0
Kawin/hidup bersama	28.7	54.0	41.4	30.4	85.7	8.300
Cerai/pisah/janda	Na	Na	Na	Na	Na	0
Daerah Tempat Tinggal						
Perkotaan	25.7	51.6	42.4	29.2	84.9	4.445
Pedesaan	32.2	56.9	40.3	31.8	86.6	3.855
Pendidikan						
Tidak sekolah	23.2	48.6	29.3	24.0	79.3	48
Tidak tamat SD	38.2	64.3	40.1	31.9	88.3	637
Tamat SD	32.7	60.5	43.1	30.4	86.1	1.597
Tidak tamat SLTA	31.8	55.9	40.5	31.7	87.6	1.878
Tamat SLTA	25.5	51.2	40.9	28.8	85.5	2.870
Perguruan Tinggi	21.8	44.7	43.0	31.8	81.9	1.270
Kuintil kekayaan						
Terbawah	37.0	63.9	36.4	35.9	89.6	1.056
Menengah bawah	31.4	58.2	43.1	30.6	86.3	1.559
Menengah	30.9	54.3	40.6	27.9	85.7	1.773
Menengah atas	26.0	50.5	43.2	29.0	84.4	1.890
Teratas	22.9	48.8	41.8	31.0	84.4	2.021
Jumlah	28.7	54.0	41.4	30.4	85.7	8.300

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Tanda (*) menunjukkan bahwa angka tidak ditampilkan karena jumlah kasus tidak tertimbang kurang dari 25
Na=tidak berlaku

Jumlah persentase sikap 8.300 responden pria yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS yang tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS 28.7%, yang tidak mau membeli sayuran segar dari penjual

yang terinfeksi HIV/AIDS 54%, yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV 47%, yang tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV 41.4% dan memiliki sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV 85.7%.

Tabel 9. Perilaku Membayar untuk Hubungan Seksual dengan Penggunaan Kondom Saat Hubungan Seksual Terakhir

Karakteristik Latar Belakang	Di antara semua pria kawin			Diantara pria kawin yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir	
	Persentase yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual	Persentase yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir	Jumlah	Persentase yang pernah menggunakan kondom pada hubungan seksual dengan membayar yang terakhir	Jumlah
Umur					
15-24	2.5	0.8	358	*	3
15-19	(0.0)	(0.0)	29	*	0
20-24	2.7	0.9	329	*	3
25-29	3.0	1.0	1.016	*	11
30-39	4.3	1.2	3.430	28.3	42
40-49	3.2	0.8	3.684	(41.9)	28
50-54	3.9	0.6	1.521	*	9
Daerah Tempat Tinggal					
Perkotaan	3.5	0.9	4.901	27.3	43
Pedesaan	3.8	1.0	5.108	38.5	50
Pendidikan					
Tidak sekolah	1.3	0.0	186	*	0
Tidak tamat SD	3.8	1.2	1.205	*	15
Tamat SD	3.1	1.0	2.206	*	23
Tidak tamat SLTA	4.1	0.8	2.154	(38.1)	17
Tamat SLTA	4.2	1.0	2.978	(35.0)	30
Perguruan Tinggi	2.8	0.6	1.279	*	8
Kuintil kekayaan					
Terbawah	4.4	1.3	1.757	(20.7)	22
Menengah bawah	3.8	1.0	2.002	(43.5)	20
Menengah	3.6	0.9	2.094	(31.6)	19
Menengah atas	3.5	0.8	2.058	*	16
Teratas	3.1	0.7	2.097	*	15
Jumlah	3.7	0.9	10.009	33.3	92

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang
Tanda bintang (*) menunjukkan angka tidak ditampilkan karena jumlah kasus tidak tertimbang kurang dari 25

Jumlah persentase 10.009 responden pria kawin usia 15-54 tahun 3.7% yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual dan 0.9% yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir. Diantara

92 responden pria kawin yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir yang pernah menggunakan kondom pada hubungan seksual dengan membayar sebanyak 33.3%.

Tabel 10. Sumber Informasi tentang HIV/AIDS: Wanita

Karakteristik Latar Belakang	Sumber Informasi Mengenai AIDS												Jumlah wanita yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS
	Radio	Televisi	Koran/Majalah	Poster	Tenaga Kesehatan	Sekolah/guru	Lembaga keagamaan	Perkumpulan/masyarakat	Teman/keluarga	Tempat bekerja	Internet	Lainnya	
Umur													
15-24	6.7	58.5	10.4	6.5	13.7	60.5	0.8	4.4	23.1	3.3	37.5	0.6	12.632
15-19	4.5	48.3	8.2	5.2	12.7	79.0	0.8	3.2	19.0	1.1	32.0	0.8	6.599
20-24	9.1	70.3	12.9	7.9	14.9	40.4	0.7	5.7	27.6	5.8	43.5	0.4	6.032
25-29	8.6	79.0	14.3	7.5	17.4	13.2	0.5	6.2	32.6	7.1	33.9	0.5	5.801
30-39	8.3	82.4	13.7	6.5	14.5	4.9	0.6	7.1	33.7	5.7	19.2	0.5	12.478
40-49	9.0	81.7	14.0	5.1	12.4	2.1	1.1	9.0	36.4	5.2	11.2	0.5	9.988
Status Perkawinan													
Belum kawin	7.1	57.2	12.8	7.2	12.2	0.9	67.9	4.3	21.3	4.7	41.6	0.7	10.518
Kawin/hidup bersama	8.2	80.6	12.8	5.9	14.9	0.7	6.9	7.5	34.1	5.0	19.1	0.5	28.650
Cerai/pisah/janda	10.2	76.9	14.2	6.5	13.3	0.6	6.2	6.0	36.5	7.6	21.1	0.4	1.731
Daerah Tempat Tinggal													
Perkotaan	8.7	77.0	15.4	7.3	12.7	0.8	23.6	6.3	29.3	5.8	31.4	0.6	23.014
Pedesaan	7.2	71.2	9.6	5.0	16.0	0.8	21.2	6.9	33.0	4.1	16.7	0.5	17.885
Pendidikan													
Tidak sekolah	5.6	43.3	0.1	0.6	6.7	1.9	3.1	1.6	60.2	1.4	3.4	0.5	165
Tidak tamat SD	4.7	67.8	1.7	2.3	9.5	0.4	0.2	3.7	47.4	2.4	1.6	0.3	1.726
Tamat SD	6.2	77.1	3.5	2.9	11.6	0.5	0.4	6.7	37.9	2.0	2.9	0.5	6.234
Tidak tamat SLTA	6.3	68.3	7.6	4.8	13.6	0.7	30.8	5.8	28.7	2.2	16.2	0.6	12.945
Tamat SLTA	9.0	79.1	15.1	6.6	14.0	0.8	21.4	7.1	29.7	5.1	29.6	0.4	12.056
Perguruan Tinggi	11.5	77.4	28.8	12.1	18.6	1.3	34.2	7.7	26.6	13.0	56.5	0.8	7.682
Kuintil kekayaan													
Terbawah	7.2	66.8	10.6	4.5	16.9	0.8	23.0	6.5	34.4	4.5	16.7	0.6	5.840
Menengah bawah	7.4	73.8	10.7	5.4	14.9	0.9	22.2	7.0	32.1	4.2	19.9	0.5	7.801
Menengah	7.6	74.2	12.2	6.5	14.9	0.8	22.4	6.9	30.7	4.9	23.7	0.5	8.490
Menengah atas	8.6	76.8	13.3	6.4	12.8	0.8	21.9	6.4	30.5	5.3	26.5	0.5	8.916
Teratas	8.7	77.5	16.2	7.8	12.5	0.6	23.4	6.2	28.5	6.0	33.6	0.6	9.851
Jumlah	8.0	74.4	12.9	6.3	14.2	0.8	22.6	6.6	30.9	5.1	25.0	0.5	40.899

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Jumlah persentase sumber media dari 40.899 responden wanita mendengar HIV/AIDS berasal dari media sekolah/guru 0.8%, tempat bekerja 5.1%, perkumpulan/masyarakat 6.6%, radio 8%,

koran/majalah 12.9%, tenaga kesehatan 14.2%, lembaga keagamaan 22.6%, internet 25%, teman/keluarga 30.9% dan televisi 74.4%.

Tabel 11. Sumber Informasi tentang HIV/AIDS: Pria

Karakteristik Latar Belakang	Sumber Informasi Mengenai AIDS												Jumlah pria kawin yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS
	Radio	Televisi	Koran/Majalah	Poster	Tenaga Kesehatan	Sekolah/guru	Lembaga keagamaan	Perkampungan/masyarakat	Teman/keuarga	Teman/bekerja	Internet	Lainnya	
Umur													
15-24	6.3	73.8	11.8	8.2	7.0	0	17.7	3.3	44.3	10.8	32.7	0	299
15-19	2.6	60.0	2.6	2.9	0	0	35.6	0	23.3	0	18.3	0	18
20-24	6.6	74.6	12.4	8.5	7.5	0	16.5	3.5	45.6	11.5	33.6	0	281
25-29	14.3	77.6	23.6	12.1	12.6	1.9	12.2	4.2	45.1	13.5	33.6	0.7	921
30-39	12.0	83.7	22.3	10.6	9.8	1.2	6.1	4.2	43.2	15.0	23.6	0.4	3.011
40-49	13.6	84.5	25.6	10.1	9.8	1.2	2.9	6.5	38.0	12.6	13.9	0.3	3.007
50-54	14.4	81.4	24.1	8.9	12.1	1.9	3.8	7.1	38.1	14.1	9.5	0.8	1.063
Daerah Tempat Tinggal													
Perkotaan	13.4	85.1	28.9	12.7	9.6	1.3	6.5	5.8	37	16.3	25.9	0.6	4.445
Pedesaan	12.4	79.8	17.3	7.5	11.1	1.3	4.9	4.8	45.4	10.6	12.6	0.4	3.855
Pendidikan													
Tidak sekolah	8.9	58.5	3.9	0.3	13.7	1.4	0.3	7.6	48.5	3.9	3.6	0	48
Tidak tamat SD	10.2	66.3	4.2	4	4.6	0	0.4	3.7	49.7	11.5	2.6	0.2	637
Tamat SD	11.3	80.2	9.3	4.9	5.6	0.7	0.5	3.5	45.3	10.5	3.3	0.1	1.597
Tidak tamat SLTA	12.1	82.5	16.4	7.5	7.6	0.9	2.4	4.2	43.5	11.9	9.9	0.3	1.878
Tamat SLTA	13.3	87.0	29.9	11.9	11.7	1.2	7.6	6.1	39.0	14.5	23.9	0.4	2.870
Perguruan Tinggi	17.1	85.5	47.9	20.9	19.8	3.5	16.0	8.6	31.0	19.7	54.7	1.5	1.270
Kuintil kekayaan													
Terbawah	10.7	65.9	9.1	4.7	11.8	0.6	2.8	4.0	48.1	11.2	4.2	0.2	1.056
Menengah bawah	13.5	81.0	15.3	7.8	7.9	0.8	3.7	4.2	45.4	9.3	9.3	0.2	1.559
Menengah	12.1	84.5	19.3	7.5	7.8	1.1	4.8	5.1	43.1	12.7	12.4	0.3	1.773
Menengah atas	12.9	87.0	25.4	11.6	9.7	0.9	4.9	5.4	38.6	12.8	21.7	0.6	1.890
Teratas	14.4	87.0	39.2	16.2	14.0	2.5	10.4	7.1	33.8	20.0	40.4	0.8	2.021
Jumlah	12.9	82.7	23.5	10.3	10.3	1.3	5.7	5.4	40.9	13.7	19.7	0.5	10.3

Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017

Jumlah persentase sumber media dari 8.300 responden pria mendengar HIV/AIDS berasal dari media sekolah/guru 1.3%, tempat bekerja 5.1%, perkumpulan/masyarakat 5.4%, poster

10.3%, radio 12.9%, Koran/majalah 23.5%, tenaga kesehatan 10.3%, lembaga keagamaan 5.7%, internet 25%, teman/keluarga 40.9% dan televisi 82.7%.

PEMBAHASAN

Tabel 12. Gambaran Karakteristik Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Variabel	Jenis kelamin	
	Wanita (%)	Pria (%)
Pengetahuan		
1. HIV/AIDS	82.4	82.9
2. Cara pencegahan HIV/AIDS		
a) Pakai kondom	53.9	60.9
b) Melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan	68.4	69.7
c) Pakai kondom dan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan	48.8	54.8
3. Pengetahuan komprehensif		
a) Orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV	68.6	66.3
b) HIV tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk	39.0	37.0
c) HIV tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet	71.2	74.3
d) Orang tidak dapat terinfeksi HIV melalui berbagi makanan dengan orang menderita AIDS	37.8	40.9
e) Orang akan terinfeksi HIV dengan berbagi jarum suntik	77.2	76.3
f) Orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV dan menolak dua kesalahpahaman yang umum	21.2	20.8
g) Memiliki pengetahuan komprehensif tentang AIDS	14.9	15.6
4. Penularan HIV/AIDS kepada anak melalui ibu		
a) Selama kehamilan	70.9	66.4
b) Saat persalinan	63.1	57.1
c) Selama menyusui	69	63.4
d) Melalui ketiga hal tersebut	59.1	51.5
Sikap		
a) Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain	79.0	69.8
b) Meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap infeksi menular seksual	75.1	81.3
c) Tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS	34.5	28.7
d) Tidak mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi HIV/AIDS	64.3	54.0
e) Merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV	47.0	41.4
f) Tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV	19.1	30.4
g) Sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV	85.1	85.7
Perilaku		
a) Yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual		3.7
b) Yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir.		0.9
c) Diantara yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir yang pernah menggunakan kondom pada hubungan seksual dengan membayar dengan membayar yang terakhir		33.3

Diolah sendiri berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia Tahun 2017

Berdasarkan variabel pengetahuan tentang HIV baik wanita (82.4%) dan pria (82.9%) memiliki jumlah persentase yang hampir sama. Untuk pengetahuan cara pencegahan HIV/AIDS melalui kondom. Sebuah studi yang dilakukan oleh Kulati (2013) menemukan bahwa 96.33% dari 300 responden yang mengambil bagian dalam penelitian ini tahu bahwa penyakit ini menyebar dengan melakukan hubungan seksual tanpa kondom dengan orang yang

terinfeksi. Studi ini juga mengungkapkan bahwa 95.67% responden tahu bahwa HIV/AIDS adalah penyakit mematikan (Stephen *et al.*, 2015). Selanjutnya dalam SDKI dilakukan pula survey tentang pengetahuan pencegahan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan dan dengan keduanya dan hasilnya jumlah persentase pengetahuan pria lebih besar dibandingkan wanita. Sedangkan pengetahuan komprehensif

baik wanita maupun pria hampir sama. Dan pengetahuan penularan HIV melalui ibu, pengetahuan wanita sedikit lebih besar dibandingkan pria. Menurut studi yang dilakukan Verona (2020) tingkat pengetahuan suami dalam upaya pencegahan HIV/AIDS tidak terlalu tinggi hanya sebanyak 37 orang (50.7%), sikap suami positif sebanyak 43 orang (58.9%) dan praktik atau tindakan suami baik sebanyak 40 orang (54.8%). Diharapkan para suami untuk dapat berperan aktif dalam melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS dengan menambah wawasan dan informasi dengan mengikuti penyuluhan dan melakukan upaya pencegahan sesuai dengan program yang sudah ditentukan (Kulati, 2013). Sedangkan studi lain yang dilakukan oleh Heriana (2012) didapatkan hasil yang menunjukkan proporsi pendidikan rendah pada kelompok kasus HIV positif (75%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (60.7%).

Proporsi responden dengan penghasilan <UMR pada kelompok kasus (57%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (50%). Proporsi responden dengan pengetahuan I kategori kurang pada kelompok kasus HIV positif (50%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (38.5%). Proporsi responden dengan pengetahuan II kurang pada kelompok kasus HIV positif (33.3%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (25%). Proporsi responden yang tidak menggunakan kondom pada kelompok kasus (28.6%) lebih rendah dibandingkan pada kelompok kontrol (82.1%) (Verona dkk., 2020).

Berdasarkan variabel sikap menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain, jumlah persentase wanita (79%) menolak lebih besar dibandingkan pria kawin (69.8%). Sedangkan sikap meminta suaminya menggunakan kondom ketika

berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap infeksi menular seksual, sikap wanita (75.1%) lebih rendah dibandingkan sikap pria kawin (81.3%)

Berdasarkan variabel sikap tidak sependapat bahwa anak yang menderita HIV/AIDS boleh bersekolah dengan anak yang bukan penderita HIV/AIDS, jumlah persentase wanita (34.5%) lebih besar dibandingkan pria (28.7%). Jumlah persentase sikap tidak mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi HIV/AIDS, jumlah persentase wanita (64.3%) lebih besar dibandingkan pria (54%). Jumlah persentase wanita (47%) yang merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi HIV lebih besar dibandingkan pria (41.4%). Jumlah persentase wanita (19.1%) tidak mau merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV lebih kecil dibandingkan pria (30.4). Sedangkan sikap diskriminatif terhadap pengidap HIV baik wanita (85.1%) dan pria (85.7%) hampir sama. Sikap diskriminatif menurut studi yang dilakukan oleh Rini (2011) dikarenakan rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap ODHA dan kurang tersedianya sumber informasi yang seimbang tentang bahaya HIV/AIDS dan aspek sosial seperti perilaku diskriminasi atau stigma ODHA (Hidayat dkk., 2012). Juga menurut studi yang dilakukan oleh Situmeang dkk (2017) menunjukkan 71.63% remaja mempunyai stigma terhadap ODHA, 49,10% remaja mempunyai pengetahuan yang kurang tentang HIV. Pengetahuan yang kurang tentang HIV/AIDS berhubungan dengan stigma terhadap ODHA (PR=1.210; 95% CI: 1.149-1.273) setelah dikontrol oleh keterpaparan media massa. Perlu dilakukan peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada remaja guna mengurangi stigma terhadap ODHA (Heriana dkk., 2017).

Berdasarkan perilaku pria kawin yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual sebanyak 3.7%, yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir sebanyak

0.9%. Dan diantara pria kawin yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir yang pernah menggunakan kondom pada hubungan seksual dengan membayar sebanyak 33.3%. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Soegiarto (2017) menunjukkan bahwa responden yang menikah dan melakukan hubungan seks dengan pasangan tidak tetap serta selalu menggunakan kondom sebesar 9.6%, sering menggunakan kondom sebesar 32.7% dan tidak pernah menggunakan kondom sebesar 57.7% (Situmeang dkk., 2017). Sedangkan responden yang tidak menikah dan melakukan hubungan seks dengan pasangan tidak tetap serta selalu menggunakan kondom sebesar 20.5%, sering menggunakan kondom 35.6% dan tidak pernah menggunakan kondom sebesar 43.9% (Sugiarto, 2017). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada asosiasi antara status pernikahan dengan penggunaan kondom pada pasangan tidak tetap penasun. Penasun yang tidak menikah memiliki kecenderungan 0.2 kali lebih rendah tidak menggunakan kondom pada hubungan seksual dengan pasangan tidak tetap sebulan terakhir jika dibandingkan dengan penasun yang sudah menikah. Sedangkan menurut Budiono (2012) faktor predisposisi yang mempengaruhi praktik penggunaan kondom pada Wanita Pekerja Seks (WPS) dan pelanggannya adalah pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS, dan sikap WPS terhadap penggunaan kondom. Faktor pemungkin yang mempengaruhi praktik penggunaan kondom adalah akses informasi tentang IMS dan HIV/AIDS. Sedangkan faktor penguatnya adalah persepsi pelanggan tentang kemampuan untuk melakukan perilaku seks secara aman serta dukungan germo/mucikari terhadap penggunaan kondom di kalangan WPS maupun pelanggannya. Dari ketiga faktor tersebut (predisposisi, pemungkin, dan penguat) diperlukan interaksi yang harmonis diantara para aktor yang terlibat. Salah satu aktor yang memegang peran

penting adalah germo. Oleh karena itu apabila ingin dilakukan perbaikan angka konsistensi penggunaan kondom diperlukan suatu upaya pemberdayaan germo yang sadar kesehatan (Budiono, 2012).

Berdasarkan sumber informasi tentang HIV/AIDS baik wanita dan pria mendapatkan informasi terbanyak berasal dari televisi. Menurut Hidayat (2012) diketahui bahwa mahasiswa UGM baik bidang studi eksak maupun non-eksak banyak memperoleh informasi tentang HIV/AIDS dari televisi, internet, dan sekolah. Televisi dan internet memang merupakan salah satu jenis media yang paling sering digunakan mahasiswa untuk mencari informasi baik hiburan maupun pendidikan (Rini *et al.*, 2011). Menurut Solehati (2019) hasil penelitian menyimpulkan bahwa media internet, TV, dan koran/majalah memiliki hubungan dengan perilaku remaja dalam menjalani kesehatan reproduksinya. Sumber informasi kedua adalah teman/keluarga. Hal ini sesuai studi yang dilakukan oleh Leni (2014) bahwa variabel peran teman sebaya memberikan hubungan paling dominan terhadap tindakan pencegahan infeksi HIV/AIDS (Solehati dkk., 2019).

Berdasarkan tingkat pendidikan dan kekayaan baik wanita dan pria, semakin tinggi tingkat pendidikan dan kekayaan maka pengetahuan, sikap dan perilaku semakin membaik. Menurut Morgan, dkk, (2019) terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan tindakan pencegahan HIV/AIDS dan hubungan antara sikap dan tindakan HIV/AIDS. Hasil penelitian yang dilakukan Morgan didapatkan nilai $p=0.001 < 0.05$, artinya ada hubungan antara pengetahuan responden dengan tindakan pencegahan HIV/AIDS dan terdapat hubungan antara sikap dan tindakan pencegahan HIV/AIDS dengan nilai $p=0.001 < 0.05$, artinya ada hubungan antara sikap responden dengan tindakan pencegahan HIV/AIDS (Mongan dkk., 2019). Menurut studi yang dilakukan Fitri (2018) menunjukkan ada hubungan

pengetahuan (p value 0.023) dan pendidikan (p value 0.004) terhadap perilaku pencegahan. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan adalah sikap (p value 0.199), ekonomi (p value 0.641) dan lama menikah (p value 0.275) terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS (Fitrianingsih, 2018).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Baik wanita dan pria memiliki pengetahuan yang sama tentang HIV/AIDS dan cara pencegahan HIV/AIDS dengan memakai kondom dan melakukan hubungan seksual hanya dengan satu pasangan. Keduanya juga memiliki persentase pengetahuan yang sama tentang orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV, HIV tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk, HIV tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet, orang tidak dapat terinfeksi HIV melalui berbagi makanan dengan orang menderita AIDS, orang akan terinfeksi HIV dengan berbagi jarum suntik dan orang yang tampak sehat dapat terinfeksi HIV dan menolak dua kesalahpahaman yang umum

Untuk pengetahuan penularan HIV/AIDS kepada anak melalui ibu, pengetahuan wanita lebih baik dibandingkan pria. Dan jika dilihat dari respon, sebagian besar wanita akan menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain dan meminta suaminya menggunakan kondom ketika berhubungan seksual jika tahu suaminya mengidap infeksi menular seksual.

Sikap diskriminatif terhadap penderita HIV/AIDS dipengaruhi oleh pengetahuan dan media informasi. Pengetahuan dan sumber media informasi yang memberikan edukasi baik tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS akan berdampak berkurangnya sikap

diskriminatif.

Sumber media informasi televisi merupakan media informasi terbesar yang dapat memberikan edukasi tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS kepada masyarakat. Semakin tinggi tingkat pengetahuan, pendidikan dan ekonomi maka berpengaruh baik terhadap berkurangnya sikap diskriminatif terhadap penderita penyakit HIV/AIDS dan berkurangnya tindakan melakukan hubungan seksual selain terhadap isteri.

Saran

Disarankan kepada petugas kesehatan agar dapat memberikan edukasi yang lebih terhadap HIV/AIDS dengan berbagai metode pendekatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Afif, N. H., dkk., **Manajemen HIV/AIDS: Terkini, Komprehensif dan Multidisiplin**, Surabaya: Airlangga University Press; 2019.
2. Budiono, I., **Konsistensi Penggunaan Kondom oleh Wanita Pekerja Seks/Pelanggannya**, *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*; 2012, Vol. 7, No. 2, pp. 97-101.
3. Fauziah, I., **Studi Deskriptif Kuantitatif Pengetahuan Guru Sekolah Dasar Tentang Bullying di Kecamatan Sokaraja Kabupaten Banyumas** (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Purwokerto), 2015.
4. Fitrianingsih, R., Dewi, Y. I., Woferst, R., **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan HIV/AIDS pada Ibu Rumah Tangga**, *Jurnal Ners Indonesia*; 2018, Vol. 9, No. 1, pp. 59-71.
5. Hidayat, O., Giyarsih, S. R., **Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Universitas Gadjah Mada tentang Bahaya Penyakit AIDS**; *Jurnal Bumi Indonesia*; 2012, Vol. 1, No. 2.

6. Heriana, C., Amalia, I. S., Ropii, A., **Faktor Risiko Penularan HIV/AIDS pada Ibu Rumah Tangga Pasangan Migran di Kabupaten Kuningan Tahun 2017**, *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada*; 2017, Vol. 6, No. 2), pp. 42-49.
7. Kulati, T., **The Influence of Knowledge and Attitudes Regarding HIV and AIDS on Entrepreneurial Activities in the North-West Province**; 2013.
8. Manafe, L. A., **Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, Peran Guru, Media Informasi (Internet) dan Peran Teman Sebaya dengan Tindakan Pencegahan HIV/AIDS pada Siswa di SMA Negeri 4 Manado**, *JIKMU*; 2014, Vol. 4, No. 4.
9. Mongan, D. J., Maramis, F. R., Ratag, B. T., **Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pencegahan HIV/AIDS pada Masyarakat di Kelurahan Sagerat Weru Kecamatan Matuari Kota Bitung**, *Kesmas*; 2019, Vol. 7, No. 5.
10. Notoatmodjo, S., **Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan**, Jakarta: Rineka Cipta: 2012.
11. Rini, M., Najmah, Y., **Determinants of Indonesian People Attitudes Towards People Living with HIV/AIDS (PLWHA)**, *International Journal of Public Health Research*; 2011, pp. 224-228.
12. Situmeang, B., Syarif, S., Mahkota, R., **Hubungan Pengetahuan HIV/AIDS dengan Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS di Kalangan Remaja 15-19 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2012)**, *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*; 2017, Vol. 1, No. 2.
13. Solehati, T., Rahmat, A., Kosasih, C. E., **Hubungan Media dengan Sikap dan Perilaku Triad Kesehatan Reproduksi Remaja Relation of Media on Adolescents' reproductive Health Attitude and Behaviour**, *Jurnal Penelitian Komunikasi dan Opini Publik*; 2019, Vol. 23, No. 1, pp. 40-53.
14. Stephen, P., Robbins, Timothy, A. J., **Perilaku Organisasi (Behaviour Organizational) Edisi 16**, Penerbit Salemba Empat; 2015.
15. Sugiarto, M., **Hubungan Status Pernikahan dan Kepemilikan Kondom dengan Penggunaan Kondom Saat Melakukan Hubungan Seksual pada Pasangan Tidak Tetap Pengguna NAPZA Suntik**, *Jurnal Kesehatan Terpadu*; 2017, Vol. 1, No. 2.
16. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, **Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Jakarta**, Indonesia; 2017.
17. Verona, F., Dewi, Y. I., Lestari, R. F., **Gambaran Perilaku Suami Dalam Upaya Pencegahan HIV/AIDS**, *Jurnal Keperawatan Abdurrah*; 2020, Vol. 3, No. 2, p.p. 1-10.

ANALYSIS OF SMOKING CESSATION EFFORTS IN COFFE STALLS CUSTOMERS IN BANDA ACEH IN 2019

Analisis Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di
Kota Banda Aceh Tahun 2019

Rahmil Azzati*, Hermansyah, Irwan Saputra, Nurjannah, dan Aulina Adamy
Magister Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, Banda Aceh 23245
*rahmilazzati@gmail.com

Received: 09 October 2020/ Accepted: 06 February 2021

ABSTRACT

Background: Smoking is a major risk factor against the burden of disease in the world. The large number of coffee stalls found in Banda Aceh is one of the causes of the high number of smokers, so it shows that coffee and cigarettes are inseparable. The purpose of this research is to find out the factors that affect smokers in stopping smoking habit in the coffee shop in Banda Aceh in 2019. **Methods:** This research is analytical observational, using Cross Sectional design. The research site at coffee shops in Banda Aceh was conducted in August 2019. The samples in this study were active smokers. The data was analyzed with a logistic regression test using Stata 13. **Result:** The results showed that the percentage of respondents who mad efforts to quit smoking was 72.19%. Bivariate analysis shows that there is a link between the number of cigarettes per day that is heavy ($p=0.003$), medium ($p=0.005$) and severe ($p=0.026$) with smoking cessation efforts, while the variable age, the first age of smoking, marital status, income, education, anxiety, alcohol consumption, knowledge, smoking time lag in the morning, and other smokers influences in the family environment has no relationship with quitting smoking. Multivariate analysis shows that the association to quitting smoking is in the in the variable number of cigarettes per day in the moderate, heavy, and severe categories. **Conclusion:** The most dominant variables that has a connection to smoking cessation is the heavy, moderate and severe amount of cigarettes per day.

Keywords: Smoking Cessation, Coffee Shop Customers, Active Smokers

ABSTRAK

Latar Belakang: Merokok merupakan faktor risiko utama terhadap beban penyakit di dunia. Banyaknya jumlah warung kopi yang ditemukan di Kota Banda Aceh menjadi salah satu penyebab tingginya jumlah perokok, sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa kopi dan rokok tidak dapat dipisahkan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi perokok dalam menghentikan kebiasaan merokok di warung kopi kota Banda Aceh tahun 2019. **Metode:** Penelitian ini bersifat observasional analitik, dengan menggunakan desain Cross Sectional. Lokasi penelitian di warung kopi Kota Banda Aceh, dilakukan pada bulan Agustus 2019. Sampel dalam penelitian ini adalah perokok aktif. Data dianalisis dengan uji regresi logistik menggunakan Stata 13. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase responden yang melakukan upaya berhenti merokok sebesar 72.19%. Analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara jumlah rokok perhari yang berat ($p=0.003$), sedang ($p=0.005$) dan berat sekali ($p=0.026$) dengan upaya berhenti merokok, sedangkan variabel umur, umur pertama merokok, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, kecemasan, konsumsi alkohol, pengetahuan, jeda waktu merokok di pagi hari, dan pengaruh perokok lain di lingkungan keluarga tidak memiliki hubungan dengan upaya berhenti merokok. Analisis multivariat menunjukkan yang memiliki hubungan terhadap upaya berhenti merokok ada pada variabel jumlah rokok perhari pada kategori sedang, berat, dan berat sekali. **Kesimpulan:** Variabel paling dominan yang memiliki koneksi ke upaya berhenti merokok adalah jumlah rokok perhari yang berat, sedang dan parah dengan upaya berhenti merokok.

Kata Kunci: Upaya Berhenti Merokok, Pelanggan Warung Kopi, Perokok Aktif

PENDAHULUAN

Rokok merupakan produk tembakau yang mengandung zat adiktif, apabila di gunakan akan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu dan masyarakat. Asap tembakau mengandung kurang lebih 4000 komponen, dan beberapa diantaranya bersifat racun, serta dapat merubah sifat sel-sel tubuh menjadi ganas. Ada sekitar 43 zat dalam tembakau yang sudah diketahui dapat menyebabkan kanker, diantaranya nikotin, tar dan karbon monoksida (Kemenkes RI, 2011).

Merokok merupakan faktor risiko utama terhadap beban penyakit di dunia, terhitung 6.3% kecacatan yang terjadi disebabkan karena rokok (Jha & Peto, 2014). Kebiasaan merokok dalam kehidupan sehari-hari sudah banyak dijumpai, baik di berbagai pertemuan, di dalam rumah bahkan di fasilitas umum yang seharusnya terbebas dari asap rokok, hal ini menyebabkan tingginya penyakit kronis pada penduduk dunia (Barber *et al.*, 2008).

Berdasarkan data (Kemenkes RI, 2013), Aceh termasuk salah satu provinsi dengan jumlah perokok tertinggi di Indonesia. Tingkat prevalensi perokok di Aceh 29.3% dengan perokok setiap harinya sebanyak 25% diatas prevalensi nasional 24.3%, sedangkan proporsi perokok di Kota Banda Aceh adalah 28.3%.

Jika dilihat data dari Kementerian Kesehatan RI (2018), perokok di provinsi Aceh sebanyak 28.8%, mengalami penurunan dari tahun sebelumnya. Namun terjadi peningkatan prevalensi perokok pada populasi usia 10-18 tahun, data tahun 2013 prevalensi merokok pada populasi usia 10-18 tahun tercatat 7.2% kemudian mengalami peningkatan menjadi 9.1% pada tahun 2018.

Hal tersebut dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat terhadap bahaya rokok, baik perokok aktif maupun perokok pasif. Selain itu masih kurangnya peraturan terhadap kawasan tanpa rokok,

dan masih banyak tempat-tempat umum yang dipenuhi asap rokok serta kebebasan tanpa batas bagi iklan rokok di provinsi Aceh. Merokok sudah menjadi hal yang biasa atau dianggap sebagai perilaku yang normal dan hampir semua masyarakat Aceh melakukannya (Perwira *et al.*, 2019).

Banyaknya jumlah warung kopi menjadi salah satu penyebab tingginya prevalensi perokok di Kota Banda Aceh, yang menunjukkan bahwa kopi dan rokok tidak dapat dipisahkan. Warung kopi juga menjadi sebuah peluang terbesar untuk terus merokok dan bagi anak-anak remaja menjadi tempat mengenal dan mencoba mengkonsumsi rokok (Perwira *et al.*, 2019).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu dengan melakukan pendekatan secara perilaku seperti pelatihan relaksasi, dukungan sosial, terapi pengganti nikotin *rapid smoking*, terapi sensitifitas kognitif, kemudian pendekatan secara komunikasi verbal seperti terapi psikologis dan konseling, memberikan kampanye kepada masyarakat mengenai bahaya merokok dan usaha pencegahan agar perilaku merokok tidak semakin merambah ke generasi yang lebih muda (Oscamp & Schultz, 1998).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat observasional analitik dengan desain *Cross-sectional*. pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *quota sampling* dimana pengambilan sampel dengan cara menetapkan jumlah sampel tertentu sebagai target yang harus dipenuhi dalam pengambilan sampel dari semua populasi tersebut. Kemudian sampel diambil dengan membatasi jumlah sampel secara asal dengan memenuhi persyaratan sampel yang di inginkan (Sugiono, 2001).

Penelitian dilakukan di Kota Banda Aceh pada tanggal 11 - 13 Agustus 2019. Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan analisis univariat, bivariat,

dan multivariat menggunakan STATA 13.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pengunjung di warung kopi yang mengkonsumsi rokok secara aktif saat

peneliti melakukan penelitian. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 151 responden yang berasal dari sembilan warung kopi di Kota Banda Aceh.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1.	Upaya Berhenti Merokok		
-	Ada	109	72.19
-	Tidak Ada	42	27.81
Karakteristik Individu			
2.	Umur		
-	Remaja	84	55.63
-	Dewasa	65	43.05
-	Lansia	2	1.32
3.	Umur Pertama Kali Merokok		
-	Dewasa	3	1.99
-	Remaja	148	98.01
4.	Status Perkawinan		
-	Menikah	34	22.52
-	Tidak Menikah	117	77.48
5.	Pendapatan		
-	Tinggi	68	45.03
-	Menengah	79	52.32
-	Rendah	4	2.65
Faktor Psikologis			
6.	Kecemasan		
-	Cemas	151	100
7.	Konsumsi Alkohol		
-	Tidak	133	88.08
-	Ya	18	11.92
Kognitif			
8.	Pengetahuan		
-	Baik	136	90.07
-	Kurang Baik	15	9.93
Faktor Perilaku			
9.	Jumlah Rokok Per Hari		
-	Ringan	32	21.19
-	Sedang	24	15.89
-	Berat	33	21.85
-	Sangat Berat	62	41.06

Tabel 1. Lanjutan

No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
10.	Jeda Merokok di Pagi Hari		
-	Ketertarikan >60 menit	7	4.64
-	Ketertarikan 31-60 menit	24	15.89
-	Ketertarikan ≤ 30 menit	120	79.47
11.	Lama Merokok		
-	≤ 20 tahun	146	96.69
-	21-30 tahun	5	3.31
12.	Pengaruh Perokok Lain di Lingkungan Keluarga		
-	Tidak Ada	47	31.13
-	Ada	104	68.87

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa proporsi responden yang tidak melakukan upaya berhenti merokok sebesar 27.81% (42 responden), sedangkan 72.19% responden melakukan upaya untuk berhenti merokok. Jika dilihat berdasarkan karakteristik individu, umur lansia sebanyak 1.32% (2 responden), umur pertama kali merokok pada usia remaja sebanyak 148 responden (98.01%), tidak menikah 117 responden (77.48%),

sosial ekonomi pada pendapatan rendah sebesar 2.65%, faktor psikologis pada kondisi kecemasan cemas 100%, konsumsi alkohol sebesar 11.92%, kognitif pada pengetahuan kurang baik 9.93%, faktor perilaku pada jumlah rokok per hari sangat berat sebesar 41.06%, jeda merokok di pagi hari dengan ketertarikan ≤ 30 menit 79.47%, lama merokok 21-30 tahun 3.31%, pengaruh perokok lain di lingkungan keluarga ada sebesar 68.87%.

Hubungan Karakteristik Individu dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Tabel 2. Hubungan Karakteristik Individu dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

No	Karakteristik Individu	Upaya Berhenti Merokok				Total		OR (95% CI)	P-Value
		Ada		Tidak Ada		N	%		
		n	%	n	%				
1.	Umur								
	Remaja	56	66.67	28	33.33	84	100		
	Dewasa	52	80	13	20	65	100	0.5 (0.23-1.06)	
	Lansia	1	50	1	50	2	100	2 (0.12-33.17)	
2.	Umur Pertama Kali Merokok								
	Dewasa	2	66.67	1	33.33	3	100		
	Remaja	107	72.30	41	27.70	148	100	0.76 (0.06-8.68)	
3.	Status Perkawinan								
	Menikah	26	76.47	8	23.53	34	100		
	Tidak Menikah	83	70.94	34	29.06	117	100	1.33 (0.54-3.23)	

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan bahwa pada karakteristik individu tidak ada yang berhubungan dengan upaya berhenti merokok Akan tetapi jika dilihat berdasarkan nilai OR, umur pada kategori lansia memiliki nilai OR paling tinggi

yaitu 2.5. Artinya responden dengan kategori umur lansia memiliki risiko 2.5 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden pada kategori remaja.

Hubungan Sosial Ekonomi dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Tabel 3. Hubungan Sosial Ekonomi dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

No	Sosial Ekonomi	Upaya Berhenti Merokok				Total		OR (95% CI)	P-Value
		Ada		Tidak Ada		n	%		
		n	%	n	%				
1.	Pendapatan								
	Tinggi	49	75.38	16	24.62	65	100		
	Menengah	46	66.67	23	33.33	69	100	1.53 (0.72-3.25)	
	Rendah	14	82.35	3	17.65	17	100	0.65 (0,16-2.57)	
2.	Pendidikan								
	Tinggi	50	73.53	18	26.47	68	100		
	Menengah	56	70.89	23	29.11	79	100	1.14 (0.55-2.35)	
	Rendah	3	75.00	1	25.00	4	100	0.92 (0.09-9.48)	

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel sosial ekonomi dengan upaya berhenti merokok. Akan tetapi jika dilihat berdasarkan nilai OR yang paling besar yaitu pada variabel pendapatan responden

pada kategori (OR=1.53). Artinya responden dengan pendapatan menengah memiliki risiko 1.53 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden dengan pendapatan tinggi.

Hubungan Faktor Psikologis dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Tabel 4. Hubungan Faktor Psikologis dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

No	Faktor Psikologis	Upaya Berhenti Merokok				Total		OR (95% CI)	P-Value
		Ada		Tidak Ada		n	%		
		n	%	n	%				
1.	Konsumsi Alkohol								
	Tidak	96	72.18	37	27.82	133	100		
	Ya	13	72.22	5	27.78	18	100	0.38 (0.33-2.99)	

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa faktor psikologis pada variabel kecemasan tidak dilakukakan analisa lebih lanjut pada analisa bivariat dan multivariat karena dari hasil penelitian didapatkan bahwa responden penelitian seluruhnya mengalami kecemasan. Sedangkan pada konsumsi alkohol tidak memiliki

hubungan dengan upaya berhenti merokok. Jika dilihat berdasarkan nilai OR, responden yang mengkonsumsi alkohol berpeluang 62 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden yang tidak mengkonsumsi alkohol.

Hubungan Kognitif (Intelektual) dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Tabel 5. Hubungan Kognitif dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

No	Kognitif	Upaya Berhenti Merokok				Total		OR (95% CI)	P- Value
		Ada		Tidak Ada		n	%		
		n	%	n	%				
Pengetahuan									
1.	Baik	100	73.53	36	26.47	136	100	1.85 (0.61-5.56)	0.273
	Kurang Baik	9	60.00	6	40.00	15	100		

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan bahwa faktor kognitif pada variabel pengetahuan tidak memiliki hubungan dengan upaya berhenti merokok. Jika dilihat berdasarkan nilai OR, responden dengan pengetahuan kurang baik nilai

OR=1.85, artinya responden dengan tingkat pengetahuan kurang baik memiliki risiko 1.85 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden dengan tingkat pengetahuan baik.

Hubungan Faktor Perilaku dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Tabel 6. Hubungan Faktor Perilaku dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

No	Faktor Perilaku	Upaya Berhenti Merokok				Total		OR (95% CI)	P- Valu e
		Ada		Tidak Ada		n	%		
		n	%	n	%				
1. Jumlah Rokok Per Hari									
	Ringan	29	90.63	3	9.38	32	100	6.90 (1.63-29.12)	0.009
	Sedang	14	58.33	10	41.67	24	100		
	Berat	21	63.64	12	36.36	33	100	5.52 (1.38-22.04)	0.016
	Sangat Berat	45	72.58	17	27.42	62	100	3.65 (0.98-13.57)	0.053

Tabel. 6 Lanjutan

No	Faktor Perilaku	Upaya Berhenti Merokok				Total		OR (95% CI)	P-Value
		Ada		Tidak Ada		n	%		
		n	%	n	%				
2. Jeda Waktu Merokok di Pagi Hari									
	Ketergantungan >60 menit	5	71.43	2	28.57	7	100		
	Ketergantungan 31-60 menit	19	79.17	5	20.83	24	100	0.65 (0.09-4.45)	0.668
	Ketergantungan ≤30 menit	85	70.83	35	29.17	120	100	1.02 (0.19-5.55)	0.973
3. Pengaruh Perokok Lain di Lingkungan Keluarga									
	Tidak Ada	37	78.72	10	21.28	47	100		
	Ada	72	69.23	32	30.77	104	100	1.64 (0.72-3.70)	0.231

Berdasarkan Tabel 6 menunjukkan bahwa faktor perilaku yang memiliki hubungan terhadap upaya berhenti merokok ada pada variabel jumlah rokok per hari dengan kategori berat ($p=0.016$) dan sedang ($p=0.009$). Jika dilihat berdasarkan nilai OR, jumlah rokok perhari pada kategori berat memiliki nilai $OR=5.52$, artinya responden dengan jumlah rokok perhari kategori berat memiliki risiko 5.52 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden pada kategori ringan. Sedangkan pada jumlah rokok perhari kategori sedang memiliki nilai $OR=6.90$, artinya responden dengan jumlah rokok perhari sedang memiliki risiko 6.90 kali lebih besar untuk

tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden dengan kategori ringan.

Variabel lama merokok tidak dilakukan analisa lebih lanjut pada analisa bivariat dan multivariat karena dari hasil penelitian didapatkan bahwa responden penelitian memiliki perbedaan umur yang jauh dan lama merokok lebih banyak yang dibawah 20 tahun yaitu 96.69% sedangkan yang lama merokoknya 21-30 tahun 3.31%. Hal tersebut disebabkan karena umur responden yang masih tergolong remaja dan dewasa sehingga rentang waktu mulai merokok dengan umur saat ini belum mencapai lebih dari 30 tahun.

Analisa Multivariat Odd Ratio (OR)

Tabel 7. Analisa Multivariat Odd Ratio (OR) dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi di Kota Banda Aceh Tahun 2019

Karakteristik	Upaya Berhenti Merokok	
	Odd Ratio (OR)	P-Value
Umur		
Dewasa	0.40 (0.12-1.27)	0.121
Lansia	3.72 (0.09-141)	0.478
Umur pertama kali merokok		
Remaja	0.71 (0.04-10.59)	0.809

Tabel 7. Lanjutan

Karakteristik	Upaya Berhenti Merokok	
	Odd Ratio (OR)	<i>P-Value</i>
Pendidikan		
Menengah	1.12 (0.44-2.79)	0.807
Rendah	1.68 (0.12-22.95)	0.695
Pendapatan		
Menengah	1.46 (0.58-3.66)	0.409
Rendah	0.49 (0.09-2.51)	0.394
Status Perkawinan		
Tidak Menikah	1.003 (0.27-3.69)	0.996
Mengonsumsi Alkohol	1.92 (0.47-7.85)	0.359
Pengetahuan		
Kurang Baik	2.73 (0.77-9.71)	0.120
Jumlah Rokok Per Hari		
Sedang	10.50 (2.01- 54.91)	0.005
Berat	11.66 (2.35-57.67)	0.003
Sangat berat	5.64 (1.22-26.02)	0.026
Jeda Merokok di Pagi Hari		
Ketergantungan 31-60 menit	0.45 (0.05-4.11)	0.483
Ketergantungan \leq 30 menit	1.15 (0.17-7.53)	0.877
Ada Pengaruh Perokok Lain di Lingkungan Keluarga	1.63 (0.64-4.14)	0.303

Berdasarkan Tabel 7 menunjukkan bahwa setelah dilakukan analisa multivariat dari faktor karakteristik responden, sosial ekonomi, faktor psikologis, kognitif, dan faktor perilaku yang memiliki hubungan terhadap upaya berhenti merokok jumlah rokok perhari. Dimana jika dilihat berdasarkan nilai OR, variabel jumlah rokok perhari pada kategori berat memiliki nilai OR=11.66, artinya responden dengan jumlah rokok perhari pada kategori berat memiliki risiko 11.66 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden pada kategori sedang dan sangat berat. Namun jika dilihat berdasarkan nilai OR pada variabel jumlah rokok perhari dengan kategori sedang memiliki nilai OR=10.50, artinya responden dengan jumlah rokok per hari pada kategori sedang memiliki risiko 10.50 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok

dibandingkan dengan responden pada kategori sangat berat. Dan jika dilihat berdasarkan nilai OR pada variabel jumlah rokok perhari dengan kategori sangat berat memiliki nilai OR=5.64, artinya responden dengan jumlah rokok perhari pada kategori sangat berat memiliki risiko 5.64 kali lebih besar untuk tidak melakukan upaya berhenti merokok dibandingkan dengan responden pada kategori ringan.

PEMBAHASAN

Hubungan Karakteristik Responden Dengan Upaya Berhenti Merokok Pada Pelanggan Warung Kopi

Dalam Fawzani (2005), umur di atas 40 tahun memiliki kecenderungan untuk berhenti merokok dengan alasan kesehatan dan keluarga. Menurut Wibowo (2015), dimana seseorang yang sudah dewasa (25-45 tahun) memiliki karakteristik

kemandirian ekonomi dan kemandirian dalam membuat keputusan atau lebih mampu berpikir dan mengambil sikap dalam menentukan pilihan dibandingkan dengan anak-anak remaja. Kemudian, orang dewasa menjadikan pilihan berhenti merokok atau tidak karena pertimbangan kesehatan, hal itu juga berhubungan dengan fakta bahwa orang dewasa lebih paham akan masalah dan fungsi kesehatan dibandingkan dengan anak remaja.

Menurut asumsi peneliti umur tidak berhubungan dengan upaya berhenti merokok karena semua perokok memiliki kesulitan yang sama untuk mengubah kebiasaannya meskipun jumlah rokok yang mereka konsumsi tidak terlalu banyak. Hal ini disebabkan tingkat kecanduan nikotin yang dimiliki perokok sangat tinggi sehingga untuk melakukan upaya berhenti merokok tidak mudah dilakukan apalagi untuk segera berhenti merokok. Dan sebagian besar dari perokok merasa merokok dapat menghilangkan stress atau menghilangkan penat saat banyak pikiran beban tugas atau pekerjaan, hal ini juga sangat mempengaruhi perokok untuk terus merokok meskipun dalam hati kecil mereka ada sedikit niat untuk berhenti merokok tapi mereka menganggapnya mustahil dapat melakukannya.

Menurut (Doe *et al.*, 2009) sebagian besar perilaku merokok bermula pada usia remaja. Dimana masa remaja merupakan masa yang mulai terjadinya pembentukan gaya hidup dan penentuan pola perilaku yang sesuai dengan keinginan remaja tersebut serta masa remaja juga rawan akan pengaruh-pengaruh negatif (Alamsyah, 2009). Umur pertama kali merokok sangat menentukan keberhasilan berhenti merokok, semakin lama nikotin mengendap didalam tubuh perokok maka akan semakin ketergantungan untuk terus merokok bahkan dapat berisiko untuk narkoba. Umur yang sangat tepat dan bermanfaat untuk berhenti merokok berkisar antara 35 tahun sampai 44 tahun serta umur 45 tahun sampai 54 tahun

masih memiliki manfaat yang baik (Jah & Chaloupka, 2000).

Menurut asumsi peneliti umur pertama kali merokok tidak berhubungan dengan upaya berhenti merokok karena merokok sudah menjadi bagian dari kebiasaan, seperti pada persiapan acara di desa yang disediakan untuk anak muda, orang tua bahkan anak-anak sekalipun selain dari makanan dan minuman juga disediakan rokok. Hal ini yang membuat masyarakat susah untuk berhenti merokok, selain itu kebiasaan orang tua yang merokok dirumah terutama di depan anak laki-lakinya maka akan membuat si anak untuk merokok dan menganggap rokok bagian dari kebutuhan sehari-hari, setelah makan tidak merokok tidak enak bangun pagi yang pertama kali dicari adalah rokok.

Hasil penelitian yang dilakukan di Inggris menunjukkan dukungan dari masyarakat serta terdapat perokok lain dalam keluarga, khususnya pasangan yang menikah dan tingkat dukungan dari anggota keluarga menjadi faktor penting dalam keberhasilan merokok. Hubungan status perkawinan dengan upaya berhenti merokok terjadi dikarenakan perokok tidak ingin istri atau anaknya terpengaruh akan gaya hidup merokok serta menghindari pengaruh buruk asap rokok terhadap kesehatan keluarganya (Chandola *et al.*, 2004).

Menurut asumsi peneliti, status perkawinan tidak berhubungan dengan upaya berhenti merokok karena kebanyakan responden yang berstatus perkawinannya menikah belum berhenti merokok. Salah satu dukungan yang berasal dari luar diri perokok juga merupakan bagian dari program berhenti merokok dan perokok cenderung lebih bisa berhenti merokok karena mempertimbangkan orang-orang yang ada di lingkungan sekitarnya. Dalam hal ini keluarga tidak terlalu berpengaruh untuk berhenti merokok karena kebiasaan yang tidak dapat diubah serta kecanduan akan nikotin dalam dirinya. Usaha berhenti

merokok dari pasangan sudah sering diberikan agar suaminya segera berhenti merokok atau sedikit tidaknya dapat mengurangi konsumsi rokok dari biasanya, namun hal ini belum juga berhasil dilakukan dan istri juga tidak ingin terus memaksa suami untuk tidak merokok karena mereka juga harus saling memahami satu sama lain.

Hubungan Sosial Ekonomi dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Menurut Rizanna (2013), pendapatan dapat mendorong mahasiswa untuk berhenti merokok, terdapat 6 orang dari 31 mahasiswa mengatakan alasan finansial sebagai motivasi mereka meninggalkan rokok, mereka mengakui dengan menghabiskan uang untuk merokok dapat mengurangi anggaran keuangan mereka untuk kebutuhan harian lainnya, baik makan, transportasi dan buku. Berdasarkan prinsip ekonomi tentang kebebasan konsumen mengatakan bahwa konsumen sendirilah yang menentukan keputusan terbaik bagaimana ia membelanjakan uangnya, termasuk dalam membeli rokok. Keputusan yang diambil berdasarkan pengetahuan terhadap biaya dan manfaat dari keputusan tersebut (Barber *et al.*, 2008).

Menurut asumsi peneliti, pendapatan tidak berhubungan dengan upaya berhenti merokok pada pelanggan warung kopi karena pada umumnya perokok memiliki niat yang rendah untuk berhenti merokok sehingga banyak diantara mereka yang gagal dalam mencoba berbagai metode untuk berhenti merokok dan ketergantungan nikotin lebih tinggi terjadi pada kelompok masyarakat dengan pendapatan golongan menengah dan golongan tinggi. Dalam hal ini merokok juga sudah menjadi suatu kebiasaan, sehingga walaupun harga cukai rokok dinaikkan menjadi tinggi tidak akan membuat perokok untuk berhenti membeli rokok, dan lebih mengutamakan

pengeluarannya untuk membeli rokok dibandingkan dengan keperluan keluarga.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Firzawati, 2015), menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi lebih berpeluang untuk berhenti merokok dalam waktu jangka panjang dibandingkan dengan yang jangka waktu pendek.

Menurut asumsi peneliti, pendidikan tidak ada hubungan dengan upaya berhenti merokok pada pelanggan warung kopi karena pendidikan tidak membuat responden untuk cenderung mengurangi atau berhenti merokok karena kecanduan nikotin yang dimiliki perokok tidak dapat ditolerir dengan tingginya pengetahuan dan pendidikan yang dimiliki. Masyarakat tidak memandang tinggi dan rendahnya pendidikan dalam hal merokok karena dalam suatu perkumpulan yang terjadi jika satu orang yang memiliki rokok maka rokok tersebut akan dibagikan kepada teman-temannya yang pada akhirnya mereka semua akan tetap merokok, hal ini terjadi karena hubungan antar masyarakat yang tinggi akan persaudaraan dalam kelompok masyarakatnya. Sebagian besar responden yang merokok dalam penelitian ini bukan hanya pada responden dengan tingkat pendidikan rendah, akan tetapi juga pada pendidikan tinggi.

Hubungan Faktor Psikologis Kecemasan dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa responden penelitian seluruhnya mengalami kecemasan. Hal tersebut disebabkan karena responden dengan kategori cemas memiliki kebiasaan merokok, yang diasumsikan responden bahwa merokok dapat menurunkan tingkat kecemasan dan stress yang ditimbulkan dari berbagai aspek baik pekerjaan maupun rumah tangga. Dan tanpa disadari merokok justru meningkatkan rasa cemas dan ketegangan karena rasa tenang dan stres yang menurun hanya efek sementara

kemudian akan berganti dengan rasa kecanduan dan meningkatnya stres di kemudian hari. Sehingga variabel kecemasan pada penelitian ini hanya dilakukan analisa univariat, tidak dilakukan analisa lebih lanjut pada analisa bivariat dan multivariat.

Menurut Pradono *et al.* (2009) penduduk dengan perilaku merokok dan minum alkohol lebih berisiko dalam penurunan kualitas hidup dikarenakan merokok dan alkohol merupakan faktor utama terjadinya penyakit tidak menular dan gangguan mental emosional yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup masyarakat.

Menurut asumsi peneliti, tidak ada hubungan antara konsumsi alkohol dengan upaya berhenti merokok, karena merokok dan minum alkohol merupakan 2 hal yang sulit untuk dihilangkan serta responden yang mengkonsumsi alkohol tidak akan mudah untuk melakukan upaya berhenti merokok.

Hubungan Kognitif dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

Rokok disebut sebagai jendela awal terjadinya penggunaan narkoba. Akibat kronik dari gangguan nikotin berupa ketergantungan. Sekali mencoba untuk merokok maka akan sulit untuk mengakhiri kebiasaan tersebut, baik secara fisik maupun psikologis. Masyarakat pada umumnya banyak yang tidak mengetahui bahwa nikotin mempunyai sifat mempengaruhi dopamine otak dengan proses yang sama seperti zat-zat psikoaktif (Darmadi, 2010). Dalam Penelitian Akmal (2017), menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan dengan upaya berhenti merokok pada siswa SMA di Kota Bima.

Menurut asumsi peneliti, tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan upaya berhenti merokok, karena sekali pun responden memiliki pengetahuan baik tentang bahaya rokok sekali mencoba untuk merokok maka akan sulit untuk

mengakhiri kebiasaan tersebut, baik secara fisik maupun psikologis.

Hubungan Faktor Perilaku dengan Upaya Berhenti Merokok pada Pelanggan Warung Kopi

WHO (2006), mengemukakan bahwa perokok aktif adalah yang termasuk kategori menghisap rokok secara rutin minimal satu batang per hari. Menurut asumsi peneliti, jumlah rokok per hari ada hubungan dengan upaya berhenti merokok disebabkan karena mengurangi kecanduan rokok secara bertahap bisa dilakukan dengan menurunkan jumlah rokok yang dihisap setiap hari sampai akhirnya tidak merokok samak sekali. Namun risiko kegagalan berhenti merokok secara bertahap justru lebih besar karena tubuh terus mencari ketergantungan yang minimal, namun dengan demikian berhenti merokok juga membutuhkan motivasi yang kuat dari orang-orang terdekat untuk mencegah kembalinya kekambuhan nikotin yang akan berujung untuk merokok lagi.

Hasil penelitian yang dilakukan Firzawati (2015) menunjukkan bahwa jeda waktu merokok di pagi hari ada hubungan dengan upaya berhenti merokok, semakin lama jeda waktu untuk merokok maka akan semakin besar kemungkinan untuk melakukan upaya berhenti merokok. Menurut asumsi peneliti, jeda waktu merokok dipagi hari tidak ada hubungan dengan upaya berhenti merokok disebabkan karena kadar nikotin didalam tubuh sangat tinggi sehingga berapapun jeda waktu merokok sudah tidak terlalu berpengaruh, hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor umur pertama kali merokok yang sangat muda, karena semakin muda umur pertama kali merokok akan semakin kecil kemungkinan untuk dapat berhenti merokok, dan perokok yang memiliki ketergantungan nikotin tinggi ini akan mudah relaps.

Menurut Berg *et al.* (2011), rentang waktu menjadi seorang perokok

tergantung dari rokok yang dikonsumsi dan kuatnya gejala yang dialami oleh perokok terutama bagi perokok berat, dapat menjadi faktor yang mempengaruhi keberhasilan seseorang untuk berhenti merokok. Semakin rentang waktu dan banyaknya jumlah dosis rokok yang dikonsumsi maka harus semakin keras usaha yang dibutuhkan untuk berhenti merokok. Sebaliknya orang yang jarang merokok akan lebih mudah untuk berhenti merokok dibandingkan dengan perokok rutin harian.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang Firzawati (2015), menunjukkan bahwa pengaruh perokok lain di lingkungan keluarga tidak ada hubungan dengan upaya berhenti merokok. Namun sebagian besar diantara perokok memiliki keinginan untuk berhenti merokok karena mereka sadar bahwa rokok dapat membahayakan kesehatan diri mereka sendiri, sehingga perokok membutuhkan waktu luang untuk menyiapkan dirinya untuk berhenti merokok tanpa ada perokok lain di dekatnya (Kaplan *et al.*, 1993).

Menurut asumsi peneliti, pengaruh perokok lain di lingkungan keluarga tidak ada hubungan dengan upaya berhenti merokok, karena berhenti merokok merupakan hal yang sulit dilakukan sekali perokok sering berada di keluarga dengan tidak merokok, hal ini juga dipengaruhi oleh ketergantungan nikotin dalam diri perokok yang membuat perokok lemah dalam mentolerir dirinya sendiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara faktor karakteristik responden, sosial ekonomi, psikologis, kognitif, dan perilaku yang memiliki hubungan terhadap upaya berhenti merokok ada pada variabel jumlah rokok perhari pada kategori sedang, berat dan berat sekali. Ketika dilakukan analisa

multivariat yang memiliki hubungan terhadap upaya berhenti merokok ada pada variabel jumlah rokok perhari pada kategori sedang, berat dan berat sekali. Dan faktor yang paling berperan dalam upaya berhenti merokok terdapat pada variabel jumlah rokok perhari.

Saran

Bagi pemerintah terutama di Kota Banda Aceh agar dapat menerapkan lebih banyak lagi kawasan tanpa rokok di berbagai lingkungan, dan memberi sanksi terhadap perokok yang melanggar aturan tersebut serta menyediakan tempat tertentu agar perokok pasif tidak ikut merasakan akibat yang sama dengan perokok aktif, bagi petugas kesehatan agar dapat terus melakukan upaya berhenti merokok kepada masyarakat di Kota Banda Aceh baik dengan memberikan informasi tentang bahaya rokok maupun memfasilitasi tempat konseling dan terapi berhenti merokok, bagi perokok, agar terus berusaha melakukan upaya untuk berhenti merokok, serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang telah disediakan untuk konseling atau terapi berhenti merokok, dan bagi peneliti lain, perlu mempelajari penelitian serupa agar dapat menemukan lebih banyak lagi variabel independen dalam upaya berhenti merokok serta mengkaji lebih dalam tentang faktor risiko akibat rokok.

DAFTAR PUSTAKA

1. Akmal, D., dkk, **Sikap Mempengaruhi Niat Berhenti Merokok pada Remaja SMA di Kota Bima, Promosi Kesehatan Indonesia; 2017.**
2. Alamsyah, R. M., **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebiasaan Merokok dan Hubungannya dengan Status Penyakit Periodontal Remaja di Kota Medan Tahun 2007; 2009.**

3. Barber, S., Adioetomo, S. M., Ahsan, A., Setyonaluri, D., **Tobacco Economics in Indonesia**, Paris: **International Union Against Tuberculosis and Lung Disease**; 2008.
4. Berg, C. J., Ling, P. M., Hayes, R. B., Berg, E., Nollen, N., Nehl, E., **Smoking Frequency Among Current College Student Smokers: Distinguishing Characteristics and Factors Related to Readiness to Quit Smoking**, *Health Education Research*; 2011, Vol. 27, No. 1, p.p. 141-150.
5. Chandola, T., Head, J., Bartley, M., **Socio-demographic Predictors of Quitting Smoking: How Important are Household Factors?**, *Addiction*; 2004, Vol. 99, No. 6, p.p. 770-777.
6. Darmadi, H., **Kemampuan Dasar Mengajar**, Bandung: Alfabeta; 2010.
7. Doe, J., DeSanto, C., Granger, D., Cohn, S., Tamamoto, B., Smith, S., **Smoking's Immediate Effects on the Body, Report from Campaign for Tobacco-Free Kids Program**, Georgetown: Georgetown Hospital's Community Pediatrics Program; 2009.
8. Fawzani, A. T. N., **Terapi Berhenti Merokok (Studi Kasus 3 Perokok Berat)**, Kesehatan; 2005.
9. Firzawati, **Faktor Upaya Berhenti Merokok pada Perokok Aktif Umur 15 Tahun Keatas di Indonesia**, Jakarta: Universitas Indonesia; 2015.
10. Jah & Chaloupka, F., **Tobacco Control in Developing Countries**, New York: Oxford University; 2000.
11. Jha, P., Peto, R., **Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco**, *New England Journal of Medicine*; 2014, Vol. 370, No. 1, p.p. 60-68.
12. Kaplan, R. M., Sallis, J. F., Patterson, T. L., **Health and Human Behavior 1993**.
13. Kemenkes RI., **Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok**, Jakarta: Kemenkes RI, 2011.
14. Oscamp & Schultz P. W., **Applied Social Psychology Second Edition**, New Jersey; 1998.
15. Perwira, B. Y., Mayasari, M., Hariyanto, F., **Kontruksi Makna Perempuan Perokok Studi Fenomenologi Kontruksi Makna Perempuan Perokok di Karawang** *Jurnal Politikom Indonesia*; 2019, Vol. 4, No. 1, p.p. 167-176.
16. Pradono, J., Hapsari, D., Sari, P., **Kualitas Hidup Penduduk Indonesia Menurut International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya (Analisis Lanjut Data RISKESDAS 2007)**, Buletin Penelitian Kesehatan; 2009.
17. Sugiono, A., **Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D**; 2001.
18. WHO, **Tobacco Free Initiative** [Internet Genewa 2006, Available from: WHO; Available from: ino.searo.who.int/EN/section4/section22.html].
19. Wibowo, **Pengaruh Terpaan Iklan Televisi Pictorial Warning Rokok pada Kemasan Rokok terhadap Sikap untuk Berhenti Merokok pada Perokok Dewasa di Kota Yogyakarta; 2015**, Universitas Atmajaya Yogyakarta, Available at: <http://e-journal.uajy.ac.id/7824>.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SERVICE QUALITY AND PATIENT SATISFACTION IN POLYCLINIC ACUPUNCTURE AND HERBS LKTM PALEMBANG

Analisis Hubungan antara Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien di Poliklinik Akupunktur dan Herbal LKTM Palembang

Nurehan Maulana*, Leni Novianti dan Sutriyati

Program Strata I Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Kader Bangsa1,

*nurehan87@gmail.com

Received: 10 Desember 2020/ Accepted: 06 February 2021

ABSTRACT

Background: Satisfactory and quality service will form patients/customers loyalty, and satisfaction is very closely related to word of mouth. The next effect will continue on the process of forming an improved image of health care agencies. The standard of patient satisfaction in health services is set nationally by the Ministry of Health at a minimum for patient satisfaction, which is above 95%. The purpose of this study is to find out the relationship between the quality of service in aspects of staff attitude, service facilities, and rates/fees with patient satisfaction in polyclinic acupuncture and herbal LKTM Palembang. **Methods:** This research is quantitative and uses an analytic survey with a cross sectional design. The sample in this study were all patients of the Palembang Community Traditional Health Workshop (LKTM) in 2020 who visited during the study period, numbering 85 people. **Result:** Based on the results of the study, 62.4% expressed satisfaction with the services in Polyclinic Acupuncture and Herbs (LKTM). The dimension that needs to be improved is the Assurance dimension in the officer's capability section. Based on the result of Chi-Square statistical test, the level of patients satisfaction to the service attitude of the officer, with a p-value of 0.000. **Recommendation:** for LKTM Palembang, it is expected to improve the quality of existing health workers and always play an active role in health services, maintain existing facilities, and review the costs set.

Keywords: Three Service Quality Dimension, Attitudes, Facilities, and Rates.

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelayanan yang memuaskan dan berkualitas akan membentuk loyalitas pasien/pelanggan, dan kepuasan sangat erat hubungannya dengan *word of mouth*. Efek selanjutnya akan berlanjut pada proses terbentuknya citra Instansi pelayanan kesehatan yang meningkat. Standar kepuasan pasien dipelayanan kesehatan ditetapkan secara nasional oleh Kementerian Kesehatan minimal untuk kepuasan pasien yaitu diatas 95%. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara mutu pelayanan pada aspek sikap petugas, fasilitas pelayanan, dan tarif/biaya dengan kepuasan pasien di poliklinik akupunktur dan herbal LKTM Palembang. **Metode:** Penelitian ini bersifat kuantitatif dan menggunakan survey analitik dengan desain cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat (LKTM) Palembang tahun 2020 yang berkunjung selama masa penelitian yang berjumlah 85 orang. **Hasil:** Berdasarkan hasil penelitian 62.4% menyatakan puas terhadap pelayanan di Poliklinik Akupunktur dan Herbal yang ada di LKTM. Dimensi yang perlu ditingkatkan adalah dimensi Assurance pada bagian kemampuan petugas. Berdasarkan hasil uji statistik Chi-Square tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Sikap petugas, dengan nilai p-value sebesar 0.000. **Saran:** Bagi LKTM Palembang, diharapkan agar dapat meningkatkan kualitas tenaga kesehatan yang ada dan selalu berperan aktif dalam hal pelayanan kesehatan, mempertahankan fasilitas yang ada, dan mengkaji ulang biaya yang ditetapkan.

Kata Kunci: Tiga Dimensi Kualitas Jasa, Sikap Petugas, Fasilitas Pelayanan, dan Biaya Pelayanan Pasien.

PENDAHULUAN

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator penting yang harus diperhatikan dalam pelayanan kesehatan. Pengertian kepuasan pasien menurut Kotler adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil sebuah produk dan harapan-harapannya (Nursalam, 2011).

Standar kepuasan pasien di pelayanan kesehatan ditetapkan secara nasional oleh Departemen Kesehatan. Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal untuk kepuasan pasien yaitu diatas 95% (Kemenkes, 2016). Bila ditemukan pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien berada dibawah 95%, maka dianggap pelayanan kesehatan yang diberikan tidak memenuhi standar minimal atau tidak berkualitas.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan data tentang tingkat kepuasan pasien di berbagai Negara. Tingkat kepuasan pasien menurut Ndambuki tahun 2013 di Kenya menyatakan 40.4%, kepuasan pasien di Bakhtapur India 34.4%, sedangkan di Indonesia menunjukkan angka kepuasan pasien 42.8%. Sementara hasil survey kepuasan di Provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2017 menunjukkan angka 66.02 % (Pelita Sumsel.com, 2017). Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa angka kepuasan pasien masih tergolong rendah, sehingga kepuasan pasien menjadi permasalahan rumah sakit baik di Indonesia maupun di luar negeri.

Rendahnya angka kepuasan pasien akan berdampak terhadap perkembangan rumah sakit. Penelitian oleh Irmawati dan Kurniawati tahun 2014 menunjukkan bahwa keputusan pasien untuk menggunakan layanan kesehatan dipengaruhi oleh kualitas layanan rumah sakit. Dengan demikian kurangnya

kepuasan pasien dapat menimbulkan hilangnya kepercayaan pasien terhadap rumah sakit tersebut. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 10 Februari 2020 di loka kesehatan tradisional masyarakat Palembang, peneliti melakukan wawancara kepada salah seorang pasien. Menurut pasien tersebut di bagian Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) masih terdapat permasalahan mengenai pelayanan yang diberikan, untuk fasilitas yang aada sudah cukup baik hanya saja masih terasa panas di *lobby* ruang tunggu karena tidak ada AC, untuk segi biaya, tarif yang ada di LKTM sudah sangat terjangkau dan sudah dilayani oleh dokter spesialis. Secara keseluruhan mutu pelayanan yang ada di LKTM sudah sangat baik, sehingga menyebabkan pasien yang berobat merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

Memperhatikan masalah diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisis hubungan antara mutu pelayanan dengan kepuasan pasien di poliklinik akupunktur dan herbal Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat Palembang. Mengetahui kepuasan seperti apa yang pasien harapkan dari pelayanan yang ada di LKTM agar dapat diperbaiki dan dimaksimalkan segala kekurangan tersebut, sehingga pada akhirnya LKTM dapat memberikan pelayanan yang berkualitas sekaligus memenuhi harapan dan kepuasan pasien.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif serta dengan rancangan *cross sectional*. Teknik sampel yang digunakan adalah *accidental sampling*. Sampel yang diambil sebanyak 85 orang pasien. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner. Teknik analisa data menggunakan statistik deskriptif, analisis univariat dan analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik *chi-square*.

HASIL**Karakteristik Responden**

Berdasarkan pengambilan data yang telah dilakukan menggunakan kuesioner kepada 85 responden yang ada di LKTM Palembang, karakteristik responden pada jenis kelamin yang paling banyak adalah perempuan berjumlah 63.5%, pada karakteristik tingkat pendidikan yang paling banyak adalah tingkat SMA dengan jumlah 47.1%, pada karakteristik pekerjaan yang paling banyak adalah pegawai swasta dengan jumlah 31.8%, pada karakteristik penghasilan yang paling banyak adalah berpenghasilan Rp.2.000.000 s/d Rp.3.000.000 berjumlah 81.2%, dan pada karakteristik jumlah kunjungan yang paling banyak adalah jumlah kunjungan tiga kali berjumlah 48.2%.

Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan di Poliklinik Akupunktur dan Herbal Secara Keseluruhan Berdasarkan Tiga Dimensi Kualitas Jasa

Pengukuran tingkat kepuasan pasien dilakukan terhadap 85 responden berdasarkan kuesioner yang berisi 30 butir item pernyataan yang telah terkumpul, ditabulasi dan dilakukan analisis statistik. Menunjukkan 53 responden (62.4%) menyatakan puas, dan 32 responden (37.6%) menyatakan kurang puas.

Tingkat kepuasan pasien di LKTM Palembang pada dimensi sikap petugas sebanyak 61 responden (71.8%) menyatakan sikap petugas baik, dan 24 responden (28.2%) responden menyatakan sikap petugas kurang baik.

Tingkat kepuasan pasien di LKTM Palembang pada dimensi fasilitas pelayanan sebanyak 43 responden (50.6%) menyatakan fasilitas pelayanan menarik, dan 42 responden (49.4%) menyatakan fasilitas pelayanan kurang menarik.

Tingkat kepuasan pasien di LKTM

Palembang pada dimensi tarif/biaya pelayanan sebanyak 44 responden (51.8%) menyatakan tarif/biaya pelayanan terjangkau, dan 41 responden (48.2%) menyatakan tarif/biaya pelayanan kurang terjangkau.

Hubungan Antara Mutu Pelayanan dan Kepuasan Pasien di Poliklinik Akupunktur dan Herbal LKTM Palembang Tiga Dimensi Kualitas Jasa yang ada di LKTM Antara Lain Ditinjau dari Karakteristik Sikap Petugas, Fasilitas Pelayanan dan Tarif/Biaya Pelayanan

Hasil uji chi square diperoleh nilai $p\text{-value}=0.000 < 0.05$ sehingga ada bukti yang kuat menolak H_0 . Maka secara statistik ada hubungan yang bermakna antara mutu pelayanan pada dimensi sikap petugas dengan kepuasan pasien.

Dari hasil analisis diperoleh nilai *Odds Ratio* (OR): 14.031 (95% CI 4.398 – 44.765) artinya responden yang menyatakan sikap petugas yang baik mempunyai kecenderungan 14.031 kali untuk merasa puas pada pelayanan di LKTM dibandingkan dengan sikap petugas yang kurang baik.

Hasil uji *chi-square* diperoleh $p\text{-value}=0.000 < 0.05$ sehingga ada bukti yang kuat menolak H_0 . Maka secara statistik ada hubungan bermakna antara dimensi fasilitas pelayanan dengan kepuasan pasien.

Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds Ratio* (OR): 9.176 (95% CI 3.184-26.450) artinya adalah responden yang menyatakan fasilitas pelayanan di LKTM yang menarik mempunyai kecenderungan 9.431 kali menyebabkan pasien menjadi puas pada pelayanan di LKTM dibandingkan dengan responden yang menyatakan fasilitas pelayanan di LKTM kurang menarik.

Hasil uji chi square diperoleh $P\text{-value}=0.000 < 0.05$ sehingga ada bukti yang kuat menolak H_0 . Maka secara statistik ada hubungan bermakna antara

mutu pelayanan pada dimensi tarif/biaya dengan kepuasan pasien.

Dari hasil analisis diperoleh OR: 11.435 (95 % CI 3.750-34.873) artinya responden yang menyatakan tarif/biaya pelayanan di LKTM Palembang terjangkau mempunyai kecenderungan 11.435 kali untuk merasa puas dibandingkan dengan responden yang menyatakan tarif/biaya pelayanan di LKTM Palembang kurang terjangkau.

PEMBAHASAN

Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di LKTM Palembang tiga dimensi kualitas jasa

Berbicara tentang mutu pelayanan kesehatan, Kemenkes RI (dalam A. A. Gde Muninjaya, 2010) memberikan pengertian mengenai mutu pelayanan kesehatan, yaitu kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Kepuasan pasien merupakan kunci penting meningkatkan *quality care* dalam pelayanan kesehatan, health care provider perlu menyadari bahwa keuntungan utama sistem pelayanan kesehatan adalah pasien. Pasien yang puas akan selalu nyaman di rumah sakit dalam waktu lama, selalu kembali dan merekomendasikan kepada orang lain. Tiga hal ini merupakan bagian indikator pengukuran kepuasan pasien dalam penilaian *health care provided*.

Menurut Kotler (2005), kualitas pelayanan adalah keseluruhan ciri serta sifat dari suatu produk atau pelayanan yang berpengaruh pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau tersirat. Dengan demikian, yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri

setiap pasien.

Berdasarkan distribusi frekuensi, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien secara keseluruhan di loka kesehatan tradisional masyarakat Palembang, dari 85 responden, sebagian besar menyatakan puas (62.4%) dan menyatakan kurang puas (37.6%).

Kesan yang pertama kali dilihat untuk menentukan suatu pelayanan yang baik adalah dengan melihat penampilan petugas tersebut. Sebagai seorang perawat profesional, penampilan sangatlah penting. Penampilan perawat merupakan salah satu hal utama yang diperhatikan pasien saat komunikasi interpersonal, sehingga sebagai seorang tenaga kesehatan yang profesional, perawat harus menciptakan penampilan yang baik, bersih, menarik serta terlihat nyaman dalam menjalankan tugas (Shaw, 2010). Penampilan perawat merupakan cerminan kepribadian serta konsep diri sebagai seorang tenaga kesehatan yang berkaitan dengan sifat dan sikap dalam mengambil suatu tindakan (Kathleen, 2010).

Penelitian ini dilakukan dengan melihat langsung dari sikap yang dilakukan oleh petugas mulai dari *security*, petugas pendaftaran, perawat, dan dokter yang memberikan pelayanan. Secara langsung peneliti dapat melihat bagaimana setiap petugas melayani pasien dengan ramah dan dengan sabar mendengarkan keluhan dari pasien. Hal ini juga terjadi pada penelitian tentang pengaruh *tangible, reability, responsiveness, assurance* dan *emphaty* terhadap kepuasan pasien Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Liat Kabupaten Bangka menyatakan bahwa pasien sangat puas apabila dilayani dengan sikap yang ramah oleh petugas kesehatan, pada penelitian ini menyatakan ada hubungan yang bermakna antara kepuasan pasien dengan sikap petugas (Yunita, 2013).

Secara parsial variabel fasilitas secara positif berpengaruh terhadap kepuasan pasien, artinya fasilitas kesehatan, sarana dan prasarana

pendukung pelayanan kesehatan ditingkatkan maka pasien akan semakin puas. Hal ini dapat dilihat bahwa sebagian besar pasien menganggap bahwa fasilitas yang ada mendukung pelayanan kesehatan khususnya pasien diruangan akupunktur dan herbal seperti disetiap ruangan terdapat bel yang digunakan saat membutuhkan penanganan petugas/perawat, kondisi AC yang ada membuat nyaman para pasien, tersedianya MCK yang selalu terjaga kebersihannya, tersedia tempat untuk beribadah, pasien dekat dengan fasilitas umum seperti area parkir, kantin, toko, dll. Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebagian besar responden menyatakan bahwa fasilitas yang ada di LKTM sudah cukup memadai dan bisa membuat pasien menjadi nyaman, seperti ketersediaan ruang tunggu, adanya fasilitas *Wifi* sebagai akses internet, dan ruangan pasien yang nyaman.

Hal ini sesuai survei yang dilakukan Jalil dan Gunistiyo (2009), Nugroho (2012), Putra (2010) bahwa fasilitas berpengaruh positif dan signifikan dalam meningkatkan kepuasan pelanggan.

Secara parsial variabel biaya secara negatif berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap, artinya apabila biaya naik maka pasien akan menurun, karena hal ini berkaitan dengan sejumlah uang yang harus dikeluarkan pihak pasien maupun keluarganya untuk memenuhi kewajibannya membayar jasa pelayanan yang dijalankan pasien. Hal ini dapat dilihat bahwa sebagian besar pasien memilih menjalani perawatan karena biayanya murah dibandingkan rumah sakit lain. Terlihat jelas faktor biaya menjadi prioritas utama masyarakat dalam memutuskan memilih jasa pelayanan kesehatan. Alasan lain adalah tidak ada pungutan biaya lain selain biaya perawatan. Keterjangkauan biaya rawat inap dan harga obat yang diresepkan juga mempengaruhi kepuasan pasien. Dari beberapa item pernyataan yang berkaitan dengan variabel biaya menurut persepsi responden yang paling dominan adalah

keterjangkauan biaya rawat inap dan harga obat yang diresepkan pada pasien. Hal ini disebabkan karena tarif/biaya adalah merupakan salah satu alat tukar untuk memperoleh barang atau jasa pelayanan. Ada beberapa pasien yang menyatakan puas karena tarif/biaya yang ada di LKTM lebih murah dibandingkan dengan tempat lain. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Nugroho (2012) yang menunjukkan variabel biaya paling besar pengaruhnya terhadap kepuasan nasabah. Hasil penelitian Lubis dan Martin (2009) menunjukkan variabel harga dan kualitas pelayanan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap di RSUD Deli Medan. Harga dan kualitas pelayanan yang ditawarkan oleh RSUD Deli Medan dinilai sangat baik sehingga kepuasan pasien juga tercapai dengan baik. Poniman (2010) menunjukkan terdapat pengaruh antara harga terhadap kepuasan konsumen kemampuan penyedia jasa dalam memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian tentang pengaruh tarif dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo, Pati yang menyatakan bahwa lebih banyak responden yang puas dikarenakan tarif/biaya yang diberlakukan di tempat tersebut masih murah (Edi Wijaya Kusuma, 2012). Hasil yang sama juga dilaporkan dalam Kurniash (2014) tentang pengaruh harga, promosi dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan konsumen.

Hal ini juga sesuai dengan jurnal penelitian Pengaruh Pelayanan dan Biaya Terhadap Kepuasan Dan Loyalitas Pasien Puskesmas Wonogiri, Kabupaten Wonogiri oleh Linda Nur Susila dan Nur Hidayati STIE AUB Surakarta yang menyatakan bahwa koefisien regresi biaya sebesar 0.028 menunjukkan bahwa biaya berpengaruh positif terhadap kepuasan, ini berarti semakin baik persepsi terhadap biaya maka semakin tinggi kepuasan

pasien Puskesmas Wonogiri, Kabupaten Wonogiri, sehingga persepsi terhadap biaya berpengaruh terhadap loyalitas pasien. Penggunaan variabel intervening kepuasan dalam rangka peningkatan loyalitas, untuk variabel biaya tidak efektif, karena pengaruh langsung biaya terhadap loyalitas lebih besar dari pada melalui variabel intervening kepuasan pasien. Peningkatan loyalitas pasien sebaiknya memakai jalur langsung biaya. Pasien akan selalu berpersepsi terhadap masalah biaya. Apabila persepsi terhadap biaya moneter, menurut pasien dianggap dapat dijangkau, maka pasien akan merekomendasikan kepada orang lain. Disamping itu, pasien juga membandingkan dengan biaya diluar puskesmas, sehingga persepsi yang baik pasien terhadap biaya akan memungkinkan pasien selalu ber *image* positif dan nantinya akan diinformasikan kepada orang lain. Faktor yang mempengaruhi persepsi biaya perlu mendapat perhatian yang tinggi., maka untuk meningkatkan loyalitas perlu sekali memperbaiki biaya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Karakteristik responden pada jenis kelamin yang paling banyak adalah perempuan berjumlah 63.5%, pada karakteristik tingkat pendidikan yang paling banyak adalah tingkat SMA dengan jumlah 47.1%, pada karakteristik pekerjaan yang paling banyak adalah pegawai swasta dengan jumlah 31.8%, pada karakteristik penghasilan yang paling banyak adalah berpenghasilan Rp. 2.000.000 s/d Rp. 3.000.000 berjumlah 81.2%, dan pada karakteristik jumlah kunjungan yang paling banyak adalah jumlah kunjungan tiga kali berjumlah 48.2%.

Pengukuran tingkat kepuasan pasien dilakukan terhadap 85 responden berdasarkan kuesioner yang berisi 30 butir item pernyataan yang telah terkumpul,

ditabulasi dan dilakukan analisis statistik Menunjukkan 53 responden (62.4%) menyatakan puas, dan 32 responden (37.6%) menyatakan kurang puas.

Tingkat kepuasan pasien di LKTM Palembang pada dimensi Sikap Petugas sebanyak 61 responden atau (71.8%) menyatakan Sikap Petugas baik, dan 24 responden atau (28.2%) responden menyatakan sikap petugas kurang baik.

Tingkat kepuasan pasien di LKTM Palembang pada dimensi fasilitas pelayanan sebanyak 43 responden (50.6%) menyatakan fasilitas pelayanan menarik, dan 42 responden (49.4%) menyatakan fasilitas pelayanan kurang menarik.

Tingkat kepuasan pasien di LKTM Palembang pada dimensi tarif/biaya pelayanan sebanyak 44 responden (51.8%) menyatakan tarif/biaya pelayanan terjangkau, dan 41 responden (48.2%) menyatakan tarif/biaya pelayanan kurang terjangkau.

Saran

Bagi LKTM Palembang, diharapkan agar dapat meningkatkan kualitas tenaga kesehatan yang ada dan selalu berperan aktif dalam hal pelayanan kesehatan, mempertahankan fasilitas yang ada, dan mengkaji ulang biaya yang ditetapkan. Selain itu, poliklinik Akupunktur LKTM Palembang, diharapkan meningkatkan lagi pelayanan kepada pasien agar tingkat kepuasan pasien menjadi lebih baik lagi sehingga jumlah kunjungan akan semakin meningkat.

Bagi Rektor Universitas Kader Bangsa, diharapkan dapat memberi dorongan pada institusi untuk lebih memperbanyak kepustakaan tentang hal-hal yang berkaitan dengan kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Peneliti selanjutnya, diharapkan juga untuk lebih mengembangkan penelitian tentang faktor-faktor lain yang bisa mempengaruhi kepuasan pasien. Bukan hanya itu, pasien, juga diharapkan bisa memberikan penilaian secara objektif terhadap sikap

dari petugas pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Al-Abri, R., Al-Balushi., **Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement**, *Oman Medical Journal*; 2014, Vol. 29, No. 1, pp. 3-7 DOI 10.5001/omj.2014.02.
2. Amin, M., Nasharuddin, **Hospital Service Quality and its Effects on Patient Satisfaction and Behavioural Intention**, *Clinical Governance, an International Journal*; 2013, Vol. 18, No. 3, pp. 238-254.
3. Amole, B. B., Oyatoye, Kuye. **Determinants of Patient Satisfaction on Service Quality Dimensions in the Nigeria Teaching Hospitals**, *EMI*; 2015, Vol. 7, Issue 3.
4. Andriani, A., **Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Diruangan Poliklinik Umum Puskesmas Bukit Tinggi**, *Journal Endurance*; 2017, Vol. 2, No. 1.
5. Aziz, A., **Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Prima di RSUP DR. Djamil Padang Tahun 2012**, Skripsi, Universitas Andalas, Manajemen Keperawatan, Padang; 2012.
6. Berlianty, Alwy, Nurhani, **Analisis Loyalitas Pasien Berdasarkan Kualitas Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS Bhayangkara Mappa Oudang Kota Makassar Tahun 2013**, Universitas Hasanuddin; 2013.
7. Bustami, **Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptibilitasnya**, Jakarta: Erlangga; 2011.
8. Cho, W. H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., Choi, K., **Patient Assessments the Impact of Visit Frequency on the Relationship between Service Quality and Outpatient Satisfaction: A South Korean Study**; 2013.
9. Ekaputra, Danur, **Pengaruh Kualitas Pelayanan, Tarif, dan Lokasi terhadap Loyalitas Pelanggan Rawat Inap RSUD Tugurejo Kota Semarang**, Skripsi Universitas Diponegoro; 2011.
10. Handayani, S. M., Iriyanto, S., **Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Tarif Terhadap Kepuasan Serta Implikasinya Terhadap Minat Beli Pasien Rawat Inap pada Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang**, *Jurnal Ekonomi – Manajemen – Akuntansi*; 2011, Vol. 18, No. 30, pp 1-18.
11. Jayaraman, M., Shankar, C., Hor, W. M., **Service Quality Delivery and Its Impact on Customer Satisfaction in the Banking Sector in Malaysia**, *International Journal of Innovation, Management and Technology*; 2010, Vol. 1, No. 4, pp. 398-404.
12. Juliansyah, E., Achmad, R., **Faktor Umur, Pendidikan, dan Pengetahuan Dengan Perilaku Merokok di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Durian, Kabupaten Sintang**, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*; 2018, Vol. 17, No. 1, pp. 92-107.
13. Kim, C., E. S. Shin., J. Lee., Y. J. Lee., M. Kim., A. Choi., K. B. Park., H. Lee and I. H. Ha. 2017. **Quality of Medical Service, Patient Satisfaction and Loyalty with a Focus on Interpersonal-Based Medical Service Encounters and Treatment Effectiveness: a Cross-Sectional Multicenter Study of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Hospitals** *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 2017, 17:174.
14. Kotler, P., K. L. Keller., **Marketing Management, 14th Edition**, United States of America: Pearson; 2012.

15. Notoatmodjo, Soekdijo, **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: PT. Rineke Cipta; 2010.
16. Rizal, Achmad, Yeni, Riza, **Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di BP, Gigi Puskesmas Kelayan Dalam Kota Banjarmasin**, *Jurnal. An Nadaa Fakultas Kesehatan Masyarakat UNISKA*; 2014, Vol. 1, No. 1, pp. 26-31.
17. Santoso, Semiaji, **Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien**, Semarang: Universitas Diponegoro; 2012.
18. Saryono, Anggraeni, Mekar, **Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Dalam Bidang Kesehatan**, Yogyakarta: Nuha Medika; 2013.
19. Siti, N., **Faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Pamoang Kabupaten Majene**, Skripsi FKM UNHAS, Makasar; 2014.
20. Suryanti. **Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Fasilitas Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Gesi Kecamatan Gesi kabupaten Sragen**, Tesis FKM UNDIP, Semarang; 2014.
21. Suswardji, E., Martini, N., Meliana, R., **Pengaruh Pelayanan Puskesmas Terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Adiarsa Karawang Timur**, *Jurnal Manajemen*; 2012, Vol. 09 No.2.
22. Tjiptono, F., Gregorius, C., **Service, Quality, and Satisfaction**. Yogyakarta: Andi Offset; 2011.
23. Wahyudi, M., **Analisis Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Manisrenggon Klaten**, Tesis FKM UI, Depok; 2014.
24. Wahyuningrum, **Manajemen Fasilitas. Decentralized Basic Education**, Jakarta; 2010.
25. Yuris, W., **Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di RSUD Lakipada Kabupaten Tanatoraja**, Tesis FKM UNHAS, Makasar; 2013.
26. Yuyun, A., **Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Baranti Kabupaten Sidrap**, Tesis FKM UNHAS. Makasar; 2013.

THE EFFECT OF OXYTOCIN MASSAGE ON THE PRODUCTION OF ASI OF BREASTFEEDING MOTHER IN THE WORKING AREA OF BANDA SAKTI PUBLIC HEALTH CENTER, BANDA SAKTI DISTRICT, LHOKSEUMAWE CITY, 2019

Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI pada Ibu Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe Tahun 2019

Dahlia* dan Zeva Juwita

Akademi Kebidanan Darussalam, Jalan Iskandar Muda No.24. Lhokseumawe, 24315, Indonesia

*murnoiati_adiba@gmail.com

Received: 11 December 2020/ Accepted: 10 February 2021

ABSTRACT

Background: Massage or stimulation of the spine, neurotransmitters will stimulate the medulla oblongata to directly send messages to the hypothalamus in the hypophyseoposteriorly to release oxytocin, causing the breasts to release milk. The purpose of this study was to determine the effect of oxytocin massage on milk production in breastfeeding mothers in the Banda Sakti Public Health Center, Banda Sakti District, Lhokseumawe City. **Methods:** The study design was an analytical study using a cross sectional approach. The population in this study were all breastfeeding mothers who were in the Banda Sakti Public Health Center Lhokseumawe totaling 40 breastfeeding mothers. The sampling method in this study is to use the total population. Where the sample of this research is the entire population, amounting to 40 respondents. The trials in this study were conducted in Hagu Teungoh Village, Banda Sakti District, Lhokseumawe City with a total of 10 respondents, 30 questions with a product moment r value of 0,70. **Result:** The results showed that of the 28 breastfeeding mothers who did oxytocin massage, the majority of their milk production was smooth, namely 17 people (60,7%), while of the 12 breastfeeding mothers who did not oxytocin massage the majority of their milk production was not smooth, namely 9 people (75%). **Recommendation:** It is hoped that it can increase respondents' knowledge in an effort to increase milk production and can inform the impact of the failure of the breastfeeding process.

Keywords: Oxytocin Massage, the Production of Breast Milk

ABSTRAK

Latar Belakang: Pijatan atau rangsangan pada tulang belakang, neurotransmitter akan merangsang medulla oblongata langsung mengirim pesan ke hypothalamus di hypofiseoposterior untuk mengeluarkan oksitosin sehingga menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe. **Metode:** Rancangan penelitian ini adalah penelitian analitik dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu menyusui yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kota Lhokseumawe berjumlah 40 orang ibu menyusui. Adapun metode pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan *total populasi*. Dimana sampel penelitian ini adalah seluruh populasi yang berjumlah 40 responden. Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan di Desa Hagu Teungoh Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe dengan jumlah 10 responden, 30 butir pertanyaan dengan nilai r product moment 0.70. **Hasil:** Hasil Penelitian bahwa dari 28 ibu menyusui yang melakukan pijat oksitosin mayoritas produksi ASInya lancar yaitu 17 orang (60.7%), sedangkan dari 12 ibu menyusui yang tidak melakukan pijat oksitosin mayoritas produksi ASInya tidak lancar yaitu 9 orang (75%). **Saran:** Diharapkan dapat menambah pengetahuan responden dalam upaya peningkatan produksi ASI serta dapat menginformasikan dampak dari kegagalan proses menyusui.

Kata Kunci: Pijat Oksitosin, Produksi ASI

PENDAHULUAN

Perinasia (2011) menjelaskan bahwa perempuan memiliki potensi untuk dapat mengandung dan melahirkan, juga menyusui anaknya. Dijelaskan kembali oleh Astutik (2011) bahwa masalah dari ibu yang timbul selama menyusui dapat dimulai sebelum persalinan (*periode antenatal*), pada masa *post partum* dini dan masa *post partum* lanjut. WHO (2018) merekomendasi agar bayi baru lahir mendapat ASI eksklusif selama enam bulan. Namun hanya 35.5% bayi yang berusia kurang dari enam bulan di Dunia mendapatkan ASI eksklusif.

ASI menurut Yahya (2007) adalah sebuah cairan yang memenuhi kebutuhan gizi bayi dan melindunginya dalam melawan kemungkinan serangan penyakit. Keseimbangan zat gizi dalam ASI berada pada tingkat terbaik. Dewi (2011) menyebutkan bahwa ASI mengandung zat yang sangat dibutuhkan oleh bayi, yaitu lemak, karbohidrat, protein, mineral, air, vitamin. Jenis ASI dibedakan dalam tiga stadium yaitu kolostrum, ASI transisi dan ASI matur.

Pencapaian ASI eksklusif menurut Maryunani (2012) dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain produksi ASI berkurang yang disebabkan oleh hormon dan persepsi ibu tentang ASI yang tidak cukup. Faktor produksi dan pengeluaran ASI dalam tubuh dipengaruhi oleh dua hormon, yaitu *prolactin* dan *oksitosin*. Masalah lain menurut Budiharjo (2003) dan Lubis (2010) seperti pengetahuan dari Ibu, keengganan menyusui, kelelahan, serta kekhawatiran ibu mengenai perubahan payudara setelah menyusui. Faktor sosial budaya, kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan juga turut mempengaruhi produksi ASI.

Untuk mengatasi produksi ASI, pijat merupakan salah satu solusi untuk mengatasi masalah tersebut. Yohmi dkk (2009) pemijatan pada sepanjang tulang belakang sampai tulang *costae* kelima-keenam dan merupakan usaha untuk

merangsang *hormone prolactin* dan *oksitosin* setelah melahirkan. Eko (2011) juga menunjukkan bahwa kombinasi teknik marmet dan pijat oksitosin dapat meningkatkan produksi ASI.

Hal senada juga diungkapkan oleh Guyton (2008), pijatan pada tulang belakang, *neurotransmitter* akan merangsang *medulla oblongata* langsung mengirim pesan ke *hypothalamus* di *hypofiseposterior* untuk mengeluarkan oksitosin sehingga menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada Ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Arikunto (2013) menjelaskan desain *cross sectional* yaitu setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran terhadap variabel pada saat yang sama.

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe dan dilaksanakan pada Bulan Maret sampai dengan November 2019.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu menyusui yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kota Lhokseumawe berjumlah 40 orang. Metode pengambilan sampel menggunakan total populasi, dengan kriteria yaitu kriteria inklusi yaitu (1) Ibu menyusui dan memiliki bayi usia di bawah satu tahun; (2) Bayi tidak diberikan susu formula pada saat melakukan penelitian dan kriteria eksklusi yaitu (1) Ibu yang menolak menjadi responden; (2) Kondisi Ibu dan bayi tidak sehat pada kasus kegawatdaruratan.

Alat pengumpul data yang

digunakan dalam penelitian adalah kuesioner. Sedangkan jenis data yang digunakan adalah data primer berupa penyebaran kuesioner kepada responden dan data sekunder berupa buku terkait penelitian, informasi dari Dinas Kesehatan dan berasal dari internet.

Variabel pada penelitian ini yaitu variabel Pijat Oksitosin sebagai variabel independen dan variabel produksi ASI Ibu Menyusui sebagai variabel dependen.

Kuesioner diuji kelayakannya dengan pengujian validitas dan reliabilitas. Penelitian ini menggunakan analisis data yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 40 ibu yang menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe maka didapatkan hasil yaitu:

Karakteristik Penelitian

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti, Kota Lhokseumawe Tahun 2019

No.	Variabel	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1.	Karakteristik Umur Ibu		
	20-24 tahun	12	30
	25-29 tahun	11	27.5
	30-35 tahun	11	27.5
	>35 tahun	6	15
2.	Pendidikan		
	SMP	5	12.5
	SMA/SMK	24	15
	D-III/ S-1	11	27.5
3.	Umur Bayi		
	0-2 bulan	7	17.5
	3-5 bulan	22	55
	6-8 bulan	11	27.5
4.	Jumlah Anak		
	1-2 Anak	32	80
	3-4 Anak	5	12.5
	>4 Anak	3	7.5

Sumber: Data primer diolah, 2019

Berdasarkan Tabel 1, diketahui bahwa mayoritas ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti berumur 20-40 tahun yaitu sebanyak 12 orang (30%), mayoritas ibu berpendidikan SMA/SMK sebanyak 24 orang (15%), mayoritas umur bayi adalah berumur 3-5 bulan yaitu sebanyak 22 orang (55%) dan mayoritas memiliki jumlah anak 1-2 orang yaitu sebanyak 32 orang (80%).

Distribusi Frekuensi Pijat Oksitosin pada Ibu Menyusui

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pijat Oksitosin pada Ibu menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe

No.	Pijat Oksitosin	Frekuensi	%
1.	Ya	28	70
2.	Tidak	12	30
Jumlah		40	100

(Sumber: Data primer diolah, 2019)

Berdasarkan Tabel 2, terlihat bahwa mayoritas ibu menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti melakukan pijat oksitosin yaitu sebanyak 28 orang atau 70%.

Distribusi Frekuensi Produksi ASI Ibu Menyusui

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Produksi ASI Ibu Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Tahun 2019

No.	Produksi ASI	Frekuensi	%
1.	Lancar	20	50
2.	Tidak Lancar	20	50
Jumlah		40	100

(Sumber: Data primer diolah, 2019)

Berdasarkan Tabel 3, terlihat produksi ASI ibu menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti yang produksi ASI nya lancar yaitu sebanyak 20 orang (50%) dan Ibu menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti yang produksi ASI nya tidak lancar yaitu sebanyak 20 orang (50%).

Analisis Bivariat

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tabulasi Silang Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Ibu Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Tahun 2019

No.	Pijat Oksitosin	Produksi ASI				f	%	p-value	A
		Lancar	%	Tidak Lancar	%				
1.	Ya	17	60.7	11	39.3	28	100	0.084	0.05
2.	Tidak	3	25.0	9	75.0	12	100		
Jumlah		20	50	20	50	40	100		

Sumber: Data primer diolah, 2019

Berdasarkan Tabel 4, terlihat bahwa dari 28 ibu menyusui yang melakukan pijat oksitosin mayoritas produksi ASInya lancar yaitu 17 orang (60.7%), sedangkan dari 12 ibu menyusui yang tidak melakukan pijat oksitosin mayoritas produksi ASInya tidak lancar yaitu 9 orang (75%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p-value 0.085 > 0.05 yang artinya Ha ditolak dan H0 diterima yaitu tidak ada pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI ibu menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Tahun 2019.

PEMBAHASAN

Pijat Oksitosin

Berdasarkan Tabel 2, terlihat bahwa mayoritas ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti melakukan pijat oksitosin yaitu sebanyak 28 orang (70%). Berdasarkan angka tersebut peneliti berasumsi bahwa hal ini disebabkan karena berdasarkan pengalaman yang disampaikan oleh ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti pijat oksitosin dapat meningkatkan produksi ASI sehingga termotivasi oleh ibu menyusui yang lain untuk melakukan pijat oksitosin. Selain itu di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti juga terdapat tempat khusus untuk melakukan pijat oksitosin, oleh karena itu ibu menyusui merasa tertarik dan mau melakukan pijat oksitosin. Hasil ini sesuai dengan Yohmi dkk (2009) yang menyatakan bahwa pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk

mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin dilakukan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang *costae* kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang *hormone prolaktin* dan *oksitosin* setelah melahirkan.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Depkes RI (2007) yang menyatakan bahwa pijat ASI yang sering dilakukan dalam rangka meningkatkan ketidاكلancaran produksi ASI adalah pijat oksitosin. Pijat ini dapat dibantu pijat oleh ayah atau nenek bayi. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang *reflex oksitosin* atau *refleks let down*. Selain untuk merangsang *reflex let down*, manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (*engorgement*), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan *hormone oksitosin*, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit.

Hal serupa juga dikemukakan oleh Guyton (2008) yang menyatakan bahwa pijatan atau rangsangan pada tulang belakang, *neurotransmitter* akan merangsang *medulla oblongata* langsung mengirim pesan ke *hypothalamus* di *hypofise posterior* untuk mengeluarkan oksitosin sehingga menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya. Pijatan di daerah tulang belakang ini juga akan merileksasi ketegangan dan menghilangkan stres dan dengan begitu *hormone oksitosin* keluar dan akan membantu pengeluaran air susu ibu, dibantu dengan isapan bayi pada puting susu pada saat segera setelah bayi lahir dengan keadaan bayi normal.

Produksi ASI

Berdasarkan Tabel 3, terlihat bahwa ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti yang produksi ASI nya lancar yaitu sebanyak 20 orang (50%) dan sedangkan yang tidak lancar produksi ASI nya yaitu sebanyak 20 orang (50%). Dari hasil penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa hal ini terjadi karena masih adanya kebiasaan berpantang makanan yang menyebabkan kurangnya nutrisi yang dibutuhkan ibu selama menyusui dan karena mayoritas adalah ibu rumah tangga maka mereka tidak suka makan dari hasil olahan orang lain.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Dewi (2011) yang menyatakan bahwa produksi ASI sangat dipengaruhi oleh makanan yang dimakan ibu, apabila makanan ibu secara teratur dan cukup mengandung gizi yang diperlukan akan mempengaruhi produksi ASI, karena kelenjar pembuat ASI tidak dapat bekerja dengan sempurna tanpa makanan yang cukup.

Analisa Bivariat

Berdasarkan Tabel 4, terlihat bahwa dari 28 ibu menyusui yang melakukan pijat oksitosin mayoritas produksi ASInya lancar yaitu 17 orang (60.7%), sedangkan dari 12 ibu menyusui yang tidak melakukan pijat oksitosin mayoritas produksi ASI nya tidak lancar yaitu sembilan orang (75%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p -value $0.084 > 0.05$ yang artinya H_a ditolak dan H_0 diterima, yaitu

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh hasil sebagai berikut: pijat oksitosin pada Ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe berada pada kategori “ya”; produksi ASI ibu

menyusui di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe berada pada kategori yang sama yaitu lancar dan tidak lancar; dan tidak ada pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI ibu menyusui dengan bayi di wilayah kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe.

Saran

Adapun saran yang penulis berikan kepada bagi Ilmu Kebidanan; Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi mandiri tenaga medis dalam penatalaksanaan untuk merangsang produksi ASI pada Ibu menyusui dengan menggunakan pijat; (2) Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan; Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi program kesehatan khususnya program promosi kesehatan di Puskesmas Banda Sakti agar pemberi pelayanan/petugas kesehatan dapat memberikan promosi kesehatan dalam meningkatkan cakupan ASI eksklusif dimana salah satu cara memperlancar produksi ASI dengan cara pemijatan oksitosin; (3) Bagi Institusi Pendidikan; Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi perpustakaan untuk menambah bahan bacaan mahasiswa untuk memperluas wawasan dan mengetahui hal-hal baru; (4) Bagi responden; Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan responden dalam upaya peningkatan produksi ASI serta dapat menginformasikan dampak dari kegagalan proses menyusui, serta menjelaskan bahwa produksi ASI tidak hanya dipengaruhi oleh faktor pijat oksitosin tetapi banyak faktor lain yang mempengaruhi lancarnya produksi ASI seperti faktor nutrisi Ibu dan posisi perlekatan bayi saat menyusui; (5) Bagi penelitian selanjutnya; Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian yang sejenis dengan menambah variabel yang lebih bervariasi dan alternatif

jawaban dalam kuesioner lebih dari dua pilihan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arikunto, **Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek**, Jakarta: Rhineka Cipta; 2010.
2. Budiharjo, N. S. D., **Masalah-masalah dalam Menyusui**, Jakarta; Perkumpulan Perinatology Indonesia; 2003.
3. Dewi, dkk., **Asuhan Kepada Ibu Nifas**, Jakarta: Salemba Medika; 2011.
4. Guyton & Hall, **Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi II**, Jakarta: EGC; 2008.
5. Hidayat, **Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data**, Jakarta: Salemba Medika; 2008.
6. Maryunani, A., **Inisiasi Menyusui Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi**, Jakarta: TIM; 2012.
7. Perinasia. **Bahan Ajar Manajemen Laktasi**, Jakarta. Gramedia; 2011.
8. Yahya. **Cairan Ajaib Air Susu Ibu**. Jakarta. Medika; 2007.
9. Yohmi,E. **Manajemen Laktasi**. Jakarta. IDAI; 2009.
10. Depkes, RI., **Pelatihan Konseling Menyusui**, Jakarta: Depkes RI; 2007.
11. Eko, M., **Efektifitas Kombinasi Teknik Marmet dan Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Ibu Post Secsio di RS Wilayah Jawa Tengah**; 2011.
12. Lubis, P., *et al*, **Alasan Wanita Enggan Menyusui**.
13. WHO, **Monitoring Health for the SDGs, World Health Organization, Geneva, World Health Organization**; 2018.
14. Zamzara, **Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Waktu Pengeluaran Kolostrum Ibu Post Partum Secsio Ceasar**, Yogyakarta; 2015.

**RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PULMONARY TB INCIDENCE
IN CHILDREN IN BANDA ACEH**

Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru pada Anak
di Kota Banda Aceh

Riska Novita*, **Asnawi Abdullah** dan **Hermansyah**

Magister Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, Banda Aceh, Aceh

*riskanovita040@gmail.com

Received: 23 December 2020/ Accepted: 08 February 2021

ABSTRACT

Background: Pulmonary TB in children is still a serious public health problem in Aceh Province, this can be seen from the increase in cases in the last three years that are suspected to be related to immunization status, nutritional status, income, knowledge, the presence of TB sufferers, occupancy density and exposure to cigarette smoke. This study aims to determine the risk factors associated with pulmonary TB incidence in children in Banda Aceh. **Method:** This research is an analytic observational study using a case control design. The population in this study was children suffering from pulmonary TB in Banda Aceh as many as 30 respondents. Using a ratio of 1:2 comparison, the research sample of 90 respondents consisted of 30 cases and 60 controls. Data collection was conducted from 15 October to 15 December, conducted in the respondent's home. Data analysis using conditional multiple logistic regression test. **Results:** Risk factors associated with pulmonary TB in children are: the employment of self-employed fathers ($p=0.046$; $OR=2.7$; 95% CI: 1.01-7.50), low income ($p=0.046$; $OR=2.7$; 95% CI: 1.01-7.50), the presence of TB patients in home ($p=0.001$; $OR=31$; 95% CI: 4.11-234), cigarette smoke exposure ($p=0.004$; $OR=4$; 95% CI: 1.54-10.3), no BCG immunization ($p=0.023$; $OR=4.6$; 95% CI: 1.23-17.2), malnutrition status with the occurrence of pulmonary TB in children in Banda Aceh ($p=0.002$; $OR=5.9$; 95% CI: 1.93-18.5). The results of the multivariate analysis concluded that the tendency of pulmonary TB in children in the city of Banda Aceh to occur in the presence of TB patients at home was almost 4 times more dominant than other variables. **Recommendation:** To Banda Aceh Health Office in order to increase the number of pulmonary TB screening in children, especially in children with parents who suffer from pulmonary TB.

Key Words: Pulmonary TB, Children

ABSTRAK

Latar Belakang: TB paru pada anak masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang serius di Provinsi Aceh, hal ini dapat dilihat dari peningkatan kasus dalam tiga tahun terakhir yang diduga berkaitan dengan status imunisasi, status gizi, pendapatan, pengetahuan, keberadaan penderita TB, kepadatan hunian dan paparan asap rokok. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian TB paru pada anak di Kota Banda Aceh. **Metode:** Observasional analitik dengan menggunakan desain *case control*. Populasi dalam penelitian ini adalah anak yang menderita TB paru di Kota Banda Aceh sebanyak 30 responden. Dengan menggunakan perbandingan 1:2 maka sampel penelitian sebanyak 90 responden terdiri 30 kasus dan 60 kontrol. Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 15 Oktober - 15 Desember yang dilakukan di rumah responden. Analisis data menggunakan uji *conditional multiple logistic regresi*. **Hasil:** Faktor risiko yang berhubungan dengan TB paru pada anak adalah pekerjaan ayah wiraswasta ($p=0.046$; $OR=2.7$; 95% CI: 1.01-7.50), pendapatan rendah ($p=0.046$; $OR=2.7$; 95% CI: 1.01-7.50), keberadaan penderita TB serumah ($p=0.001$; $OR=31$; 95% CI: 4.11-234), paparan asap rokok ($p=0.004$; $OR=4$; 95% CI: 1.54-10.3), tidak ada imunisasi BCG ($p=0.023$; $OR=4.6$; 95% CI: 1.23-17.2), status gizi kurang dengan terjadinya TB paru pada anak di Kota Banda Aceh ($p=0.002$; $OR=5.9$; 95% CI: 1.93-18.5). **Saran:** Kepada Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh agar dapat meningkatkan jumlah skrining TB paru pada anak terutama pada anak dengan orang tua yang menderita TB paru.

Kata Kunci: TB Paru, Anak-anak

PENDAHULUAN

Tuberkulosis anak (TB) disebut juga sebagai “epidemi tersembunyi.” Diperkirakan satu juta anak terjangkit TB aktif setiap tahunnya, dimana sekitar 25% dari total kasus tersebut terdapat di negara miskin dan berkembang. Prioritas kesehatan masyarakat lebih berfokus pada perhatian terhadap kejadian TB pada orang dewasa. Sementara itu perhatian pada kasus TB anak masih kurang hal ini mungkin dikaitkan dengan keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan (Drobac *et al.*, 2012).

Menurut data Kemenkes, prevalensi TB paru pada anak-anak di Indoensia pada tahun 2017 adalah pada kelompok umur < satu tahun 0.2%, pada umur 1-4 tahun 0.4% dan pada umur 5-14 tahun 0.3% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Zainoel Abidin Banda Aceh diketahui jumlah penderita TB anak yang menjalani pengobatan pada tahun 2017 sebanyak 239 kunjungan, pada tahun 2018 sebanyak 205 kunjungan dan pada tahun 2019 sampai dengan Oktober sebanyak 290 kunjungan (RSUDZA, 2020).

Menurut Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh pada tahun 2017 jumlah kasus TB paru pada anak-anak adalah 12 kasus, kemudian pada tahun 2018 terdapat

peningkatan kasus TB pada anak sebanyak 35 kasus terdiri dari 11 kasus pada anak usia 0-4 tahun dan 24 kasus pada anak usia 5-14 tahun (Dinkes Kota Banda Aceh DKB, 2018). Berdasarkan Data Dinkes Provinsi Aceh tahun 2019 diketahui jumlah kasus TB paru pada anak adalah 141 kasus dan terbanyak terdapat di Kota Banda Aceh sebanyak 49 kasus, di susul Aceh Utara 26 kasus dan Aceh Tamiang 25 kasus (Dinkes Provinsi Aceh, 2019).

Risiko infeksi TB meningkat pada anak balita, imunodefisiensi, dan tinggal dalam satu rumah dengan pasien TB dewasa dan faktor risiko penting untuk penularan infeksi adalah usia yang lebih muda, gizi buruk, tidak ada vaksinasi BCG, kontak dengan orang dewasa yang dahak positif, dan paparan asap tembakau (Singh *et al.*, 2005).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain *case control*. Populasi dalam penelitian ini anak yang menderita TB paru di Kota Banda Aceh sebanyak 30 responden. Dengan menggunakan perbandingan 1:2 maka sampel penelitian sebanyak 90 responden terdiri 30 kasus dan 60 kontrol.

HASIL

Tabel 1. Analisa Univariat

No.	Variabel	Kasus n (%)	Kontrol n (%)	Total
1.	Status Imunisasi BCG			
	Ada	19 (63.3)	51 (85)	70 (77.8)
	Tidak ada	11 (36.7)	9 (15)	20 (22.2)
2.	Status Gizi			
	Baik	16 (53.3)	56 (93.3)	72 (80)
	Kurang /buruk	14 (46.7)	4 (6.7)	18 (20)
3.	Pengetahuan			
	Baik	16 (53.3)	35 (58.3)	51 (56.7)
	Kurang	14 (43.3)	25 (41.7)	39 (43.3)

Tabel 1. Lanjut

No.	Variabel	Kasus n (%)	Kontrol n (%)	Total
4.	Pendapatan			
	Tinggi	16 (53.3)	45 (75)	61 (67.8)
	Rendah	14 (46.7)	15 (25)	29 (32.2)
5.	Keberadaan penderita TB serumah			
	Tidak ada	13 (43.3)	57 (95)	70 (77.8)
	Ada	17 (56.7)	3 (5)	20 (20)
6.	Kepadatan hunian rumah			
	Memenuhi Syarat	23 (76.7)	50 (83.3)	72 (81)
	Tidak memenuhi syarat	7 (23.3)	10 (16.7)	17 (19)
7.	Paparan asap rokok			
	Tidak ada	8 (26.7)	37 (61.7)	45 (50)
	Ada	22 (73.3)	23 (38.3)	45 (50)

Tabel 2. Analisis Bivariat

No.	Variabel	TB Paru pada Anak		Total n (%)	OR (95% CI)	P value
		Kasus n (%)	Kontrol n%			
1.	Status Imunisasi BCG					
	Ada	19 (63.3)	51 (85)	70 (77.8)		
	Tidak Ada	11 (36.7)	9 (15)	20 (22.2)	4.6 (1.23-17.2)	0.023
2.	Status Gizi					
	Baik	16 (53.3)	56 (93.3)	72 (80)		
	Kurang/ buruk	14 (46.7)	4 (6.7)	18 (20)	7 (2.30-21.2)	0.001
3.	Pengetahuan Ibu					
	Baik	16 (53.3)	35 (58.3)	51 (56.7)		
	Kurang	14 (43.3)	25 (41.7)	39 (43.3)	1 (0.51-2.80)	0.66
4.	Pendapatan					
	Tinggi	16 (53.3)	45 (75)	61 (67.8)		
	Rendah	14 (46.7)	15 (25)	29 (32.2)	2.7 (1.01-7.50)	0.046
5.	Keberadaan Penderita TB					
	Tidak ada	13 (43.3)	57 (95)	70 (77.8)		
	Ada	17 (56.7)	3 (5)	20 (20)	31 (4.11-234)	0.001
6.	Kepadatan Hunian					
	Memenuhi syarat	23 (76.7)	50 (83.3)	72 (81)		
	Tidak memenuhi syarat	7 (23.3)	10 (16.7)	17 (19)	1.5 (0.51-4.69)	0.43
7.	Paparan Asap Rokok					
	Tidak ada	8 (26.7)	37 (61.7)	45 (50)		
	Ada	22 (73.3)	23 (38.3)	45 (50)	4 (1.54-10.3)	0.004

Tabel 3. Analisa Multivariat

No.	Variabel	Odd ratio	95%CI	P value
1.	Ada keberadaan penderita TB	3.9	1.08-6.74	0.007
2.	Status gizi kurang/buruk	2.2	0.26-4.28	0.027
3.	Tidak ada imunisasi BCG	2	-0,59-4.06	0.057
4.	Kepadatan hunian tidak memenuhi syarat	1.1	-0,34-2.69	0.129

PEMBAHASAN

Hubungan Status Imunisasi BCG dengan Kejadian TB Paru pada Anak

Hasil penelitian diperoleh persentasi anak yang tidak mendapat imunisasi BCG pada kasus lebih tinggi (36.7%) dibandingkan dengan kontrol 22.2%. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio tidak ada imunisasi BCG terhadap terjadinya TB paru pada anak sebesar 4.6 (95% CI: 1.23-17.2), yang mengindikasikan bahwa anak yang tidak ada imunisasi BCG berisiko hampir lima kali lebih besar menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan anak yang ada imunisasi BCG dan secara statistik ada hubungan antara imunisasi BCG dengan kejadian TB paru pada anak (p value=0.023).

Sejalan dengan penelitian Michelsen (2014) Vaksinasi BCG efektif dalam mengurangi penyakit TB pada anak-anak dan remaja serta orang dewasa dalam pengaturan endemik TB tinggi di Greenland. Vaksin BCG melindungi terhadap infeksi TBC serta perkembangan dari infeksi menjadi penyakit (Roy *et al.*, 2014). Rachim (2017) dalam penelitiannya menemukan adanya hubungan antara pemberian imunisasi BCG dengan kejadian tuberkulosis pada anak di Puskesmas Pandian Kabupaten Sumenep. Imunisasi BCG merupakan faktor protektif terhadap tuberkulosis anak dan dapat mencegah tuberkulosis sekitar 10% pada populasi sampel.

Vaksin BCG memiliki efektivitas BCG 60%-80% protektif terhadap TB pada anak, terutama meningitis. Efektivitas BCG bervariasi tergantung letak geografis (Roy *et al.*, 2014).

Berdasarkan penelitian lain efektivitas vaksin BCG bervariasi antara 0%-80%, tertinggi 80% ada di Inggris dan Amerika. Penelitian yang dilakukan oleh Brosch *et al.* (2007) menyatakan bahwa strain BCG yang disuntikkan juga berpengaruh terhadap efektivitas vaksin BCG.

Pemberian imunisasi BCG akan memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TB. Imunisasi yang terbentuk tidaklah menjamin tidak terjadinya infeksi TB pada seseorang, namun infeksi yang terjadi tidak progresif dan tidak menimbulkan komplikasi. Oleh karena itu pada penelitian ini, meskipun anak sudah diberikan imunisasi BCG ternyata anak masih terkena penyakit Tuberkulosis. Hal ini ada kemungkinan diakibatkan banyak faktor diantaranya waktu pemberiannya yang kurang tepat, cara pemberian, dosis dan penyimpanan vaksin yang kurang tepat, ada penularan TB dewasa atau oleh sebab lain sehingga efektifitas proteksi dari vaksin BCG tersebut tidak optimal.

Hubungan Status Gizi dengan Kejadian TB Paru pada Anak

Hasil penelitian diketahui proporsi anak dengan status gizi kurang/buruk pada kasus (46.7%) dibandingkan dengan kontrol 6.7%. Sebaliknya anak dengan status gizi baik (93.3%) pada kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kasus. Hasil uji statistik diperoleh *odd ratio* status gizi kurang/buruk terhadap terjadinya TB paru pada anak sebesar tujuh (95% CI: 2.30-21.2), yang mengindikasikan bahwa anak dengan gizi kurang/buruk berisiko tujuh kali lebih besar menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan anak dengan status gizi baik dan secara statistik

berhubungan (p value=0.001).

Lienhardt *et al.* (2003) melaporkan malnutrisi berat terbukti menekan kekebalan tubuh responsif terhadap BCG, meskipun ada beberapa ketidakpastian tentang efek kekurangan gizi ringan. Penelitian Jahiroh dan Prihartono (2017) menyebutkan balita pendek dan sangat pendek mempunyai risiko masing-masing 3.5 kali dan sembilan kali menderita TB paru.

Status gizi masa lalu anak sangat menentukan kemampuan anak untuk melawan kuman TB. Anak dengan gizi baik mampu mencegah penyebaran penyakit di dalam paru. Namun, anak dengan gizi kurang termasuk gizi stunting dapat menderita penyakit paru dengan kavitas yang luas pada usia dini (Schwenk and Macallan, 2000).

Terdapat hubungan timbal balik antara kekurangan gizi dan morbiditas penyakit infeksi yaitu kekurangan gizi yang berperan dalam sistem kekebalan tubuh seperti protein dan zat besi, menyebabkan seseorang rentan terhadap penyakit infeksi (Rusnoto, 2008). Penelitian Rukmini dan Chatarina (2011) menunjukkan terdapat hubungan kejadian TB paru dengan status gizi ($p=0.003$), yaitu orang yang gizi kurang/buruk mempunyai risiko terkena TB 2.184 kali lebih besar dibandingkan dengan yang gizi baik, bermakna secara statistik (95% CI=1.315–3.629)

Menurut asumsi peneliti status gizi kurang tidak hanya menjadi faktor risiko TB paru, namun juga menjadi akibat dari penyakit TB paru. Namun dengan pengobatan TB paru yang konsisten dapat meningkatkan status gizi anak penderita TB.

Hubungan Sosial Ekonomi dengan Kejadian TB Paru pada Anak

Hasil penelitian menunjukkan terdapat 43.4% responden dengan pengetahuan kurang. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara

pengetahuan orang tua dengan kejadian TB paru pada anak ($p=0.66$), namun demikian *odd ratio* terjadinya TB paru 1.2 (95% CI: 0.51-2.80), yang mengindikasikan bahwa anak dengan pengetahuan orang tua mengenai TB paru kurang 1.2 kali berisiko menderita TB paru dibandingkan dengan anak yang memiliki orang tua berpengetahuan baik.

Sejalan dengan penelitian Kholifah dan Indreswari (2015) tidak terdapat hubungan pengetahuan orang tua dengan kejadian TB Paru pada anak. Sejalan dengan Smeltzer & Bare (2002) dalam Febrian (2015), 50% responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang pencegahan penularan Tuberkulosis paru (TBC paru). Menurut asumsi penelitian tidak adanya hubungan pengetahuan dengan terjadinya TB paru pada anak disebabkan karena proporsi orang tua berpengetahuan kurang pada kasus tidak jauh berbeda dengan kontrol, hal ini dapat disebabkan oleh membaiknya pengetahuan pada orang tua yang anaknya menderita TB paru, menurut asumsi penelitian pengetahuan yang baik pada kasus disebabkan karena orang tua yang anaknya menderita TB telah mendapat edukasi dari petugas kesehatan pada saat pengobatan TB paru.

Hasil penelitian diperoleh *odd ratio* umur ibu terhadap terjadinya TB paru pada anak sebesar 0.52 (95% CI: 0.08-3.59), yang mengindikasikan bahwa risiko TB anak pada ibu dengan umur dewasa 52% lebih rendah dibandingkan dengan ibu usia remaja dan secara statistik tidak ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian TB paru pada anak (p value= 0.046).

Hasil penelitian menunjukkan risiko terjadinya TB paru pada anak tiga kali lebih besar pada anak dengan pendapatan orang tua rendah dibandingkan dengan responden dengan pendapatan orang tua tinggi dan secara statistik ada hubungan antara pendapatan dengan kejadian TB paru pada anak (OR=2.7; 95% CI: 1.01-7.50; p value=0.046).

Menurut Jubulis *et al.* (2014)

kemiskinan dapat menyebabkan berkurangnya ketersediaan makanan pada tingkat rumah tangga, pada analisis lebih lanjut menunjukkan kerawanan pangan rumah tangga menjadi risiko terhadap kejadian TB pada anak dengan (OR=11.55, 95% CI: 3.33-40.15). Penyebab utama penyakit, baik paru dan ekstra pulmoner, dan kematian pada anak kecil dari negara endemik TB, terutama di daerah yang terkena kemiskinan, gangguan sosial, dan infeksi human immunodeficiency virus (HIV) (Marais and Schaaf, 2014).

Menurut asumsi peneliti tingkat pendapatan keluarga yang di bawah UMP berkaitan dengan berkurangnya kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan makanan dan sanitasi rumah tangga sehingga berisiko TB paru. Namun demikian selain terdapat hubungan timbal balik antara pendapatan dengan TB paru, selain sebagai faktor risiko, pendapatan juga sebagai akibat dari TB, asumsi tersebut dibangun dari hasil yang didapat peneliti pada anak yang orangtuanya juga menderita TB paru mengalami penurunan pendapatan bahkan ada yang tidak memiliki pendapatan dan hanya mengandalkan simpanan.

Hubungan Keberadaan Penderita TB dengan Kejadian TB Paru pada Anak

Hasil penelitian menunjukkan (56.7%) anak yang menderita TB paru memiliki riwayat adanya penderita TB paru lain yang tinggal serumah dengan anak. Hasil uji statistik menunjukkan anak yang tinggal serumah dengan penderita TB berisiko 31 kali lebih besar menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan responden yang tidak tinggal dengan penderita TB dan secara statistik ada hubungan antara keberadaan penderita TB dengan kejadian TB paru pada anak (OR=31; 95% CI: 4.11-234; p value=0.046).

Sejalan dengan Dodd *et al.*, (2014) yang menyebutkan sekitar 15 juta anak di

bawah 15 tahun di negara-negara ini hidup dalam rumah tangga yang sama dengan orang dewasa dengan tuberkulosis. Penelitian Saiman, San Gabriel (2001) dengan melakukan Mantoux tuberculin tes kulit (TST) diperoleh hasil riwayat kontak dengan orang dewasa dengan TB aktif merupakan faktor risiko TB pada anak.

Anak dengan riwayat kontak dengan penderita tuberkulosis dewasa sebelumnya berisiko 26.6 kali terjadi tuberkulosis dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki riwayat kontak dengan penderita tuberkulosis dewasa sebelumnya (Nurwitasari dkk., 2015).

Penelitian yang dilakukan Indreswari and Suharyo (2014) dengan rancangan penelitian kohort selama dua tahun, hasilnya setelah diikuti selama dua tahun, kelompok yang kontak serumah dengan penderita tuberkulosis paru, terdapat 25% yang menunjukkan gejala klinis seperti batuk, nafsu makan berkurang, dan berkeringat dingin di malam hari.

Sumber penularan TB pada anak yang paling berbahaya adalah penderita TB dewasa dan orang dewasa yang menderita TB paru dengan kavitas (lubang pada paru-paru). Semakin sering dan lama kontak, makin besar pula kemungkinan terjadi penularan (Diani, dkk., 2016).

Risiko timbulnya transmisi kuman dari orang dewasa ke anak akan lebih tinggi jika pasien dewasa tersebut mempunyai BTA sputum positif, infiltrat luas atau kavitas pada lobus atas, produksi sputum banyak dan encer, batuk produktif dan kuat, serta terdapat faktor lingkungan yang kurang sehat terutama sirkulasi udara yang tidak baik (Kartasasmita, 2016).

Hubungan Kepadatan Hunian Rumah dengan Kejadian TB Paru pada Anak

Hasil penelitian diperoleh proporsi kepadatan hunian rumah tidak memenuhi syarat pada kasus lebih tinggi (23.3%) dibandingkan dengan kontrol 16.7%. Hasil uji statistik diperoleh anak yang tinggal di rumah dengan kepadatan hunian

tidak memenuhi syarat berisiko hampir dua kali lebih besar menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan anak yang tinggal di rumah dengan kepadatan hunian memenuhi syarat dan secara statistik tidak ada hubungan antara kepadatan hunian rumah dengan kejadian TB paru pada anak (OR=1.5; 95% CI: 0.51-4.69; p value=0.046).

Sejalan dengan Lienhardt *et al.* (2003) anak-anak yang tidur di kamar yang sama dengan kasus sumber lebih cenderung memiliki TST positif daripada mereka yang tidur di kamar yang berbeda. Anak yang memiliki intensitas kontak lebih dari delapan jam/hari atau memakai tempat tidur yang sama dengan pasien tuberkulosis dewasa sebelumnya berisiko 27.1 kali terjadi tuberkulosis dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki kontak atau tidak memiliki intensitas kontak lebih dari delapan jam/hari atau tidak memakai tempat tidur yang sama dengan pasien tuberkulosis dewasa sebelumnya (Nurwitasari dkk., 2015).

Faktor lain yang menjadi faktor risiko penularan TB paru adalah kepadatan hunian yang merupakan faktor lingkungan terutama pada penderita tuberkulosis yaitu kuman *M. tuberculosis* dapat masuk pada rumah yang memiliki bangunan yang gelap dan tidak ada sinar matahari yang masuk (Lutfi, 2012).

Hubungan Paparan Asap Rokok dengan Kejadian TB Paru pada Anak

Hasil penelitian diperoleh proporsi anak yang mengalami paparan asap rokok pada kasus lebih tinggi (73.3%) dibandingkan dengan kontrol 38.3%. Hasil uji statistik diperoleh anak yang terpapar asap rokok berisiko empat kali lebih besar menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan anak yang tidak terpapar asap rokok dan secara statistik ada hubungan antara paparan asap rokok dengan kejadian TB paru pada anak (OR=4; 95% CI: 1.54-10.3; p value=0.004).

Penelitian Leung (2010) efek

perokok pasif sama dengan merokok aktif, pajanan pasif terhadap asap tembakau dalam rumah tangga juga merupakan predisposisi untuk pengembangan TB. Lin *et al.* (2007) menemukan bahwa merokok pasif dan pembakaran bahan bakar biomassa juga meningkatkan risiko TB. Perokok pasif dikaitkan dengan infeksi *M. tuberculosis* pada anak-anak tinggal di rumah tangga dengan pasien tuberkulosis (den *et al.*, 2007).

Asap rokok dalam ruangan adalah sumber utama polusi udara dalam ruangan. Perokok pasif terpapar zat beracun yang sama dengan perokok aktif, meskipun pada rentang konsentrasi berbeda. Namun, hanya data terbatas yang tersedia untuk mendukung hubungan antara pajanan perokok pasif dan TB (Singh *et al.*, 2005).

Merokok pasif dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh anak, sehingga meningkatkan risiko terinfeksi. Paparan asap tembakau menyebabkan perubahan dalam fungsi epitel, seperti mengurangi aktivitas mukosiliar, penurunan pembersihan zat yang dihirup, dan permeabilit vaskular dan epitel abnormal (Glader *et al.*, 2006).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Faktor risiko terjadinya TB paru pada anak di Kota Banda Aceh dapat disimpulkan variabel yang berhubungan dengan terjadinya TB paru pada anak adalah pendapatan keluarga rendah, adanya keberadaan penderita TB lain yang tinggal serumah, adanya paparan asap rokok, tidak ada imunisasi BCG dan status gizi kurang. Dari beberapa faktor tersebut menunjukkan keberadaan penderita TB adalah variabel yang paling dominan terhadap terjadinya TB paru pada anak adalah keberadaan penderita TB (OR=3.9; 95% CI: 1.08-6.74), (p value 0.007) artinya anak yan tinggal serumah dengan penderita TB berisiko hampir empat kali lebih besar menderita TB paru

dibandingkan dengan variabel lainnya.

Saran

Disarankan Kepada Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, perlu di tingkatkan penemuan kasus TB paru anak dengan melakukan pemeriksaan uji tuberkulin pada anak yang memiliki risiko tertular TB paru seperti pada anak dengan orang tua atau saudara kandung yang menderita TB.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Aceh, DKB., **Laporan Triwulan Penemuan dan Pengobatan Pasien TB**, Banda Aceh: Dinkes Kota Banda Aceh; 2018.
2. Brosch, R., Gordon, S. V., Garnier, T., Eiglmeier, K., Frigui, W., Valenti, P., **et al.**, **Genome Plasticity of BCG and Impact on Vaccine Efficacy**, *Proceedings of the National Academy of Sciences*; 2007, Vol. 104, No. 13, pp. 5596-601.
3. den Boon, S., Verver, S., Marais, B. J., Enarson, D. A., Lombard, C. J., Bateman, E. D., **et al.**, **Association Between Passive Smoking and Infection with Mycobacterium Tuberculosis in Children**, *Pediatric*; 2007, Vol. 119, No. 4, pp. 734-9.
4. Diani, A., Setyanto, D. B., Nurhamza W., **Proporsi Infeksi Tuberkulosis dan Gambaran Faktor Risiko pada Balita yang Tinggal dalam Satu Rumah dengan Pasien Tuberkulosis Paru Dewasa**, *Sari Pediatri*; 2016, Vol. 13, No. 1, pp. 62-9.
5. Dinkes Aceh, **Jumlah Kasus Tuberkulosis Anak Tahun 2019**, Banda Aceh: Dinkes Provisni Aceh; 2019.
6. Dodd, P. J., Gardiner, E., Coghlan, R., Seddon, J. A., **Burden of Childhood Tuberculosis in 22 High-Burden Countries: a Mathematical Modelling Study**, *The Lancet Global Health*; 2014, Vol. 2, No. 8.
7. Drobac, P. C., Shin, S. S., Huamani, P., Atwood, S., Furin, J., Franke, M. F., **et al.**, **Risk Factors for in-Hospital Mortality Among Children with Tuberculosis: the 25-Year Experience in Peru**, *Pediatrics*; 2012.
8. Febrian, M. A., **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru Anak di Wilayah Puskesmas Garuda Kota Bandung**, *Jurnal Keperawatan BSI*; 2015, Vol. 3, No. 2.
9. Glader, P., Möller, S., Lilja, J., Wieslander, E., Löfdahl, C-G., von Wachenfeldt, K., **Cigarette Smoke Extract Modulates Respiratory Defence Mechanisms Through Effects on T-Cells and Airway Epithelial Cells**, *Respiratory Medicine*; 2006, Vol. 100, No. 5.
10. Indreswari, S. A., Suharyo, S., **Diagnosis Dini Tuberkulosis pada Kontak Serumah dengan Penderita Tuberkulosis Paru melalui Deteksi Kadar IFN- γ** , *National Public Health Journal*; 2014, Vol. 9, No. 1, pp. 32-8.
11. Jahiroh, N., Prihartono, N., **Hubungan Stunting dengan Kejadian Tuberkulosis pada Balita**, *The Indonesian Journal of Infectious Diseases*; 2017, Vol. 1, No. 2, pp. 6-13.
12. Jubulis, J., Kinikar, A., Ithape, M., Khandave, M., Dixit, S., Hotalkar, S., **et al.**, **Modifiable Risk Factors Associated with Tuberculosis Disease in Children in Pune, India**, *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*; 2014, Vol. 18, No. 2, pp. 198-204.
13. Kartasmita, C. B., **Epidemiologi Tuberkulosis**, *Sari Pediatri*; 2016, Vol. 11, No. 2, pp. 124-9.
14. Kemenkes, R., **Tuberkulosis**, Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI; 2018.
15. Kholifah, S. N., Indreswari S. A., **Faktor Terjadinya Tuberkulosis Paru pada Anak Berdasarkan Riwayat Kontak Serumah**,

- VISIQUES, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*; 2015, Vol. 14, No. 2.
16. Leung, C. C., Lam, T. H., Ho, K. S., Yew, W. W., Tam, C. M., Chan, W. M., *et al.*, **Passive Smoking and Tuberculosis, Archives of Internal Medicine**; 2010, Vol. 170, No. 3, pp. 287-92.
 17. Lienhardt, C., Fielding, K., Sillah, J., Tunkara, A., Donkor, S., Manneh, K., *et al.*, **Risk Factors for Tuberculosis Infection in Sub-Saharan Africa: a Contact Study in the Gambia, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**; 2003, Vol. 168, No. 4, pp. 448-55.
 18. Lin, H-H., Ezzati, M., Murray, M., **Tobacco Smoke, Indoor Air Pollution and Tuberculosis: a Systematic Review and Meta-Analysis, PLoS Medicine**; 2007, Vol. 4, No. 1.
 19. Lutfi, A., **Tuberkulosis Nosokomial, Jurnal Tuberkulosis**; 2012, Vol. 8, pp. 30-31.
 20. Marais, B. J., Schaaf, H. S., **Tuberculosis in Children, Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**; 2014, Vol. 4, No. 9.
 21. Michelsen, S., Soborg, B., Koch, A., Carstensen, L., Hoff, S., Agger, E., *et al.*, **The Effectiveness of BCG Vaccination in Preventing Mycobacterium Tuberculosis Infection and Disease in Greenland, Thorax**; 2014, Vol. 69, No. 9, pp. 851-6.
 22. Nurwitasari, A., Wahyuni, C. U., **Pengaruh Status Gizi dan Riwayat Kontak Terhadap Kejadian Tuberkulosis Anak di Kabupaten Jember, Jurnal Berkala Epidemiologi**; 2015, Vol. 3, No. 2, pp. 158-69.
 23. Rachim, R. D. A., **Hubungan Pemberian Imunisasi BCG dengan Kejadian Tuberkulosis pada Anak di Puskesmas Pandian Kabupaten Sumenep, Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga**; 2017, Vol. 10, No. 2, pp. 109-14.
 24. Roy, A., Eisenhut, M., Harris, R., Rodrigues, L., Sridhar, S., Habermann, S., *et al.*, **Effect of BCG Vaccination Against Mycobacterium Tuberculosis Infection in Children: Systematic Review and Meta-Analysis, BMI**; 2014, 349:g4643.
 25. Roy, A., Eisenhut, M., Harris, R., Rodrigues, L., Sridhar, S., Habermann, S., *et al.*, **The Protective Effect of BCG Vaccination Against Mycobacterium Tuberculosis Infection in Children: a Systematic Review, European Respiratory Journal**; 2014, Vol. 44 (Suppl 58).
 26. RSUDZA, **Laporan Kunjungan Pengobatan TB Paru**, Banda Aceh: RSUDZA; 2020.
 27. Rusnoto, R., **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru pada Usia Dewasa (Studi Kasus di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Pati), Jurnal Epidemiologi**; 2008.
 28. Rukmini, R., Chatarina, U., **Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kejadian TB Paru Dewasa di Indonesia (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010), Buletin Penelitian Sistem Kesehatan**; 2011, Vol. 14, No. 4.
 29. Saiman, L., San Gabriel P., Schulte, J., Vargas, M. P., Kenyon, T., Onorato, I., **Risk Factors for Latent Tuberculosis Infection Among Children in New York City, Pediatrics**; 2001, Vol. 107, No. 5, pp. 999-1003.
 30. Schwenk, A., Macallan, D. C., **Tuberculosis, Malnutrition and Wasting, Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**; 2000, Vol. 3, No. 4, pp. 285-91.
 31. Singh, M., Mynak, M., Kumar, L., Mathew, J., Jindal, S., **Prevalence and Risk Factors for Transmission of Infection Among Children in**

**Household Contact with Adults
Having Pulmonary Tuberculosis,
Archives of Disease in Childhood;
2005, Vol. 90, No. 6, pp. 624-8.**

DESCRIPTION OF THE QUALITY OF LIFE OF POOR HOUSEHOLDS BENEFICIARIES FAMILY HOPE PROGRAM IN MEURAXA SUBDISTRICT, BANDA ACEH

Gambaran Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

Fadli Syahputra*

Akademi Farmasi YPPM Mandiri, Banda Aceh, 23114

*fadlimeuraxa@gmail.com

Received: 30 January 2021/ Accepted: 20 February 2021

ABSTRACT

Background: The lack of PKH Beneficiary Families (KPM) who participated in the health examination of pregnant women and toddlers as well as the lack of optimal implementation of education, and still low healthy lifestyle among the community that causes vulnerable to various diseases, the ability of the community to carrying out daily activities, as well as the ease of access to information, etc. are some factors that affect the level of quality of life of PKH beneficiaries. This study aims to determine factors related to the quality of life of poor families of PKH beneficiaries. **Methods:** This research is a descriptive study with a cross-sectional design. The sample in the study was 73 respondents in KPM PKH in Meuraxa Subdistrict, Banda Aceh. Analyze data using univariate and Likert scales. **Result:** Research shows that respondents were predominantly primary education (72.6%), unemployed (58.9%), moderate income (52.1%), number of extended family members (68.5%), long receiving PKH benefits for 3 years (41.1%), ownership of small family assets (60.3%), and respondents with poor quality of life (58.9%). The domain image of physical health quality almost half had a good quality of life (47.6%), psychological domain mostly had a good quality of life (54.1%), the domain of social relations had half good quality of life (50.1%), and the environmental domains almost half have a good quality of life (46.2%). **Recommendation:** The government needs to intensify the family planning program, so that every household beneficiary of PKH can plan their household better, as well as conduct training and capital loan for small businesses in housewives that can later help the family economy so as to improve the quality of life of the beneficiaries poor of PKH.

Keywords: Quality of Life, Family Hope Program

ABSTRAK

Latar Belakang: Minimnya Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH yang ikut serta dalam pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan balita serta belum optimalnya pelaksanaan pendidikan, dan masih rendahnya pola hidup sehat di kalangan masyarakat sehingga menyebabkan rentan terhadap berbagai penyakit, kemampuan masyarakat dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta kemudahan akses informasi, dan lain sebagainya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kualitas hidup penerima manfaat PKH. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup keluarga miskin penerima manfaat PKH. **Metode:** Penelitian ini bersifat deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian yaitu 73 responden di KPM PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh. Analisis data menggunakan univariat dan skala likert. **Hasil:** Penelitian menunjukkan bahwa responden dominan pendidikan dasar (72.6%), tidak bekerja (58.9%), pendapatan sedang (52.1%), jumlah anggota keluarga besar (68.5%), lama menerima manfaat PKH selama 3 tahun (41.1%), kepemilikan aset keluarga kecil (60.3%), dan responden dengan kualitas hidup kurang (58.9%). Gambaran domain kualitas kesehatan fisik hampir setengahnya memiliki kualitas hidup yang baik (47.6%), domain psikologis sebagian besar memiliki kualitas hidup yang baik (54.1%), domain hubungan sosial setengahnya memiliki kualitas hidup yang baik (50.1%), dan domain lingkungan hampir setengahnya memiliki kualitas hidup yang baik (46.2%). **Saran:** Pemerintah perlu semakin mengintensifkan program keluarga berencana, agar setiap rumah tangga penerima manfaat PKH dapat merencanakan rumahtangganya dengan lebih baik, serta mengadakan pelatihan dan modal pinjaman untuk usaha kecil pada ibu rumah tangga yang nantinya dapat membantu ekonomi keluarga sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat miskin penerima manfaat PKH.

Kata Kunci: Kualitas Hidup, Program Keluarga Harapan

PENDAHULUAN

Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian dan hubungan individu dengan lingkungan. Saat kualitas hidup menurun maka akan terjadi ketergantungan yang disebabkan oleh kemunduran fisik, psikis, dan sosial. Mengantisipasi rendahnya kualitas hidup, Pemerintah Indonesia telah memperkenalkan program bantuan tunai bersyarat atau Program Keluarga Harapan (PKH), yang diharapkan akan mampu mempertahankan taraf kesejahteraan sosial penerima manfaat sebagaimana amanat konstitusi (Profil PKH, 2019).

Rendahnya kualitas hidup penduduk miskin mengakibatkan rendahnya tingkat pendidikan dan kesehatan sehingga dapat mempengaruhi produktivitas. Dengan kondisi tersebut sehingga menyebabkan meningkatkannya beban ketergantungan bagi masyarakat. Penduduk yang masih berada di bawah garis kemiskinan mencakup mereka yang berpendapatan rendah, tidak berpendapatan tetap atau tidak berpendapatan sama sekali. Dengan demikian maka pengentasan dan penanggulangan kemiskinan yang diupayakan berbagai pihak diharapkan dapat mengangkat taraf hidup masyarakat miskin (Ridwan, dkk., 2019).

Kriteria Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH yakni: memiliki ibu hamil, ibu menyusui, memiliki anak balita dan anak usia sekolah setingkat SD-SMP. PKH menjadi model jaminan yang unik. Di satu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan (*life survival*) dalam kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan. Di sisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan rumah tangga miskin agar mampu keluar dari kemiskinannya melalui promosi kesehatan dan mendorong anak bersekolah (Anbarasan, 2015).

PKH mulai dilaksanakan pada tahun 2013 di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh

yang mencakup delapan Kecamatan (Baiturrahman, Banda Raya, Jaya Baru, Kuta Alam, Lueng Bata, Meuraxa, Syiah Kuala dan Ulee Kareng), dilengkapi satu operator, dan satu pendamping di setiap kecamatan kecuali Kecamatan Ulee Kareng dan Kecamatan Meuraxa dengan dua pendamping. Kemudian, tahun 2015 dilakukan pengembangan kecamatan (Kecamatan Kutaraja) dengan tambahan satu pendamping dan pengangkatan satu koordinator kota sehingga telah mencakup seluruh kecamatan di Kota Banda Aceh yakni sembilan kecamatan. Pada akhir tahun 2016 dilakukan perluasan kepesertaan PKH di Kota Banda Aceh setelah dilakukan verifikasi (verifikasi dan validasi) terdapat penambahan 984 KPM baru (Nainggolan dkk., 2012).

Berdasarkan permasalahan bahwa saat ini kendala PKH yang dihadapi dilapangan adalah masih minimnya KPM PKH ikut serta dalam pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan balita yang ditunjukkan dari hasil verifikasi atas komitmen peserta PKH terhadap kesehatan dan pendidikan belum optimal. Ini disebabkan oleh banyak hal yaitu karena kualitas masyarakat penerima PKH dengan tingkat pendidikan yang sangat rendah, rata-rata sebagian besar masyarakat bekerja sebagai nelayan, tukang bangunan, dan penjual kecil-kecilan, sehingga penghasilan mereka kebanyakan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Mereka cenderung memiliki anak lebih dari dua sehingga begitu banyak beban yang harus mereka tanggung, belum lagi lapangan kerja yang terbatas, serta upah minimum pekerja yang masih rendah, sehingga berdampak pada menurunnya kualitas hidup peserta PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif melalui pendekatan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini

adalah seluruh KPM PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh berjumlah 273 ibu balita penerima manfaat PKH. Sampel diambil berdasarkan perhitungan rumus Slovin yaitu didapat sebanyak 73 responden. Pengambilan sampel secara *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu.

Metode pengumpulan data yaitu menggunakan wawancara sistematis, merupakan tanya jawab secara langsung dengan informasi yang telah ditetapkan sesuai dengan kapasitas, pengalaman, dan pengetahuan masing-masing, serta telaah dokumen berupa buku referensi maupun peraturan atau pasal yang berhubungan dengan penelitian.

Analisis data menggunakan univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi dari masing-masing variabel. Gambaran skala *likert* pada kualitas hidup berdasarkan empat domain, antara lain kesehatan fisik,

psikologis, sosial, dan lingkungan dengan menggunakan kriteria: a) 0-20 = kualitas hidup sangat buruk; b) 21-40 = kualitas hidup buruk; c) 41-60 = kualitas hidup sedang; c) 61-80 = kualitas hidup baik; dan d) 81-100 = kualitas hidup sangat baik (Widya, 2016).

Sedangkan interpretasi frekuensi hasil skor menurut Arikunto (2005) sebagai berikut:

Tabel 1. Kategori Hasil Frekuensi Skor Interpretasi

No.	Skor	Interpretasi
1.	100%	Seluruh
2.	76-99%	Hampir Seluruh
3.	51-75%	Sebagian Besar
4.	50%	Setengahnya
5.	26-49%	Hampir Setengahnya
6.	1-25%	Sebagian Kecil
7.	0%	Tidak Satupun

Sumber: Arikunto, 2005

HASIL

Tabel 2. Analisis Univariat

No.	Variabel	Jumlah	
		N	%
1.	Pendidikan		
	Dasar	53	72.6
	Menengah	20	27.4
2.	Pekerjaan		
	Tidak bekerja	43	58.9
	Bekerja	30	41.1
3.	Pendapatan		
	Rendah	35	47.9
	Sedang	38	52.1
4.	Jumlah Anggota Keluarga		
	Besar	50	68.5
	Kecil	23	31.5
5.	Lama Menerima PKH		
	5 tahun	18	24.7
	4 Tahun	25	34.2
	3 Tahun	30	41.1
6.	Kepemilikan Asset		
	Kecil	44	60.3
	Besar	29	39.7

Tabel. 2 Lanjutan

No.	Variabel	Jumlah	
		N	%
7.	Kualitas Hidup		
	Kurang	43	58.9
	Baik	30	41.1

Analisis Skala Likert

Tabel 3. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Kesehatan Fisik Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

No.	Pernyataan Domain Kesehatan Fisik	Skor Jawaban Responden				
		1	2	3	4	5
1.	Rasa sakit fisik dapat mencegah dalam beraktifitas	3	33	36	1	0
2.	Sering membutuhkan terapi medis	12	44	15	2	0
3.	Memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktifitas	18	34	6	15	0
4.	Kemampuan dalam bergaul	3	25	45	0	0
5.	Kepuasan saat tidur	13	29	29	1	1
6.	Kepuasan aktifitas kehidupan sehari-hari	15	22	35	1	0
7.	Kepuasan terhadap kemampuan bekerja	6	32	20	10	5
	Jumlah :	70	219	186	30	6
	Total Skor :			511		
	Persentase Jawaban :	13.7	42.9	36.4	5.87	1.17
	Jumlah Skor :	70	438	558	120	30
	Jumlah Total Skor :			1216		
	Skor Maksimal :			35		
	Jumlah Skor Diharapkan :			2555		
	Persentase :			47.6		

Tabel 4. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Psikologis Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

No.	Pernyataan Domain Psikologis	Skor Jawaban Responden				
		1	2	3	4	5
1.	Menikmati hidup	0	26	30	17	0
2.	Merasa hidup berarti	0	27	35	11	0
3.	Mampu dalam berkonsentrasi	1	18	42	12	0
4.	Menerima penampilan tubuh	3	30	29	9	2
5.	Kepuasan terhadap diri	9	33	15	16	0
6.	Sering memiliki perasaan negatif	2	39	28	4	0

Tabel 4. Lanjutan

Jumlah :	15	173	179	69	2
Total Skor :			438		
Persentase Jawaban :	3.42	39.5	40.9	15.8	0.46
Jumlah Skor :	15	346	537	276	10
Jumlah Total Skor :			1184		
Skor Maksimal :			30		
Jumlah Skor Diharapkan :			2190		
Persentase :			54.1		

Tabel 5. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Hubungan Sosial Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

No.	Pertanyaan Domain Hubungan Sosial	Skor Jawaban Responden				
		1	2	3	4	5
1.	Kepuasan hubungan personal/sosial	10	28	32	3	0
2.	Kepuasan kehidupan seksual	1	29	40	3	0
3.	Kepuasan dukungan yang diperoleh dari teman	9	21	39	4	0
	Jumlah :	20	78	111	10	0
	Total Skor :			219		
	Persentase Jawaban :	9.13	35.6	50.7	4.57	0
	Jumlah Skor :	20	156	333	40	0
	Jumlah Total Skor :			549		
	Skor Maksimal :			15		
	Jumlah Skor Diharapkan :			1095		
	Persentase :			50.1		

Tabel 6. Distribusi Tanggapan Responden Terhadap Kualitas Hidup Berdasarkan Domain Lingkungan Rumah Tangga Miskin Penerima Manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh

No.	Pernyataan Domain Lingkungan	Skor Jawaban Responden				
		1	2	3	4	5
1.	Keamanan dalam kehidupan sehari-hari	22	16	33	2	0
2.	Kesehatan lingkungan tempat tinggal	27	24	14	8	0
3.	Memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan	19	27	20	7	0
4.	Ketersediaan informasi bagi kehidupan dari hari ke hari	16	38	6	13	0
5.	Memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi	33	30	8	2	0
6.	Kepuasan terhadap kondisi tempat tinggal	12	33	27	1	0
7.	Kepuasan terhadap akses pelayanan kesehatan	8	20	23	22	0
8.	Kepuasan terhadap transportasi yang dijalani	0	11	48	13	1

Tabel 6. Lanjutan

Jumlah :	137	199	179	68	1
Total Skor :			584		
Persentase Jawaban :	23.5	34.1	30.7	11.6	0.17
Jumlah Skor :	137	398	537	272	5
Jumlah Total Skor :			1349		
Skor Maksimal :			40		
Jumlah Skor Diharapkan :			2920		
Persentase :			46.2		

PEMBAHASAN

Domain Kualitas Kesehatan Fisik

Hasil total skor domain kesehatan fisik berjumlah 1216 (47.6%) dari skor yang diharapkan yaitu 2555 (100%), menunjukkan bahwa domain kesehatan fisik termasuk dalam kategori Kualitas Hidup Sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain kesehatan fisik menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 47.6%.

Dimensi kesehatan fisik terdiri dari nyeri dan rasa tidak nyaman, energi dan rasa lelah, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada pengobatan atau terapi medis, dan kapasitas untuk bekerja.

Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shabrina dkk., (2017) ditinjau dari dimensi kesehatan fisik, bahwa ditemukan kualitas hidup paling banyak didapatkan pada responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 60.2%. sedang 37.6%, dan tinggi 2.2%. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Wibowo (2011) yang menunjukkan bahwa kualitas kesehatan keluarga responden yang sudah menerima bantuan sebagian besar atau 95.8% dalam kondisi baik dan sebagian kecil atau 4.2% dalam kondisi tidak baik. Berdasarkan hasil tersebut bahwa kualitas kesehatan yang baik pada responden merupakan wujud kesejahteraan dari responden yang mendapatkan bantuan.

Berdasarkan hasil penelitian

didapatkan bahwa pada umumnya responden yang memberikan jawaban sangat sering membutuhkan terapi medis dan memiliki vitalitas yang cukup dalam beraktifitas sehari-hari, serta kepuasan terhadap kemampuan dalam bekerja dan kepuasan tidur setelah mendapat PKH. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesehatan fisik, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah.

Berdasarkan hasil analisa penulis dilapangan menunjukkan bahwa dalam rumah tangga miskin, perempuan penerima manfaat PKH juga memainkan peran ganda sebagaimana disebutkan di awal terhadap kepuasan dalam bekerja. Perempuan penerima manfaat PKH di Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh, juga harus bekerja lebih berat untuk membiayai kehidupan rumah tangga seperti buruh cuci, pembantu rumah tangga, pencari tiram dan berjualan yang waktunya sehari-hari banyak dihabiskan diluar rumah. Namun di rumah, mereka juga harus menjalankan fungsi domestik seperti merawat anak balita, mengurus pendidikan anak, memasak dan sebagainya. Sehingga dengan terbatasnya waktu tidak selalu terpenuhi aktifitas kebutuhannya sehari-hari yang berdampak kepada kepuasan kerja dan kualitas tidurnya menjadi kurang puas terhadap kualitas domain kesehatan fisiknya.

Domain Kualitas Psikologis

Hasil total skor domain psikologis berjumlah 1184 (54.1%) dari skor yang diharapkan yaitu 2190 (100%), menunjukkan bahwa domain psikologis termasuk dalam kategori Kualitas Hidup Sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain psikologis menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 54.1%.

Domain psikologis merupakan domain kualitas hidup yang berkaitan dengan pengaruh daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, spiritual serta penghargaan terhadap diri sendiri.

Hasil penelitian yang didapat sesuai dengan hasil penelitian Anbarasan (2015), bahwa kualitas hidup responden berdasarkan dimensi psikologis terdapat sebagian besar baik yaitu 61.7%. Namun hasil yang didapat pada penelitian ini umumnya responden memberikan jawaban dalam jumlah sedang terhadap kemampuan untuk berkonsentrasi, merasa hidup berarti, dan menikmati hidup setelah mendapat PKH. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya PKH terhadap keluarga miskin maka dapat mengurangi perasaan dan pandangan negatif keluarga terhadap masalah kehidupannya sehari-hari ke arah yang lebih positif, sehingga menimbulkan perasaan mampu menghadapi masalah kesehatan psikologis yang dialami untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Dapat disimpulkan bahwa semakin baik penyesuaian diri maka akan semakin baik pula kualitas hidup yang dimiliki keluarga miskin penerima PKH.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan dasar. Pendidikan dapat membentuk kecerdasan emosional. Seseorang yang memiliki kecerdasan emosional tinggi akan mampu menguasai diri, mengelola emosi, memotivasi diri dan mengarahkan dirinya untuk lebih produktif dalam berbagai hal

yang dikerjakan. Apabila kecerdasan emosionalnya rendah maka orang akan menjadi cemas, menyendiri, sering takut, merasa tidak dicintai, merasa gugup, sedih dan cenderung mudah terkena depresi. Faktor psikologis dapat mempengaruhi tingkatan untuk memperoleh kepuasan dalam hidup dan menjadi salah satu faktor yang ikut berperan untuk menurunkan kualitas hidup.

Domain Kualitas Hubungan Sosial

Hasil total skor domain hubungan sosial berjumlah 549 (50.1%) dari skor yang diharapkan yaitu 1095 (100%), menunjukkan bahwa domain hubungan sosial termasuk dalam kategori kualitas hidup sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain hubungan sosial menunjukkan setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 50.1%. Dimensi hubungan sosial terdiri dari hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang sedang. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Ridwan dkk. (2019) bahwa pada domain hubungan sosial kualitas hidup penerima manfaat PKH di Kabupaten Madiun didominasi dengan kualitas hidup sedang yaitu 50.1%.

Pada umumnya responden memberikan jawaban biasa-biasa saja terhadap kepuasan kehidupan seksual, dukungan teman, dan hubungan personal/sosial setelah mendapat PKH. Sesuai dengan hasil penelitian di atas, kualitas hidup sosial menjadi salah satu faktor dalam menentukan kualitas hidup seseorang. Pengukuran *well-being* melibatkan pemetaan keseluruhan hidup dan mempertimbangkan setiap kejadian dalam hidup atau konteks sosial yang sangat potensial untuk mempengaruhi kualitas hidup individu.

Menurut peneliti bahwa dengan

adanya program keluarga harapan merupakan hal yang penting dalam mendukung hubungan sosial (*social belonging*) dan hubungan komunitas (*community belonging*) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial, aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial. Aktivitas-aktivitas sosial akan memberikan nilai tertinggi bagi penerima manfaat PKH untuk menemukan kebermaknaan dan rasa harga dirinya, sehingga kualitas hidup dapat meningkat.

Dengan aktifnya dalam aktivitas sosial, seperti tergabung dalam peserta penerima manfaat PKH akan menjadi ajang bagi mereka untuk saling bertukar pikiran, berbagi pengalaman dan saling memberikan perhatian. Kurang harmonisnya hubungan sosial antar peserta dan minimnya kegiatan oleh pendamping PKH, maka menjadi penyebab rendahnya kesejahteraan sosial di sana. Seharusnya, banyaknya kegiatan yang dilakukan dapat memfasilitasi hubungan antara satu dengan lainnya sehingga terbentuk reaksi sosial yang baik di antara peserta tersebut, yang pada akhirnya akan berpengaruh pada kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, ketidakaktifan penerima PKH dalam aktivitas sosial akan berdampak pada penurunan kualitas hidupnya.

Domain Kualitas Lingkungan

Hasil total skor domain lingkungan berjumlah 1349 (46.2%) dari skor yang diharapkan yaitu 2920 (100%), menunjukkan bahwa domain lingkungan termasuk dalam kategori Kualitas Hidup Sedang (41-60). Dapat disimpulkan bahwa domain lingkungan menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik dengan total skor sebesar 46.2%.

Domain lingkungan merupakan domain kualitas hidup yang terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik,

lingkungan fisik, lingkungan tempat tinggal, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi, kemudahan akses transportasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktivitas pada waktu luang.

Berdasarkan hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rohmah dkk. (2012), pada faktor lingkungan, yang mayoritas responden berada pada kondisi kualitas hidup yang cukup memadai dengan jumlah sembilan responden (47%). Sedangkan menurut Shabrina (2017) menunjukkan hasil kualitas hidup responden yang mendapatkan kualitas hidup tinggi 1.1%, kualitas hidup sedang 83.9% dan kualitas hidup buruk sebanyak 15.1%.

Dapat disimpulkan bahwa pada umumnya responden memberikan jawaban sedikit memiliki ketersediaan informasi bagi kehidupan dari hari ke hari, tidak memuaskan terhadap kondisi tempat tinggal, dan sedikit memiliki uang yang cukup untuk memenuhi kebutuhan setelah mendapat PKH berdasarkan domain lingkungan kualitas hidup rumah tangga miskin penerima manfaat PKH.

Menurut peneliti bahwa bantuan PKH untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dalam aspek dimensi lingkungan hanya sebagai stimulan saja kepada peserta, dana PKH tersebut menurut peneliti belum bisa memutuskan mata rantai kemiskinan melalui aspek lingkungan, sebab bantuan tersebut masih belum bisa memenuhi kebutuhan hidup rumah tangga miskin untuk menjadi lebih baik. Tempat tinggal harus dapat menciptakan suasana yang tenang, damai, dan menyenangkan bagi para penghuninya sehingga penghuni dapat merasa betah serta merasa terus ingin tinggal di tempat tersebut. Dengan demikian, akan terdukung oleh lingkungan untuk mencapai kualitas hidup yang tinggi. Kualitas hidup individu berkaitan secara intrinsik dengan kualitas hidup orang lain yang berada di lingkungannya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Gambaran domain kualitas kesehatan fisik menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik (47.6%), domain psikologis menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik (54.1%), domain hubungan sosial menunjukkan setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik (50.1%), dan domain lingkungan menunjukkan hampir setengahnya responden memiliki kualitas hidup yang baik (46.2%).

Saran

Peran pemerintah dalam mengatasi tingkat pendapatan rendah bagi masyarakat miskin penerima manfaat PKH yaitu dengan mengadakan pelatihan dan modal pinjaman untuk usaha kecil karena masih banyak dalam anggota keluarga yang masih banyak waktu luang terutama pada ibu rumah tangga yang nantinya dapat membantu ekonomi keluarga sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat miskin. Pemerintah perlu semakin mengintensifkan program keluarga berencana, supaya setiap rumah tangga penerima manfaat PKH dapat merencanakan rumahtangganya dengan lebih baik.

Setiap tahunnya PKH harus memperbaharui data penerima bantuan PKH, agar masyarakat yang sudah mampu dan memiliki asset rumah tangga yang besar dapat diberhentikan menjadi penerima bantuan PKH, sehingga masyarakat miskin lainnya yang belum menjadi peserta PKH dapat dijadikan peserta dan bisa menerima bantuan.

Perlu dilakukan pendataan ulang secara berkala minimal satu tahun sekali terhadap peserta yang menerima PKH agar dapat dilihat apakah mereka layak mendapatkan bantuan atau tidak, di tinjau

dengan beberapa aspek yang dapat di tentukan oleh para pendamping PKH.

Bagi Pendamping PKH diharapkan untuk dapat memberikan pemahaman kepada peserta yang telah lama mendapat Program Keluarga Harapan (PKH) untuk dapat memberikan informasi praktis di bidang kesehatan, pendidikan, ekonomi, pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga melalui program Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) yang dilaksanakan oleh fasilitator kepada keluarga penerima manfaat dalam pertemuan bulanan. Sehingga dengan adanya pertemuan tersebut peserta PKH akan dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arikunto, S., **Manajemen Penelitian: Jakarta: Rineka Cipta, Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen**, 2005;5:2461-0593.
2. Anbarasan S.S., **Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rendang pada Periode 27 Februari Sampai 14 Maret 2015**, *Intisari Sains Medis*, 2015;4(1):113-124.
3. Nainggolan T., Sutaat, Sitepu A., Padmi T., A, Muchtar, Irmayani & Hutapea B., **Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi**, *Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial (P3KS) Press, Jakarta*, 2012.
4. **Profil PKH, Profil Program Keluarga Harapan Kota Banda Aceh**, *Kepala Bidang Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kota Banda Aceh*, 2019.
5. Ridwan M., Samudro B.R. & Purwaningsih Y., **Dinamika Demografis dan Kualitas Hidup Lansia Wanita: Suatu Kajian Penerima PKH di Kabupaten Madiun**, *Prosiding Universitas Sebelas Maret Surakarta*, 2019.
6. Wibowo S., **Kajian Implementasi Program Keluarga Harapan Sebagai**

- Salah Satu Program Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Miskin di Kabupaten Ngawi: Tesis; 2011.**
7. Widya. **Perbedaan Kualitas Hidup antara Lansia yang Tinggal di Keluarga dengan Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha: Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar; 2016.**

THE EVALUATION OF ELECTRONIC HEALTH RECORD ADOPTION AMONG HEALTH PROFESSIONALS IN HOSPITAL SETTING

Evaluasi Adopsi Rekam Kesehatan Elektronik di Kalangan Profesional Kesehatan
dalam *Setting* Rumah Sakit

Riza Septiani* dan **Tiara Mairani**

Faculty of Public Health, Universitas Muhammadiyah Aceh, Jl. Kampus Muhammadiyah No. 91, Batoh,
Lueng Bata, Banda Aceh 23245, Indonesia

*riza.septiani@unmuha.ac.id

Received: 05 February 2021/ Accepted: 20 February 2021

ABSTRACT

Background: *Electronic Health Record (EHR) utilization has been improved nowadays and it is believed that the adoption of Information Technology (IT) that has been implemented in various setting may also accelerate qualified implementation in health care setting. This study aimed to evaluate EHR utilization in various settings by systemic literature review. Methods:* systemic literature research was conducted with keywords “(evaluasi* model OR evaluasi* framework) AND (health professional* OR health staff*) AND (electronic health record OR EHR) AND (us* OR engagement OR implementation OR adoption) AND hospital”. **Result:** 833 literatures found at the beginning of literature search, after apply limitations, remove duplicates and exclude of irrelevant literatures, finally total 7 articles were included in the review. **Conclusion:** there are benefits and drawbacks of EHR utilization among health professional in different healthcare settings in some countries that included in this review. Some health professionals had positive experience of using EHR that its use can improve clinicians’ involvement, better clinicians’ representation and decrease workload. Meanwhile, others had different views that EHR use are ineffectiveness due to inability of the systems to meet users’ need, poor integration with existing workflows, poor IT skills among users and limited resources and training of EHR. **Recommendation:** Therefore, it is important to improve better design of EHR system with customized functionalities so it could improve the implementation and adoption of EHR by health professionals as end user.

Keywords: Evaluation, Electronic Health Record, EHR, Health Information Technology

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemanfaatan *Electronic Health Record (EHR)* yang semakin meningkat saat ini dan diyakini bahwa adopsi Informasi Teknologi (IT) yang telah diterapkan di berbagai setting juga dapat mempercepat implementasi yang berkualitas dalam setting pelayanan kesehatan. Studi ini bertujuan untuk mengevaluasi pemanfaatan EHR dalam berbagai pengaturan dengan tinjauan literatur sistemik. **Metode:** penelitian literatur sistemik dilakukan dengan kata kunci “(evaluasi * model ATAU evaluasi * kerangka kerja) DAN (tenaga kesehatan * ATAU staf kesehatan *) DAN (catatan kesehatan elektronik ATAU EHR) DAN (kami * ATAU keterlibatan ATAU implementasi ATAU adopsi) DAN rumah sakit”. **Hasil:** 833 literatur ditemukan pada awal pencarian literatur, setelah menerapkan batasan, menghapus duplikat dan mengeluarkan literatur yang tidak relevan, akhirnya total 7 artikel dimasukkan dalam review. **Kesimpulan:** Ada keuntungan dan kerugian dari penggunaan EHR di kalangan profesional kesehatan dalam pengaturan perawatan kesehatan yang berbeda di beberapa negara yang termasuk dalam ulasan ini. Beberapa profesional kesehatan memiliki pengalaman positif dalam menggunakan EHR yang penggunaannya dapat meningkatkan keterlibatan dokter, representasi dokter yang lebih baik, dan mengurangi beban kerja. Sementara itu, yang lain memiliki pandangan berbeda bahwa penggunaan EHR adalah ketidakefektifan karena ketidakmampuan sistem untuk memenuhi kebutuhan pengguna, integrasi yang buruk dengan alur kerja yang ada, keterampilan IT yang buruk di antara pengguna dan sumber daya yang terbatas serta pelatihan EHR. **Saran:** Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan desain sistem EHR yang lebih baik dengan fungsionalitas yang disesuaikan sehingga dapat meningkatkan implementasi dan adopsi EHR oleh tenaga kesehatan sebagai pengguna akhir.

Kata Kunci: Evaluasi, Rekam Kesehatan Elektronik, EHR, Teknologi Informasi Kesehatan.

BACKGROUND

Many studies represent findings that Information Technology (IT) healthcare system will improve quality of healthcare provision since it can reduce the inefficient use of paper-based healthcare system (Adler-Milstein & Bates 2010). Some advantages of Electronic Health Record (EHR) in improving care includes e-prescribing, safety, decision support, improvement of productivity, cost-effectiveness, and patient-centeredness (Narcisse et al. 2013). In addition, health information technology also potential to improve efficiency in modern era of health care system (Shu et al. 2014). This idea gave opportunity to accelerate the implementation of Electronic Health Record in numerous health care provider worldwide.

However, there are also disadvantages of EHR use such as logistical problem, interoperability, lack of training and competence, feelings of imposition, decrease quality of care that perceived by health staffs and heterophily (Narcisse et al. 2013). Some of these drawbacks might be considered as the reasons for the slow uptake of EHR adoption by health professionals. In fact, some studies found that one of the major challenges for EHR adoption is mainly due to low acceptance among health providers including health professionals and staffs (Boonstra & Broekhuis 2010 cited in Cresswell & Sheikh 2013; Triantafillou 2017). As consequence, these facts come up with the contradictions regarding IT ability to improve productivity and quality of care and provide efficient health care delivery (Lapointe et al. 2011).

Moreover, Triantafillou (2017) mentioned that even though there are an adequate electronic information system adoption in certain countries, but the take up is higher in general practice rather than in hospitals (Triantafillou 2017). These finding gives insight to analyze further about the aspect of “How is EHR

acceptance among health professionals especially in hospital setting?” and proceed with “How to evaluate EHR acceptance?” as well as to find out certain evaluation models or frameworks that are used to describe and analyze EHR adoption and acceptance among health staffs in hospitals.

REVIEW PROCESS

A systemic literature research was conducted to gather academic papers about topic of interest. A combination keywords are used along with Boolean operators such as “AND” and “OR” to capture literatures at the beginning of research process. Furthermore, to find appropriate keywords, the topic is formulated in PICO format to generate a research question. The research question is: “How to evaluate Electronic Health Record adoption among health professionals in hospital settings?”.

Table 1. Keywords for Literature Search

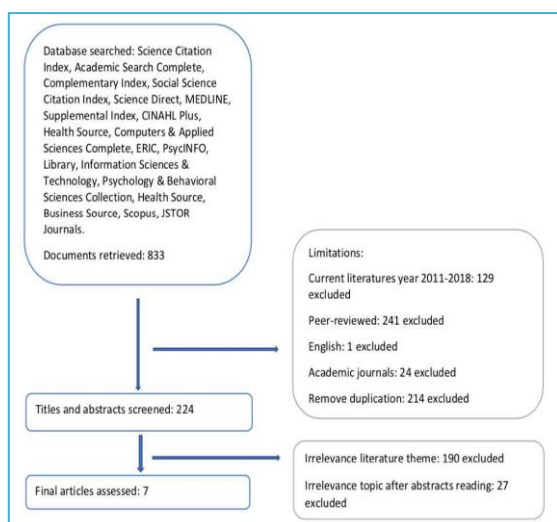
PICO Components	Alternative Words
Population	health professional* OR health staff*
Intervention or Interest	electronic health record OR HER
Comparison	Not Applicable
Outcome	us* OR engagement OR implementation OR adoption

In addition, since the interest of this topic is about the evaluation aspect, the final keywords generated for the search are: “(evaluat* model OR evaluat* framework) AND (health professional* OR health staff*) AND (electronic health record OR EHR) AND (us* OR engagement OR implementation OR adoption) AND hospital”. Furthermore, the limitations were applied including full-text academic journals, peer-reviewed, English, current literatures between 2011 and 2018.

RESULTS

Initially, the search of databases identified 833 literatures. Certain limitations were applied, these includes only accepting current academic literatures in the past 8 years, peer-reviewed articles and English literatures only. Furthermore, after duplicates were removed, 224 articles were retrieved. Based on titles and abstract reading, 217 irrelevant literatures were excluded, because of irrelevant topics or because the content is outside of EHR context, such as Electronic Medical Record (EMR) or Electronic Personal Record (EPR). Finally, total 7 articles were included in the review.

Figure 1. Literature Search Results Relevant Information and Analysis



In Denmark, the use of EHR is mandatory and based of this fact, a mixed-methods study by Bossen et al. (2013) evaluate comprehensive EHR implementation using DeLone and McLean model for IS success. The study shows that generally all health staffs including physicians, nurses, physiotherapists and medical secretaries had positive experience of using Electronic Health Records. This positive response specifically related to operation reliability, response time, login and support system that serves by EHR. However, among them, physicians still argued about the development and the use

of overview professional data which is challenging to be operated (Bossen et al. 2013).

Similarly, a recent case study evaluation of EHR development in four regional hospitals in Denmark was conducted within six consecutive years between 2004 and 2010, with four groups of end user such as clinicians, administrators, IT personnel and vendors are included in this evaluation research (Høstgaard et al. 2017). The authors argue that the adoption of EHR has leads to a problem such as lack of awareness of end user involvement in the establishment of EHR. Hence, the study was utilizing a Constructive eHealth Evaluation Method (CeHEM) and its evaluation framework to support and facilitate end user involvement in EHR development (Høstgaard et al. 2017).

The study result shows that there are three aspects of consideration in EHR development and implementation, these includes prior clinicians' involvement, better clinicians' representation and workload reduction (Høstgaard et al. 2017). After these recommendation aspects are disclosed among health professionals, it was shown that physicians' involvement was improved and as a result they experienced an ownership and had positive attitude towards the system (Høstgaard et al. 2017).

Another official evaluation study was conducted to assess EHR adoption derived by HITECH (Health Information Technology for Economic and Clinical Health) Act in United States (Gold & McLaughlin 2016). The review accounted qualitative and quantitative data that gathered from global assessment. The assessment result show that EHR adoption by health care providers is relatively undemanding, which might be due to availability of HITECH incentives provision rather than improvement of EHR system infrastructure to accelerate system functionalities to gain Meaningful Use (MU) as its central concept of achievement

(Gold & McLaughlin 2016).

Specifically, physicians that use EHR mentioned that financial incentives or penalties as major influence of the system used by them. In addition, the study found that the adoption rates of EHR is uneven, the rates of adoption of EHR increased among hospitals that are eligible for incentives, so they also gain better implementation of the system due to HITECH and MU incentives (Gold & McLaughlin 2016). On the other hand, the adoption of EHR still low among health professionals in small rural hospitals (Gold & McLaughlin 2016).

Additionally, physician engagement with the system capabilities such as transfers of health information, provide electronic patient's visit or health summary, electronic information exchange was varied because it depends on EHR system provided by vendors (Gold & McLaughlin 2016). Hence, different types of EHR have resulted in various engagement and different capabilities served by health care providers and health professionals for their patients.

On the other hand, a study by Narcisse et al. (2013) has narrower focused on gaining an understanding of EHR use among advanced practice nurses (APNs) in United States, using non-experimental research and Roger's theory of diffusion of innovation as a theoretical framework (Narcisse et al. 2013). The study finds that around two-thirds of APNs are EHR users. APNs who working at hospitals setting are more likely to use EHR compared to those working in clinics or office. In addition, APNs with long professional years' experience are also more likely to use EHR (Narcisse et al. 2013, p. 130). Despite the existing HITECH incentives payments for eligible health professionals, the EHR system were not implemented well, hence EHR adoption still need to be optimized among APNs (Narcisse et al. 2013).

Another study by Ser et al. (2014) conducted qualitative evaluation research by interviewing health staffs in two mental

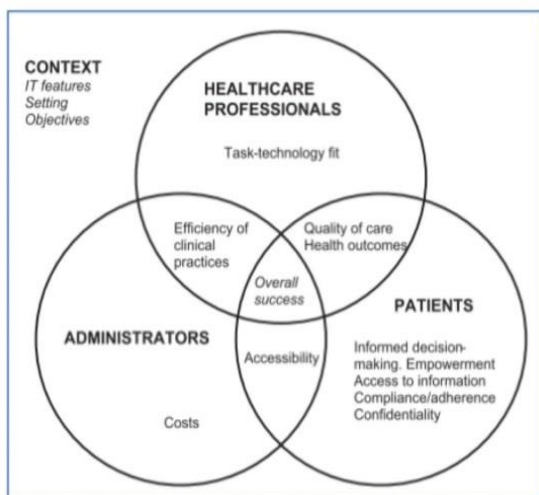
health hospitals in UK (Ser et al. 2014). The study aimed to analyze the perception and implementation of national EHR among hospital staffs in mental health setting aspects (Ser et al. 2014). Using conceptual model of reasons for workarounds, overall, there are four main factors contribute to lack of EHR implementation. First, operational factor includes inability of EHR systems to meet perceived users' need and poor EHR integration with existing workflows. Second, cultural factor considers the IT skills among users and resistance to change. Third, organizational factor includes limited resources and training of EHR. Fourth, technical factors refer to lack of local technical infrastructure (Ser et al. 2014).

Additionally, despite of these factors may applied in system implementation in various setting, but there are several factors specifically accounted in the integration within mental health hospitals setting such as lack of specific system functionalities and option related to mental health and clinicians unable to operate EHR while handling or managing distressed psychiatric patients (Ser et al. 2014).

Furthermore, Lapointe et al. (2011) proposed HIT (Health Information Technology) impacts assessment framework, which developed by qualitative method study drawn up from interviews of group of health professionals including physicians, nurses and administrators in three different hospitals. The result of the study shows wide range of impacts were presented by health staffs in all cases, these include clinical processes, quality of care, security, privacy, organizational aspects and power distribution (Lapointe et al. 2011). The physicians, nurses and administrators pointed their views about the use of the system based on their perspectives, some views considered supporting and positives but other views discourage the use of the system (Lapointe et al. 2011). As a result, it is important to taken into account different stakeholder's

perspective in developing, introducing and adopting eHealth and EHR system (Lapointe et al. 2011).

Figure 2. HIT Impact Assessment Framework



Moreover, based on the assessment framework, it is important to identify and measure appropriate impacts of the system, consider system utilization context, support multi-level perspectives includes personal, group and organizational and embrace a range of perspectives of health professionals, managers and patients (Lapointe et al. 2011). Therefore, HIT impact assessment framework may beneficial as a general guidance to assess HIT impacts including EHR system impacts among health professionals.

Lastly, Hadji et al. (2016) conducted a study regarding acceptance evaluation survey in Pompidou European University Hospital (HEGP) in Paris, France. The data were collected using surveys within 4, 6 and 10 years after first adoption of Clinical Information System (Hadji et al. 2016). Even though the system is not limited to EHR only, but the overall results were also considering EHR acceptance factors. There are six acceptance aspects considered in the study includes “CIS quality (CISQ), facilitating conditions (FC), perceived usefulness (PU), confirmation of expectations (CE), use, and global satisfaction (GS)” (Hadji et al. 2016).

The result shows that the system acceptance is significantly improve over time. However, at the early adoption period, there was low perceived usefulness (PU) of EHR by medical staffs (Hadji et al. 2016). In other words, at the beginning of system deployment, the health professionals might be skeptical regarding the functionalities that served by the system and whether it could provide usefulness to the health care. But in the following years, the perceptions are changing since there were improvement of global satisfaction (GS) determined by system quality, confirmation of expectation (CE) that also influence perceived usefulness (PU) dimensions further (Hadji et al. 2016).

DISCUSSION

Health professionals considered as catalyst of better EHR adoption. As consequence, it is important to find practical ways in improving EHR technology adherence, as well as to use take up the technology in effective and efficient ways among health professionals. It is crucial to make them aware that EHR technology is very beneficial in terms of understanding of its usefulness in daily health practice, be able to utilize it to drawn up decision making, to gain comprehensive idea that EHR technology is the best option not only for the health staff but also for their patients (Narcisse et al. 2013).

CONCLUSION AND RECOMMENDATION

Conclusion

There are various evaluation models and frameworks that can be used to assess Health Information Technology system adoption as well as its acceptance among health professionals. Particularly, in the literatures included in this review, the models or theories are DeLone and McLean Model, Roger’s Theory of Diffusion of Innovation, Constructive eHealth

Evaluation Method (CeHEM), Theory of workarounds, HIT Impact Assessment Framework, Acceptance Model and Framework of Global Assessment of HITECH. In addition, the data collection of evaluation study can also be varied either quantitative, qualitative or mixed-methods.

Some models, frameworks and theory has been proven to evaluate EHR development and adoption such as Constructive eHealth Evaluation Method (CEHEM). CeHEM provides a framework to analyze EHR users feedback, learning and utilize those aspects in the development of EHR. As a result, CeHEM could provide a broader context in eHealth evaluation especially in building one of the main success factors, which is end-user involvement in eHealth development (Høstgaard et al. 2017).

Recommendation

It is important to emphasize the evaluation of EHR use among end-users, taking into account their perspectives regarding system usage and functionalities as well as allows and encourages their involvement in EHR establishment. By doing this, it can improve the 'sense of belonging' and improve applicability and utilization of the system.

Also, reflecting to the utilization of EHR in mental health hospitals, even though the EHR system is designed to accommodate health services in various setting, but specific functionalities in certain health sectors is important to be considered and developed, because system incompatibility may cause physicians or clinicians become reluctant to utilize the system. In conclusion, a better design of EHR system with appropriate functionalities will hopefully improve the implementation and adoption of the system by health professionals in various health care settings.

REFERENCES

1. Adler-Milstein, J., Bates, D. W., **Paperless healthcare: Progress and Challenges of an IT-enabled Healthcare System**, *Business Horizons*; 2010, Vol. 53, No. 2, pp. 119-30.
2. Bossen, C., Jensen, L. G., Udsen, F. W., **Evaluation of a Comprehensive EHR Based on the DeLone and McLean Model for IS Success: Approach, Results, and Success Factors**, *International Journal of Medical Informatics*; 2013, Vol. 82, pp. 940-53.
3. Cresswell, K., Sheikh, A., **Organizational Issues in the Implementation and Adoption of Health Information Technology Innovations: An Interpretative Review**, *International Journal of Medical Informatics*; 2013, Vol. 82, No. 5, pp. e73-e86.
4. Gold, M., McLaughlin, C., **Assessing HITECH Implementation and Lessons: 5 Years Later**, *The Milbank Quarterly*; 2016, Vol. 94, No. 3, pp. 654-87.
5. Hadji, B., Hadji, B., Martin, G., Degoulet, P., Dupuis, I., Campoy, E., **14 Years Longitudinal Evaluation of Clinical Information Systems Acceptance: The HEGP Case'**, *International Journal of Medical Informatics*; 2016, Vol. 86, pp. 20-9.
6. Høstgaard, A. M. B., Bertelsen, P., Nøhr, C., **Constructive eHealth Evaluation: Lessons from Evaluation of EHR Development in 4 Danish Hospitals**, *BMC Medical Informatics & Decision Making*; 2017, Vol. 17, pp. 1-15.
7. Lapointe, L., Vedel, I., Mignerat, M., **The IT Productivity Paradox in Health: A Stakeholder's Perspective**, *International Journal of Medical Informatics*; 2011, Vol. 80, No. 2, pp. 102-15.

8. Narcisse, M-R, Kippenbrock, T. A., Odell, E., Buron, B., **Advanced Practice Nurses' Meaningful use of Electronic Health Records**, *Applied Nursing Research*; 2013, Vol. 26, No. 3, pp. 127-32.
9. Ser, G., Robertson, A., Sheikh, A., **A Qualitative Exploration of Workarounds Related to The Implementation of National Electronic Health Records in Early Adopter Mental Health Hospitals**, *PLoS ONE*, 2014, Vol. 9, No. 1, pp. 1-10.
10. Shu, T., Yang, W., Liang, M., Liu, H., Goss, F. R., Zhou, L. & Bates, D. W., **EHR Adoption Across China's Tertiary Hospitals: a Cross-Sectional Observational Study**, *International Journal of Medical Informatics*; 2014, Vol. 83, No. 2, pp. 113-21.
11. Triantafillou, P., **Making Electronic Health Records Support Quality Management: a Narrative Review** , *International Journal of Medical Informatics*; 2017, Vol. 104, pp. 105-19.

DESCRIPTION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN GENDER AND PATIENTS STATUS OF COVID-19 IN INDONESIA

Gambaran Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Status Keadaan Pasien Covid-19 di Indonesia

M. Ichsan Nawawi*, Hikmawati Pathuddin dan Rofia Masrifah

*ichsan.nawawi@uin-alauddin@ac.id

Received: 08 February 2021/ Accepted: 22 February 2021

ABSTRACT

Background: Anecdotal evidence suggests that Coronavirus 2019 (COVID-19), caused by the SARS-CoV-2 coronavirus, shows differences in morbidity and mortality between the gender. The gender category is one of the simple categories but it is very important to look at the relationship between gender (male/female) and Covid-19 positive patient status (life/death). **Methods:** In this study used odds ratios. **Result:** The results showed that the chances of men affected by Covid-19 to recover were 0.75 times the chances of women with positive Covid-19 to recover. **Recommendation:** For further research, can use more diverse variables and larger sample sizes

Keywords: Odds Ratio, Gender, Covid-19

ABSTRAK

Latar Belakang: Bukti anekdotal menunjukkan bahwa Coronavirus 2019 (COVID-19) yang disebabkan oleh virus corona SARS-CoV-2 menunjukkan perbedaan morbiditas dan mortalitas antar jenis kelamin. Kategori jenis kelamin merupakan salah satu kategori sederhana namun sangat penting untuk melihat hubungan antara jenis kelamin (laki-laki/perempuan) dan status pasien positif Covid-19 (hidup/mati). **Metode:** Dalam penelitian ini menggunakan rasio odds. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa peluang pria yang terkena Covid-19 untuk sembuh adalah 0.75 kali lipat peluang perempuan dengan Covid-19 positif untuk pulih. **Saran:** Untuk penelitian selanjutnya dapat menggunakan variabel yang lebih beragam dan ukuran sampel yang lebih besar.

Kata Kunci: Odds Ratio, Jenis Kelamin, Covid-19

PENDAHULUAN

Penyakit coronavirus (Covid-19) tahun 2019 pertama kali muncul dan terdeteksi di kota Wuhan di provinsi Hubei, China dan diumumkan secara resmi sebagai darurat kesehatan global oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 30 Januari 2020. Negara dibawah naungan WHO harus memberikan langkah yang cepat dan tepat dalam pengurangan infeksi manusia, pencegahan penularan sekunder dan penyebaran internasional, dan berkontribusi pada tanggapan internasional melalui komunikasi dan kolaborasi multisektoral dan partisipasi aktif dalam meningkatkan pengetahuan tentang virus dan penyakit, serta memajukan penelitian. Semua negara harus bersiap untuk penahanan, termasuk pengawasan aktif, deteksi dini, isolasi dan manajemen kasus, pelacakan kontak dan pencegahan penyebaran infeksi 2019-nCoV, dan untuk berbagi data lengkap dengan WHO (WHO, 2019).

Pemerintah Indonesia mengumumkan dua pasien Covid-19 yang merupakan awal mula virus Covid-19 masuk di Indonesia. Sejak saat itu, terjadi lonjakan kasus yang terus meningkat hari ke hari, tapi tak sedikit pula yang mengalami kesembuhan. Berbagai bidang baik itu kesehatan, ekonomi, pendidikan dan yang lainnya terkena dampak yang luar biasa, sehingga pemerintah harus dinamis dalam mengatasi masalah yang merupakan dampak dari pandemik virus Covid-19. Ada tiga hal yang harus diperhatikan oleh pemerintah untuk bertahan yaitu: pertama, melakukan tes Covid-19 secara massal dan bertahap kepada masyarakat Indonesia. Kedua, membuat kurva kasus Covid-19 menjadi tren menurun yaitu dengan penerapan perilaku 3M (menggunakan masker, mencuci tangan, menjaga jarak), tetapi kebijakan ini dapat berdampak negatif pada domain ekonomi. Ketiga, pemerintah harus melindungi kelompok yang paling rentan misalnya masyarakat miskin atau pengangguran, sektor ekonomi usaha kecil dan menengah, atau sektor manufaktur

selama pandemi (Apresian, 2020).

Dalam menanggapi peningkatan kasus Covid-19, pada 29 Desember 2020 pemerintah Indonesia dalam hal ini Kementerian Kesehatan melaporkan rencana penambahan beberapa kapasitas fasilitas kesehatan. Pemerintah pusat bekerjasama dengan pemerintah daerah, kapasitas ruang perawatan akan bertambah sebesar 30%, dan rumah sakit rujukan baru akan ditambahkan segera. Penambahan meliputi 7.901 tenaga kesehatan di 141 fasilitas kesehatan (termasuk 480 dokter spesialis, 829 dokter umum, dan 4.935 perawat), serta 740 tempat tidur baru untuk di ruang Intensive Care Unit (ICU) dan isolasi di RS vertikal Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan juga menyatakan vaksinasi Covid-19 di Indonesia dapat dimulai pada pertengahan Januari 2021 dengan prioritas diberikan bagi 1.3 juta tenaga kesehatan, setelah mendapatkan ijin penggunaan darurat (*emergency use authorization/EUA*) dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Untuk saat ini, tiga juta dosis vaksin Sinovac telah tiba di Indonesia pada tanggal 6 dan 31 Desember. Indonesia akan menargetkan sebanyak 181.5 juta penduduk untuk mendapatkan vaksin, yang akan dilakukan sampai bukan Maret 2022. Sistem pendeteksi COVID-19 buatan Universitas Gadjah Mada, GeNose, telah mendapatkan izin edar dari Kementerian Kesehatan pada 24 Desember 2020 dan alat ini akan digunakan untuk membantu upaya screening COVID-19. Dengan menggunakan metode sampel napas, GeNose dapat mendeteksi COVID-19 dalam waktu lima menit, dengan tingkat sensitifitas mencapai 92% dan spesifitas sebesar 95%. Alat ini sudah mulai digunakan di beberapa rumah sakit di Jawa Tengah dan Yogyakarta (Office of the Humanitarian Coordinator, 2020).

Data global menunjukkan tingkat kematian kasus COVID-19 yang lebih tinggi di antara pria daripada wanita. Sebagian besar negara dengan data yang tersedia menunjukkan rasio kematian kasus

pria dan wanita lebih tinggi dari 1:0, berkisar hingga 3:5 dalam beberapa kasus. Peneliti dan pakar kebijakan setuju bahwa data terpilah berdasarkan jenis kelamin tentang infeksi Covid-19 dan tingkat kematian kasus diperlukan untuk mengembangkan solusi yang adil gender untuk pandemi Covid-19. Bahkan harus dikembangkan melalui hubungan jenis kelamin dengan variable lainnya (Dehingia and Raj, 2020).

Ada sejumlah statistik yang berguna untuk membuat keputusan tentang intervensi klinis atau menarik kesimpulan tentang efek dari berbagai zat atau peristiwa dalam situasi yang berhubungan dengan kesehatan, dan yang sering terlihat disebut *odds ratio*. OR mengevaluasi apakah kemungkinan kejadian atau hasil tertentu adalah sama untuk dua kelompok. Secara khusus, OR mengukur rasio kemungkinan bahwa suatu peristiwa atau hasil akan terjadi dengan kemungkinan peristiwa tidak terjadi. Secara klinis, hal itu sering diartikan bahwa peneliti mengukur *odds ratio* terjadinya penyakit atau kematian akibat cedera atau penyakit tertentu yang terjadi dengan kemungkinan penyakit atau kematian tidak terjadi (Mchu, 2009).

METODE PENELITIAN

Odds Ratio (OR) adalah ukuran hubungan antara paparan dan hasil. OR mewakili peluang itu hasil akan terjadi dengan eksposur tertentu, dibandingkan dengan kemungkinan hasil yang terjadi tanpa adanya eksposur itu. *Odds ratio* paling umum digunakan dalam studi kasus-kontrol, namun juga dapat digunakan dalam cross-sectional dan kohort. (Szumilas, 2010). *Odds ratio* banyak digunakan di banyak bidang penelitian kedokteran dan ilmu sosial. Ini paling sering digunakan dalam epidemiologi untuk mengungkapkan hasil dari beberapa uji klinis, seperti dalam studi kasus-kontrol (Raweesawat *et al.*, 2016). Odds adalah peluang terjadinya suatu kejadian dibandingkan peluang tidak

terjadinya kejadian tersebut.

Sumber data yang digunakan dalam analisis ini merupakan data yang berasal dari Kementerian Kesehatan dan website resmi **Satuan Tugas Penanganan Covid-19 (23 Desember 2020)**.

Odds Ratio dan Log-Odds Ratio

Untuk dua variabel biner {X, ~ X} dan {Y, ~ Y}, rasio peluang adalah rasio peluang X jika Y benar dengan peluang X jika Y tidak benar.

Pertimbangkan bagian pertama. Di mulai dengan definisi probabilitas bersyarat:

$$P(X | Y) = \frac{P(X \cap Y)}{P(Y)}$$

$$P(\sim X | Y) = \frac{P(\sim X \cap Y)}{P(Y)}$$

Jadi odds X dari Y adalah:

$$\frac{P(X|Y)}{P(\sim X|Y)} = \frac{\frac{P(X \cap Y)}{P(Y)}}{\frac{P(\sim X \cap Y)}{P(Y)}} = P(X \cap Y) / P(\sim X \cap Y)$$

Sama halnya, odds X dari Y adalah:

$$P(X | \sim Y) / P(\sim X | \sim Y) = P(X \cap \sim Y) / P(\sim X \cap \sim Y)$$

Dan odds ratio adalah

$$Odds\ ratio = \frac{P(X \cap Y) / P(\sim X \cap Y)}{P(X \cap \sim Y) / P(\sim X \cap \sim Y)}$$

Untuk peluang sukses π , odds dari sukses menggunakan rumus:

$$odds = \frac{\pi}{(1 - \pi)}$$

(Agresti, 2007)

Kemudian mencari nilai π dengan cara

$$\begin{aligned} odds(1 - \pi) &= \pi \\ odds - odds(\pi) &= \pi \\ odds &= \pi + odds(\pi) \\ odds &= \pi (1 + odds) \\ \pi &= \frac{odds}{(1 + odds)} \end{aligned}$$

Selanjutnya untuk mencari *odds ratio* adalah dengan cara:

$$\theta = \frac{Odds_1}{Odds_2}$$

$$\theta = \frac{\pi_1 / (1 - \pi_1)}{\pi_2 / (1 - \pi_2)}$$

Menghitung *odds ratio* untuk frekuensi tabel juga mempunyai cara lain yang sangat sederhana yaitu:

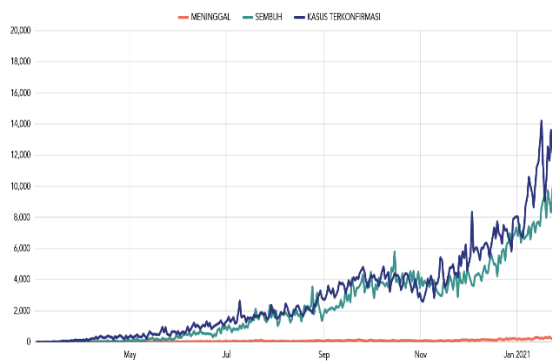
Tabel 1. Tabel Kontigensi 2x2

Variabel 2	Variabel 1		Total
	X	~X	
Y	π_{11}	π_{12}	π_{1+}
~Y	π_{21}	π_{22}	π_{2+}
Total	π_{+1}	π_{+2}	N

$$Odds\ ratio = \frac{\pi_{11} / \pi_{12}}{\pi_{21} / \pi_{22}} = \frac{\pi_{11} \cdot \pi_{22}}{\pi_{12} \cdot \pi_{21}}$$

HASIL

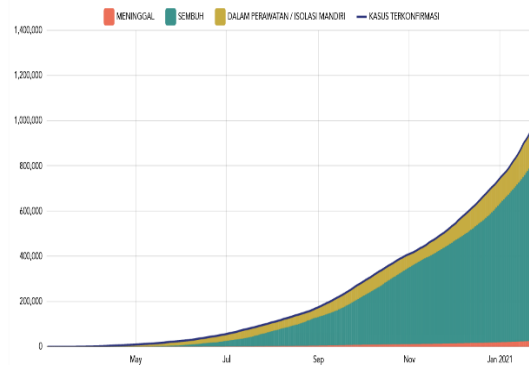
Gambar 1. Perkembangan Kasus Per-Hari (Grafik Gabungan)



Sumber : <https://covid19.go.id/>

Dari Gambar 1 terlihat bahwa Angka kasus positif penularan virus corona baru (Covid-19) terus bertambah dari hari ke hari, walaupun pada minggu terakhir September terjadi penurunan kasus akan tetapi mulai November 2020 kembali meningkat tajam hingga Januari 2021.

Gambar 2. Tren Nasional (Akumulasi Data)



Dari Gambar 2 terlihat bahwa Angka kasus positif penularan virus corona baru (Covid-19) terus bertambah dari hari ke hari, pada bulan Mei sampai September 2020 tren kenaikan tidak terlalu signifikan, lain halnya November sampai Januari 2021 bahkan mengalami kenaikan sebesar 600000 kasus terkonfirmasi.

Tabel 2. Tabel Kontigensi 2x2

Jenis Kelamin	Status Pasien		Total
	Hidup	Meninggal	
Laki-laki	474975	15699	490674
Perempuan	486452	12136	498588
Total	961427	27835	989262

Peluang status pasien hidup untuk laki-laki

$$\pi_1 = \frac{\pi_{11}}{\pi_{1+}}$$

$$\pi_1 = \frac{474975}{490674}$$

$$\pi_1 = 0.96801$$

Kemudian menentukan *odds* status pasien hidup untuk laki-laki

$$odds_1 = \frac{\pi_1}{(1 - \pi_1)}$$

$$odds_1 = \frac{0.96801}{(1 - 0.96801)}$$

$$odds_1 = 3.26$$

Peluang status pasien hidup untuk perempuan:

$$\pi_2 = \frac{\pi_{21}}{\pi_{2+}}$$

$$\pi_2 = \frac{486452}{498588}$$

$$\pi_2 = 0.975659$$

Kemudian menentukan odds status pasien hidup untuk perempuan:

$$odds_2 = \frac{\pi_2}{(1 - \pi_2)}$$

$$odds_2 = \frac{0.975659}{(1 - 0.975659)}$$

$$odds_2 = 40.26$$

Sehingga, diperoleh odds ratio adalah

$$\theta = \frac{Odds_1}{Odds_2}$$

$$\theta = \frac{30,26}{40,26}$$

$$\theta = 0,75$$

PEMBAHASAN

Dengan demikian odds laki-laki yang terkena positif Covid-19 untuk sembuh adalah 0.75 kali daripada odds perempuan yang terkena positif Covid-19 untuk sembuh. Salah satu penelitian mengidentifikasi total 16 studi yang diterbitkan antara Januari 2020 dan Juni 2020 untuk analisis dalam tinjauan sistematis ini. Populasi penelitian ini terdiri dari 11 studi kohort, empat seri kasus, studi andonegenetik, termasuk total 76.555 peserta. Sepuluh dari studi yang termasuk dalam tinjauan ini mengamati risiko kematian yang lebih tinggi di antara pria dibandingkan dengan wanita, dan delapan dari studi ini menemukan risiko ini signifikan secara statistik (Kelada, *et al.*, 2020).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Data berdasarkan jenis kelamin tentang infeksi Covid-19 dan status pasien apakah sembuh atau mengalami kematian berguna

untuk mengetahui hubungan antara dua variabel tersebut. Hal ini dapat menjadikan sebuah dasar untuk mengatasi permasalahan tersebut secara tepat dan efisien. Dari hasil pengujian menggunakan ds ratio menghasilkan kesimpulan bahwa odds laki-laki yang terkena positif Covid-19 untuk sembuh adalah 0.75 kali dibandingkan odds perempuan yang terkena positif Covid-19 untuk sembuh.

Saran

Untuk penelitian selanjutnya dapat menggunakan variabel yang lebih beragam dan ukuran sampel yang lebih besar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Agresti, A., **An Introduction to Categorical Data Analysis Second Edition**, New Jersey: John Wiley & Sons; 2007.
2. Apresian, S. R., **Responding to the Covid-19 Outbreak in Indonesia: Lessons From European Countries and South Korea**, J. Ilm. Hub. Int; 2020, Vol. 0, No. 0, pp. 53–57, doi:10.26593/jihi.v0i0.3868.53-57.
3. Dehingia, N., Raj, A., **Sex Differences in Covid-19 Case Fatality: Do we Know Enough?**; *Lancet Glob. Health*; 2021, Vol. 9, No. 1, pp. e14–e15, doi: 10.1016/S2214-109X(20)30464-2.
4. Kelada, M., Anto, A., Dave, K., Saleh, S. N., **The Role of Sex in the Risk of Mortality From COVID-19 Amongst Adult Patients: A Systematic Review Methodology**; 2020, Vol. 12, No. 8, doi: 10.7759/cureus.10114.
5. Mchu, L., **Odabrane Teme Iz Biostatistike Om Jer Iz Gle Da: Iz Ra Čun, Upo Ra Ba I Tu Ma Če Nje**; 2009, *The Odds Ratio: Cal Cu La Tion, Usa Ge, and Inter Pre Ta Tion Lessons in Biostatistics*, pp. 120–126.

6. Office of the Humanitarian Coordinator, **Update Situasi Covid-19**; 2020, pp. 19–2020.
7. Raweesawat, K., Areepong, Y., Jampachaisri, K., Sukparungsee, S., **Oddss Ratios Estimation of Rare Event in Binomial Distribution**; 2016, Vol. 2016, No. 2.
8. Szumilas, M., Explaining **Oddss Ratios**; 2010, No. August, pp. 227–229.

SOCIODEMOGRAPHIC RELATIONSHIP AND HISTORY OF CONCOMITANT DISEASES WITH CORONARY HEART DISEASE IN ACEH PROVINCE (SECONDARY DATA RISKESDAS 2018)

Hubungan Sosiodemografi dan Riwayat Penyakit Penyerta dengan Penyakit Jantung Koroner di Provinsi Aceh (Data Sekunder Riskesdas 2018)

Naimah*, Asnawi Abdullah, dan Fahmi Ichwansyah

Magister Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh Banda Aceh, 23245

*naimahkasem45@gmail.com

Received: 04 February 2021/ Accepted: 20 February 2021

ABSTRACT

Background: Coronary Heart Disease (CHD) in Indonesia, especially Aceh Province, is the number one contributor to death at this time. The prevalence of CHD by province at the age ≥ 15 years was reported that Aceh ranks in the top two with the highest CHD provinces (D 0.7% and D/G 2.3%). This research needs to be analyzed further aimed to determine the determinants of CHD in Aceh Province because CHD in Indonesia is one of the main problems most noticed by the government. Various programs to anticipate and find solutions of health problems, especially CHD has been made for the good of the people of Indonesia. **Methods:** Further analysis of this secondary data is descriptive analytic using cross-sectional design. The research location in Aceh Province was conducted in May-June 2013. The secondary data was reprocessed by researchers in 2019. The population and samples in this study were 11.617 households and 40,951 household members. Data analysis was performed using univariate and bivariate analysis. **Result:** The results showed that there is a relationship between age and coronary heart disease (p value 0.001), gender (p value 0.001), low education level (p value 0.002), employment status (p value 0.008), Diabetes mellitus (p value 0.001), hypertension (p value 0.001), and smoking (p value 0.0001). **Recommendation:** It is hoped that the provincial government implements the No Smoking Area (KTR) policy in every public area such as schools, terminals, hospitals and create qanuns that truly public health precision.

Keywords: Sociodemography, Complementary Diseases, Coronary Heart Disease, Secondary Data

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Indonesia khususnya Provinsi Aceh menjadi penyumbang kematian nomor satu saat ini. Prevalensi PJK berdasarkan provinsi pada umur ≥ 15 tahun dilaporkan bahwa Aceh menduduki peringkat dua besar dengan provinsi PJK tertinggi (D 0.7% dan D/G 2.3%). Penelitian ini perlu dianalisis lanjut bertujuan untuk mengetahui determinan PJK di Provinsi Aceh karena PJK di Indonesia menjadi salah satu masalah utama yang paling diperhatikan oleh pemerintah. Berbagai program untuk mengantisipasi dan mencari jalan keluar dari masalah kesehatan dibuat demi kebaikan masyarakat Indonesia. **Metode:** Penelitian analisis lanjut dari data sekunder ini bersifat deskriptif analitik menggunakan desain *cross-sectional*. Lokasi penelitian di Provinsi Aceh, dilakukan pada Mei-Juni 2013. Data sekunder tersebut diolah kembali oleh peneliti pada tahun 2019. Populasi dan sampel dalam penelitian ini yaitu 11.617 Rumah Tangga, dan 40.951 Anggota Rumah Tangga. Analisa data dilakukan dengan analisis univariat, bivariat. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan penyakit jantung koroner (p value 0.001), jenis kelamin (p value 0.001), tingkat pendidikan rendah (p value 0.002), status pekerjaan (p value 0.008), diabetes Mellitus (P value 0.001), hipertensi (p value 0.001), dan merokok (p value 0.0001). **Saran:** Diharapkan kepada pemerintahan provinsi menjalankan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di setiap *area public* seperti, sekolah, terminal, rumah sakit dan menciptakan qanun yang benar-benar *precision public health*.

Kata Kunci: Sosiodemografi, Penyakit Penyerta, Penyakit Jantung Koroner, Data Sekunder

PENDAHULUAN

Penyakit jantung coroner (PJK) merupakan salah satu penyakit kardiovaskular (penyakit jantung dan pembuluh darah) yang menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia (Douglas *et al.*, 2015). PJK terjadi dikarenakan oleh gangguan fungsi jantung dimana otot jantung kekurangan suplai darah yang disebabkan karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner (Kemenkes RI, 2013). PJK secara klinis ditandai dengan adanya nyeri dada atau dada terasa tertekan pada saat berjalan buru-buru, berjalan datar atau berjalan jauh, dan saat mendaki atau bekerja (Kemenkes RI, 2018; Kemenkes RI, 2013).

World Health Organization (WHO) (2018) melaporkan sepanjang tahun 2017 70% (36 juta jiwa pertahun) kematian di seluruh dunia disebabkan oleh NCDs dengan penyebab terbesar adalah PJK sebanyak 31%. Kematian PJK terbesar terjadi di *middle-low income countries* (WHO, 2018). Berdasarkan laporan WHO tahun 2017, dilaporkan bahwa 25% kematian akibat PJK terjadi di *high income countries*, 47% *middle income countries* dan 43% *low income countries*. 73% kematian di Indonesia diperkirakan disebabkan oleh NCDs dengan PJK sebagai penyumbang kematian terbesar sebanyak 35% (Kemenkes RI, 2018; WHO, 2017).

Prevalensi penyakit jantung menurut provinsi, berkisar antara 2.6% di Lampung sampai 12.6% di NAD. Terdapat 16 provinsi dengan prevalensi penyakit jantung lebih tinggi dari angka nasional (Kemenkes RI, 2007). Kemenkes RI (2013) melaporkan PJK berdasarkan wawancara serta yang diagnosis dokter bahwa gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu 2% dan 3.6%, menurun sedikit pada kelompok umur 75 tahun. Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter maupun berdasarkan diagnosis dokter atau gejala

lebih tinggi pada perempuan (0.5% dan 1.5%). Prevalensi PJK lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah dan tidak bekerja. Berdasar PJK terdiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi di perkotaan, namun berdasarkan terdiagnosis dokter dan gejala lebih tinggi di perdesaan dan pada kuintil indeks kepemilikan terbawah.

Kemenkes RI (2018) melaporkan bahwa Provinsi Aceh menduduki peringkat delapan besar se-Indonesia. Hal tersebut dibuktikan dengan estimasi kasus PJK dengan diagnosa dokter tertinggi di Kalimantan Utara sebesar 2.2%, Gorontalo 2%, DI Yogyakarta 2%, Sulawesi Tengah 1.9%, DKI Jakarta 1.9%, Kalimantan Timur 1.9%, Sulawesi Utara 1.8% dan Aceh 1.7% dan capaian nasional sebesar 1.5%. Faktor risiko penyakit jantung adalah umur, jenis kelamin, keturunan atau genetik, kebiasaan merokok, aktivitas fisik yang kurang, obesitas, *Diabetes melitus*, stres dan diet (kebiasaan atau pola makan). Faktor diet seperti asupan asam lemak tidak jenuh tunggal, serat larut air, karbohidrat kompleks dan diet vegetarian akan berpengaruh positif terhadap peningkatan kadar kolesterol HDL (Almatsier, 2004). Faktor-faktor tersebut diduga dapat memberikan pengaruh terhadap kolesterol dalam darah (Soeharto, 2004).

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka diperlukan study hubungan sosiodemografi dan riwayat penyakit penyerta dengan penyakit jantung koroner di Provinsi Aceh (analisis data sekunder Riskesdas 2018).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, yaitu penelitian yang dilakukan pada satu waktu dan satu kali, tidak ada *follow up*, untuk mencari hubungan antara variabel independen (faktor risiko) dengan variabel dependen (efek) (Wibowo, 2014).

Data dalam penelitian ini menggunakan data sekunder hasil Rikesdas 2013. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei-Juni 2013 di Provinsi Aceh. Adapun jumlah subjek penelitian ini adalah seluruh anggota rumah tangga yang terpilih sebanyak 40.951 dengan kriteria sampel yaitu ART berusia > 15 tahun sebanyak 28.059. Analisa data dalam penelitian ini adalah Analisa univariat dan bivariat yang di olah dengan menggunakan aplikasi statistik STATA.

HASIL

Analisis univariat dan bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Adapun hasil analisis bivariat antara variabel independen (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, *Diabetes melitus* (DM), hipertensi, merokok, dan IMT dengan variabel dependen (penyakit jantung koroner) disajikan pada Tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Sosiodemografi Masyarakat Aceh

No.	Karakteristik Subjek	Frekuensi	Persentase Stratified (%)
1	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	13.021	46.4
	- Perempuan	15.038	53.6
2	Tingkat Pendidikan		
	- Tinggi	2.657	9.5
	- Menengah	14.520	51.7
	- Dasar	10.882	38.8
3	Status Pekerjaan		
	- Bekerja	15.581	55.5
	- Tidak Bekerja	12.478	44.4
4	Merokok		
	- Tidak	19.276	68.7
	- Ya	8.783	31.3
5	IMT		
	- Normal	5.801	20.7
	- Kurus	8.099	28.8
	- Overweight	1.035	6.9
	- Obesitas	12.224	43.6
6	Hipertensi		
	- Tidak	24.902	88.7
	- Ya	3.157	11.2
7	Diabetes melitus		
	- Tidak	27.359	97.5
	- Ya	700	2.49

Berdasarkan tabel di atas analisis univariat menjelaskan bahwa proporsi responden dengan jenis kelamin laki-laki 46.4%, responden dengan tingkat pendidikan rendah 3.83%, responden

dengan status tidak bekerja 45.49%, responden yang mengalami penyakit *Diabetes mellitus* 1.83%, responden yang mengalami hipertensi 8.89%, responden yang merokok 34.06%.

Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

Tabel 2. Hubungan Faktor Risiko dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner di Aceh (Analisis Data Riskesdas 2013)

Faktor Risiko	Penyakit Jantung Koroner				Total		OR CI 95%	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Jenis Kelamin								
Perempuan	12.930	99.4	91	0.51	13.021	100		
Laki-laki	14.887	9.91	151	0.09	15.038	100	1.76 (1.24-2.51)	0.001
Tingkat Pendidikan								
Tinggi	2.639	99.6	18	0.39	2.657	100		
Menengah	14.433	99.5	87	0.48	14.520	100	1.23 (0.65-2.32)	0.51
Dasar	10.745	98.9	137	1.09	10.882	100	2.80 (1.44-5.45)	0.0002
Status Pekerjaan								
Tidak Bekerja	12.349	99.1	129	0.09	12.478	100		
Bekerja	15.468	99.5	113	0.5	15.581	100	0.60 (0.41-0.87)	0.008
Merokok								
Tidak	19.067	99.1	209	0.9	19.276	100		
Ya	8.750	99.7	33	0.25	8.783	100	0.26 (0.15-0.42)	0.001
IMT								
Normal	5.750	99.3	51	0.67	5.801			
Kurus	8.023	99.2	76	0.78	8.099	100	1.16 (0.74-1.81)	0.49
Overweight	1.919	99.2	16	0.75	1.935	100	1.12 (0.49-2.57)	0.78
Obesitas	12.125	99.3	99	0.67	12.224	100	1.04 (0.63-1.59)	0.99
Diabetes melitus								
Tidak	27.145	99.34	214	0.66	27.359	100		
Ya	672	96.67	28	3.33	700	100	5.18 (2.99-8.96)	0.001
Hipertensi								
Tidak	24.790	99.6	112	0.34	24.902	100		
Ya	3.027	95.5	130	4.47	3.157	100	13.5 (9.60-19.1)	0.001

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian penyakit jantung koroner (p value 0.001). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai OR=1.76, artinya responden dengan jenis kelamin laki-laki memiliki risiko 1.76 kali lebih besar

mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden jenis kelamin perempuan. Ada hubungan antara responden dengan tingkat pendidikan rendah dengan kejadian penyakit jantung koroner (p value 0.002). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai OR=2.80, artinya

responden dengan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 2.80 kali lebih besar mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan tinggi. Ada hubungan antara status pekerjaan responden dengan kejadian penyakit jantung koroner (p value 0.008). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai $OR=0.60$, artinya responden yang bekerja memiliki peluang mengalami penyakit jantung koroner 40% dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja. Ada hubungan antara merokok dengan kejadian penyakit jantung koroner (p value 0.001). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai $OR=0.26$, artinya responden yang merokok memiliki peluang 26% mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden yang tidak merokok. Ada hubungan antara *Diabetes melitus* dengan kejadian penyakit jantung koroner (p value 0.001). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai $OR=5.18$. Artinya responden yang menderita *Diabetes melitus* memiliki risiko 5 kali lebih besar mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden yang tidak menderita *Diabetes melitus*. Ada hubungan antara hipertensi dengan kejadian penyakit jantung koroner (p value 0.001). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai $OR=13.5$. Artinya responden yang menderita hipertensi memiliki risiko 13 kali lebih besar mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden yang tidak menderita hipertensi. Dan tidak ada hubungan antara Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan kejadian jantung koroner (p value > 0.05). Berdasarkan nilai $OR=1.16$ pada IMT kategori kurus menunjukkan bahwa responden dengan IMT kategori kurus berisiko mengalami penyakit jantung koroner 1.16 kali dibandingkan dengan IMT kategori normal. Nilai $OR=1.12$ pada IMT kategori *overweight* memaparkan bahwa responden dengan IMT kategori *overweight* berisiko mengalami penyakit jantung koroner 1.12 kali dibandingkan dengan IMT kategori normal. Nilai $OR=1.04$ pada IMT kategori obesitas

menunjukkan bahwa responden dengan IMT kategori obesitas berisiko mengalami penyakit jantung koroner 1.04 kali dibandingkan dengan IMT kategori normal.

PEMBAHASAN

Hubungan dengan Jenis Kelamin

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan penyakit jantung koroner (p value 0.002) dan nilai $OR=1.76$. Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dan kejadiannya lebih awal dari pada wanita. Morbiditas penyakit PJK pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki dari pada perempuan. Hormon estrogen dan endogen bersifat protektif pada perempuan, namun setelah menopause insiden PJK meningkat dengan pesat, tetapi tidak sebesar insiden PJK pada laki-laki (Grundty *et al.*, 2005)

Peneliti berasumsi bahwa laki-laki memiliki beban dan tanggung jawab yang jauh lebih besar dibandingkan perempuan, namun perempuan umumnya menanggung beban yang berbeda dimana berdampak juga terhadap terjadinya penyakit jantung koroner, sehingga risiko penyakit jantung koroner juga akan lebih besar dan berdampak kepada penyakit jantung yang mampu terjadi lebih cepat. Dalam hal perempuan bisa saja terjadi penyakit jantung koroner, hanya saja berbeda faktor penyebab dan beban yang dirasakan dibandingkan dengan laki-laki.

Hubungan dengan Faktor Pendidikan

Hasil penelitian ini menggunakan tingkat pendidikan sebagai variabel independen dengan kategori tinggi (8.21%), menengah (53.49%) dan rendah (3.83%). Dimana jika dilihat berdasarkan nilai $OR=2.80$ artinya responden dengan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 2.80 kali lebih besar mengalami penyakit jantung

koroner dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan tinggi. Hasil penelitian ini berbeda halnya dengan beberapa penelitian terdahulu, seperti yang dilakukan oleh (Tazkiyatunnafsi & Sugiyanto, 2014) didapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian PJK dengan $p\text{-value}=0.554$. Tingkat pendidikan dianggap dapat memiliki dampak pada kesehatan seseorang, seperti pengaruh pada perilaku hidup yang lebih sehat, kondisi pekerjaan yang lebih baik, dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik. Menurut hasil penelitian (Yasuhiko, 2017) laki-laki dan perempuan dengan tingkat pendidikan yang rendah akan memiliki risiko terkena penyakit jantung lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat berpengaruh terhadap kesehatannya di masa mendatang. Peneliti berasumsi bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi memiliki beban dan tanggung jawab lebih tinggi.

Umumnya seseorang dengan pendidikan tinggi lebih banyak acuh dan mengabaikan permasalahan yang dihadapi, sehingga lama-lama menumpuk dan menjadi beban utama yang akan berdampak kepada sakit jantung. Hal tersebut berbanding terbalik dengan teori-teori pada umumnya yang menjelaskan bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi akan terhindar dari kejadian penyakit jantung. Namun peneliti menelaah lebih lanjut bahwa sebagian besar orang-orang dengan pendidikan tinggi mempunyai rasa tinggi diri dan menganggap staf sebagai bawahan, sehingga tidak semua permasalahan yang dihadapi akan dibagikan serta diceritakan.

Hubungan dengan Faktor Pekerjaan

Penelitian ini menggunakan status pekerjaan sebagai variabel independen dengan kategori bekerja sebesar 54.51% dan tidak bekerja 45.49%. Hasil penelitian

analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan status pekerjaan dengan penyakit jantung koroner dengan ($p\text{-value}$ 0.008) dimana jika dilihat berdasarkan nilai $OR=0.60$.

Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rufaidah (2015) melaporkan bahwa tidak terdapat hubungan ($p\text{-value}$ 0.096) antara status pekerjaan dengan sebesar 54.5% dibandingkan dengan tidak bekerja yaitu sebesar 45.5%. Sebaliknya, yang tidak bekerja memiliki risiko rendah mengalami PJK sebesar 71.8%.

Status pekerjaan seseorang menentukan bahwa seseorang akan mampu hidup dan bertahan hidup secara produktif. Artinya seseorang yang mempunyai pekerjaan khususnya pekerjaan tetap akan disibukkan dengan kegiatan sehari-hari dan tidak memikirkan beban atau masalah hidup layaknya yang dialami oleh sebagian besar pengangguran. Dalam hal ini berbanding terbalik dengan kondisi seseorang yang tidak memiliki pekerjaan dimana tidak adanya kejelasan pekerjaan sehari-hari dan terlebih tidak memiliki penghasilan tetap maka umunya akan berdampak kepada daya pikir yang kacau yang berujung kepada depresi dan gangguan mental emosional yang tidak mampu dikontrol.

Hubungan dengan Merokok

Penelitian ini menggunakan merokok sebagai variabel independen dengan kategori mengalami penyakit jantung koroner paling tinggi pada kategori merokok yaitu 34.06%. sedangkan yang tidak mengalami penyakit jantung koroner paling tinggi pada kategori tidak merokok yaitu 65.94%. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara merokok dengan penyakit jantung koroner (p value 0.001). Hal ini sesuai dengan penelitian case control (Djunaidi & Indrawan, 2014) pada laki-laki dan wanita umur 15-45 tahun di kawasan Asia Selatan menyebutkan bahwa perokok aktif

mempunyai risiko 3.82 kali lebih besar untuk menderita *myocard infarc* (OR=3.82, 95% CI 1.47-9.94). Pada saat ini merokok telah dimasukkan sebagai salah satu faktor risiko utama PJK disamping hipertensi dan hiperkolesterolemia. orang yang merokok > 20 batang perhari dapat mempengaruhi atau memperkuat efek dua faktor utama risiko lainnya. Penelitian di Kota Framingham mendapatkan kematian mendadak akibat PJK pada laki-laki perokok 10 kali lebih besar dari pada bukan perokok dan pada perempuan perokok 4.5 kali lebih dari pada bukan perokok.

Literatur lain dari Heart Foundation (2018) menyatakan bahwa tembakau memiliki efek patofisiologi terhadap jantung, sistem pembekuan darah, dan metabolisme lipoprotein. Merokok meningkatkan pembentukan plak koroner dan mendorong terjadinya thrombosis koroner. Merokok juga dapat meningkatkan kebutuhan oksigen oleh otot jantung dan menurunkan kemampuan darah untuk mengangkut oksigen (Hung *et al.*, 2015).

Hubungan dengan IMT

Penelitian ini menggunakan IMT sebagai variabel independen dengan kategori normal (20.78%), kurus (30.41%), *overweight* (7.06%) dan obesitas (41.76%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan kejadian jantung koroner (p value > 0.05). Berdasarkan nilai OR=1.16 pada IMT kategori kurus menunjukkan bahwa responden dengan IMT kategori kurus berisiko mengalami penyakit jantung koroner 1.16 kali dibandingkan dengan IMT kategori normal. Nilai OR=1.12 pada IMT kategori *overweight* memaparkan bahwa responden dengan IMT kategori *overweight* berisiko mengalami penyakit jantung koroner 1.12 kali dibandingkan dengan IMT kategori normal. Nilai OR=1.04 pada IMT kategori obesitas menunjukkan bahwa responden dengan IMT kategori obesitas berisiko mengalami penyakit jantung koroner 1.04 kali

dibandingkan dengan IMT kategori normal.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Mawi, 2003), hubungan antara usia dan IMT menarik untuk dibahas. Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan negatif ($r=-0,208$) antara usia dan IMT pada responden yang berusia ≤ 50 tahun, ternyata sebelum mencapai usia 50 tahun IMT akan semakin menurun. Namun setelah usia > 50 tahun IMT akan semakin meningkat dengan meningkatnya usia responden. Terdapat hubungan positif ($r=0.412$) yang bermakna secara statistik antara usia dan IMT ($p = 0.001$).

Besar nilai IMT seseorang dapat menjadi risiko mereka untuk terkena penyakit jantung, terutama pada orang-orang dalam kategori obesitas. Pada orang-orang dengan obesitas ini, kerja jantungnya lebih besar apabila dibandingkan dengan orang-orang non-obes dan dapat menyebabkan hipertrofi dari organ ini seiring dengan penambahan berat badan.

Hubungan dengan Penyakit Penyerta

Penelitian ini menggunakan DM sebagai variabel independen dengan kategori tidak mengalami *Diabetes mellitus* sebesar 98.17% dan yang mengalami *Diabetes mellitus* sebesar 1.83%. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *Diabetes mellitus* dengan penyakit jantung koroner (p value 0.001) dan nilai OR=5.18 artinya responden yang menderita *Diabetes mellitus* memiliki risiko lima kali lebih besar mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden yang tidak menderita *Diabetes mellitus*. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Framingham Heart Study (2007), menemukan bahwa gagal jantung terjadi dua kali lebih tinggi pada laki-laki dengan *Diabetes mellitus*, dan lima kali lebih tinggi pada perempuan dengan *Diabetes mellitus*. Risiko terkena gagal jantung semakin meningkat seiring bertambahnya umur dan durasi dari penyakit diabetes. Walaupun belum jelas bagaimana hubungan antara

penyakit *Diabetes mellitus* bisa menyebabkan gagal jantung, namun ada beberapa hipotesis yang dapat menjelaskan hubungan kedua penyakit ini. Terdapat beberapa mekanisme yang menjelaskan hubungan penyakit *Diabetes mellitus* dengan gagal jantung. Mekanismenya dapat berupa mekanisme langsung (misalnya, hiperglikemia menyebabkan gagal jantung), dan mekanisme tidak langsung yang muncul akibat beberapa komplikasi dari *Diabetes mellitus*.

Penelitian ini menggunakan Hipertensi sebagai variabel independen dengan kategori mengalami penyakit jantung koroner paling tinggi yaitu 8.89% sedangkan responden yang tidak mengalami penyakit jantung koroner yaitu 91.117%. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara hipertensi dengan penyakit jantung koroner (p value 0.000) dan nilai $OR=13.5$ artinya responden yang menderita hipertensi memiliki risiko 13 kali lebih besar mengalami penyakit jantung koroner dibandingkan dengan responden yang tidak menderita hipertensi.

Penelitian ini sesuai dengan peneliti sebelumnya Nababan (2008) yang menghasilkan $p=0.045$ dan $OR=2.25$, dan penelitian yang di jalankan oleh Siregar *et al*, (2005) melalui analisis regresi logistik juga didapatkan ada hubungan antara penderita hipertensi dengan kejadian PJK dengan tingkat kemaknaan $p=0.0005$.

Kemenkes RI (2018) melaporkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko utama penyakit jantung. Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah kondisi medis yang terjadi saat tekanan darah di arteri lebih tinggi dari keadaan normal secara kronis. Hal tersebut apabila dibiarkan maka akan berdampak terhadap organ-organ vital seperti jantung, ginjal dan otak. Menurunkan tekanan darah dengan perubahan gaya hidup atau dengan pengobatan bisa mengurangi risiko penyakit jantung dan serangan jantung (Kemenkes RI, 2013; Kemenkes RI, 2018).

Mengenal faktor risiko PJK sangat penting dalam usaha pencegahan PJK merupakan salah satu usaha yang cukup besar peranannya dalam penanganan PJK untuk menurunkan risiko dan kematian akibat PJK yaitu dengan cara mengendalikan faktor risiko utama PJK adalah hipertensi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian analisis lanjutan data Riskesdas 2013 tentang hubungan penyakit jantung koroner di Provinsi Aceh dapat disimpulkan bahwa hampir keseluruhan menunjukkan hubungan yang signifikan (p value <0.05) baik faktor sosial demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pekerjaan) dan *Diabetes mellitus*, hipertensi, merokok, dengan penyakit jantung koroner di Provinsi Aceh.

Berdasarkan WHO Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan penyakit tidak menular paling mematikan diseluruh dunia, di Aceh sendiri kasus PJK termasuk penyakit 5 terbesar. Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada hubungan faktor perilaku dan penyakit penyerta responden dengan penyakit jantung koroner di Provinsi Aceh.

Saran

Peneliti menyarankan kepada beberapa pihak yang dianggap mempunyai relasi dan pengaruh besar dengan tema penelitian ini, antara lain; diharapkan kepada instansi terkait Dinas Kesehatan Provinsi Aceh untuk meningkatkan *health promotion* untuk menurunkan penyakit jantung koroner kepada masyarakat Aceh, diharapkan pemerintahan provinsi menjalankan tentang kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di setiap *public area* seperti, sekolah, terminal, rumah sakit dan menciptakan qanun yang benar-benar *precision public health* dan kepada penderita syndrome metabolic disarankan

untuk rutin berolahraga, menurunkan berat badan sampai batas ideal, berhenti merokok dan berhenti mengonsumsi minuman beralkohol dan menerapkan pola makan yang sehat dan seimbang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djunaidi, A., Indrawan, B., **Hubungan Usia dan Merokok pada Penderita Penyakit Jantung Koroner di Poli Penyakit Dalam RS MH Palembang Periode Tahun 2012**, Syifa'MEDIKA: *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*; 2014, Vol. 5, No. 1, pp. 16-26.
2. Douglas, P. S., Hoffmann, U., Patel, M. R., Mark, D. B., Al-Khalidi, H. R., Cavanaugh, B., *et al.*, **Outcomes of Anatomical Versus Functional Testing for Coronary Artery Disease**, *New England Journal of Medicine*; 2015, Vol. 372, No. 14, pp. 1291-1300.
3. Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., *et al.*, **Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement**, *Circulation*; 2005, Vol. 112, No. 17, pp. 2735-2752.
4. Hung, D.-Z., Yang, H.-J., Li, Y.-F., Lin, C.-L., Chang, S.-Y., Sung, F.-C. & Tai, S.C., **The Long-Term Effects of Organophosphates Poisoning as a Risk Factor of CVDs: a Nationwide Population-Based Cohort Study**, *PLoS One*; 2015, Vol. 10, No. 9.
5. Kemenkes RI., **Riset Kesehatan Dasar 2013**, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2013.
6. Kemenkes RI., **Profil Kesehatan Indonesia 2017**, Jakarta: Indonesia; 2018.
7. Kemenkes RI., **Riset Kesehatan Dasar 2018**, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
8. Mawi M., **Indeks Massa Tubuh Sebagai Determinan Penyakit Jantung Koroner pada Orang Dewasa Berusia di Atas 35 Tahun**, *J Kedokter Trisakti*; 2003, Vol. 23, No. 3.
9. Soeharto, I., **Penyakit Jantung Koroner dan Serangan Jantung**, Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2004.
10. Tazkiyatunnafsi, U., Sugiyanto, Z., **Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner (PJK) pada Kelompok Usia < 45 Tahun di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2014**.
11. Wibowo, A., **Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan**, Jakarta: Rajawali Pers; 2014.
12. WHO, **Noncommunicable Diseases: Progress Monitor 2017**, 2017.

THE DIFFERENCE IN QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY LIVING IN COMMUNITIES AND NURSING HOME RUMOH SEUJAHTERA GEUNASEH SAYANG IN BANDA ACEH

Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dan Panti Jompo Rumoh Sejahtera Geunaseh Sayang Kota Banda Aceh

Nopa Arlianti, Wardiati* dan Humairah Lutfia

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Aceh, Bathoh, Lueng Bata, Banda Aceh, 23245

*wardiati@unmuha.ac.id

Received: 07 February 2021/ Accepted: 22 February 2021

ABSTRACT

Background: The increase in the number of elderly in the world causes a variety of problems, one of which is the low quality of life of the elderly which is influenced by several factors such as housing factors, physical and psychological conditions, and social and cultural factors. This study aims to find out the difference in the quality of life of elderly people living in communities and living in nursing home. **Methods:** This study uses cross-sectional design with a population consists of 2 groups, namely the elderly living in the communities and nursing home. The elderly sample in the nursing home is determined by the total method of the population. While sampling elderly samples in the communities using purposive sampling method with a sample ratio 1:1. Data collection was conducted by interview using the WHOQOL-Bref questionnaire. Univariate and bivariate analysis was used to analyze the data and t-test independent was utilized to examine the difference in the quality of life among studied groups. **Result:** The results showed that the average age of the elderly living in the nursing home was younger, and majority of respondents did not graduate from elementary school. Univariate analysis shows that elderly people living in the nursing home have a better quality of life compared to the elderly living in the community. Bivariate analysis showed that there is a significant differences between the quality of life of elderly people living in nursing home and in the community, both from the physical domain of the elderly (p-value: 0.0003), the psychological domain (p-value: 0.0349), the social domain (p-value: 0.0001), and the environmental domain (p-value: 0.0001). **Recommendation:** Efforts to improve the elderly's quality of life are required to be done by families, communities, and governments. Thus, the elderly can go through their old age in a healthy, safe and comfortable manner.

Keywords: Nursing Home, the Elderly, Quality of Life, Community

ABSTRAK

Latar Belakang: Peningkatan jumlah lansia di dunia menyebabkan berbagai permasalahan, salah satunya adalah rendahnya kualitas hidup lansia yang mana dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor tempat tinggal, kondisi fisik dan psikis dan faktor sosial budaya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup lansia yang tinggal di komunitas dan yang tinggal di panti jompo. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *Cross-sectional* dengan populasi terdiri dari 2 kelompok, yaitu lansia yang tinggal di komunitas dan panti jompo. Sampel lansia di panti jompo ditetapkan dengan metode total populasi. Sedangkan pencuplikan sample lansia di komunitas menggunakan metode *purposive sampling* dengan rasio sampel 1:1. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner WHOQOL-Bref. Analisa data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan *uji t-test independent* untuk melihat perbedaan kualitas hidup pada kelompok-kelompok yang diteliti. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia lansia yang tinggal di panti jompo lebih muda dan lebih setengah dari responden tidak menamatkan Sekolah Dasar. Hasil analisis Univariat memperlihatkan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup lansia yang tinggal di panti jompo dan di komunitas, baik dari domain fisik lansia (p-value: 0.0003), domain psikologis (p-value: 0.0349), domain sosial (p-value: 0.0001) dan domain lingkungan (p-value: 0.0001). **Saran:** Perlu adanya upaya-upaya baik dari keluarga, masyarakat dan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup lansia yang tinggal di komunitas, sehingga mereka dapat melalui masa tuanya dengan sehat, aman dan nyaman.

Kata Kunci: Panti Jompo, Lansia, Kualitas Hidup, Komunitas

PENDAHULUAN

Peningkatan usia harapan hidup telah terjadi di berbagai negara, baik negara maju maupun negara yang sedang berkembang. Menurut laporan WHO (2020), usia harapan hidup penduduk dunia mengalami peningkatan sebesar 8% dalam rentang waktu 16 tahun (2000-2016). Dalam rentang waktu yang sama, penambahan usia harapan hidup penduduk di negara-negara sedang berkembang dua kali lebih banyak dibandingkan penambahan usia harapan hidup penduduk dunia (WHO, 2020). Hal yang sama juga terjadi di Indonesia. Menurut laporan Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia peningkatan usia harapan hidup Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan dalam beberapa tahun terakhir dan pada tahun 2019, usia harapan hidup di Indonesia mencapai 71.2 tahun dengan usia harapan hidup laki-laki sebesar 69.44 tahun dan perempuan 73.33 tahun.

Fenomena ini mengindikasikan bahwa di negara-negara tersebut telah terjadi perbaikan di beberapa sektor seperti pendidikan, kesehatan, sosial dan ekonomi sehingga penduduknya dapat hidup lebih lama (Beltra, 2016; Ince Yenilmez, 2015; Lin *et al.*, 2012; Van Kamp *et al.*, 2003). Akan tetapi, peningkatan usia harapan hidup ini akan memberikan dampak yang negatif, jika penambahan populasi lansia di sebuah negara tidak diimbangi dengan perbaikan kualitas hidup lansia. Berbagai permasalahan akan timbul seperti peningkatan rasio ketergantungan, peningkatan prevalensi penyakit degeneratif dan peningkatan beban ekonomi yang harus ditanggung oleh pemerintah (Brown, 2015; Harper, 2019).

Kualitas hidup lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Berdasarkan model yang dikembangkan oleh WHO, kualitas hidup lansia dipengaruhi oleh 4 domain, yaitu domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan (Orley, 1996). Disamping itu, faktor yang juga mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah tempat tinggal. Banyak

penelitian telah menemukan bahwa lansia yang tinggal dengan keluarga atau tinggal di komunitas memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Putri *et al.*, 2015; Seddigh *et al.*, 2020; Selo *et al.*, 2017). Akan tetapi, dewasa ini banyak lansia yang harus tinggal terpisah dengan keluarga oleh karena berbagai alasan seperti anggota keluarga yang bekerja dan tidak memiliki waktu yang cukup untuk merawat lansia, lansia hidup sendiri dan lansia tidak mampu memenuhi kebutuhan ekonominya. Solusi ditempuh untuk menangani permasalahan ini umumnya adalah dengan menempatkan lansia di panti sosial untuk memperoleh perawatan dan penanganan yang dibutuhkan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup lansia berdasarkan jenis tempat tinggal yaitu lansia yang tinggal di komunitas dan lansia yang tinggal di Panti Jompo Rumoh Seujahtera Geunaseh Sayang Kota Banda Aceh.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Ulee Kareng Kota Banda Aceh dari bulan April sampai Juni tahun 2018 dengan menggunakan desain *Cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah lansia (≥ 60 tahun) yang tinggal di Panti Jompo Geunaseh Sayang dan yang tinggal di komunitas. Sampel kelompok lansia yang tinggal di panti ditetapkan secara total populasi, sedangkan sampel lansia yang tinggal di komunitas diperoleh dari empat posyandu lansia. Metode pencuplikan yang digunakan adalah *Purposive Sampling Method* dengan kriteria (1) berusia ≥ 60 tahun dan (2) bersedia mengikuti proses wawancara sampai selesai. Jumlah sampel lansia yang tinggal di komunitas ditetapkan dengan rasio 1:1.

Kualitas hidup diukur menggunakan WHOQOL-Bref yang memiliki empat domain dan 25 butir pertanyaan. Setiap pertanyaan memiliki rentang skor 1-5.

Domain kondisi fisik memiliki tujuh pertanyaan, domain psikologis memiliki enam pertanyaan, domain sosial memiliki tiga, namun yang digunakan hanya dua pertanyaan (pertanyaan tentang seksualitas tidak dimasukkan karena responden menolak untuk menjawab) dan domain lingkungan memiliki delapan pertanyaan. Penjumlahan skor dilakukan dengan

metode manual dengan mentransformasikan skor setiap domain yang diteliti menjadi skor 0-100 (Orley, 1996).

Data selanjutnya dianalisis secara univariat dan bivariat. Analisis bivariat menggunakan uji *t-test independent* untuk melihat perbedaan kualitas hidup antara lansia di kelompok-kelompok yang diteliti.

HASIL

Analisis Univariat

Tabel 1. Karakteristik Responden yang Tinggal di Panti dengan yang Tinggal di Komunitas

No.	Variabel	Kategori	Kelompok				Total
			Panti	%	Komunitas	%	
1.	Usia	60-74 Tahun (Lansia)	40	76.92	35	67.31	75
		>75 Tahun (Lansia Tua)	12	23.08	17	32.69	29
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	13	25.00	13	25.00	26
		Perempuan	39	75.00	39	75.00	78
3.	Pendidikan Terakhir	Tidak Tamat SD	28	53.85	27	51.92	55
		Tamat SD	15	28.85	16	30.77	31
		Tamat SMP	5	9.62	4	7.69	9
		Tamat SMA	4	7.69	5	9.62	9

Lebih dari dua per tiga lansia yang menjadi sampel pada penelitian ini memiliki rentang umur 60-74. Hanya 25% dari responden berjenis kelamin laki-laki

dan 75% perempuan. Lebih dari setengah dari responden baik yang tinggal di panti maupun di komunitas tidak menamatkan jenjang pendidikan sekolah dasar.

Analisis Bivariat

Tabel 2. Analisis Bivariat Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Panti dan Tinggal di Komunitas

No.	Kualitas Hidup	Kelompok	Sampel	Rata-rata	Std. Error	Std. Dev	95% CI	P-value
1.	Fisik	Panti	52	46.33	1.16	8.33	44.01 – 48.65	0.0003*
		Komunitas	52	41.13	0.79	5.67	39.55 – 42.71	
2.	Psikologi	Panti	52	49.03	1.44	10.43	46.13 – 51.94	0.0349*
		Komunitas	52	45.17	1.08	7.82	42.99 – 47.34	
3.	Sosial	Panti	52	36.83	1.88	13.54	33.06 – 40.59	0.0001*
		Komunitas	52	17.56	1.49	10.72	14.57 – 20.54	
4.	Lingkungan	Panti	52	63.35	1.29	9.31	60.76 – 65.94	0.0001*
		Komunitas	52	42.33	1.49	10.79	39.32 – 45.33	

**t-independent test*

Hasil analisis bivariat (Tabel 2) memperlihatkan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas. Hal ini dapat terlihat

dari setiap nilai rata-rata dari domain yang diteliti dimana nilainya lebih tinggi pada lansia yang tinggal di panti dibandingkan lansia yang tinggal di komunitas. Nilai rata-rata domain sosial lansia yang tinggal

di panti dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang di komunitas. Hasil uji t-test independen memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara kualitas hidup lansia yang tinggal di panti dan lansia yang tinggal di komunitas (nilai p-value setiap domain (>0.05)).

PEMBAHASAN

Dewasa ini telah terjadi pergeseran nilai-nilai sosial dalam keluarga dan masyarakat. Salah satunya adalah tanggung jawab untuk merawat lansia yang dulunya merupakan tanggung jawab anak atau keluarga dekat. Namun saat ini oleh karena beberapa faktor seperti anak atau keluarga tidak memiliki waktu yang cukup untuk merawat lansia, para lansia tersebut akhirnya ditempatkan di panti-panti sosial untuk memperoleh perawatan dan menghabiskan sisa hidupnya. Telah banyak hasil penelitian yang menemukan bahwa faktor tempat tinggal lansia menjadi salah satu determinan penting yang mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup lansia. Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk membandingkan kualitas hidup lansia berdasarkan empat domain WHOQOL-BREF yang tinggal di panti dan yang tinggal di komunitas.

Perbedaan Domain Fisik Lansia yang Tinggal di Panti dan Lansia yang Tinggal di Komunitas

Kemunduran kondisi fisik menjadi salah satu penyebab utama penurunan kualitas hidup lansia. Lansia yang memiliki kondisi fisik baik umumnya akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan lansia yang memiliki kondisi fisik buruk. Hasil penelitian ini menemukan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki kualitas hidup dilihat dari domain fisik yang lebih baik dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas. Hasil ini dapat terlihat di Tabel 2, yang mana nilai rata-rata domain fisik lansia

yang tinggal di panti (46.33) lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas (41.13). Hasil analisis bivariat juga memperlihatkan ada perbedaan yang signifikan (p-value: 0.003) antara kondisi fisik lansia yang tinggal di panti dengan lansia yang tinggal di komunitas.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian-penelitian terdahulu yang menemukan bahwa lansia yang tinggal di panti sosial memiliki kondisi fisik yang lebih buruk (Putri *et al.*, 2015; Yuliati *et al.*, 2014). Panti Jompo Rumoh Seujahtera Geunaseh Sayang memiliki program-program untuk meningkatkan kondisi fisik lansia seperti setiap penghuni panti harus mengikuti senam pagi setiap hari dan kegiatan jalan pagi yang rutin dilaksanakan tiga minggu sekali. Beberapa hasil penelitian telah mengkonfirmasi bahwa kegiatan fisik yang rutin seperti olah raga pagi, senam dan lain-lain dapat meningkatkan status kesehatan dan kondisi fisik lansia (Dewi, 2018; Kusumaratna, 2016; Puciato *et al.*, 2017; Windri *et al.*, 2019).

Faktor-faktor lainnya yang juga berkontribusi terhadap kondisi fisik lansia yang tinggal di panti adalah umur dan pelayanan kesehatan. Lansia yang tinggal di panti memiliki rata-rata berumur lebih muda dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas. Disamping itu, pengelola panti juga rutin mengadakan konsultasi dan *check-up* kesehatan bagi lansia sehingga lansia yang terindikasi memiliki permasalahan kesehatan akan segera memperoleh penanganan dan pengobatan.

Perbedaan Domain Psikologi Lansia yang Tinggal di Panti dan Lansia yang Tinggal di Komunitas

Faktor utama yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia. Lansia yang memiliki kondisi psikologi baik, umumnya memiliki kualitas hidup yang lebih baik karena mereka terhidar

dari stress dan depresi yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental lansia secara keseluruhan (De Frias & Whyne, 2015). Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara kondisi psikologi lansia yang tinggal di panti dan lansia yang tinggal di komunitas dengan nilai *p-value*: 0.0349. Rata-rata nilai domain psikologi lansia yang tinggal di panti (Tabel 2) lebih tinggi (49.03) dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas (45.17). Hal ini terjadi karena lansia yang tinggal di panti rutin menghadiri kegiatan-kegiatan kerohanian seperti pengajian, ceramah-ceramah keagamaan dan lain-lain yang diselenggarakan oleh pihak pengelola panti. Keikutsertaan dalam kegiatan-kegiatan ini dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman sehingga para lansia terhindar dari stress. Hubungan kegiatan keagamaan atau kerohanian dengan kondisi psikologis lansia seperti stress dan depresi telah terkonfirmasi dari berbagai penelitian-penelitian sebelumnya (Budiyono & Abidin, 2020; Dwi Karisna & Pihasnawati, 2019).

Hasil analisis item pertanyaan domain psikologis memperlihatkan bahwa rata-rata nilai kepuasan hidup lansia penghuni panti lebih tinggi (3.48) dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas (2.94). Hasil yang sama juga diperoleh dari analisis item pertanyaan tentang “perasaan negatif seperti kesepian, putus asa, cemas dan depresi” yang dialami oleh lansia. Nilai rata-rata yang diperoleh dari kelompok lansia yang tinggal di panti jauh lebih baik (4.37) dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas (3.33). Dari kedua item pertanyaan ini dapat disimpulkan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki kepuasan hidup yang lebih baik dan mengalami perasaan negatif yang lebih jarang dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas.

Faktor-faktor lain yang juga terbukti memiliki kontribusi yang signifikan terhadap buruknya kondisi psikologis

lansia yang tinggal di komunitas adalah permasalahan ekonomi (Kwon *et al.*, 2020; Miranda *et al.*, 2016), ketergantungan terhadap anggota keluarga (Semra *et al.*, 2019) dan permasalahan keluarga (Pinto *et al.*, 2016; Widmer *et al.*, 2018). Umumnya, permasalahan ekonomi bukan merupakan permasalahan bagi penghuni panti karena kebutuhan lansia terpenuhi dari dana yang dianggarkan oleh pemerintah dan sumbangan-sumbangan pihak lainnya. Disamping itu, jumlah lansia yang tinggal di panti ini tidak banyak sehingga tidak menyulitkan pihak pengelola dalam memenuhi kebutuhan ekonomi penghuni panti. Lansia penghuni panti juga memiliki kemungkinan kecil untuk mengalami ketergantungan terhadap anggota keluarga dan mengalami konflik keluarga karena umumnya anggota keluarga lansia hanya datang berkunjung pada hari-hari tertentu saja. Disamping itu, perawatan lansia ditangani oleh pihak pengelola panti secara penuh.

Perbedaan Domaian Sosial Lansia yang Tinggal di Panti dan Lansia yang Tinggal di Komunitas

Seiring dengan bertambahnya usia dan penurunan kondisi fisik, umumnya lansia akan mengalami penurunan kemampuan untuk bersosialisasi. Para lansia akan menarik diri pelan – pelan dari kehidupan sosial kemasyarakatannya yang pada akhirnya akan menyebabkan *self-isolation*, rasa kesepian dan peningkatan level stress atau depresi yang akan menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia (De Frias & Whyne, 2015).

Hasil penelitian ini (Tabel 2) menemukan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki kualitas hidup yang lebih baik berdasarkan domain sosial. Hal ini dapat terlihat dari perbedaan nilai rata-rata domain sosial yang sangat signifikan antara kedua kelompok yang diteliti (lansia yang tinggal dipanti (36.83) dan komunitas (17.56). Hasil analisis bivariat juga memperlihatkan ada perbedaan yang

signifikan antara domain sosial lansia yang tinggal di panti dengan di komunitas (*p-value*: 0.0001). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yanti (2019) yang menemukan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki hubungan sosial yang lebih baik dibandingkan lansia yang tinggal di komunitas (Yanti *et al.*, 2019).

Tidak semua lansia yang tinggal di komunitas memperoleh dukungan sosial dari masyarakat atau keluarga. Hal ini karena banyak lansia yang memilih menarik diri dari kehidupan sosial. Disamping itu juga banyak lansia yang hidup terpisah dari keluarga atau tidak memiliki keluarga sama sekali sehingga mereka tidak memperoleh dukungan sosial dari orang-orang terdekat mereka. Hal sebaliknya terjadi pada lansia yang tinggal di panti. Umumnya penghuni panti bersosialisasi dengan sesamanya. Hal ini dapat terlihat dari hasil analisis item pertanyaan domain sosial yang mana lansia yang tinggal di panti memperoleh dukungan dari teman yang lebih baik (nilai rata-rata 3.65) dibandingkan nilai rata-rata lansia yang tinggal di komunitas (nilai rata-rata 2.37). Hal yang sama juga diperoleh dari hasil analisis terhadap kepuasan terhadap tempat tinggal yang mana lansia yang tinggal di panti merasa lebih puas dengan kondisi tempat tinggal mereka dibandingkan dengan lansia yang tinggal di komunitas.

Perbedaan Domain Lingkungan pada Lansia yang Tinggal di Panti dan Lansia yang Tinggal di Komunitas

Hasil penelitian ini menemukan bahwa lansia yang tinggal di panti memiliki kualitas hidup yang lebih baik dilihat dari domain lingkungan. Hal ini dapat terlihat dari nilai rata-rata domain lingkungan lansia di panti lebih tinggi 20 poin lebih (63.53) dibandingkan dengan nilai rata-rata domain lingkungan lansia yang tinggal di komunitas (42.33). Hasil analisis statistik juga memperlihatkan

adanya perbedaan yang signifikan dengan nilai *p-value*: 0.001).

Lansia yang tinggal di panti umumnya merasa lebih aman dan nyaman karena seluruh fasilitas yang dibutuhkan oleh lansia tersedia di panti. Empat dari lima lansia yang tinggal di panti merasa bahwa lingkungan tempat tinggal mereka saat ini lebih aman dibandingkan lingkungan tempat tinggal sebelumnya. Disamping itu, lebih dari 80% lansia yang tinggal di panti juga berpendapat bahwa panti menyediakan sarana dan pra-sarana (sumur, toilet, klinik kesehatan, musalla dan fasilitas olah raga) yang mereka butuhkan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yanti *et al.*, (2019) yang menemukan bahwa lansia lebih merasa aman dan nyaman untuk menghabiskan sisa hidupnya di panti dari pada di komunitas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia yang tinggal di komunitas lebih rendah dibandingkan dengan lansia yang tinggal di panti. Hasil ini mengindikasikan bahwa dibutuhkan berbagai pendekatan – pendekatan khusus bagi lansia yang tinggal di komunitas, baik yang dilakukan oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah sehingga lansia dapat melalui masa tuanya dengan sehat, mandiri dan produktif.

Saran

Perlu adanya upaya-upaya baik dari keluarga, masyarakat dan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup lansia yang tinggal di komunitas, sehingga mereka dapat melalui masa tuanya dengan sehat, aman dan nyaman.

DAFTAR PUSTAKA

1. Beltra, H., Beltrán-Sánchez, H., Soneji, S., Crimmins, E. M., **Past, Present,**

- and Future of Healthy Life Expectancy**, *Cold Spring Harbor Perspect Med*; 2016, Vol. 5, No. 11, doi:10.1101/cshperspect.a025957.
2. Brown, G. C., (2015). **Living Too Long: the Current Focus of Medical Research on Increasing the Quantity, Rather Than the Quality, of Life is Damaging Our Health and Harming the Economy**, *EMBO Reports*; 2015, Vol. 16, No. 2, pp. 137–141.
<https://doi.org/10.15252/embr.201439518>.
 3. Budiyo, A., Abidin, Z., **Dinamika Psikologis Lansia Yang Tinggal di Panti Jompo dan Implikasinya Bagi Layanan Konseling Islam**, *Hisbah: Jurnal Bimbingan Konseling Dan Dakwah Islam*; 2020, Vol. 17, No. 1, pp. 101–114.
<https://doi.org/10.14421/hisbah.2020.171-07>
 4. De Frias, C. M., Whyne, E., **Stress on Health-Related Quality of Life in Older Adults: the Protective Nature of Mindfulness**, *Aging and Mental Health*; 2015, Vol. 19, No. 3, pp. 201–206,
<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.924090>
 5. Dewi, S. K., **Level Aktivitas Fisik dan Kualitas Hidup Warga Lanjut Usia**, *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*; 2018, Vol. 14, No. 3, <https://doi.org/10.30597/mkmi.v14i3.4604>
 6. Dwi, Karisna, N., & Pihasnawati, P., **Peningkatan Kebahagiaan Lansia dengan Pelatihan Relaksasi Dzikir di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Terlantar Budhi Dharma**. *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat: Media Pemikiran Dan Dakwah Pembangunan*; 2019, Vol. 3, No. 1, <https://doi.org/10.14421/jpm.2019.031-07>.
 7. Harper, S., **Living Longer within Ageing Societies**, *Journal of Population Ageing*; 2019, Vol. 12, No. 2, pp. 133–136,
<https://doi.org/10.1007/s12062-019-09248-4>.
 8. Ince Yenilmez, M., **Economic and Social Consequences of Population Aging the Dilemmas and Opportunities in the Twenty-First Century**, *Applied Research in Quality of Life*; 2015, Vol. 10, No. 4, pp. 735–752. <https://doi.org/10.1007/s11482-014-9334-2>.
 9. Kusumaratna, R. K., **Impact of Physical Activity on Quality of Life in the Elderly**, *Universa Medicina*; 2016, Vol. 27, No. 2, pp. 57–64, <http://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/273>.
 10. Kwon, M., Kim, S. A., So, W. Y., **Factors Influencing the Quality of Life of Korean Elderly Women by Economic Status**, *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2020, Vol. 17, No. 3, pp. 1–11, <https://doi.org/10.3390/ijerph17030888>
 11. Lin, R.-T., Chen, Y.-M., Chien, L.-C., Chan, C.-C., **Political and Social Determinants of Life Expectancy in Less Developed Countries: a Longitudinal Study**, *BMC Public Health*; 2012, Vol. 12, No. 1, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-85>.
 12. Miranda, L. C. V., Soares, S. M., Silva, P. A. B., **Quality of Life and Associated Factors in Elderly People at a Reference Center**, *Ciencia e Saude Coletiva*; 2016, Vol. 21, No. 11, pp. 3533–3544, <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>
 13. Orley, J., **WHOQOL-BREF: Introduction, Administration and Generic Version**, In *World Health Organization*; 1996, pp. 1–4, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 14. Pinto, F. N. F. R., Barham, E. J., Del Prette, Z. A. P., **Interpersonal**

- Conflicts Among Family Caregivers of the Elderly: The Importance of Social Skills**, *Paideia*; 2016, Vol. 26, No. 64, pp. 161–170, <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201605>.
15. Puciato, D., Borysiuk, Z., Rozpara, M., **Quality of Life and Physical Activity in an Older Working-Age Population**, *Clinical Interventions in Aging*; 2017, Vol. 12, pp. 1627–1634, <https://doi.org/10.2147/CIA.S144045>.
 16. Putri, S. T., Fitriana, L. A., Ningrum, A., **Studi Komparatif: Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Panti**, *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*; 2015, Vol. 1, No. 1, <https://doi.org/10.17509/jpki.v1i1.1178>
 17. Seddigh, M., Hazrati, M., Jokar, M., Mansouri, A., Bazrafshan, M.-R., Rasti, M., Kavi, E., **A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home**, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*; 2020, Vol. 25, No. 2, pp. 160–165, https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18.
 18. Selo, J., Candrawati, E., Putri, R. M., **Perbedaan Tingkat Stres pada Lansia di Dalam dan di Luar Panti Werdha Pangesti Lawang**, *Nursing News*; 2017, Vol. 2, No. 3, pp. 522–533, <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/688>.
 19. Semra, G., Fatma, A., Gökhan, K., **Dependence Level and Quality of Life of Older Adults Living in Nursing Home**, *Journal of Geriatric Medicine and Gerontology*; 2019, Vol. 5, No. 4, pp. 1–7, <https://doi.org/10.23937/2469-5858/1510081>.
 20. Van Kamp, I., Leidelmeijer, K., Marsman, G., De Hollander, A., **Urban Environmental Quality and Human Well-Being Towards a Conceptual Framework and Demarcation of Concepts; a Literature Study**, *Landscape and Urban Planning*; 2003, Vol. 65, pp. 5–18, [https://doi.org/10.1016/S0169-2046\(02\)00232-3](https://doi.org/10.1016/S0169-2046(02)00232-3).
 21. WHO, **World Health Statistics 2020 Visual Summary**, *In World Health Statistics*; 2020, <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary>.
 22. Widmer, E. D., Girardin, M., Ludwig, C., **Conflict Structures in Family Networks of Older Adults and Their Relationship with Health-Related Quality of Life**, *Journal of Family Issues*; 2018, Vol. 39, No. 6, pp. 1573–1597, <https://doi.org/10.1177/0192513X17714507>.
 23. Windri *et al.*, **Pengaruh Aktivitas Fisik dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi di Panti Wredha Maria Sudarsih Ambarawa**, *Jurnal JMP Online*; 2019, Vol. 3, No. 11, pp. 1444–1451.
 24. Yanti, D. E., Keswara, U. R., Puteri, R. M., **Perbedaan Kualitas Hidup Lansia Tinggal di Panti Tresna Werdha dengan Bersama Keluarga di Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan**, *Jurnal Dunia Kesmas*; 2019, Vol. 8, pp. 219–225.
 25. Yuliati, A., Baroya, N., Ririanty, M., **Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia**, *Jurnal Pustaka Kesehatan*; 2014, Vol. 2, No. 1, pp. 87–94.

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

(kosong satu spasi tunggal, 14 pt)

Judul dalam Bahasa Indonesia, Title Case, (13 pt, Centered)

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Penulis Pertama^{1*}, 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*)

*alamat@email

Received: / Accepted:

(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 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 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

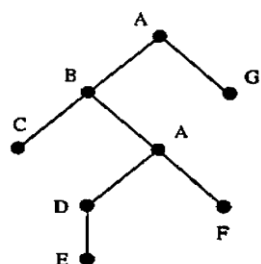
10	3000	3400	22000	28000
----	------	------	-------	-------

(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 (kosong satu spasi, 12 pt)

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

(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:
PKPKM-UNMUHA
Bank Syariah Indonesia (BSI)
No. Rekening: 5000009937

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: jurnal.jukema@unmuha.ac.id

Description of Characteristics of Knowledge, Attitude and Behavior About HIV/AIDS in Indonesia 2017

Gabe Gusmi Aprilla

The Analysis of Smoking Cessation Efforts at Coffe Stallss in Banda Aceh in 2019

Rahmil Azzati, Hermansyah, Irwan Saputra, Nurjannah, dan Aulina Adamy

Analysis of the Relationship Between Service Quality and Patient Satisfaction at the Palembang LKTM Acupuncture and Herbal Polyclinic

Nurehan Maulana, Leni Novianti, dan Sutriyati

The Effect of Oxytocin Massage on the Production of ASI of Breastfeeding Mother in the Working Area of Banda Sakti Public Health Center, Banda Sakti District, Lhoksemawe City, 2019

Dahlia dan Zeva Juwita

Risk Factors Related to the Event of Pulmonary TB in Children in Banda Aceh City

Riska Novita, Asnawi Abdullah, dan Hermansyah

Description Quality of Living Household Poor Recipients Benefits of Hope Family Programs in Meuraxa District, Banda Aceh City

Fadli Syahputra

The Evaluation of Electronic Health Record Adoption Among Health Professionals in Hospital Setting

Riza Septiani dan Tiara Mairani

Description of the Relationship Between Sex with the Status of Covid-19 Patients in Indonesia

M. Ichsan Nawawi, Hikmawati Pathuddin, dan Rofia Masrifah

The Difference in Nutrition Status in Infants Who are Given Exclusive and Early MP-ASI in the Working Area of Puskesmas Jantho City Regency at Aceh Besar Year 2017

Naimah, Asnawi Abdullah, dan Fahmi Ichwansyah

The Difference in Quality of Life Among the Elderly Living in Community and Rumoh Sejahtera Geunaseh Sayang Nursing House in Banda Aceh

Nopa Arlianti, Wardiati, dan Humairah Lutfia

