

ISSN 2774-7662 (Print)
ISSN 2797-751X (Online)

TROPHICO

TROPICAL PUBLIC HEALTH JOURNAL

TROPHICO | Volume 1 | Nomor 2 | Halaman 1 - 45 | Medan, September 2021 | ISSN 2774-7662 (Print)
ISSN 2797-751X (Online)



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

talenta
PUBLISHER



DEWAN REDAKSI

Ketua Dewan Redaksi

Prof. Dr. Dra. Ida Yustina, M.Si., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Anggota Dewan Redaksi

Ir. Indra Chahaya S., M.Si., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Ismil Khairi Lubis, S.K.M., M.P.H., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Winni R.E. Tumanggor S.K.M., M.P.H., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Lanova Dwi Arde, S.K.M., M.K.M., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Arifa Masyitah Panjaitan, S.K.M., M.Kes., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Fadillah Aini, S.K.M., M.Kes., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Mitra Bestari

Prof. Asnawi Abdullah, S.K.M., M.H.S.M., M.Sc. H.P.P.F., D.L.S.H.T.M., Ph.D., Universitas Muhammadiyah Aceh, Indonesia

Dr. Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes., Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Ir. Etti Sudaryati, M.K.M., Ph.D., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

dr. Fazidah Aguslina Siregar, M.Kes., Ph.D., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Dra. Nurmaini, M.K.M., Ph.D., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Dr. Yuliani Setyaningsih, S.K.M., M.Kes., Universitas Diponegoro, Indonesia

Sekretariat dan Administrasi

Rodiyah Aini Manurung, S.Kom., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Iin Agusniar, S.K.M., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Muhammad Rizwan Anfa, S.Kom., Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Penerbit

Talenta Publisher Universitas Sumatera Utara

Alamat Redaksi

Sekretariat Redaksi Tropical Public Health Journal

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara

Jalan Universitas No. 21 Kampus USU Medan 20155

Telp./ Fax. : 061-8213221

Email: trophico@usu.ac.id



TROPHICO

TROPICAL PUBLIC HEALTH JOURNAL

Volume 1, Nomor 2, September 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas terbitnya TROPHICO: *Tropical Public Health Journal* Volume 1 Nomor 2 Bulan September Tahun 2021. Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan sampai penerbitan jurnal ini, terutama kepada seluruh mitra bestari yang sudah meluangkan waktu untuk mereviu artikel.

TROPHICO: *Tropical Public Health Journal* merupakan jurnal yang diterbitkan oleh Talenta Publisher dan dikelola oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. TROPHICO menerbitkan artikel hasil penelitian di bidang kesehatan masyarakat atau disiplin ilmu terkait dengan kesehatan masyarakat yang belum dimuat oleh media publikasi lain. Ruang lingkup keilmuan hasil penelitian meliputi Epidemiologi, Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Gizi Kesehatan Masyarakat, Biostatistik dan Kependudukan, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga serta artikel penelitian dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat lainnya. Jurnal ini pertama kali diterbitkan pada bulan Maret 2021 dan diterbitkan 2 kali dalam setahun (Maret dan September) baik dalam versi cetak maupun versi elektronik menggunakan *Online Journal System (OJS)*.

Kami berharap jurnal ini dapat bermanfaat bagi para peneliti, dosen, mahasiswa dan para praktisi kesehatan. TROPHICO memuat 7 artikel penelitian yang menyajikan berbagai topik bidang kesehatan masyarakat. Semoga kehadiran jurnal TROPHICO dapat melengkapi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat di Indonesia dan memberikan wawasan serta inspirasi baru kepada seluruh pembaca. Kami mengucapkan selamat bergabung kepada para pembaca untuk menerbitkan naskah terbaik Anda di jurnal ini.

Medan, September 2021

Ketua Dewan Redaksi



TROPHICO

TROPICAL PUBLIC HEALTH JOURNAL

ISSN 2774-7662 (Print)
ISSN 2797-751X (Online)
Volume 1, Nomor 2, September 2021
Halaman 1 - 45

DAFTAR ISI

- | | |
|---------|---|
| 1 - 8 | Faktor risiko malaria masyarakat pesisir di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai
Putra Priadi Siregar, Izzah Dienillah Saragih |
| 9 - 18 | Analisis informasi kesehatan melalui pemetaan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati, Sleman, Yogyakarta
Hendra Rohman, Asmi Rizal Abdillah, Anisa Risqi Qhoiriyah |
| 19 - 23 | Dukungan tenaga kesehatan dalam pencegahan stunting di Desa Tuntungan 2 Kabupaten Deli Serdang
Dhani Syahputra Bukit, Alam Bakti Keloko, Taufik Ashar |
| 24 - 27 | Hubungan tingkat pengetahuan gizi dengan status gizi pada mahasiswa Universitas Ibn Khaldun Bogor
Annisa Wulandari, Irfan Sudrajat, Kartika Agustika, Muhammad Fadli Pribadi, Riska Deliana, Siti Atiqa, Ade Saputra Nasution |
| 28 - 32 | Hubungan kekerasan verbal orang tua dengan perilaku remaja di SMPN 20 Kota Pekanbaru tahun 2020
Silvia Nova, Ana Sari |
| 33 - 41 | Implementasi program penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli
Gayatri Tunggadewi, Juanita, Zulhaida Lubis |
| 42 - 45 | Pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pada ODHA di Kota Medan
Siti Shirlia Vera A.R., Namora Lubis |

Faktor risiko malaria masyarakat pesisir di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai

Risk Factors of malaria among coastal communities in Pantai Cermin District, Serdang Bedagai Regency

Putra Apriadi Siregar^{1*}, Izzah Dienillah Saragih²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Medan, Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

^{1*}putraapriadisiregar@uinsu.ac.id, ²izzahdsaragih@usu.ac.id

Abstrak

Malaria merupakan penyakit umum terjadi di daerah pesisir. Studi ini bertujuan mengetahui faktor yang memengaruhi kejadian penyakit malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai. Penelitian ini menggunakan desain *case control* yang dilaksanakan di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai pada bulan Januari-Agustus 2019. Kelompok kasus dalam penelitian ini merupakan penderita malaria di Puskesmas Pantai Cermin sebanyak 36 orang dan kelompok kontrol merupakan yang bukan penderita malaria sebanyak 36 orang. Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara melalui instrumen kuesioner terstruktur, selanjutnya melakukan analisis bivariat menggunakan uji *chi square* dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel kawat kasa ventilasi ($p=0,083$, $OR=0,087$), jenis dinding rumah ($p=0,035$, $OR=1,157$), aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari ($p=0,009$, $OR=1,273$), penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur ($p<0,001$, $OR=4,007$). Risiko terkena penyakit malaria 12,98 kali lebih besar pada masyarakat yang tidak memasang kelambu berinsektisida saat tidur dibandingkan masyarakat yang memasang kelambu berinsektisida saat tidur. Dinas Kesehatan Kabupaten Serdang Bedagai dan tokoh masyarakat di Kecamatan Pantai Cermin diharapkan lebih intens untuk mensosialisasikan penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur sebagai salah satu upaya untuk mencegah kejadian penyakit malaria di Kecamatan Pantai Cermin.

Kata kunci: Kebiasaan masyarakat, kelambu, lingkungan, malaria, nyamuk

Abstract

Malaria is a common disease in coastal areas. This study aims to determine the factors that influence the incidence of malaria in Pantai Cermin District, Serdang Bedagai Regency. This study used a case-control design which was carried out in Pantai Cermin District, Serdang Bedagai Regency in January-August 2019. The case group in this study was 36 people with malaria at Pantai Cermin Health Center and 36 people in the control group were non-malaria sufferers. Data were collected by conducting interviews through a structured questionnaire instrument, then conducting bivariate analysis using the chi-square test and multivariate analysis using multiple logistic regression tests. The results showed that the variables of ventilation wire mesh ($p=0.083$, $OR=0.087$), house wall type ($p=0.035$, $OR=1.157$), individual activities to go out at night ($p=0.009$, $OR=1.273$), use of insecticide-treated mosquito nets during sleep ($p<0.001$, $OR=4.007$). The risk of malaria is 12.98 times greater in people who do not install insecticide-treated mosquito nets while sleeping than people who install insecticide-treated mosquito nets while sleeping. Serdang Bedagai District Health Office and community leaders in Pantai Cermin District are expected to be more intense in socializing the use of insecticide-treated mosquito nets while sleeping as an effort to prevent the incidence of malaria in Pantai Cermin District.

Keywords: Community habits, mosquito nets, environment, malaria, mosquitoes

Pendahuluan

Malaria termasuk ke dalam masalah kesehatan utama yang ditemukan pada penduduk di daerah tropis seperti Kamboja, Malaysia, Myanmar, Thailand dan Indonesia. Plasmodium sebagai *agent* penyakit malaria, dan penyebab terbanyak adalah *plasmodium falciparum* dan *vivax* (WHO, 2019).

Indonesia saat ini memiliki 72% daerah yang bebas malaria namun hal ini masih sangat membahayakan karena masih terdapat 28% daerah yang memiliki penderita malaria (Sitohang et al., 2018). Kasus malaria di Indonesia telah mengalami penurunan. Tahun 2014 prevalensi *Annual Parasite Incidence* (API) sebesar 0,99 kemudian pada tahun 2015 sebesar 0,85 dan pada tahun 2018

menurun menjadi 0,37% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Lingkungan menjadi salah satu faktor yang penting terhadap kejadian malaria (Agustina, 2021). Lingkungan memiliki peran memampukan vektor yang menjadi perantara malaria, yaitu *Anopheles Sp. Anopheles Sp.* memiliki kemampuan menyesuaikan diri terhadap lingkungan yang ada sehingga bisa tetap bertahan.

Penyakit malaria dapat terjadi diakibatkan oleh berbagai aspek yang mendukung nyamuk *Anopheles Sp.* dapat beradaptasi dengan kondisi lingkungan (GY, 2015). Kejadian malaria sangat ditentukan oleh faktor lingkungan fisik, biologi, dan perilaku masyarakat dalam bentuk praktik pencegahan penyakit malaria (Puspaningrum et al., 2016).

Penyebaran penyakit malaria disebabkan faktor lingkungan fisik dan biologis serta perilaku yang dapat menunjang terjadinya penyakit malaria (Willa RW, 2015). Kondisi lingkungan rumah penderita malaria berkaitan dengan kejadian malaria (Nababan, 2018), sedangkan faktor lingkungan dapat menjadi pemicu terjadinya penyakit malaria. Beberapa faktor yang memengaruhi munculnya malaria di suatu daerah adalah ketinggian lokasi, sinar matahari, pH, salinitas air, oksigen terlarut, keadaan angin, tumbuhan, iklim, temperatur, intensitas hujan, suhu, kedalaman sumber air, arus air dan kelembaban udara.

Beberapa faktor dari segi perilaku masyarakat dianggap berkontribusi terhadap timbulnya malaria yaitu perilaku masyarakat yang tidak memakai kelambu berinsektisida, kebiasaan menggunakan obat nyamuk bakar, menggunakan *repellent*. Ketiganya memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian penyakit malaria (Eka, 2017) (Wahyudi, 2015). Kebiasaan masyarakat seperti menutup jendela dan menutup pintu rumah saat sore hari terbukti menurunkan risiko terkena malaria (Rombot & Palandeng, 2015) (Dyah, 2016). Kebiasaan masyarakat untuk keluar pada malam hari berkaitan dengan terjadinya malaria (Nasution, 2019).

Penyakit malaria masih ditemukan di beberapa kabupaten/ kota di Provinsi Sumatera Utara terutama daerah pesisir seperti di Kabupaten Tapanuli Selatan, Mandailing Natal, Asahan, Labuhan Batu, Nias, Nias Utara, Nias Selatan dan Serdang Bedagai (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2019). Berdasarkan laporan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2017

terdapat 1 orang yang meninggal akibat penyakit malaria dari 149 kasus baru penyakit malaria positif. Pada tahun 2017 kasus penyakit malaria terjadi di 19 kabupaten/ kota di Provinsi Sumatera Utara di mana Kabupaten Serdang Bedagai menjadi salah satu kabupaten dengan jumlah suspek penderita penyakit malaria yang tinggi dengan jumlah suspek penderita penyakit malaria sebanyak 1986 orang (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2019).

Malaria masih merupakan penyakit endemis di Kabupaten Serdang Bedagai, meskipun secara data angkanya terus menurun setiap tahun. Hal ini ditunjukkan oleh data tahun 2014 yaitu jumlah kasus sebanyak 7.901 orang. Jumlah tersebut mengalami penurunan pada tahun 2015 menjadi 6.858 orang dan pada tahun 2016 jumlah penderita menjadi 4.622 orang.

Salah satu kecamatan yang menjadi endemis malaria yaitu kecamatan Pantai Cermin. Pantai Cermin berada di pesisir yang memiliki kejadian malaria pada beberapa tahun terakhir dan kemudian pada tahun 2017 sudah tidak ada kasus malaria baru di Kecamatan Pantai Cermin.

Studi ini bertujuan untuk menganalisis faktor risiko kejadian malaria sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Serdang Bedagai dalam upaya pengendalian penyakit malaria di lokasi penelitian. Penduduk di lokasi penelitian dapat bersama-sama mencegah terjadinya penyakit malaria di wilayah Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai.

Metode

Studi ini merupakan penelitian kasus kontrol yang diadakan di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai Provinsi Sumatera Utara. Pengumpulan data dilaksanakan di Bulan Januari - Agustus Tahun 2019. Kelompok kasus pada studi ini adalah penderita positif malaria berdasarkan data Puskesmas Pantai Cermin sebanyak 36 orang, sedangkan kelompok kontrol adalah orang yang tidak menderita malaria sebanyak 36 orang.

Faktor risiko yang diteliti dalam studi ini yaitu sosiodemografi (jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), lingkungan fisik rumah (kawat kasa ventilasi dan jenis dinding rumah), tempat istirahat nyamuk di lingkungan rumah, keberadaan kandang ternak, aktivitas individu untuk ke luar rumah

pada malam hari dan penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur.

Data primer dikumpulkan menggunakan metode wawancara langsung dengan kuesioner terstruktur dan lembar observasi. Uji regresi logistik digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel independen (faktor sosiodemografi, lingkungan fisik rumah, keberadaan kandang ternak, perilaku kesehatan) terhadap variabel dependen (kejadian penyakit malaria).

Hasil

Karakteristik masyarakat dalam penelitian ini dilihat berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lingkungan fisik rumah (kawat kasa ventilasi dan jenis dinding rumah), keberadaan kandang ternak, aktivitas individu keluar malam hari, penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur.

Tabel 1 menyajikan distribusi frekuensi sosiodemografi, faktor lingkungan dan perilaku dengan kejadian malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Sosiodemografi, Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	36	50,0
Perempuan	36	50,0
Pendidikan		
Tidak Sekolah	4	5,5
SD	20	27,7
SMP	19	26,4
SMA	22	30,6
Perguruan Tinggi	7	9,8
Pekerjaan		
Nelayan	33	45,8
PNS	2	2,8
Wiraswasta	9	12,5
Wirausaha	6	8,4
Buruh	16	22,2
Petani	5	6,9
Tidak Bekerja/IRT	1	1,4

(Bersambung)

Tabel 2
Hubungan Faktor Perilaku dan Lingkungan dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai

Variabel	Penderita Malaria		Bukan Penderita Malaria		Total		p	OR
	n	%	n	%	n	%		
	Kawat Kasa Ventilasi							
Tidak Memenuhi Syarat	16	22,2	9	12,5	25	34,7	0,083	0,087

(Bersambung)

Tabel 1

Distribusi Frekuensi Sosiodemografi, Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai

Variabel	n	%
Kawat Kasa Ventilasi		
Tidak Memenuhi Syarat	25	35,0
Memenuhi Syarat	47	65,0
Jenis Dinding Rumah		
Semi Permanen	20	27,8
Permanen	52	72,2
Keberadaan Kandang Ternak		
Ada di Sekitar Rumah	39	58,0
Tidak Ada di Sekitar Rumah	33	42,0
Aktivitas Individu Keluar Rumah Malam Hari		
Kadang-Kadang	33	42,0
Sering	39	58,0
Penggunaan Kelambu Berinsektisida Saat Tidur		
Kadang-Kadang	37	52,0
Sering	25	48,0
Kejadian Malaria		
Penderita Malaria	36	50,0
Bukan Penderita Malaria	36	50,0

Tabel 1 menjelaskan bahwa Masyarakat dalam penelitian ini memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 50% dan perempuan sebanyak 50%. Mayoritas masyarakat memiliki pendidikan SMA yaitu 30,6% dan tingkat pendidikan SD sebanyak 27,7%. Mayoritas masyarakat memiliki suku melayu sebanyak 43,1% dan suku Batak sebanyak 30,5%. Mayoritas masyarakat memiliki pekerjaan sebagai nelayan sebanyak 45,8% dan buruh sebanyak 22,2%.

Lingkungan fisik rumah masyarakat berupa kawat kasa ventilasi yang memenuhi syarat sebesar 65%. Jenis dinding rumah permanen sebesar 72,2%. Keberadaan kandang ternak disekitar rumah sebanyak 58%. Masyarakat yang kadang-kadang melakukan aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari sebanyak 58%. Masyarakat yang kadang-kadang menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur sebanyak 52%.

Tabel 2

Hubungan Faktor Perilaku dan Lingkungan dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai

Variabel	Penderita Malaria		Bukan Penderita Malaria		Total		p	OR
	n	%	n	%	n	%		
Syarat								
Memenuhi Syarat	20	27,8	27	37,5	47	65,3		
Jenis Dinding Rumah								
Semi Permanen	14	19,4	6	8,3	20	27,7	0,035	1,157
Permanen	22	30,5	30	41,7	52	72,3		
Aktivitas ke Luar Rumah Pada Malam Hari								
Sering	22	30,6	11	15,3	33	45,9	0,009	1,273
Kadang-Kadang	14	19,4	25	34,7	39	54,1		
Penggunaan Kelambu Berinsektisida Saat Tidur								
Kadang-Kadang	33	45,8	6	8,3	39	54,1	<0,01	4,007
Sering	3	4,2	30	41,7	33	45,9		

Pada tabel 2 menyajikan hasil uji *chi square* yaitu jenis dinding rumah ($p=0,035$), aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari ($p=0,009$) dan penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur ($p<0,001$) yang berhubungan signifikan dengan kejadian malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada variabel dinding rumah, risiko terkena penyakit malaria 1,157 kali lebih tinggi pada masyarakat yang memiliki dinding semi permanen dibandingkan masyarakat yang memiliki dinding permanen. Risiko terkena penyakit malaria 1,273 kali lebih tinggi pada masyarakat yang memiliki aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari dibandingkan masyarakat yang tidak memiliki aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari. Risiko terkena penyakit malaria 4,007 kali lebih tinggi pada masyarakat yang tidak menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur.

Tabel 3

Pengaruh Faktor Perilaku dan Lingkungan terhadap Kejadian Malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai

Variabel	B	OR	p
Kawat Kasa Ventilasi	1,103	6,872	0,217
Jenis Dinding Rumah	0,125	5,723	0,879
Aktivitas Keluar Rumah Pada Malam Hari	0,654	7,378	0,465
Penggunaan Kelambu Berinsektisida Saat Tidur	4,317	12,98	0,001
Constant	2,355	0,095	0,006

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa kawat kasa ventilasi memiliki nilai OR sebesar

6,872 yang berarti seseorang yang memiliki lingkungan rumah dengan kawat kasa ventilasi yang tidak memenuhi syarat memiliki risiko terkena malaria sebesar 6,872 kali dibandingkan seseorang yang memiliki kawat kasa ventilasi yang memenuhi syarat. Jenis dinding rumah memiliki nilai OR sebesar 5,723 yang berarti seseorang yang memiliki lingkungan rumahnya memiliki jenis dinding rumah semi permanen berisiko terkena malaria sebesar 5,723 kali dibandingkan seseorang yang memiliki jenis dinding permanen.

Aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari berpengaruh terhadap kejadian malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai. Hasil penelitian ini juga menunjukkan nilai OR sebesar 7,378 yang artinya seseorang yang sering melakukan aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari akan memiliki risiko terkena malaria sebesar 7,378 kali dibandingkan seseorang yang kadang kadang melakukan aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari

Penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur ($p=0,001$) berpengaruh terhadap kejadian malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai. Variabel yang paling dominan terhadap kejadian malaria adalah variabel penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur karena memiliki nilai OR sebesar 12,98. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa seseorang yang tidak menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur akan memiliki risiko terkena malaria sebesar 12,98 kali dibandingkan seseorang yang menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur.

Pembahasan

Penelitian ini mengidentifikasi faktor risiko kejadian malaria di wilayah pesisir pantai di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Begadai. Faktor lingkungan fisik dapat dilihat dari aspek jenis dinding rumah dan pemakaian kawat kasa. Faktor lingkungan fisik secara statistik berpengaruh terhadap kejadian malaria di Kecamatan Pantai Cermin.

Kondisi fisik rumah masyarakat di Kecamatan Pantai Cermin dengan jenis dinding rumah semi permanen memiliki risiko 5,723 kali terinfeksi malaria dibandingkan masyarakat yang memiliki kondisi fisik rumah dengan jenis dinding permanen. Kondisi fisik rumah dengan kategori dinding rumah yang berlubang akan membuat akses keluar masuknya nyamuk *Anopheles Sp.* Sehingga penularan penyakit malaria akan semakin besar (Agustina, 2021).

Konstruksi rumah dalam bentuk dinding rumah dengan komposisi dinding rumah berbahan kayu dan bambu memiliki risiko lebih tinggi terinfeksi malaria dibandingkan konstruksi rumah dengan dinding rumah yang terbuat dari batu bata. Rumah dengan dinding yang terbuka misalnya dinding rumah yang menggunakan kayu, bambu ataupun dinding rumah batu memiliki celah untuk nyamuk keluar masuk yang memperbesar risiko pemilik rumah terkena penyakit malaria (Hakim, 2016).

Berdasarkan hasil observasi peneliti, mayoritas rumah penduduk tidak memiliki kawat kasa pada ventilasi. Kondisi fisik rumah masyarakat tersebut meningkatkan risiko terjadinya malaria. Hasil penelitian dan observasi, lingkungan fisik rumah masyarakat Kecamatan Pantai Cermin berupa kawat kasa ventilasi rumah yang memenuhi syarat hanya sebesar 65%. Masyarakat yang memiliki rumah tanpa kawat kasa memiliki risiko 6,872 kali terkena penyakit malaria dibandingkan masyarakat yang memiliki rumah dengan ventilasi kawat kasa. Hasil studi ini sejalan dengan penelitian Trapsilowati (2016) yang menemukan bahwa penduduk yang memiliki rumah dengan ventilasi yang tidak memasang kawat kasa akan mempunyai risiko kejadian malaria 3,6 kali dibandingkan rumah yang memasang kawat kasa pada ventilasi. Selain kawat kasa, kondisi dinding rumah masyarakat di Kecamatan Pantai Cermin disukai nyamuk sebagai tempat perindukan karena nyamuk dapat keluar masuk dengan mudah dari sela-sela dinding kayu rumah dan akan

meningkatkan risiko terinfeksi gigitan nyamuk *Anopheles Sp.*

Kawat kasa yang dipasang di lubang ventilasi menjadi sebuah usaha membatasi ruang gerak nyamuk *Anopheles Sp.* masuk ke rumah masyarakat untuk menggigit manusia saat istirahat pada malam hari (Mustafa, 2018). Kondisi rumah yang tidak terpasang kawat kasa akan lebih tinggi risiko terinfeksi malaria (Irawati, 2017) (Rangkuti, 2017). Masih banyaknya masyarakat yang tidak memasang kawat kasa dirumah mereka disebabkan memasang kawat kasa dirasakan sulit, merepotkan dan tidak penting bagi masyarakat (Engka, 2017).

Penelitian ini mengidentifikasi faktor risiko kejadian malaria di wilayah pesisir pantai di Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Begadai. Perilaku meliputi aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari dan penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur. Perilaku secara statistik berkorelasi terhadap kejadian malaria di Kecamatan Pantai Cermin. Aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari menjadi salah satu faktor yang meningkatkan risiko terjadinya penyakit malaria di daerah endemis seperti Kecamatan Pantai Cermin. Penelitian ini juga menunjukkan seseorang yang sering melakukan aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari akan memiliki risiko terkena malaria sebesar 7,378 kali dibandingkan seseorang yang kadang-kadang melakukan aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari. Hasil penelitian di Desa Lempasing menunjukkan bahwa masyarakat yang mempunyai aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari lebih besar dibandingkan masyarakat yang tidak memiliki aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari (Lumolo et al., 2015). Aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari menjadi sebuah perilaku yang meningkatkan risiko kontak dengan nyamuk *Anopheles Sp.* yang menggigit pada malam hari yaitu pukul 18.00-04.00 (Selvia, 2019).

Mayoritas masyarakat di daerah ini memiliki pekerjaan yang mengharuskan bekerja dari pagi hingga sore, sehingga waktu di malam hari dimanfaatkan untuk berkumpul bersama keluarga di sekitar rumah ataupun berkumpul dengan tetangga di warung kopi dan rumah tetangga. Aktivitas individu untuk keluar rumah pada malam hari akan sangat berisiko mendapatkan gigitan nyamuk *Anopheles Sp.* karena masyarakat keluar pada umumnya tidak menggunakan *repellent*

padahal *repellent* menjadi salah satu solusi untuk masyarakat yang ingin beraktivitas pada malam hari jika berada di daerah endemis malaria

Faktor lain yang diidentifikasi menurunkan risiko penularan malaria adalah pemasangan kelambu berinsektisida. Masyarakat yang memasang kelambu berinsektisida saat malam hari berisiko 12,98 kali lebih rendah dibandingkan dengan masyarakat yang tidak menggunakan kelambu berinsektisida. Pencegahan kejadian malaria secara individu juga dapat dicegah dengan terlibat dalam perilaku pencegahan dengan tidur menggunakan kelambu berinsektisida (Lumolo et al., 2015). Pemasangan kelambu berinsektisida akan mengurangi risiko nyamuk *Anopheles* menghisap darah manusia pada malam hari (Junaidi, 2015). Penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur menjadi intervensi yang lebih baik daripada penggunaan obat nyamuk ataupun penggunaan *repellent* (Supranelfy, 2018). Insektisida pada kelambu dapat mencegah nyamuk menggigit manusia, sehingga risiko penularan bisa dikurangi. Oleh karenanya, distribusi kelambu berinsektisida merupakan langkah konkrit dalam menurunkan kasus malaria karena upaya intervensi membuat risiko kontak antara nyamuk dengan manusia akan menurun.

Penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur dinilai baik dalam mengurangi gigitan nyamuk namun masyarakat masih belum mau menggunakan kelambu berinsektisida karena terlalu repot digunakan dan kelambu berinsektisida sudah rusak ataupun hilang sehingga masyarakat tidak mampu untuk membeli kembali (Engka, 2017).

Lokasi penelitian merupakan daerah yang endemis malaria sehingga pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Serdang Bedagai berupaya untuk mencegah penularan penyakit malaria dengan berbagai upaya yang salah satunya dengan melakukan pembagian kelambu berinsektisida secara gratis kepada masyarakat agar para masyarakat di daerah endemis dapat terhindar dari gigitan nyamuk. Masyarakat di Kecamatan Pantai Cermin hampir seluruhnya mendapatkan kelambu berinsektisida untuk setiap rumah namun pada pelaksanaannya tidak semua rumah tangga menggunakan kelambu berinsektisida saat tidur, masyarakat sering menungkapkan alasan untuk tidak menggunakan kelambu berinsektisida yang diberikan yaitu merasa kepanasan jika menggunakan kelambu

berinsektisida saat tidur dan merasa tidak nyaman ketika tidur menggunakan kelambu berinsektisida.

Studi ini hanya terbatas meneliti faktor kejadian penyakit malaria di Kecamatan Pantai Cermin Kab Serdang Bedagai meliputi faktor sosiodemografi (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), penggunaan kawat kassa, jenis dinding rumah, keberadaan kandang ternak, aktifitas individu untuk keluar rumah malam hari dan pemasangan kelambu berinsektisida saat tidur. *Recall bias* dapat terjadi pada penelitian ini terkait jawaban yang diberikan subjek penelitian mengenai paparan di masa lalu khususnya jawaban alasan tidak menggunakan kelambu berinsektisida.

Kesimpulan

Faktor yang berisiko meningkatkan terjadinya transmisi malaria di Pantai Cermin Kab Serdang Bedagai adalah jenis dinding rumah, kawat kasa ventilasi, aktivitas individu untuk keluar rumah malam hari, pemasangan kelambu berinsektisida saat tidur. Faktor risiko yang paling berkontribusi untuk pencegahan penularan malaria adalah penggunaan kelambu berinsektisida.

Risiko terkena malaria pada kelompok yang tidak menggunakan kelambu berinsektisida 12,98 kali lebih besar dibandingkan seseorang yang menggunakan penggunaan kelambu berinsektisida saat tidur. Oleh karenanya Pemerintah daerah disarankan untuk mengoptimalkan distribusi dan penggunaan kelambu berinsektisida di masyarakat guna mencegah timbulnya malaria.

Acknowledgement

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara atas kesempatan melakukan penelitian. Selain itu, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak lain yang telah membantu berjalannya proses pengumpulan data hingga penelitian selesai.

Daftar Pustaka

Agustina, D. (2021). Environmental and Behavioral Factors Analysis of Malaria Incidents. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 11(2), 423–432. <https://doi.org/10.32583/pskm.v11i2.1198>

- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2018*. <http://dinkes.sumutprov.go.id/v2/download.html>
- Dyah Wulan S.R.Wardani, N. A. (2016). Hubungan Antara Faktor Individu dan Faktor Lingkungandengan Kejadian Malaria. *Majority*, 5(1), 86–91. <https://doi.org/https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/986>
- Eka Cania. (2017). Faktor Lingkungan , Perilaku dan Penyakit Malaria. *J Agromed Unila*, 4, 173–184. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1570>
- Engka, W. S. R. (2017). Studi Tentang Peran Serta Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan Penyakit Malaria Di Puskesmas Rumbia Tengah Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(5), 1–8
- GY, P. (2015). Nyamuk *Anopheles Sp.* dan Faktor Yang Mempengaruhi di Kecamatan Rajabasa, Lampung Selatan. *J Major*, 4(1), 7–20
- Irawati. (2017). Karakteristik Lingkungan Penderita Malaria di Kabupaten Bulukumba. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 73–77
- Junaidi H, Raharjo M, S., & O. (2015). Analisis Faktor Risiko Kejadian Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Kuala Bhee Kecamatan Woyla Kabupaten Aceh Barat. *Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 14(2), 40–48
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018. *Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia*
- Lukman Hakim, Tri Wahono, Andri Ruliansyah, A. J. K. (2016). Hubungan Faktor Lingkungan Fisik dan Perilaku Penghuni Rumah dengan Kejadian Penyakit Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Kokap II, Kabupaten Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 418–426
- Lumolo, F., Pinontoan, O. R., & Rattu, J. M. (2015). Analisis Hubungan Antara Faktor Perilaku Dengan Kejadian Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Mayumba Provinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal E-Biomedik*, 3(3), 865–871. <https://doi.org/doi.org/10.35790/ebm.3.3.2015.10322>
- Mustafa. (2018). Penggunaan Kelambu Berinsektisida dan Kawat Kasa Dengan Kejadian Malaria di Kelurahan Sangaji. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 1(3), 93–98
- Nababan, R., & Umniyati, S. R. (2018). Faktor Lingkungan dan Malaria yang Memengaruhi Kasus Malaria di Daerah Endemis Tertinggi di Jawa Tengah : Analisis Sistem Informasi Geografis. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 34, 11–18. <https://doi.org/doi.org/10.22146/bkm.26941>
- Nasution, F. (2019). Improvement of Knowledge and Attitude of Community Figure in Preventing Malaria Disease Through Discussion with Leaflet and Module. *Jurnal Kesehatan*, 12(2), 154–164
- Puspaningrum, D. T., Rahardjo, M., & Nurjazuli. (2016). Analisis Spasial Pengaruh Faktor Lingkungan terhadap Persebaran Kasus Malaria di Kecamatan Punggelan Kabupaten Banjarnegara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4, 882–891. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/14383>
- Rangkuti, Ahmad Faizal, Sulistyani, N. E. (2017). Faktor Lingkungan dan Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Panyabungan Mandailing Natal Sumatera Utara. *Balaba*, 13(1), 1–10. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/blb/article/view/4672>
- Rombot, D. V., & Palandeng, H. M. F. (2015). Tindakan Pencegahan Masyarakat terhadap Kejadian Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Tikala Kota Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas Dan Topik*, 4(2), 97–101. <https://doi.org/10.1007/s12032-016-0764-6>
- Selvia, D. (2019). Keluar Rumah pada Malam Hari dan Penggunaan Kelambu Berinsektisida dengan Penyakit Malaria di Desa Lempasing. *Dea Selvia*, 2(1), 89–95
- Sitohang, V., Sariwati, E., Fajariyani, S. B., Hwang, D., Kurnia, B., Hapsari, R. K., Laihad, F. J., Sumiwi, M. E., Pronyk, P., & Hawley, W. A. (2018). Malaria elimination in Indonesia: halfway there. *The Lancet Global Health*, 6(6), e604–e606. [https://doi.org/10.1016/S2214109X\(18\)30198-0](https://doi.org/10.1016/S2214109X(18)30198-0)
- Trapsilowati, W. (2016). Faktor Risiko

- Perilaku dan Lingkungan dalam Penularan Malaria di Pulau Sebatik, Kabupaten Nunukan, Kalimantan Timur. *BALABA*, 12(2), 99–110
- Wahyudi, W. H. C. (2015). Faktor Praktik Pencegahan dan Lingkungan Rumah dengan Kejadian Malaria di Desa Jatirejo Kecamatan Kaligesing Kabupaten Purworejo. *JURNAL VISIKES*, 14(2), 91–99. <https://doi.org/http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/1193>
- WHO. (2019). *World Malaria Report 2019*. <https://doi.org/9789241565721>
- Willa RW, K. M. (2015). Penyebaran Kasus dan Habitat Perkembangbiakan Vektor Malaria di Kabupaten Sumba Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Indones J Heal Ecol*, 14(3), 218–228. <https://www.neliti.com/publications/81985/penyebaran-kasus-dan-habitat-perkembangbiakan-vektor-malaria-di-kabupaten-sumba>
- Yanelza Supranelfy, Sulfa Esi Warni, Nur Inzana, Nungki Hapsari Suryaningtyas, T. N. (2018). Penemuan Kasus Malaria Berdasarkan Pemeriksaan Mikroskopis di RSUD Kota Lubuklinggau dan Kabupaten Musi Rawas. *Aspirator*, 10(1), 27–36

Analisis informasi kesehatan melalui pemetaan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati, Sleman, Yogyakarta

Analysis of health information through mapping of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Prambanan, Gamping and Mlati, Sleman, Yogyakarta

Hendra Rohman^{1*}, Asmi Rizal Abdillah², Anisa Risqi Qhoiriyah³

^{1,3}Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

²Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

^{1*}hendrarohman@mail.ugm.ac.id, ²asmi.rizal.abdillah@mail.ugm.ac.id, ³anisarisqi27@gmail.com

Abstrak

Kasus DBD di Kabupaten Sleman dari tahun 2018 - 2020 terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2019 terdapat 728 kasus DBD, di tahun 2020 meningkat menjadi 810 kasus. Terdapat 3 wilayah dari 17 kecamatan di Kabupaten Sleman yang memiliki kasus DBD tinggi yaitu di Prambanan, Gamping dan Mlati. Penelitian ini menganalisis informasi kesehatan melalui pemetaan penyakit DBD di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati. Jenis penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus. Hasil pemetaan penyakit DBD, kasus tertinggi di wilayah Prambanan (120 kasus) yaitu di Sumberharjo. Wilayah Gamping (117 kasus) yaitu di Balecatur. Wilayah Mlati (104 kasus) yaitu di Sinduadi. Jenis kelamin laki-laki dan kelompok umur 15-44 tahun menempati kasus terbanyak di ketiga wilayah. Faktor penyebab tingginya kasus DBD adalah faktor curah hujan, suhu, kelembaban dan ketinggian wilayah. Faktor kepadatan penduduk dan mobilitas penduduk tidak berpengaruh. Promosi kesehatan fokus di daerah tinggi kasus DBD sehingga tidak akan terulang lonjakan kasus yang tinggi pada daerah tersebut. Upaya pencegahan dan penanggulangan DBD lebih terorganisir dalam jangka waktu yang rutin dan berkesinambungan.

Kata kunci: DBD, informasi kesehatan, pemetaan

Abstract

DHF cases in Sleman Regency from 2018 - 2020 continue to increase. In 2019 there were 728 cases of DHF, in 2020 it increased to 810 cases. There are 3 areas from 17 sub-districts in Sleman Regency that have high dengue cases, namely in Prambanan, Gamping and Mlati. This study analyzes health information through mapping DHF in the Prambanan, Gamping and Mlati areas. This type of research is descriptive with a case study design. Results of the mapping of dengue disease, the highest cases were in the Prambanan area (120 cases), namely in Sumberharjo. In the Gamping area (117 cases), namely in Balecatur. In the Mlati area (104 cases), namely in Sinduadi. Male sex and age group 15-44 years occupy the most cases in the three regions. Factors causing the high number of dengue cases are rainfall, temperature, humidity and altitude. The factors of population density and population mobility have no effect. Health promotion focuses on areas with high cases of dengue fever so that a high number of cases will not be repeated in those areas. DHF prevention and control efforts are more organized in a routine and continuous period.

Keywords: DHF, health information, mapping

Pendahuluan

Dengue merupakan suatu penyakit yang ditularkan melalui nyamuk, dengan cepat menyebar ke semua daerah. Seluruh negara di dunia secara drastis kasus *dengue* telah meningkat dalam beberapa dekade belakangan ini. Virus ini ditularkan oleh nyamuk betina terutama dari *aedes* spesies *aegypti* dan sedikit banyak *aedes albopictus*. Jumlah kasus *dengue* yang dilaporkan kepada WHO meningkat lebih dari 8 kali dalam dua dekade terakhir dan *dengue* adalah satu-satunya penyakit menular yang telah meningkat secara eksponensial dengan urbanisasi yang pesat dan perubahan lingkungan hidup. Sebagian besar kasus adalah tidak menunjukkan gejala atau ringan dan

terkelola sendiri (WHO, 2020).

Dengue adalah penyakit arbovirus yang disebabkan oleh virus *dengue*. Infeksi *dengue* ringan menyebabkan berbagai macam klinis, dari demam *dengue* (DF) hingga penyakit yang bisa mematikan seperti demam berdarah *dengue* (DHF) atau sindrom syok *dengue* (DSS) (Wang *et al.*, 2020).

Demam berdarah *dengue* merupakan salah satu jenis dari penyakit arbovirus. *Arthropod-borne-viruses* (arbovirus) yaitu virus yang ditularkan melalui gigitan arthropoda, seperti nyamuk. Jika nyamuk menghisap darah manusia yang sedang dalam viremi, virus akan berkembang biak dalam tubuh nyamuk tersebut hingga masa inkubasi (Frida N, 2020).

Faktor penyebab DBD diantaranya

yaitu curah hujan dan ketinggian tempat. Faktor curah hujan mempunyai hubungan erat dengan laju peningkatan populasi *aedes aegypti* (Tavares, *et al.*, 2014). Penyebaran DBD faktor iklim seperti curah hujan, suhu dan kelembaban berpengaruh (Nazri *et al.*, 2013). Nyamuk dapat juga berkembang di vas bunga yang terdapat air, semak-semak atau pepohonan yang rimbun di sekitar rumah (Gavinov & Putri, 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, angka penderita penyakit DBD tahun 2020 pada 17 Kecamatan di Kabupaten Sleman dilaporkan sebanyak 810 kasus. Sleman memiliki 17 kecamatan dan terdapat beberapa kecamatan yang memiliki angka kasus DBD yang tinggi, diantaranya yaitu Kecamatan Prambanan, Gamping dan Mlati. Kasus penyakit DBD di wilayah Prambanan sebanyak 120 kasus, di Gamping sebanyak 117 kasus dan di Mlati sebanyak 104 kasus.

Data kasus DBD di Kecamatan Prambanan, Gamping dan Mlati terus berada pada angka yang cukup besar. Apabila kasus DBD dibiarkan begitu saja dan tidak diambil tindakan lebih lanjut maka kasus DBD di Kabupaten Sleman akan terus berada dalam jumlah yang tinggi. Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Sleman melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dalam penanggulangan penyakit DBD adalah dengan gerakan satu rumah satu juru pemantau jentik serta pemberantasan sarang nyamuk dengan cara 3M *plus* yaitu menguras, menutup dan mendaur ulang barang bekas *plus* mencegah gigitan nyamuk dengan penggunaan cairan anti-nyamuk oles atau *spray*.

Pemetaan penyakit DBD melalui Sistem Informasi Geografis (SIG) dapat memvisualisasikan persebaran penyakit dalam bentuk peta pada sistem, serta mampu menampilkan informasi yang meliputi wilayah kasus persebaran penyakit, angka kasus persebaran penyakit, beserta informasi tingkat kerawanan demam berdarah setiap desa, sehingga memudahkan instansi terkait dalam pemantauan kasus demam berdarah *dengue* di daerah tertentu mampu memberikan penanganan yang efektif dan lebih tepat sasaran dalam menangani desa yang terjangkit demam berdarah (Veritawati, *et al.*, 2020).

Tujuan penelitian ini menganalisis informasi kesehatan melalui pemetaan penyakit DBD di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati. Secara khusus mengidentifikasi persebaran penderita penyakit DBD, menggambarkan persebaran kasus penyakit DBD, dan menganalisis faktor penyebab kejadian DBD di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati.

Metode

Metode penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus. Tempat penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Prambanan, Gamping dan Mlati, Sleman, Yogyakarta. Penelitian dilaksanakan pada bulan April hingga Juni 2021. Wawancara kepada Kepala Seksi dan Petugas P2PL Bagian Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Data penderita DBD Tahun 2020 merupakan data yang tercatat di data Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Faktor ketinggian tempat, curah hujan, suhu, dan kelembaban, sebagai penyebab lingkungan kejadian kasus DBD. Faktor kepadatan penduduk dan mobilitas sebagai penyebab kondisi demografis kejadian kasus DBD.

Data curah hujan, data kepadatan penduduk, mobilitas, suhu dan kelembaban diperoleh dari data Badan Pusat Statistik (BPS) di Kabupaten Sleman. Aplikasi ArcGIS versi 10.4 digunakan untuk mengolah data. Pemetaan penderita penyakit DBD di wilayah Prambanan diolah berdasarkan tingkat jumlah kasus yang ada di setiap desa, yaitu rendah, sedang dan tinggi. Penentuan kelas rendah, sedang dan tinggi didapat dari menentukan nilai minimal dan nilai maksimal yang didapat dari data jumlah penderita DBD. Pembagian interval dilakukan dengan cara nilai maksimal dikurangi nilai minimal lalu dibagi dengan jumlah kategori, dalam penelitian terbagi 3 kategori. Hasil penghitungan interval didapat kategori rendah, sedang dan tinggi kemudian data kategori tersebut ditambahkan dalam *field* desa pada *attribute table*.

Hasil

Kabupaten Sleman merupakan salah satu kabupaten yang ada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Kabupaten Sleman memiliki luas 18% dari luas Provinsi DIY. Kabupaten Sleman secara administratif terdiri dari 17 kecamatan, 86 desa dan 1.212 dusun.

Kasus DBD berdasarkan jenis kelamin, untuk laki-laki, tertinggi terdapat di wilayah Prambanan (67 kasus) diikuti Gamping (62 kasus) dan Mlati (54 kasus), sedangkan untuk perempuan, kasus tertinggi terdapat di wilayah Gamping (55 kasus), diikuti Prambanan (53 kasus) dan Mlati (50 kasus). Data jumlah pasien laki-laki lebih tinggi daripada jumlah pasien perempuan di

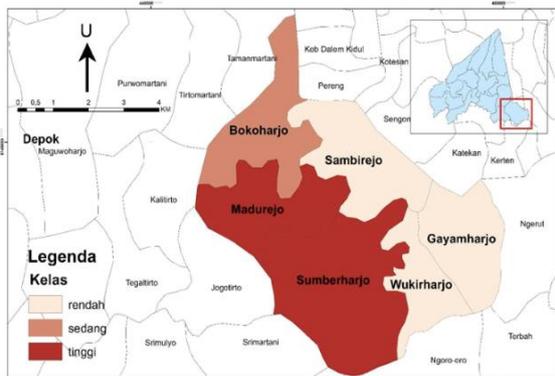
wilayah Prambanan, di mana jumlah pasien laki-laki berjumlah 67 dan pasien perempuan berjumlah 53. Jumlah pasien laki-laki lebih banyak dari jumlah pasien perempuan juga terjadi di wilayah Gamping yaitu pasien laki-laki berjumlah 62 orang dan pasien perempuan 55 orang. Wilayah Mlati memiliki kasus kejadian yang sama seperti dua wilayah sebelumnya di mana jumlah pasien laki-laki berjumlah 54 orang dan jumlah pasien perempuan 50 orang.

Wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati, kasus DBD berdasarkan kelompok umur paling tinggi ada di kelompok umur 15-44 tahun dengan persentase sebesar 45,83% di wilayah Prambanan, 48,71% di Gamping dan 57,69% di Mlati. Posisi kedua diikuti oleh kelompok umur 5-14 tahun di ketiga wilayah dengan persentase 45% di wilayah Prambanan, 36,75% di Gamping, dan 32,69% di Mlati. Pada lima kelompok umur di tiga wilayah tersebut, bahwa kelompok umur 15-44 tahun menempati posisi tertinggi di tiga wilayah yaitu di wilayah Prambanan dengan jumlah 55 orang, Gamping dengan 57 orang, dan Mlati berjumlah 60 orang.

Kasus DBD di Prambanan

Kasus DBD di wilayah Prambanan paling tinggi berada di Sumberharjo dengan persentase sebanyak 39,16% diikuti dengan Madurejo dengan angka 36,67%. Kasus paling rendah ada di Wukirharjo dengan angka persentase sebanyak 0% atau tidak ditemukan kasus di daerah tersebut.

Tingkat kasus DBD di wilayah Prambanan yang paling tinggi berada di Sumberharjo, lalu Madurejo yang ditandai dengan warna merah tua, diikuti tingkat sedang berada di Bokoharjo yang ditandai dengan warna kecoklatan dan yang terakhir dengan tingkat rendah berada di Wukirharjo, Gayamharjo dan Sambirejo yang ditandai dengan warna merah muda. Seperti gambar di bawah ini.



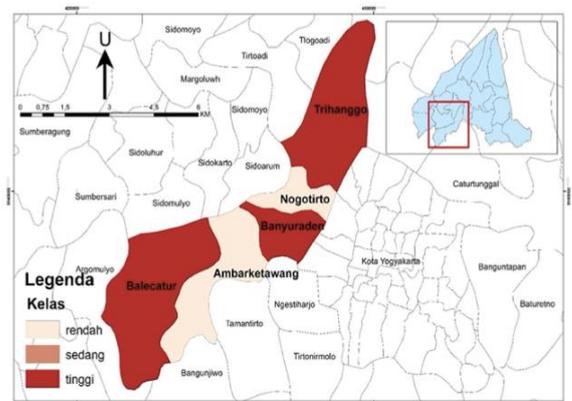
Gambar 1. Peta kasus DBD di wilayah

Prambanan

Kasus DBD di Gamping

Kasus DBD di wilayah Gamping paling tinggi berada di Balecatur dengan persentase sebanyak 27,35% diikuti dengan Trihanggo dengan angka 25,64%, dan Banyuraden sebanyak 23,07%. Kasus rendah berada di Ambarketawang dan Nogotirto yang memiliki angka persentase sama yaitu sebesar 11,97%.

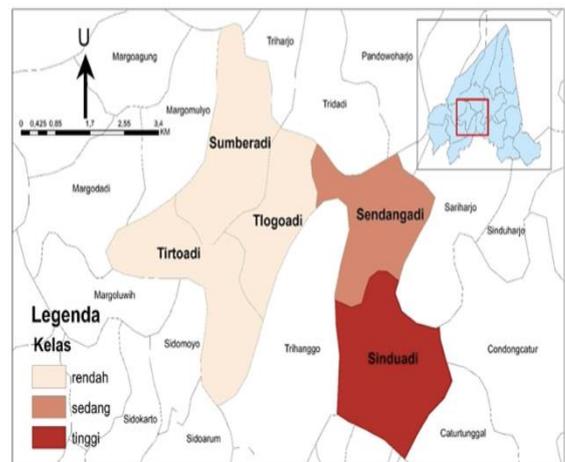
Tingkat penderita DBD di Wilayah Gamping yang paling tinggi berada di Balecatur, Trihanggo dan Banyuraden yang ditandai dengan warna merah tua, diikuti tingkat rendah ada di Ambarketawang dan Nogotirto yang ditandai dengan warna merah muda. Seperti gambar di bawah ini :



Gambar 2. Peta kasus DBD di wilayah Gamping

Kasus DBD di Mlati

Kasus DBD di wilayah Mlati paling tinggi ada di Sinduadi dengan persentase sebanyak 43,27%. Kasus paling rendah ada di Tirtoadi dengan persentase sebanyak 7,70%. Seperti gambar 3 di bawah ini :



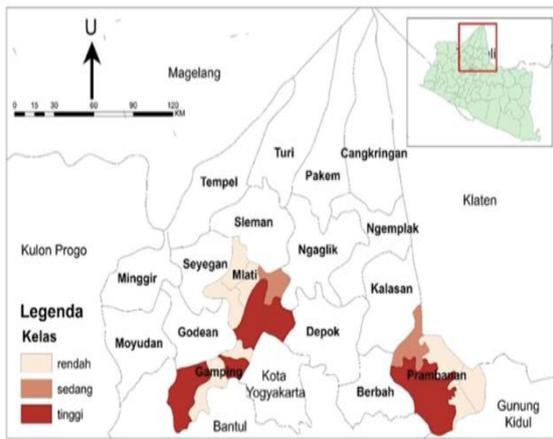
Gambar 3. Peta kasus DBD di wilayah Mlati

Tingkat penderita DBD di wilayah

Mlati yang paling tinggi berada di Sinduadi yang ditandai dengan warna merah tua, diikuti tingkat sedang ada di Sendangadi yang ditandai dengan warna kecoklatan dan yang terakhir dengan tingkat rendah ada di Tirtoadi, Tlogoadi dan Sumberadi yang ditandai dengan warna merah muda.

Perbandingan Penyebaran Kasus DBD

Jumlah penderita DBD tertinggi ada di wilayah Gamping, Mlati, Ngaglik, Godean dan Prambanan. Seperti dapat dilihat pada gambar 4.

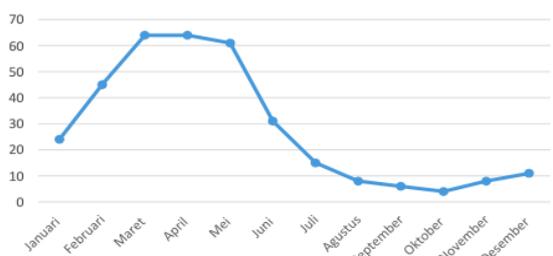


Gambar 4. Peta kasus DBD di wilayah Prambanan, Gamping, dan Mlati

Daerah yang tinggi memiliki jarak yang berdekatan, kecuali wilayah Prambanan. Dapat diperkirakan wilayah Prambanan memiliki angka kasus DBD tinggi karena tingkat mobilitas yang cukup tinggi dan wilayahnya. Hal ini karena berada di perbatasan Provinsi Jawa Tengah yang memungkinkan banyak masyarakat keluar masuk daerah tersebut.

Kasus DBD di Wilayah Sleman

Jumlah penderita DBD di wilayah Sleman dihitung pada bulan Januari-Desember tahun 2020 dilihat pada gambar 5 berikut :



Gambar 5. Kasus DBD di wilayah Sleman tahun 2020

Jumlah kasus DBD di wilayah Sleman mengalami lonjakan pada bulan Maret-April tahun 2020 dan penurunan kasus terjadi pada

bulan Juli-Oktober tahun 2020.

Curah Hujan di Wilayah Sleman

Curah hujan rendah adalah curah hujan antara 0-100 mm, sehingga pada tahun 2020 curah hujan rendah ada di bulan Juni, Juli, Agustus dan September. Curah hujan menengah adalah curah hujan antara 100- 300 mm, sehingga pada tahun 2020 curah hujan menengah ada di bulan Oktober, November, Januari, Februari dan Mei. Sedangkan curah hujan tinggi adalah curah hujan antara 300-500 mm, sehingga pada tahun 2020 curah hujan tinggi ada di bulan April. Curah hujan sangat tinggi adalah curah hujan >500 mm sehingga pada tahun 2020 curah hujan sangat tinggi ada di bulan Desember dan Maret.

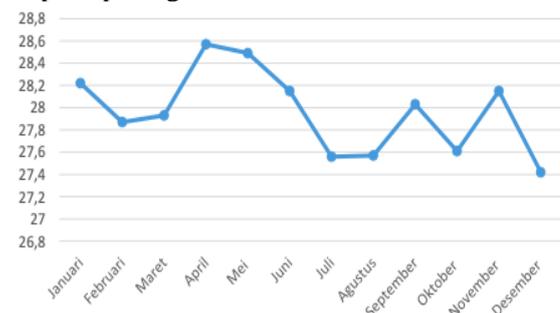


Gambar 6. Curah hujan di wilayah Sleman tahun 2020

Lonjakan kasus DBD tinggi ada di bulan Maret yang bersamaan dengan tingginya curah hujan di Kabupaten Sleman. Tingkat curah hujan pada bulan Januari-Maret terus terjadi kenaikan dan pada bulan yang sama jumlah penderita DBD di bulan Januari-Maret juga terjadi kenaikan angka kasus DBD. Bulan April-September curah hujan mengalami penurunan dan pada bulan yang sama kasus DBD di bulan April-September juga mengalami penurunan jumlah kasus. Bulan Oktober-Desember curah hujan kembali meningkat dan pada bulan yang sama kasus DBD di bulan Oktober-Desember juga terjadi peningkatan kasus. Curah hujan menjadi salah satu faktor penyebab DBD di wilayah tersebut.

Suhu di Wilayah Sleman

Rata-rata suhu pada tahun 2020 sebesar 27,9°C, suhu tertinggi ada di bulan April dengan suhu 28,57°C dan suhu terendah ada di bulan Desember dengan suhu 27,42°C. Seperti pada gambar di bawah ini :



Gambar 7. Suhu di wilayah Sleman tahun

2020

Suhu tertinggi ada di bulan April dan di bulan yang sama jumlah kasus DBD juga cukup tinggi. Suhu terendah ada di bulan Desember dan pada bulan yang sama jumlah kasus DBD cukup meningkat dari bulan sebelumnya. Bulan Januari-Maret terjadi penurunan suhu dan pada bulan yang sama jumlah kasus DBD meningkat. Bulan April-Agustus terjadi penurunan suhu namun jumlah kasus DBD juga ikut mengalami penurunan. Bulan September-November suhu mengalami peningkatan dan di bulan yang sama jumlah kasus DBD ikut naik dalam jumlah yang sedikit, dan yang terakhir pada bulan Desember suhu menurun drastis dan pada bulan yang sama jumlah kasus DBD meningkat dari bulan sebelumnya. Suhu menjadi salah satu faktor penyebab DBD di wilayah tersebut.

Kelembaban di Wilayah Sleman

Rata-rata kelembaban pada tahun 2020 sebesar 77,9%, kelembaban tertinggi ada pada bulan Maret dengan 80,48% dan kelembaban terendah ada pada bulan Juni dengan 73,83%. Seperti yang terlihat pada gambar 8 berikut ini :



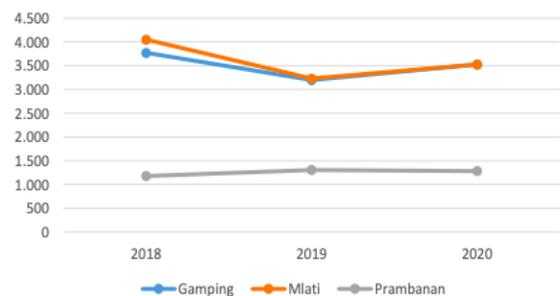
Gambar 8. Kelembaban di wilayah Sleman tahun 2020

Kelembaban tertinggi ada di bulan Maret dan pada bulan yang sama kasus DBD ada di jumlah kasus terbanyak, kelembaban terendah ada di bulan Juni dengan jumlah kasus DBD yang menurun dari bulan sebelumnya. Bulan Januari-Maret terjadi peningkatan kelembaban dan pada bulan yang sama jumlah kasus DBD juga mengalami kenaikan, bulan April-Juni terjadi penurunan kelembaban dan pada bulan yang sama jumlah kasus DBD juga mengalami penurunan, penurunan jumlah kasus terjadi sampai bulan Oktober. Bulan November-Desember terjadi peningkatan kelembaban dan pada bulan yang sama jumlah kasus DBD juga mengalami peningkatan. Kelembaban menjadi salah satu faktor penyebab DBD di wilayah tersebut.

Data ketinggian tempat di Prambanan, Gamping dan Mlati menunjukkan bahwa di ketiga wilayah tersebut merupakan dataran rendah atau di bawah 200 mdpl. Wilayah Prambanan memiliki ketinggian 170 mdpl, Gamping 112 mdpl dan Mlati 196 mdpl. Ketinggian tempat menjadi salah satu faktor penyebab DBD di wilayah tersebut.

Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk paling tinggi berada di wilayah Gamping dengan 3.527 jiwa/km², diikuti Mlati dengan 3.524 jiwa/km² dan Prambanan dengan 1.284 jiwa/km². Seperti pada gambar 9 berikut :

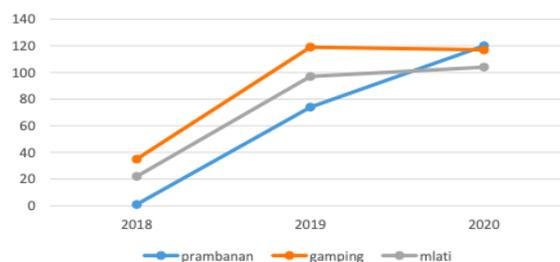


Gambar 9. Jumlah kepadatan penduduk tahun 2018-2020

Kepadatan penduduk dari tahun 2018 ke tahun 2019 di wilayah Gamping dan Mlati terjadi penurunan sedangkan di wilayah Prambanan terjadi kenaikan. Kemudian kepadatan penduduk pada tahun 2019 ke tahun 2020 terjadi kenaikan di wilayah Gamping dan Mlati sedangkan di wilayah Prambanan terjadi penurunan.

Kasus DBD

Jumlah kasus DBD pada tahun 2018-2020 terus terjadi peningkatan jumlah kasus, kecuali di wilayah Gamping pada tahun 2019 ke 2020 terjadi penurunan jumlah kasus DBD.. Seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini :

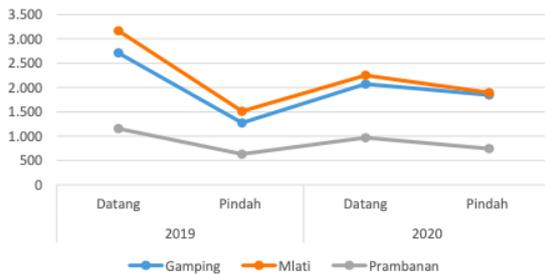


Gambar 10. Jumlah kasus DBD di wilayah Sleman tahun 2018-2020

Faktor yang menjadi penyebab terjadinya kenaikan kasus penurunan DBD di wilayah tersebut adalah kepadatan penduduk.

Mobilitas Penduduk

Berdasarkan gambar 11, mobilitas tertinggi ada di wilayah Mlati baik untuk datang ataupun pindah, dengan jumlah datang sebanyak 2.250 dan pindah 1.895, diikuti Gamping dengan jumlah datang sebanyak 2.072 dan pindah 1.848, yang terakhir ada di Prambanan dengan jumlah datang sebanyak 968 dan pindah sebanyak 742.

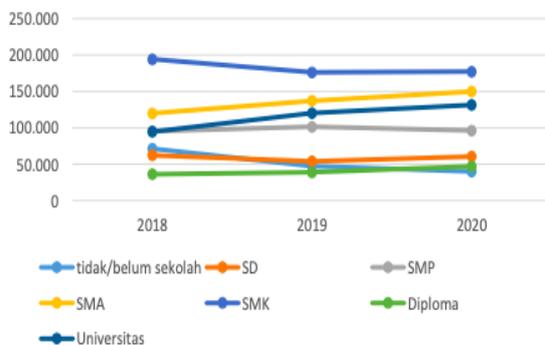


Gambar 11. Mobilitas penduduk tahun 2018-2020

Terjadi peningkatan penduduk yang datang dan penduduk yang pindah. Pada tahun 2020 jumlah penduduk yang datang dan pindah lebih rendah dari tahun sebelumnya. Jumlah kasus DBD pada tahun 2018-2020 terus terjadi peningkatan, kecuali di wilayah Gamping pada tahun 2019 ke 2020 terjadi penurunan jumlah kasus DBD. Mobilitas penduduk menjadi salah satu faktor penyebab DBD di wilayah tersebut.

Tingkat Pendidikan

Seperti yang terlihat pada gambar 12, jumlah kasus DBD paling tinggi ada pada tingkat pendidikan Sekolah Menengah Atas Kejuruan yaitu 177.403 orang dan tingkat pendidikan dengan jumlah terendah ada pada tingkat tidak/belum sekolah yaitu 40.148 orang.



Gambar 12. Tingkat pendidikan tahun 2018-2020

Data tingkat pendidikan tahun 2018-2020 tidak semua mengalami peningkatan jumlah. Pada kategori tidak/belum pernah sekolah mengalami penurunan. Kategori SMA,

Diploma dan Universitas jumlah tiap tahun terus meningkat. Kategori lain seperti SD, SMP dan SMK jumlahnya masih mengalami penurunan dan peningkatan. Jumlah kasus DBD pada tahun 2018-2020 terus terjadi peningkatan jumlah kasus, kecuali di wilayah Gamping pada tahun 2019-2020 terjadi penurunan jumlah kasus DBD. Tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor penyebab DBD di wilayah tersebut.

Berdasarkan hasil analisis faktor penyebab DBD tersebut, di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati terdiri dari faktor curah hujan, suhu, kelembaban, ketinggian tempat, kepadatan penduduk, mobilitas penduduk dan tingkat pendidikan. Masing-masing wilayah perlu mempertimbangkan faktor penyebab DBD tersebut saat kegiatan promosi kesehatan. Terutama difokuskan di daerah tinggi kasus DBD. Upaya masing-masing wilayah dalam pencegahan dan penanggulangan DBD, dikaji ulang agar lebih terorganisir lagi dan dilakukan secara berkesinambungan.

Pembahasan

Pemetaan pada wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati dapat diketahui jika di wilayah Prambanan terdapat 120 kasus dengan kasus tertinggi berada di Sumberharjo dan Madurejo, di wilayah Gamping terdapat 117 kasus dengan kasus tertinggi berada di wilayah Balecatur, Trihanggo dan Banyuraden, sedangkan di wilayah Mlati terdapat 104 kasus dengan kasus tertinggi berada di Sinduadi. Kasus tertinggi tersebut dalam pemetaan penyakit ditandai dengan area berwarna merah.

Penderita laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan penderita yang perempuan. Pada kasus di wilayah Prambanan antara jumlah penderita laki-laki dan perempuan terdapat selisih sebanyak 14, dimana jumlah penderita laki-laki adalah sebanyak 67 orang. Hal serupa juga terjadi untuk wilayah Gamping, terdapat selisih angka sebanyak 7, dimana angka penderita laki-laki adalah 62 orang. Begitupun untuk wilayah Mlati terdapat selisih 4, dimana angka kasus laki-laki adalah 54 orang. Semua hasil kasus di tiga wilayah tersebut, dapat diakumulasi selisih antara penderita laki-laki. Jumlah penderita kasus DBD yang mengalami DSS ataupun tidak mengalami DSS lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki dibanding jenis kelamin perempuan (Hernawan & Afrizal, 2017).

Kelompok umur yang memiliki jumlah kasus terjangkit DBD adalah pada rentang umur 15-44 tahun. Kasus tertinggi ada

pada kelompok umur kurang dari 15 tahun, yaitu pada usia 5-14 tahun dengan jumlah 25 kasus, dan pada usia 15-44 tahun hanya terdapat 7 kasus DBD (Purnawinadi *et al.*, 2020).

Pada tahun 2020, curah hujan pada bulan Januari-April memasuki musim hujan tinggi mencapai 273,60 – 352,70 mm³, pada bulan Mei-Juli mengalami penurunan dari 270,10 – 2,80 mm³, kemudian pada bulan Agustus-Desember kembali terjadi peningkatan mencapai 37,90 – 552,50 mm³ (Badan Pusat Statistik, 2020).

Jika dibandingkan dengan data pada tahun 2019, curah hujan tinggi ada pada bulan Januari-April yaitu mencapai angka 466 – 402 mm³, kemudian mengalami penurunan yang sangat besar pada bulan Mei-Agustus yaitu 56 – 1 mm³, pada bulan September sama sekali tidak terdapat curah hujan dengan angka curah hujan 0 mm³, dan pada bulan Oktober-Desember kembali terjadi peningkatan curah hujan mencapai 3 – 341 mm³ (Badan Pusat Statistik, 2019). Dilihat juga dari data kasus kejadian DBD pada tahun 2019 terdapat sebanyak 728 kasus, dengan angka kejadian di wilayah Prambanan sebanyak 74 kasus, di Gamping 119 kasus, dan di Mlati 97 kasus.

Hujan akan memengaruhi kelembaban udara dan menambah jumlah tempat perindukan nyamuk alamiah. Perindukan nyamuk alamiah di luar rumah selain terdapat sampah-sampah kering, seperti botol bekas, kaleng-kaleng, juga potongan bambu sebagai pagar sering dijumpai di rumah-rumah penduduk, serta daun-daunan yang memungkinkan menampung air hujan merupakan perindukan yang baik untuk bertelurnya *Aedes aegypti* (Sari, 2005). Curah hujan merupakan determinan penting penularan DBD karena memengaruhi ketahanan hidup nyamuk dewasa lebih jauh lagi curah hujan dan suhu dapat mempengaruhi pola makan dan reproduksi nyamuk dan meningkatkan kepadatan populasi nyamuk (WHO, 2012).

Berdasarkan data curah hujan dan data kasus DBD tahun 2019 dengan data tahun 2020, terdapat hubungan antara curah hujan dengan angka kejadian kasus DBD, di mana apabila curah hujan semakin tinggi maka angka kasus kejadian DBD juga akan meningkat.

Suhu di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati memiliki suhu rata-rata sebesar 27,9°C, dimana pada tahun 2020 suhu tertinggi ada pada angka 28,57°C dan suhu terendah ada pada suhu 27,42°C (Badan Pusat Statistik, 2020). Rata-rata suhu optimum untuk pertumbuhan nyamuk yaitu 25-27°C,

pertumbuhan nyamuk akan berhenti sama sekali pada suhu kurang dari 10°C atau lebih dari 40°C (Pinontoan, 2018). Semakin tinggi suhu maka akan diikuti dengan peningkatan kejadian DBD (Butarbutar, 2019). Tidak ada hubungan yang bermakna antara curah hujan dan suhu dengan kejadian demam berdarah (Irawan, *et al.*, 2021).

Wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati memiliki rata-rata kelembaban sebesar 77,9%, di mana pada tahun 2020 kelembaban tertinggi ada pada angka 80,48% dan kelembaban terendah ada pada angka 73,83% (Badan Pusat Statistik, 2020). Korelasi kelembaban udara terhadap epidemi demam berdarah yang terjadi menunjukkan bahwa kelembaban udara mempunyai hubungan dengan kejadian DBD (Alizkan, 2017). Kebutuhan kelembaban yang sangat tinggi memengaruhi nyamuk untuk mencari tempat yang lembab dan basah sebagai tempat hinggap atau istirahat. Pada kelembaban kurang dari 60%, umur nyamuk menjadi pendek, sehingga tidak cukup untuk siklus perkembangbiakan virus *dengue* dalam tubuh nyamuk (Sucipto, 2011). Ada hubungan yang bermakna antara kelembaban dengan kejadian demam berdarah walaupun hubungannya bersifat lemah (Irawan, *et al.*, 2021).

Ketiga wilayah memiliki ketinggian di bawah 200 mdpl. Daerah dengan ketinggian tempat paling tinggi adalah wilayah Mlati dengan ketinggian 196 mdpl, diikuti oleh wilayah Prambanan dengan ketinggian 170 mdpl dan yang terakhir pada wilayah Gamping dengan 112 mdpl (Badan Pusat Statistik, 2020). *aedes aegypti* sebagai vektor penyakit DBD hidup pada ketinggian 0-500 meter di atas permukaan laut (mdpl) dengan daya hidup yang tinggi, sedangkan pada ketinggian 1000 meter dari permukaan laut nyamuk *aedes aegypti* idealnya masih bisa bertahan hidup (Pinontoan, 2018). Terdapat keterkaitan antara ketinggian tempat dengan kasus DBD, yaitu pada dataran rendah memiliki kasus DBD yang lebih banyak (Tamengkel *et al.*, 2020).

Ketiga wilayah yaitu Prambanan, Gamping dan Mlati didapat informasi bahwa kepadatan penduduk paling tinggi berada di wilayah Gamping dengan kepadatan penduduk sebesar 3.527 jiwa/km², diikuti dengan wilayah Mlati dengan jumlah 3.524 jiwa/km² dan yang terakhir pada wilayah Prambanan dengan jumlah 1.284 jiwa/km² (Badan Pusat Statistik, 2020). Manusia merupakan pembawa utama virus *dengue* dimana penularan virus makin meningkat dengan makin besarnya populasi manusia di suatu wilayah. Hubungan populasi manusia dengan penularan virus, bila kepadatan penduduk meningkat infeksi akan

muncul lebih mudah dari satu orang ke orang lainnya. Penduduk yang padat (jiwa/ha) memungkinkan penularan DBD meningkat mengingat jarak terbang nyamuk 100 m (Suhermanto, 2017). Berdasarkan hasil pada penelitian ini, antara kepadatan penduduk dengan banyaknya jumlah kasus DBD pada tiap wilayah tidak berhubungan. Hal ini dikarenakan pada wilayah Prambanan yang memiliki kepadatan penduduk yang paling rendah justru memiliki jumlah kasus DBD paling tinggi, dan pada wilayah Mlati dengan angka kepadatan penduduk yang cukup tinggi memiliki kasus DBD paling rendah dibandingkan 3 wilayah tersebut.

Angka migrasi atau mobilitas penduduk yang paling tinggi ada di wilayah Mlati dengan angka datang sebanyak 2.250 dan angka pindah 1.895, diikuti wilayah Gamping dengan angka datang 2.072 dan angka pindah 1.848, dan untuk wilayah Prambanan dengan angka datang 968 dan angka pindah 742 (Badan Pusat Statistik, 2020). Migrasi penduduk yang terjadi seiring dengan pembukaan pemukiman juga menyebabkan imunitas penduduk menjadi lebih rentan terhadap penyakit endemis yang ada di sekitar (Anggraeni, 2016).

Tingkat pendidikan paling banyak ada pada tingkat pendidikan Sekolah Menengah Atas Kejuruan dengan 177.403 orang dan tingkat pendidikan dengan jumlah terendah ada pada tingkat tidak/belum sekolah dengan jumlah 40.148 orang. Menurut Kepala Seksi P2PM Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, tingkat pendidikan berpengaruh sebagai faktor penyebab DBD. Hal ini karena antara tingkat pendidikan akan menentukan apakah pemberdayaan dan sosialisasi kepada masyarakat dapat diterima dan dapat dilaksanakan. Tingkat pendidikan juga menentukan kesadaran masyarakat terhadap gerakan pemberantasan sarang nyamuk dan gerakan penanggulangan DBD. Upaya inisiatif masyarakat juga berpengaruh dan tergantung dari tingkat pendidikan masyarakat.

Masih tingginya angka DBD dikarenakan belum optimalnya penatalaksanaan manajemen dan prosedur penanganan DBD. Perlu kewaspadaan dini pada kasus ini, para pejabat dan pihak kesehatan terkait dapat diandalkan dengan cara pengembangan program kapasitas (*capacity building*) di bidang persepsi dan penilaian risiko (*risk perception and risk assessment*) terhadap kasus DBD (Irawan dan Widodo, *et al.*, 2021).

Ada keberhasilan dalam pelaksanaan *monitoring* pemeriksaan jentik berkala yang sesuai dengan standar operasional prosedur,

dan ada beberapa program yang belum terpantau yaitu program penyelidikan epidemiologi kurangnya koordinasi dan lambatnya laporan kasus, penyuluhan yang kurang terjadwal, *monitoring* hanya dilakukan kepada petugas *fogging* untuk pelaksanaan *fogging* hanya dari dinas kesehatan dan dilihat dari hasil evaluasi pemeriksaan jentik berkala yang sesuai standar nasional 95%, evaluasi penyelidikan epidemiologi yang tidak sesuai dengan jumlah kasus DBD, evaluasi terhadap penyuluhan dilihat dari jumlah penyuluhan DBD setahun dilakukan 9 kali, evaluasi *fogging* yang hanya di lakukan 1 siklus sehingga keberhasilan *fogging* tidak sesuai standar (Susmaneli, 2021).

Peranan perempuan menjadi sangat penting untuk dioptimalkan dalam kegiatan kader dimasyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat yang berpengaruh pada pembangunan manusia yang maju. Kegiatan pelatihan deteksi *breeding place* demam berdarah dengue dengan aplikasi berbasis android mampu memantau, mendata dan melacak lokasi keberadaan jentik nyamuk *aedes aegypti* di daerah *breeding place*, mengoptimalkan kegiatan Jumantik dan terbentuknya kader-kader baru untuk meningkatkan pengendalian vektor nyamuk dalam membudayakan gerakan satu rumah satu jumantik melalui PSN 3M *plus* (Aini, 2019).

Bagi pemerintah, dengan mengetahui kecamatan mana yang masuk kategori dengan kerawanan tinggi dan sedang, dapat memberikan perhatian lebih dan dapat menentukan kebijakan lebih tepat lagi kedepannya. Untuk masyarakat, dapat lebih berhati-hati jika sedang menempati suatu daerah, berniat menempati suatu daerah, atau bepergian ke daerah-daerah dengan tingkat kerawanan tinggi atau sedang, tanpa persiapan khusus (Widyatami, 2021).

Kesimpulan

Wilayah Prambanan ditemukan kasus tertinggi di Sumberharjo, diikuti Madurejo, Bokoharjo, Sambirejo, dan Gayamharjo, untuk kasus terendah di Wukirharjo. Wilayah Gamping ditemukan kasus tertinggi di Balecatur, diikuti Trihanggo dan Banyuraden, untuk kasus rendah di Ambarketawang dan Nogotirto. Wilayah Mlati ditemukan kasus tertinggi di Sinduadi, diikuti Sendangadi, Sumberadi dan Tlogoadi, untuk kasus terendah di Tirtoadi. Ketiga wilayah, kasus paling banyak adalah kasus dengan jenis kelamin laki laki, serta pada kelompok umur 15-44 tahun. Faktor penyebab DBD di wilayah Prambanan, Gamping dan Mlati adalah faktor curah hujan,

suhu, kelembaban, ketinggian tempat, kepadatan penduduk, mobilitas penduduk dan tingkat pendidikan. Promosi kesehatan fokus di daerah tinggi kasus DBD sehingga tidak akan terulang lonjakan kasus yang tinggi pada daerah tersebut. Upaya pencegahan dan penanggulangan DBD lebih terorganisir dalam jangka waktu yang rutin dan berkesinambungan.

Daftar Pustaka

- Aini, R., Rohman, H., Widiastuti, R., dan Sulistyono, A. (2019). Upaya Peningkatan Deteksi *Breeding Place* Demam Berdarah Dengue Dengan Aplikasi Berbasis Android di Kecamatan Imogiri Bantul Yogyakarta. *Jurnal Pengabdian*. 2(2), pp 167-181. DOI: <http://dx.doi.org/10.26418/jplp2km.v2i2.33015>
- Alizkan. (2017). *Analisis Korelasi Kelembaban Udara Terhadap Epidemi Demam Berdarah yang Terjadi Di Kabupaten dan Kota Serang*. Gravity: Jurnal Ilmiah Penelitian dan Pembelajaran Fisika
- Anggraeni, P. (2016). *Faktor Risiko (Breeding Places, Resting Places, Perilaku Kesehatan Lingkungan dan Kebiasaan Hidup) Pada Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue Di Kecamatan Cikupa Kabupaten Tangerang*. 1–24
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Kabupaten Sleman Dalam Angka 2020*. Badan Pusat Statistik
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Kabupaten Sleman Dalam Angka 2021*. Badan Pusat Statistik
- Budi Hernawan & Adheelah Rachmah Afrizal. (2017). *Hubungan antara jenis kelamin dan usia dengan kejadian dengue syok sindrom pada anak di ponorogo*. 80–88
- Butarbutar, R. N. et al. (2019). *Trend Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kota Manado Tahun 2009-2018*
- Frida N. (2020). *Mengenal Demam Berdarah Dengue*. Alprin
- Gavinov, I. T., & Putri, V. C. (2019). Sistem Informasi Geografis Dalam Pemetaan Penyakit Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 6(1), 52. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v6i1.158>
- Irawan, A., Arifin, Z., & Sari, N. P. (2021). *Wellness and healthy magazine*. 3(1), 7–19
- Irawan, A., Widodo, M. D., Kesehatan, J., Poltekkes, L., Jayapura, K., Indonesia, R., Indonesia, R., & Epidemiologi, P. (2021). *Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi kasus demam berdarah dengue di puskesmas kota pekanbaru riau 1*. 13, 19–29
- Nazri, C. D., Hashim, A., Rodziah, I., Hassan, A., & Yazid, A. A. (2013). *Utilization of Geoinformation Tools for Dengue Control Management Strategy: A Case Study in Seberang Prai, Penang Malaysia*. 3(1), 11–17
- Pinontoan, O. R. (2018). *Pengendalian Vektor*. Unsrat Press
- Purnawinadi, I. G., Gabriel, K. J., Ali, S. M., & Latin, A. (2020). *Penyidikan Epidemiologi Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue*. 2(2), 25–34
- Sari. (2005). *Pengaruh Lingkungan Terhadap Perkembangan Penyakit Malaria dan Demam Berdarah Dengue*. http://www.rudyct.com/PPS702-ipb/09145/cut_irsanya_ns.pdf
- Sucipto, C. D. (2011). *Vektor Penyakit Tropis*. Gosyen Publishing
- Suhermanto, S. (2017). Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Kepadatan Penduduk Dan Curah Hujan. *Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat (Bahana Of Journal Public Health)*, 1, 75–86
- Susmaneli, H. (2021). *Al-Tamimi Kesmas*. 10, 31–45
- Tamengkel, H. V., Sumampouw, O. J., Pinontoan, O. R., Kesehatan, F., Universitas, M., & Ratulangi, S. (2020). *Journal of*. 1(2019), 12–18
- Tavares, AO., Mario Monteiro., M.A. Vargas., R. S. (2014). *Land Use Change and Forest Routing in a Rural Context: The Relevance of The Community-Based Management and Planning Framework*. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2014.05.008>
- Veritawati, Ionia; Nova, Steffi; Mastra, R. (2020). Sistem Informasi Pemetaan Penyakit Demam Berdarah Berbasis Informasi Geografis. *Journal of Informatics and Advanced Computing*, 1(1), 1–5
- Wang, W., Nayim, A., Chang, M. R., Assavalapsakul, W., Lu, P., Chen, Y., & Wang, S. (2020). ScienceDirect Dengue hemorrhagic fever e A systemic literature review of current perspectives on pathogenesis, prevention and control. *Journal of Microbiology, Immunology*

- and Infection*, 53(6), 963–978.
<https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.007>
- WHO. (2012). *Panduan Lengkap Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue* (P. Widyastuti (ed.); 4th Editio). Buku Kedokteran EGC
- WHO. (2020). *Dengue and Severe Dengue*. 23 June 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- Widyatami, A. I., & Suryawan, D. A. (2021). *Pengelompokan Daerah Rawan Demam Berdarah Dengue di Provinsi DKI Jakarta*, 9(1), 73-82

Dukungan tenaga kesehatan dalam pencegahan stunting di Desa Tuntungan 2 Kabupaten Deli Serdang

Support of health workers in stunting prevention in Tuntungan Village 2 Deli Serdang Regency

Dhani Syahputra Bukit¹, Alam Bakti Keloko², Taufik Ashar³

^{1,2,3}Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

¹dhanibukit@usu.ac.id, ²alambaktikeloko@gmail.com, ³doctta@gmail.com

Abstrak

Stunting adalah ketidakseimbangan gizi yang merupakan penurunan kecepatan pertumbuhan dan gangguan pertumbuhan fisik. Masalah gizi terkait stunting masih menjadi permasalahan yang terjadi di Indonesia. Dampak jangka panjang akibat stunting yang masih terjadi adalah gangguan perkembangan fisik, mental, intelektual, serta kognitif. Kejadian stunting yang tinggi pada anak akan mengakibatkan permasalahan jangka panjang dan sulit untuk dikendalikan sehingga akan menyebabkan risiko pada keturunan yang akan rentan dengan berat badan lahir yang rendah. Dukungan dari tenaga kesehatan menjadi hal yang sangat penting dalam pencegahan stunting. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis dukungan tenaga kesehatan dalam pencegahan stunting di Desa Tuntungan 2 Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang dengan menggunakan desain *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada 135 orang ibu yang memiliki balita usia 6-59 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan tenaga kesehatan kurang baik dalam pencegahan stunting yaitu sebesar 27,4% dan kejadian stunting sebesar 41,5%. Untuk meningkatkan upaya pencegahan stunting, diharapkan terjadi peningkatan peran dan dukungan dari pemerintah agar pencegahan stunting menjadi prioritas.

Kata kunci: Stunting, dukungan, tenaga kesehatan.

Abstract

Stunting is a nutritional imbalance which is a decrease in the speed of growth and impaired physical growth. Nutritional problems related to stunting are still a problem that occurs in Indonesia. The long-term impact of stunting that still occurs is impaired physical, mental, intellectual, and cognitive development. The high incidence of stunting in children will lead to long-term problems and are difficult to control so that it will cause a risk for offspring who will be vulnerable with low birth weight. Support of the health workers is very important in preventing stunting. The purpose of this study was to analyze the support of health workers in preventing stunting in Tuntungan 2 Village, Pancur Batu District, Deli Serdang Regency using a descriptive survey. This study was conducted on 135 mothers who have toddlers aged 6-59 months. The results showed that the support of health workers was not good in preventing stunting was 27.4 percent and stunting incidence was 41.5 percent. To increase stunting prevention efforts, it is hoped that there will be an increase in the role and support of the government and the community so that stunting in children under five can be prevented.

Keywords: Stunting, support, health workers

Pendahuluan

Stunting adalah ketidakseimbangan gizi yang merupakan penurunan kecepatan pertumbuhan dan gangguan pertumbuhan fisik. (Losong, 2017). Standar WHO menunjukkan bahwa kategori stunting berada pada indeks panjang badan dibanding umur (PB/U) atau tinggi badan dibanding umur (TB/U) dengan batas (z-score) kurang dari -2 SD (Loya 2013). Masalah stunting masih menjadi permasalahan utama di Indonesia. Dampak jangka panjang stunting adalah gangguan perkembangan fisik, mental, intelektual, serta kognitif. Kejadian stunting pada anak mengakibatkan persoalan yang sulit dikendalikan di masa depan dan

akhirnya akan menyebabkan generasi yang berkualitas rendah dengan angka kesakitan dan kematian yang tinggi.

Stunting merupakan masalah prioritas di Indonesia. Data beberapa tahun terakhir menunjukkan bahwa kejadian stunting masih tinggi dan berfluktuasi, yaitu 36,8% tahun 2007, 35,6% tahun 2010, 37,2% tahun 2013, 27,5 % pada tahun 2016, dan 29,6 % di tahun 2017 (Riskesdas, 2018).

Pemerintah melakukan banyak kajian dan survei untuk melihat dan mengevaluasi program yang telah dilakukan. Hasil yang didapatkan dari survei PSG pada tahun 2015 menunjukkan masih tingginya prevalensi balita pendek yaitu sebesar 29%. Kondisi ini masih

menjadi perhatian karena pada tahun selanjutnya angka prevalensi balita pendek sebesar 27,5%. Akan tetapi kejadian prevalensi balita pendek pada tahun 2017 meningkat kembali menjadi 29,6%. Data yang didapatkan menunjukkan bahwa tahun 2017 balita sangat pendek dan pendek pada rentang usia 0-59 bulan adalah 9,8% dan 19,8%. Hal ini terjadi peningkatan yang signifikan dari tahun terakhir yaitu 8,5% untuk balita sangat pendek dan 19% untuk balita pendek.

Hasil survei juga menunjukkan bahwa daerah yang menyumbangkan prevalensi paling tinggi dengan kondisi tersebut adalah Nusa Tenggara Timur dan daerah yang memberi prevalensi terendah adalah Provinsi Bali. (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Salah satu faktor penyebab stunting adalah rendahnya kesadaran masyarakat dan perilaku mengasuh yang masih belum baik dipraktikkan ibu. Faktor utama penyebab dari rendahnya kesadaran masyarakat dan perilaku adalah masih kurangnya pemahaman dan sikap masyarakat terkait pentingnya kesehatan masyarakat itu sendiri (Notoatmodjo, 2007). Ibu yang mempunyai peran utama dalam keluarga menjadi hal yang sangat penting dalam mempengaruhi konsumsi makanan keluarga termasuk dalam hal menyiapkan makanan. Pemahaman ibu menjadi krusial dalam peningkatan gizi pada keluarga (Adriani & Wirjatmadi, 2012). Penelitian yang juga mendukung menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan gizi anak di Gayo Luwes (Karolina, 2012).

Salah satu daerah di Provinsi Sumatera Utara yang mempunyai masalah stunting adalah Kabupaten Deli Serdang. Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara bukan termasuk daerah dalam 100 kabupaten/kota prevalensi stunting. Namun, tidak menutup kemungkinan adanya ditemukan satu atau lebih kasus stunting di daerah tersebut. Desa Tuntungan 2 Kecamatan Pancur Batu merupakan salah satu desa di Kabupaten Deli Serdang, dimana penduduknya mempunyai mata pencaharian tidak menetap, dengan penghasilan rata-rata penduduk dibawah Upah Minimum Regional (UMR). Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dari masyarakat, sebagian besar belum melaksanakan PHBS dan pendidikan kesehatan masyarakat masih tergolong rendah.

Dukungan tenaga kesehatan menjadi hal yang tidak bisa dibantahkan dalam pencegahan stunting. Maka dari itu perlunya

perhatian dari semua kalangan agar pencegahan stunting menjadi masalah yang harus segera diselesaikan secara bersama-sama oleh seluruh lapisan masyarakat dan bekerja sama dengan pemerintah

Metode

Jenis penelitian yang dipilih dalam penelitian ini adalah survei deskriptif. Populasi penelitian adalah ibu yang memiliki balita usia 6 sampai dengan 59 bulan yang tinggal di Desa Tuntungan 2 Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi yang berjumlah 135 orang ibu, yang ditentukan secara acak sederhana dari Dusun 1 sampai Dusun 4. Penelitian dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2020. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah dukungan petugas dalam pencegahan stunting, dan karakteristik balita. Data dalam penelitian ini diperoleh dengan metode wawancara langsung menggunakan kuesioner terstruktur yang berisi beberapa pertanyaan terkait dengan dukungan petugas dalam mencegah stunting. Analisis data menggunakan distribusi frekuensi.

Hasil

Hasil analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik balita di lokasi penelitian dan distribusi frekuensi dukungan tenaga kesehatan. Karakteristik dalam penelitian ini mencakup umur balita, jenis kelamin dan kategori stunting pada balita. Hasil penelitian disajikan pada tabel 1 dan 2.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita Desa Tuntungan 2, Kec. Pancur Batu

Variabel	n	%
Umur Balita		
<12 bulan	16	11,9
12 bulan tepat	14	10,4
13 hingga 24 bulan	31	23,0
25 hingga 36 bulan	35	25,9
37 hingga 48 bulan	25	18,5
49 hingga 60 bulan	14	10,4

Tabel 1 (Bersambung)
Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita Desa Tuntungan 2, Kec. Pancur Batu

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	58	43,0
Perempuan	77	57,0
Kategori Stunting		
Stunting	56	41,5

Normal	79	58,5
--------	----	------

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa sebanyak 35 orang (25,9%) balita mempunyai rentang umur 25 bulan sampai dengan 36 bulan, dan sebanyak 77 orang (57,0%) balita berjenis kelamin perempuan. Kasus kejadian stunting masih tinggi terjadi di lokasi penelitian (41,5%).

Tabel 2
Dukungan Petugas dalam Pencegahan Stunting Desa Tuntungan 2, Kec. Pancur Batu

Dukungan Tenaga kesehatan	n	%
Kurang Baik	98	72,6
Baik	37	27,4
Total	135	100,0

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa dukungan tenaga kesehatan dalam pencegahan stunting sebagian besar kurang baik, yaitu sebanyak 98 orang (72,6 %).

Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data diketahui bahwa dukungan tenaga kesehatan masih kurang baik dalam pencegahan stunting. Hanya 27,4% atau sekitar 37 ibu yang mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan. Rendahnya dukungan tenaga kesehatan dalam penggulangan stunting di lokasi penelitian mengakibatkan tingginya angka stunting yang terjadi yaitu sebanyak 56 anak. Dukungan tenaga kesehatan yang rendah ini sangat berpengaruh terhadap kejadian stunting di Deli Serdang. Penelitian yang terkait dalam pencegahan stunting sangat menekankan terkait pentingnya dukungan tenaga kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran bidan hanya 16,7% dalam pencegahan stunting dan kejadian stunting 41,5% di Desa Nanga Mau. Hal ini diperkuat oleh Wulandari (2020) bahwa dukungan tenaga kesehatan sangat penting dalam pencegahan dan penanggulangan stunting.

Hasil penelitian lain juga memperlihatkan dukungan tenaga kesehatan yang sangat tinggi dalam upaya pencegahan stunting. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa tenaga kesehatan adalah komunikator. Peran tenaga kesehatan adalah pemberi pesan penting dan bermanfaat bagi masyarakat. Tenaga kesehatan juga memiliki fungsi sebagai motivator kepada masyarakat yaitu memberikan semangat kepada warga

agar peduli terhadap kesehatan. Kemudian peran terakhir tenaga kesehatan adalah fasilitator. Fasilitator yang dimaksud adalah kemudahan akses sarana dan prasarana yang ada sehingga masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan yang ada. Dengan tingginya peran tenaga kesehatan yang ada akan mempengaruhi pemahaman dan perilaku kesehatan pada masyarakat. (Perry & Potter, 2010).

Peran tenaga kesehatan adalah memberikan masukan, pemantauan dan evaluasi dalam aspek menyeluruh kesehatan. Sehingga dapat memberi masukan kepada keluarga atas pemantauan yang dilakukannya. Pemantauan yang dilakukan berupa masalah kesehatan yang terjadi dalam masyarakat desa memberikan masukan kepada masyarakat atas masalah yang terjadi. Pemantauan yang dilakukan dapat berupa kunjungan langsung kerumah warga (Effendy, 2020).

Tenaga kesehatan yang rutin melakukan interaksi dengan masyarakat yaitu dengan melakukan kunjungan ke rumah warga, dan memberi informasi yang tepat kepada ibu terkait kesehatan keluarga untuk berperilaku hidup sehat. Kunjungan rutin yang dilakukan tenaga kesehatan dengan memberikan informasi yang bermanfaat dapat memberikan dukungan kepada masyarakat untuk berperilaku sehat dan bersih. Dukungan yang ada juga dapat berupa dukungan emosional dan instrumental

Minat masyarakat juga dipengaruhi oleh teknologi dan sikap yang dimiliki oleh tenaga kesehatan. Kemampuan teknologi yang dimiliki akan memunculkan ketertarikan masyarakat. Petugas yang memanfaatkan teknologi akan sejalan dengan kemudahan akses ke teknologi informasi. Kemudian kemudahan pada akses media dan pers. Kemudahan akses ke alat elektronik pada lingkungannya serta akses yang lebih optimal pada pelayanan kesehatan (Melo, 2013).

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa promosi kesehatan yang dilakukan tenaga kesehatan yaitu kader akan sangat bermakna dalam pengetahuan dan sikap dalam penanggulangan stunting (Sewa, 2019). Hal ini menunjukkan dukungan penting yang dimiliki tenaga kesehatan dalam pencegahan stunting.

Dukungan tenaga kesehatan terkait pencegahan stunting dalam hal penambahan pengetahuan dan pemenuhan kebutuhan informasi pada keluarga sangat penting. Dengan adanya tenaga kesehatan pemahaman masyarakat terkait stunting menjadi lebih baik

(Munawaroh, 2020).

Penanggulangan stunting juga sangat memiliki kaitan dengan dukungan tenaga kesehatan. Penelitian yang dilakukan Lestari (2020) menjelaskan bahwa kaitan dukungan tenaga kesehatan yang tinggi akan memiliki dampak terkait kejadian stunting.

Pencegahan stunting dapat berjalan jika praktik kesehatan terlaksana dengan optimal. Perilaku kesehatan yang baik dilakukan ibu dengan dukungan tenaga kesehatan akan sangat berdampak dalam pencegahan stunting. Hal ini sejalan dengan penelitian Sir (2021) yang menyatakan ada hubungan antara praktik kesehatan dengan kejadian gizi kurang pada balita.

Peran tenaga kesehatan sangat penting dalam mencegah stunting. Hal ini sejalan dengan penelitian Ginting (2020) yang menyatakan bahwa upaya pencegahan stunting masih kurang dilakukan karena tenaga kesehatan belum optimal menjalankan perannya. Demikian juga dengan pendapat Purba (2018) bahwa tenaga kesehatan yang terlibat secara aktif dalam pencegahan stunting akan sangat berpengaruh dengan kejadian stunting.

Hasil dari berbagai penelitian membuktikan bahwa dukungan tenaga kesehatan sangat penting untuk mencegah kejadian stunting, sehingga diperlukan perhatian dari berbagai pihak baik pemerintah maupun masyarakat.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan dukungan tenaga kesehatan dalam pencegahan stunting hanya 27,4% dan kejadian stunting 41,5% di Desa Tuntungan 2 Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang.

Daftar Pustaka

- Adriani, M., & Wirjatmadi, B., (2012). *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Effendi, R.W., & Tjahjono, E., (2000). Hubungan Antara Perilaku Coping dan Dukungan Sosial dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil Anak Pertama. *Jurnal Anima*, 14, hal 214-227
- Ginting, P. Y. (2020). *Program Penanggulangan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Tangkahan Durian Kecamatan Brandan Barat Kabupaten Langkat Tahun 2018*. [Skripsi, Universitas Sumatera Utara]. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/24957>.
- Karolina, E.N., Ernawati, A., dan Evawany, Y., (2013). Hubungan Perilaku Kadarzi dengan Status Gizi Balita Usia 12-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Blangkejeren Kecamatan Blangkejeren Kabupaten Gayo Lues Tahun 2012. *Jurnal Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi* Vol. 2 No. 2 (2013) Hal.1-10.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*. Jakarta: Buletin Jendela Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI, ISSN 2088 – 270 X Semester I, 2018.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D.W., Klar, J., Lwanga, S.K., (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*, John Wiley & Sons, New York.
- Lestari, S. (2020). *Determinan Pemberian ASI Eksklusif Pada Balita Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Sepulu*. [Skripsi, STIKes Ngudia Husada Madura]. <http://repository.stikesnhm.ac.id/id/eprint/515/>
- Loya RRP, Nuryanto N. (2017). Pola asuh pemberian makan pada bayi stunting usia 6-12 bulan di Kabupaten Sumba Tengah, Nusa Tenggara Timur. *Journal of Nutrition College*;6(1):84–95.
- Melo L.P.D. (2013). Sunrise Model : A Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Healt. *American Journal of Nursing Research*. 2013;1:20–3.
- Munawaroh. (2020). Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Pencegahan Stunting Sejak Dini di Kecamatan Pagedongan Kabupaten Banjarnegara. *Jurnal Pemikiran Agama Untuk Pemberdayaan*. Vol. 20 No. 2, hal:231-242.
- Notoatmodjo, S., (2007). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Perry & Potter. (2010). *Fundamental of Nursing*. 6th ed. Elisavvier: St. Lous
- Purba, R. O. (2018). Analisis Implementasi Program Intervensi Gizi Spesifik dan Intervensi Gizi Sensitif dalam

- Penurunan Angka Kejadian Stunting pada Balita di Kabupaten Langkat Tahun 2018. [Skripsi, Universitas Sumatera Utara]. <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/29349>.
- Sewa, R. (2019). Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan sikap Dengan Tindakan Pencegahan Stunting Oleh Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Bailang Kota Manado. *Jurnal KESMAS*, Vol. 8 No.4, Mei 2019
- Wulandari, H & Istiana K. (2020). Peran Bidan, Peran kader, Dukungan Keluarga dan Motivasi Ibu terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan Stunting. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol. 19 No. 2, hal:73-80
- Sir, S. G., Aritonang, E. Y., & Jumirah, J. (2021). Praktik Pemberian Makanan dan Praktik Kesehatan dengan Kejadian Balita dengan Gizi Kurang. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(1), 37–42. <https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2091>

Hubungan tingkat pengetahuan gizi dengan status gizi pada mahasiswa Universitas Ibn Khaldun Bogor

The relationship between the level of nutritional knowledge and nutritional status of students at Ibn Khaldun University Bogor

Annisa Wulandari^{1*}, Irfan Sudrajat², Kartika Agustika³, Muhammad Fadli Pribadi⁴, Riska Deliana⁵, Siti Atiqa⁶, Ade Saputra Nasution⁷

^{1,2,3,4,5,6,7} Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ibn Khaldun Bogor, Bogor, Indonesia

^{1*}annisawdari11@gmail.com, ²sudrajat.irfan@gmail.com, ³kartikaagustika48@gmail.com, ⁴muhamadfadlipribadi27@gmail.com, ⁵riskadeliana98@gmail.com, ⁶atiqathoriq23@gmail.com, ⁷adenasutioners@gmail.com

Abstrak

Status gizi seseorang menentukan kualitas hidup, sehingga untuk mendapatkan status gizi yang baik maka diperlukan pengetahuan yang baik pula dalam memilih makanan, mengolah serta mencerna makanan yang kaya akan zat gizi. Pada saat ini status gizi dikatakan sebagai sebuah indikator bagi kesehatan setiap individu. Pengetahuan akan status gizi akan menentukan tumbuh dan kembang setiap individu. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan gizi dengan status gizi pada mahasiswa Program Studi Pendidikan Bahasa Inggris (PBI). Penelitian yang dilakukan adalah termasuk jenis kuantitatif yang ditujukan untuk mengetahui hubungan antar variabel. Disain penelitian menggunakan *cross sectional* dan pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* sejumlah 66 mahasiswa PBI dengan proses pengambilan data primer. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan gizi yang dimiliki mahasiswa dengan status gizi.

Kata kunci: Tingkat pengetahuan gizi, status gizi

Abstract

A person's nutritional status determines the quality of life, so to get a good nutritional status, good knowledge is also needed in choosing food, processing, and digesting foods that are rich in nutrients. At this time nutritional status is said to be an indicator of the health of each individual. Knowledge of nutritional status will determine the growth and development of each individual. This study aimed to determine the relationship between nutritional knowledge and nutritional status among students of the English Education Study Program (PBI). The research conducted is a quantitative type that is intended to determine the relationship between variables. The research design was cross-sectional and the sample was taken using simple random sampling of 66 PBI students with the primary data collection process. The results of this study indicate that there is no relationship between nutritional knowledge possessed by students and nutritional status.

Keywords: Level of nutritional knowledge, nutritional status

Pendahuluan

Permasalahan gizi yang dijumpai pada mahasiswa tingkat akhir yaitu status gizi lebih. Hal tersebut dikarenakan faktor stress, makan dalam jumlah banyak, jam tidur seseorang dan asupan makanan bergizi (karbohidrat, lemak, energi dan protein).

Pada tahun 2007–2018, permasalahan obesitas dan kegemukan di atas 18 tahun mengalami kenaikan, sebesar 8,6–13,6% untuk kategori gemuk dan obesitas sebesar 10,5%. Pada kisaran umur 20 sampai 24 tahun, penduduk berstatus gemuk sebesar 8,4% dan obesitas sebesar 12,1% (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Berbagai penelitian menunjukkan permasalahan gizi lebih sebesar

29,5% jauh lebih tinggi jika dibandingkan gizi kurang sebesar 15,8% di mahasiswa Universitas M.H. Thamrin (Angesti & Manikam, 2020).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa lebih dari 1,9 miliar orang dewasa berusia 18 tahun memiliki kelebihan berat badan dan lebih dari 600 juta orang dewasa dari jumlah tersebut yang termasuk obesitas. Sekitar 2 miliar populasi orang dewasa di seluruh dunia yang kelebihan berat badan dan lebih dari setengah miliar mengalami obesitas. (Kementerian PPN/Bappenas, 2019).

Prevalensi remaja yang kurus di Provinsi Jawa Barat pada usia 16 sampai 18 tahun yaitu 9,1% (sangat kurus 1,4% dan kurus

7,7%). Prevalensi kategori kurus dengan nilai rendah berada di Tasikmalaya sebesar 3,3% serta tertinggi sebesar 18,7% berada di Cirebon. Prevalensi kategori gemuk atau gizi lebih pada remaja usia 16 sampai 18 tahun yang berada di Provinsi Jawa Barat sebesar 7,6% (gemuk 6,2% dan obesitas 1,4%). Kota Depok menduduki prevalensi kategori gemuk tertinggi (20,8%) serta terendah berada sebesar 3,5% di Sukabumi. Status gizi dewasa pada umur 18 tahun ke atas yaitu 11% kurus, normal 62,1%, berat badan lebih 11,7 % dan obesitas 15,2 % (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2018)

Permasalahan gizi yang sering terjadi adalah stunting dan gizi lebih, strata ekonomi masyarakat merupakan salah satu hal yang mempengaruhinya. Kemiskinan bukan hal utama penyebab masalah gizi, namun kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai hidup sehat serta asupan gizi cukup (Gustina, 2019).

Permasalahan gizi diakibatkan oleh ketidaksesuaian keadaan gizi yang ada. Biasanya orang yang memiliki tubuh kurus mempunyai keinginan memiliki tubuh gemuk, namun berbeda dengan orang yang memiliki badan gemuk ingin mencapai tubuh yang ideal. Orang mempunyai berat badan ideal akan tampak lebih menarik dan terhindar dari berbagai penyakit (Masyarakat, 2018).

Penelitian studi kualitatif di kabupaten di Indonesia menunjukkan remaja tidak menjalankan kehidupan yang sehat dan pilihan pola makan yang tidak baik. (Yunitasari et al., 2019). Hampir seluruh remaja biasanya tidak aktif dan menggunakan waktu luang untuk bermalas-malasan. Beberapa remaja memilih pergi dengan sepeda motor lalu menghabiskan sedikit waktu untuk berolahraga, bersepeda dan berjalan.

Latar belakang tersebut menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat yang memiliki pengetahuan sangat rendah mengenai gizi dan banyaknya remaja yang memiliki masalah akibat gizi tidak seimbang, sehingga membuat peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan tingkat pengetahuan gizi dengan status gizi pada mahasiswa Universitas Ibn Khaldun Bogor.

Metode

Jenis penelitian yang dilakukan adalah kuantitatif, dengan disain *cross sectional*. Proses pengolahan data menggunakan uji korelasi. Pemilihan uji korelasi dalam

penelitian ini sesuai kebutuhan penelitian untuk melihat hubungan tingkat pengetahuan gizi dengan status gizi pada mahasiswa Universitas Ibn Khaldun Bogor (UIKA). Lokasi penelitian ini di UIKA Bogor tepatnya di Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan (FKIP) Program studi Pendidikan Bahasa Inggris (PBI) karena mudah dalam pengambilan data serta efisien menggunakan kuesioner yang disebar melalui *google form* ke mahasiswa. Penelitian ini memberikan gambaran mengenai tingkat pengetahuan gizi dan status gizi para mahasiswa. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu *simple random sampling* dengan jumlah sampel 66 mahasiswa PBI yang telah dihitung dari total seluruh populasi 80 mahasiswa menggunakan rumus *Slovin*.

Hasil

Hasil penelitian ini disajikan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan tabel analisis. Karakteristik mahasiswa disajikan pada tabel 1.

Tabel 1
Karakteristik Berdasarkan Usia, Berat Badan, Tinggi Badan, IMT

Karakteristik	n	%
Usia (Tahun)		
≤20	11	16,7
21-25	50	75,8
26-29	3	4,5
≥30	2	3,0
Berat Badan (Kg)		
≤50	32	48,5
51-60	18	27,3
>60	16	24,2
Tinggi Badan (cm)		
≤150	6	9,1
151-160	37	56,1
161-170	19	28,8
≥170	4	6,1
Indeks Massa Tubuh (IMT)		
Kurus	7	10,6
Normal	44	66,7
Gemuk	6	9,1
Obesitas	9	13,6
Total	66	100,0

Tabel 1 menyatakan hasil analisis univariat dari 66 sampel dan dapat dilihat bahwa mayoritas usia mahasiswa yaitu 21-25 tahun sebanyak 75,8%, dengan berat badan rata-rata ≤50kg sebanyak 48,5%. Kemudian pada variabel tinggi badan mahasiswa dimulai dari ≤150cm-≥170cm yang mayoritas memiliki tinggi badan sekitar 151-160 cm yaitu sebanyak 56,1% dan didapatkan mayoritas mahasiswa memiliki IMT dengan kategori normal yaitu 66,7%.

Tabel 2
Perbedaan Rata-Rata Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Tingkat Pengetahuan Gizi

IMT	Mean	SD	P-value
Kurus	42,71	2,870	0,824
Normal	43,91	3,340	
Gemuk	44,50	5,683	
Obesitas	44,22	4,944	

Tabel 2 menyatakan bahwa rerata tingkat pengetahuan gizi paling kecil yaitu mahasiswa yang memiliki tubuh dengan kategori kurus yaitu 42,71% dengan standar deviasi 2,870. Seiring dengan meningkatnya pengetahuan gizi mahasiswa, ternyata diikuti pula dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang baik. Rata-rata IMT yang paling tinggi adalah mahasiswa yang memiliki tubuh normal yaitu 43,91% dengan standar deviasi 3,340. Hasil uji *Anova* diperoleh *p-value* = 0,824 artinya secara statistik tidak ada perbedaan antara tingkat pengetahuan gizi dengan IMT.

Tabel 3
Perbedaan Rerata IMT dengan Tingkat Pengetahuan Gizi Mahasiswa

IMT	Mean Difference	P-value	
Kurus	Normal	-1,195	1,000
	Gemuk	-1,786	1,000
	Obesitas	-1,508	1,000
Normal	Kurus	1,195	1,000
	Gemuk	-0,591	1,000
	Obesitas	-0,313	1,000
Gemuk	Kurus	1,786	1,000
	Normal	0,591	1,000
	Obesitas	0,278	1,000
Obesitas	Kurus	1,508	1,000
	Normal	0,313	1,000
	Gemuk	-0,278	1,000

Tabel 3 menunjukkan uji *Multiple Comparisons Bonferroni* menunjukkan semua kelompok tidak berbeda secara signifikan antara kurus, normal, gemuk dan obesitas.

Tabel 4
Data Status Gizi Mahasiswa

IMT	Keterangan	n	%
13-17	Kurus	16	24,3
18-23	Normal	35	53,0
24-27	Kegemukan	8	12,1
28-34	Obesitas	7	10,6
Jumlah		66	100,0

Tabel 4 menunjukkan bahwa data status gizi diambil dari 66 sampel pada usia mahasiswa dalam penelitian yaitu 20-32 tahun yang berjenis kelamin perempuan dan laki-laki.

Hasil menunjukkan bahwa 35 (53%) sampel mempunyai status gizi yang normal sesuai standar yaitu IMT sebesar 18,5-22,9 kg/m². Namun masih terdapat 16 (24,3%) sampel memiliki status kurus, 8 (12,1%) sampel obesitas, dan 7 (10,6%) sampel kegemukan. Sehingga, setengah mahasiswa PBI Universitas Ibn Khaldun Bogor digolongkan kedalam kategori gizi normal.

Uji Korelasi Rank Spearman

Hasil korelasi *Rank Spearman Test* terdapat pada Tabel 5. Hasil uji menunjukkan nilai koefisien korelasi adalah 0,124, yang mempunyai arti hubungan sangat lemah, dan mempunyai arah yang positif. Namun didapat nilai *p-value* variabel tingkat pengetahuan gizi sebesar 0,319 (*p*>0,05). Hal ini mempunyai makna bahwa hubungan pengetahuan gizi dengan status gizi sangat lemah sehingga hubungan tidak berarti untuk menyatakan semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin baik status gizi mahasiswa.

Tabel 5
Uji Kolerasi Rank Spearman

Variabel	IMT	TPG*
Status Gizi	Correlation Coefficient	0,124
	Sig. (2-tailed)	0,319
	N	66
TPG*	Correlation Coefficient	0,124
	Sig. (2-tailed)	0,319
	N	66

*Tingkat Pengetahuan Gizi

Pembahasan

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa korelasi pengetahuan gizi dengan status gizi mahasiswa sangat lemah (*r*=0,124), dengan *p-value* sebesar 0,319 (*p*>0,05), sehingga tidak ada hubungan antara pengetahuan gizi dengan status gizi. Hal ini mempunyai makna semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi tidak mempunyai arti dalam menunjukkan semakin baik juga status gizi mahasiswa Universitas Ibn Khaldun. Mahasiswa yang memiliki tingkat pengetahuan gizi baik belum tentu menerapkan pola konsumsi sehat, beragam, bergizi sehingga status gizinya dapat menjadi tidak baik.

Status gizi adalah proses tubuh dalam mencerna dan mengkonsumsi makanan serta penyerapan zat gizi yang dibedakan menjadi 3 status yaitu gizi baik, lebih dan kurang menurut Almatier (seperti kutipan Roring et al, 2020)

. Status gizi merupakan cerminan dari akibat makanan yang diasup setiap hari. Asupan makanan merupakan faktor langsung yang memengaruhi gizi, sedangkan pengetahuan merupakan faktor tidak langsung.

Penelitian lain seperti penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2019) juga memperoleh pengetahuan gizi tidak mempunyai hubungan dengan status gizi (nilai p -value=0,94). Walaupun teori yang dinyatakan oleh Supriasa (2016) menjelaskan bahwa status gizi merupakan ekspresi sebuah keadaan keseimbangan dari bentuk tertentu dan perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk tertentu (Alexander, 2018). Sedangkan pengetahuan gizi menurut Emilia (2008) yaitu kemampuan dari seseorang untuk dapat mengingat kembali isi kandungan gizi yang berasal dari makanan dan kegunaan dari zat gizi itu sendiri dalam tubuh (Liana et al., 2018).

Kesimpulan

Penelitian menyimpulkan bahwa dari 66 sampel dengan rentan usia 20-32 tahun ditemukan 66,7% memiliki status gizi normal sedangkan 10,6% kurus, 13,6% obesitas dan 9,1% termasuk kategori kegemukan. Hasil uji koefisien korelasi bernilai positif dan sangat lemah sehingga hubungan antara pengetahuan mahasiswa dengan status gizi tidak mempunyai arti untuk menyatakan semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi maka semakin baik status gizi.

Fakultas disarankan untuk melakukan sosialisasi mengenai gizi sehat dan seimbang kepada mahasiswa agar status gizi mereka normal, jika status gizi baik maka tingkat kesehatan mahasiswa pun akan baik. Mahasiswa PBI Universitas Ibn Khaldun Bogor harus selalu menerapkan pola hidup sehat termasuk asupan makanan bergizi setiap harinya.

Daftar Pustaka

- Alexander, M. (2018). Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi dengan Status Gizi Balita di Puskesmas PAL III Kabupaten Pontianak Tahun 2018. *Jurnal Kebidanan-ISSN 2252-8121*, 8, 213–222
- Angesti, A. N., & Manikam, R. M. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Mahasiswa Tingkat Akhir S1 Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(1), 1–14 <https://doi.org/10.37012/jik.v12i1.135>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2018). *Lkip 2018*. 25, 71
- Gustina, E. (2019). Gizi Seimbang, Prestasi Gemilang. *Wartakesmas*, 1
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Pedoman Gizi Seimbang Permenkes RI, 1–96.,634(2014).<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
- Kementerian PPN/ Bappenas. (2019). Pembangunan Gizi di Indonesia. In *Kementerian PPN/Bappenas*.https://www.bappenas.go.id/files/1515/9339/2047/FA_Preview_HSR_Book04.pdf
- Liana, A. E., Soharno, S., & Panjaitan, A. A. (2018). Hubungan antara Pengetahuan tentang Gizi Seimbang dengan Indeks Masa Tubuh Pada Mahasiswa. *Jurnal Kebidanan*, 7(2), 132–139. <https://doi.org/10.33486/jk.v7i2.10>
- Masyarakat, J. K. (2018). Hubungan Konsumsi Makanan, Status Gizi, dan Aktifitas Fisik Dengan Kepadatan Tulang (Studi Pada Tenaga Kependidikan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro 2017). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(1), 442–448
- Roring, N. M., Posangi, J., & Manampiring, A. E. (2020). Hubungan antara Pengetahuan Gizi, Aktivitas Fisik, dan Intensitas Olahraga dengan Status Gizi. *Jurnal Biomedik: Jbm*, 12(2), 110–116. <https://doi.org/10.35790/jbm.12.2.2020.29442>
- Yunitasari, A. R., Sinaga, T., & Nurdiani, R. (2019). Asupan Gizi, Aktivitas Fisik, Pengetahuan Gizi, Status Gizi dan Kebugaran Jasmani Guru Olahraga Sekolah Dasar [Nutrient Intake, Physical Activity, Nutrition Knowledge, Nutritional Status, and Physical Fitness of Elementary School Sport Teacher]. *Media Gizi Indonesia*, 14(2), 197. <https://doi.org/10.20473/mgi.v14i2.197-206>

Hubungan kekerasan verbal orang tua dengan perilaku remaja di SMPN 20 Kota Pekanbaru tahun 2020

Relationship between verbal violence of parents with adolescents behavior in SMPN 20 Pekanbaru City in 2020

Silvia Nova^{1*}, Ana Sari²

¹Akademi Kebidanan Helvetia, Pekanbaru, Indonesia

²Akademi Kebidanan Helvetia, Pekanbaru, Indonesia

^{1*}silvianova@helvetia.ac.id, ²anasari998@icloud.com

Abstrak

Kekerasan verbal adalah kekerasan dalam bentuk memarahi, membentak, dan mengeluarkan kata-kata yang tidak pantas. Dampak dari kekerasan verbal menyebabkan terhambatnya perkembangan anak secara sosial dan emosional yaitu 43,2 %. Data WHO tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi kekerasan pada anak secara global sebesar 50%. Angka kekerasan pada anak atau remaja di Propinsi Riau tahun 2018 sebanyak 105 kasus. Survei awal pada SMPN 20 Pekanbaru tahun 2020 diperoleh bahwa terdapat 8 orang siswa mendapatkan perlakuan kekerasan verbal seperti orang tua yang memarahi, membentak, dan berkata kasar pada anaknya. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan kekerasan verbal orang tua dengan perilaku remaja. Metode penelitian yang digunakan adalah *analitik kuantitatif* dengan desain *cross-sectional*. Data dianalisa dengan *uji chi square*. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas anak mendapatkan kekerasan verbal positif dari orang tua sebanyak 51 orang (67,1%), dan mayoritas remaja dengan perilaku positif sebanyak 42 orang (55,3%). Hasil *uji chi square* didapatkan *p value* 0,048 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan antara kekerasan verbal orang tua terhadap perilaku remaja. Disarankan agar orang tua diberikan informasi dan edukasi tentang bahaya kekerasan verbal pada remaja.

Kata kunci: Kekerasan verbal, orangtua, perilaku remaja

Abstract

Verbal violence is violence in the form of scolding, yelling, and making words that are inappropriate for children to hear. The impact of verbal abuse causes delays in children's development socially and emotionally, namely 43.2%. 2018 WHO data on the prevalence of violence in children globally is 50%. The number of violence against children or adolescents in Riau Province in 2018 was 105 cases. The initial survey at SMPN 20 Pekanbaru in 2020, there were 8 people who received verbal abuse such as parents scolding, yelling, and saying harshly words to their children. The research objective was to determine the relationship between parental verbal abuse and adolescent behavior. This research used quantitative analytic method with cross sectional design. Data was analyzed using Chi square. The results showed that the majority of children received positive verbal abuse from their parents as many as 51 people (67.1%), and the majority of positive adolescent behaviors were 42 people (55.3%). Chi square test results obtained p value 0.048 ($p < 0.05$) means that there is a significant relationship between parental verbal abuse and adolescent behavior. It was recommended that parents be given education and information from the school about the dangers of verbal violence in adolescents.

Keywords: Verbal violence, parents, adolescent behavior

Pendahuluan

Masa remaja merupakan masa perubahan organ fisik, emosi, dan psikis serta kejiwaan (emosional). Pengertian, bimbingan dan dukungan lingkungan dibutuhkan sehingga remaja tumbuh dan berkembang menjadi manusia dewasa sehat jasmani, rohani, serta sosial (Widyastuti dkk, 2009)

Karakteristik remaja pada tahap pencarian identitas dan jati diri rentan menimbulkan masalah. Banyaknya kasus

karena penyimpangan perilaku remaja yang tidak dapat diterima secara sosial, pelanggaran, dan tindakan kriminal (Wulandari & Nurwati, 2018).

Anak rentan bersikap keras kepala, egois, ingin memperoleh kebebasan dan rasa ingin tahu pada masa remaja. Orang tua merasa pada masa ini anak sulit diatur sehingga melakukan tindakan kekerasan kepada anak secara fisik serta verbal. Undang-undang perlindungan Anak No. 23 Tahun 2002 pasal 4 sampai 19. Kekerasan pada anak

meliputi bentuk tingkah laku, ancaman fisik, seksual, *neglect* (pengabaian) dan verbal atau emosional (Huraerah, 2018).

Sebagian orang tua menganggap hal wajar kekerasan pada anak, karena bagian mendisiplinkan anak dengan dikontrol dan memberikan hukuman. Namun, hukuman yang diberikan orang tua dapat dimasukkan dalam kategori kekerasan. Kekerasan pada anak salah satunya adalah kekerasan verbal (kekerasan kata-kata) yang didapatkan dari orang tua. Kekerasan verbal adalah tindakan secara lisan membawa efek kekerasan, dan berakibat sangat merugikan, baik fisik maupun mental. Kekerasan verbal akan berdampak negatif, khususnya pada mental anak. Dampak kekerasan verbal oleh orang tua pada anak usia sekolah mengakibatkan gangguan psikologis juga terkait dalam proses belajar mereka (Lestary, 2016).

Kekerasan verbal merupakan salah satu kekerasan pada anak yang tidak disadari oleh orang tua. Kekerasan verbal dapat menumbuhkan rasa kecewa pada anak sehingga anak berfikir seperti yang diucapkan oleh orang tua. Anak meniru perilaku dari orang dewasa, jika anak terbiasa dengan perilaku dan ucapan kasar maka anak akan mengingat serta melakukan hal sama terhadap orang lain (Huraerah, 2018).

The social Work Dictionary Barker mendefinisikan kekerasan verbal sebagai perilaku yang tidak layak sehingga mengakibatkan kerugian, bahaya fisik, psikologis, dan finansial, yang dialami oleh individu maupun kelompok (Abdul& Anik, 2020). *Child abuse* atau *child maltreatment* adalah kekerasan terhadap anak. *Encyclopedia Article from Encarta Ricard J.Gelles*, mengartikan *child abuse* sebagai kekerasan terhadap anak merupakan perbuatan sengaja menimbulkan kerugian atau bahaya kepada anak-anak secara fisik dan emosional (Sari, 2016). *Child abuse* meliputi tindakan ancaman fisik dari orang tua atau orang dewasa dan penelantaran kebutuhan-kebutuhan dasar anak.

Diperkirakan lebih dari 1 milyar anak-anak di dunia usia 2-17 tahun di kawasan Afrika, Asia, dan Amerika Utara, mengalami kekerasan fisik, seksual, emosional, dan penelantaran (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS) diseluruh kabupaten / kota pada 75.000 rumah tangga hasilnya disajikan untuk tingkat nasional dan provinsi terhadap anak dalam 12 bulan terakhir menunjukkan hasil pada anak usia 13-17 tahun yang

mengalami kekerasan sebesar 47,74% dan kekerasan emosional sebesar 13,35%. Hasil pemantauan KPAI dari 2015 sampai 2017, menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan terhadap kekerasan pada anak dari 6000 kasus pada tahun 2015 meningkat menjadi 1.314 kasus pada tahun 2016 dan 1.403 kasus pada 2017 (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Kota Pekanbaru menempati urutan tertinggi kasus kekerasan anak. Data P2TP2A menunjukkan terdapat 105 kasus kekerasan pada anak pada tahun 2018. Kasus anak korban kekerasan fisik sebanyak 81 anak dan kekerasan seksual sebanyak 24 anak, belum termasuk kasus yang ditangani oleh lembaga lain. Masih sedikit data yang menjelaskan tentang angka kejadian kekerasan verbal di Indonesia, dan orang tua tidak menyadari melakukan kekerasan verbal kepada anak dan tidak mengetahui dampak pada anak dalam jangka panjang (Risma, 2020). Hasil penelitian Musdalifah (2016) tentang hubungan kekerasan verbal orang tua terhadap perilaku remaja di Kelurahan Tammua Kecamatan Tallo Kota Makassar, menunjukkan semakin tinggi kekerasan verbal yang dialami berkaitan dengan semakin tinggi gangguan perilaku pada remaja dan sebaliknya (Musdalifah, 2016).

SMP N 20 merupakan salah satu sekolah negeri yang memiliki akreditasi A dan menerapkan program *Full Day School*. Survei awal yang dilakukan di SMP N 20 Kota Pekanbaru, dari 10 siswa terdapat 8 siswa yang mengatakan sering mendapatkan perlakuan kekerasan verbal dari orang tua, seperti orang tua yang membentak, memarahi dengan nada tinggi. Siswa mengatakan dampak yang dirasakan dari kekerasan verbal tersebut seperti membantah perkataan orang tua dan hilang rasa percaya diri. Hal ini yang mendasari perlu dilakukan penelitian ini dengan tujuan untuk mengetahui hubungan kekerasan verbal orang tua dengan perilaku remaja di SMPN 20 Kota Pekanbaru tahun 2020.

Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah *analitik kuantitatif* dengan desain *cross sectional*. Data dianalisa menggunakan uji *chi square*. Populasi dalam penelitian ini adalah 319 siswa dan sampel sebanyak 76 siswa dipilih dengan teknik *accidental sampling*.

Hasil Penelitian

Hasil penelitian ditunjukkan dalam tabel distribusi frekuensi di bawah ini.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden di SMPN 20 Kota Pekanbaru Tahun 2020

Karakteristik	n	%
Umur (tahun)		
12-15 Tahun	75	98,7
>15 Tahun	1	1,3
Jenis Kelamin		
Perempuan	40	52,6
Laki – Laki	36	47,4
Total	76	100,0

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas karakteristik responden berdasarkan umur adalah 12-15 tahun sebanyak 75 orang (98,7%) dan mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 40 orang (52,6%).

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kekerasan Verbal Orang Tua di SMPN 20 Kota Pekanbaru Tahun 2020

Kekerasan Verbal	n	%
Positif	51	67,1
Negatif	25	32,9
Total	76	100,0

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas kekerasan verbal dari orang tua dengan kategori positif sebanyak 51 orang (67,1%).

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Perilaku Remaja di SMPN 20 Kota Pekanbaru Tahun 2020

Perilaku Remaja	n	%
Positif	47	61,8
Negatif	29	38,2
Total	76	100,0

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa mayoritas remaja memiliki perilaku positif sebanyak 47 orang (61,8%).

Tabel 4
Hubungan Kekerasan Verbal Orang Tua dengan Perilaku Remaja di SMP 20 Kota Pekanbaru Tahun 2020

Kekerasan verbal	Perilaku Remaja			%	P-Value
	-	+	Total		
+	15	36	51	67,1	0,048
-	14	11	25	32,9	
Total	29	47	76	100,0	

Ket: + = Positif
- = Negatif

Tabel 4 menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara kekerasan verbal yang dilakukan oleh orang tua dengan perilaku remaja di SMP 20 Kota Pekanbaru dengan $p\text{-value} < 0,05$.

Pembahasan

Hasil penelitian yang dilakukan di SMP 20 Kota Pekanbaru didapat adanya hubungan kekerasan verbal yang dilakukan orang tua dengan perilaku remaja, dengan $p\text{ value} < 0,05$. Ini menggambarkan terdapat hubungan antara kekerasan verbal orang tua terhadap perilaku remaja di SMP 20 Kota Pekanbaru.

Kekerasan verbal (kekerasan kata-kata) banyak didapatkan anak dari orang tua. Verbal merupakan tindakan secara lisan membawa efek kekerasan, dan berakibat sangat merugikan anak, baik fisik maupun mental. Dampak negatif dari kekerasan verbal, terutama pada mental anak. Dampak kekerasan verbal oleh orang tua pada anak usia sekolah mengakibatkan gangguan psikologis terkait dalam proses belajar anak (Lestary, 2016).

Kekerasan verbal merupakan suatu penganiayaan yang menyakiti emosional anak sehingga menyebabkan pengaruh tidak baik terhadap perkembangan emosional anak, baik itu dari segi penggunaan bahasa yang mengandung makna negatif (Huraerah, 2018). Kekerasan verbal pada anak juga dapat terjadi di dalam keluarga karena permasalahan komunikasi dalam keluarga sehingga menyebabkan faktor risiko kekerasan verbal pada anak (Jimenez dkk., 2019).

Penelitian Liviana dan Rina (2018) menunjukkan bahwa lingkungan keluarga mempengaruhi perkembangan psikososial anak. Peran orang tua dalam mendidik serta mengasuh anak dapat mencapai perkembangan optimal dalam perkembangan anak. Namun, fenomena yang terjadi saat ini yaitu orang tua mendidik anak dengan kekerasan fisik dan verbal yang dapat menyebabkan dampak gangguan perkembangan psikososial pada anak.

Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2019) menyatakan bahwa kekerasan emosional bisa juga berupa verbal maupun fisik. Orang tua melakukan kekerasan emosional terhadap remaja dapat memengaruhi perilaku remaja karena keluarga merupakan faktor utama pada pembentukan emosional

- alatiga.ac.id/g/pdf/public/index.php/?pdf=1061/1/Itsna.Husnia.Sari.21111014
- Widyastuti, Y., Rahmawati, A., & Purnamaningrum, E.Y.(2009). *Kesehatan reproduksi* (Cetakan ke-2). Yogyakarta: Fitramaya.
- Wulandari, S. (2019). *Perilaku menyimpang dapat terjadi dimanapun dan kapanpun termasuk remaja*. Yogyakarta: Mutiara Aksara.
- Wulandari, V., & Nurwati, N. (2018). Hubungan kekerasan emosional yang dilakukan oleh orangtua terhadap perilaku remaja. *Prosiding penelitian dan pengabdian kepada masyarakat*, 5(2), 132.
<https://doi.org/10.24198/jppm.v5i2.18364>

Implementasi program penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli

The implementation of malnutrition prevention programs in the work area of Medan Deli Public Health Center

Gayatri Tunggadewi^{1*}, Juanita², Zulhaida Lubis³

¹Puskesmas Bandar Hulan, Simalungun, Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

^{1*}gayegayatritunggadewi@gmail.com, ²emailpenulis2@domain, ³emailpenulis3@domain

Abstrak

Permasalahan gizi pada bayi dan balita di Puskesmas Medan Deli adalah kasus gizi buruk terbanyak di Kota Medan sebanyak 8 orang. Program penanggulangan gizi buruk merupakan kegiatan untuk meminimalkan masalah gizi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi program penanggulangan gizi buruk yang terdiri dari *input*, proses, *output*, dan *outcome* di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Deli. Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi terhadap 10 informan. Penelitian menemukan bahwa dari segi *input*, kurangnya Tenaga Pelaksana Gizi (TPG). Segi sarana dan prasarana tergolong minim. Biaya operasional terbatas, biaya operasional berasal dari BOK dalam bentuk insentif kader dan dana transportasi. Pelaksanaan program gizi buruk rutin dilakukan setiap bulan di Posyandu. Pemberian vitamin A dua kali setahun pada balita gizi buruk, Pemberian tablet Fe pada ibu hamil selama 3 bulan berturut-turut dilakukan di posyandu dan puskesmas. Pelaksanaan PMT Pemulihan sudah diberikan tepat sasaran tetapi kekurangan tenaga kesehatan untuk pemantauan konsumsi. Pusat Pemulihan Gizi (PPG) sebagai wadah dalam penanganan gizi buruk pada balita melalui rawat inap belum dimanfaatkan. Cakupan program penanggulangan balita gizi buruk belum mencapai target dalam pemberian vitamin A, tablet Fe dan PPG sehingga kasus gizi buruk masih tinggi. Kesimpulan dari penelitian bahwa masih belum terlaksana dengan baik program penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli sehingga Kepala Dinas Kesehatan Kota Medan dan puskesmas diharapkan meningkatkan komitmen dalam pelaksanaan kegiatan penanggulangan gizi buruk.

Kata kunci: Implementasi, program penanggulangan, gizi buruk

Abstract

The problem of nutrition in infants and toddlers in Medan Deli Public Health Center is the most cases of malnutrition in Medan with 8 people. Malnutrition improvement program is a form of activity to minimize nutritional problems. The objective of the research was to find out the implementation of malnutrition improvement program of input, process, output and outcome in the working area of Deli Puskesmas. The research used qualitative research with a phenomenological approach for 10 informants. The research found that the input, lack of nutritionist. Facility and infrastructure were inadequate. Operational costs are limited, operational costs come from the BOK in the form of cadre incentives and transportation funds. The implementation of the malnutrition program was routinely carried out every month at Posyandu. Giving vitamin A twice a year to malnourished toddlers, giving iron tablets to pregnant women for 3 consecutive months at the posyandu and puskesmas. Implementation of PMT Recovery has been given on target but there is a shortage of health workers to monitor. The Nutrition Recovery Center (PPG) as a forum for handling malnutrition in toddlers through inpatient care has not been utilized. The coverage of malnutrition in toddlers to have not reached the target in providing vitamin A, Fe tablets and PPG so the cases of malnutrition are still high. The research concludes that the malnutrition control program has not been implemented properly in the work area of the Medan Deli Health Center so that the Head of the Medan City Health Office and the Puskesmas are expected to increase their commitment to implementing malnutrition prevention activities.

Keywords: Implementation, prevention program, malnutrition

Pendahuluan

Gizi buruk pada balita terjadi apabila berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 SD yang menyebabkan permasalahan gizi buruk secara klinis yaitu marasmus, kwasiorkor dan marasmus-

kwasiorkor (Supariasa, 2016). Permasalahan Gizi berdampak pada pembangunan berkelanjutan di suatu negara. Hal tersebut sesuai dengan tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu mengakhiri kelaparan, mencapai keamanan pangan dan gizi yang baik serta meningkatkan pertanian

berkelanjutan (Osborn, 2015).

Pada tahun 2018, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia menunjukkan bahwa 3,9% proporsi status gizi buruk dan 13,8% proporsi gizi kurang. Kasus gizi buruk yang masih tinggi tersebut membuat pemerintah Indonesia berupaya menerapkan berbagai program kesehatan ibu dan anak (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi pasal 7 bahwa pemerintah daerah kabupaten/kota bertugas dan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan dan fasilitasi gizi, penyelenggaraan penanggulangan gizi buruk skala kabupaten/kota, perbaikan gizi keluarga dan masyarakat, menyelenggarakan pelayanan upaya perbaikan gizi di fasilitas pelayanan kesehatan wilayah setempat dan melaksanakan fasilitasi, perizinan, koordinasi, monitoring dan evaluasi.

Data dari Profil Kesehatan Sumatera Utara yaitu jumlah kasus balita gizi buruk pada tahun 2018 sebanyak 835 kasus dan sebanyak 518 kasus pada tahun 2019 yang tersebar di 26 kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2018). Kota Medan memiliki cakupan kasus gizi buruk sebanyak 85 kasus yang tersebar dari 21 kecamatan di Kota Medan pada tahun 2018. Lokasi kasus yang terbanyak (± 10 kasus) yaitu Kecamatan Medan Sunggal, Medan Tembung, Medan Deli dan Medan Belawan (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2019).

Salah satu puskesmas dengan kasus gizi buruk terbanyak di Kota Medan adalah Puskesmas Medan Deli. Laporan Gizi Puskesmas Medan Deli Tahun 2018 yaitu jumlah balita gizi buruk sebanyak 11 orang dan mengalami penurunan pada tahun 2019 menjadi 8 orang. Namun gizi buruk juga mulai mengalami penurunan pada tahun 2019 karena 6 orang menjadi status gizi kurang dan hanya 2 orang berstatus gizi buruk.

Hasil survei pendahuluan di Puskesmas Medan Deli yaitu jumlah petugas tenaga pelaksana gizi berjumlah satu orang dan kader posyandu berjumlah 390 orang dengan penyebaran kader 5 orang setiap posyandu. Alur pelaksanaan program gizi buruk dimulai dengan penjarangan ketika balita datang ke posyandu, kemudian dilakukan pengukuran dan penimbangan. Jika balita tersebut menderita gizi buruk maka orangtua harus mengikutkan balita pada program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan memberikan susu dan biskuit yang mengandung energi tinggi. Balita gizi buruk juga dapat dirawat di Pusat Pemulihan Gizi

(PPG) apabila tidak ada penyakit penyerta.

Kendala pelaksanaan program gizi buruk balita saat ini disebabkan partisipasi masyarakat masih rendah untuk membawa anaknya ke posyandu, mobilitas dan sarana prasana kurang memadai. Data Laporan Program Gizi Puskesmas Medan Deli yaitu capaian program pemberian tablet Fe ibu hamil hanya 80% (target 90%). Presentase balita kurus mendapat makanan tambahan hanya 65% (target 75%). Persentase bayi 6 bulan mendapat ASI Eksklusif hanya 31% (target 50%).

Perumusan masalah dalam penelitian ini berdasarkan latar belakang yaitu bagaimana implementasi program penanggulangan gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Deli tahun 2018. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi program penanggulangan gizi buruk yang terdiri dari *input* (masukan), proses (pelaksanaan program gizi buruk) *output* (target program gizi) dan *outcome* (capaian program gizi).

Metode

Jenis penelitian yaitu kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif untuk mengeksplorasi penerapan program penanggulangan gizi buruk berdasarkan pengembangan Teori oleh Edward III melalui model input, proses, output. Lokasi pelaksanaan penelitian berada di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli yang dilakukan pada bulan Maret 2020 sampai dengan selesai penelitian.

Subjek atau informan penelitian ditetapkan secara *purposive* berdasarkan pertimbangan bahwa informan dianggap memberikan data dan informasi tentang penanganan gizi buruk di wilayah kerja puskesmas. Informan berjumlah 10 orang yang terdiri dari 1 orang kepala puskesmas, 1 orang tenaga pelaksana gizi, 5 orang kader posyandu, 1 orang petugas Bidang Gizi Dinas Kesehatan Kota Medan dan 2 orang ibu balita gizi buruk. Objek penelitian adalah balita gizi buruk dan ibu hamil.

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*). Data sekunder dikumpulkan dari Profil Dinas Kesehatan Kota Medan dan Profil Puskesmas Medan Deli 2019, serta catatan laporan puskesmas. Peneliti bertindak sebagai instrumen penelitian dalam pengumpulan data dengan menggunakan pedoman observasi dan wawancara mendalam serta alat bantu berupa alat tulis, buku catatan dan alat perekam. Data penelitian dianalisis dengan menggunakan metode interaktif melalui tahapan

pengumpulan data, interpretasi dan disajikan dalam matriks.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik Informan

Informan terdiri dari 1 orang kepala puskesmas, 1 orang tenaga pelaksana gizi, 5 orang kader posyandu, 1 orang petugas bidang gizi Dinas Kesehatan Kota Medan dan 2 orang ibu balita gizi buruk. Tabel 1 memperlihatkan gambaran karakteristik informan dalam penelitian.

Tabel 1
Karakteristik Informan

Informan	Umur (Thn)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja (Thn)	Alamat
Kepala Puskesmas	55	Perempuan	S 1	10	Medan
Petugas gizi	45	Perempuan	D IV	6	Medan
Kader posyandu 1	50	Perempuan	SMA	8	Medan
Kader posyandu 2	37	Perempuan	SMA	8	Medan
Kader posyandu 3	39	Perempuan	SMP	9	Medan
Kader posyandu 4	40	Perempuan	SMA	5	Medan
Kader posyandu 5	35	Perempuan	SMP	7	Medan
Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi	42	Perempuan	S 1	3	Medan
Ibu Balita I	33	Perempuan	SMP	-	Medan
Ibu Balita II	36	Perempuan	SMP	-	Medan

Input

Pelaksanaan kegiatan program penanggulangan gizi buruk terdiri dari aspek tenaga pelaksana, kerjasama, biaya operasional dan sarana serta prasarana.

Tenaga pelaksana program. Tenaga Gizi di puskesmas Medan Deli belum memenuhi kecukupan jumlah dan kualifikasi. Hasil wawancara dengan informan 1 dan 2 yaitu:

“....setiap puskesmas rawat inap minimal memiliki 1 petugas gizi dibantu oleh bidan atau perawat tamatan D3. Kemudian dibantu oleh petugs gizi dari Pustu.” (Informan 1 dan 2)

Latar belakang pendidikan dari petugas gizi di Puskesmas Medan Deli adalah tamatan Diploma IV yang sudah sesuai dengan peraturan yang ada. Program gizi yang berhasil di Puskesmas Medan Deli sangat tergantung dari kompetensi para penanggungjawab

program gizi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa jumlah tenaga kesehatan di puskesmas kawasan perkotaan rawat inap berjumlah 2 orang. Jika dibandingkan ketersediaan tenaga gizi di Puskesmas Medan Deli maka memerlukan seorang petugas gizi lagi untuk mendukung penanggulangan gizi dan program kesehatan lainnya.

Petugas gizi di Puskesmas Medan Deli dibantu oleh seorang bidan yang memiliki tanggung jawab pelaksanaan program gizi dari Puskesmas Pembantu (Pustu) Medan Deli berjumlah 1 orang. Sesuai ungkapan informans 3 bahwa:

“...yang rutin datang dalam melakukan pemantauan adalah petugas gizi dari Pustu.” (Informan 3)

Petugas gizi dari Pustu melaksanakan tugas memantau kegiatan pemberian MP-ASI , dan pemberian F75 serta F100 kepada balita gizi buruk saat kegiatan Posyandu. Petugas gizi juga melakukan kunjungan rumah untuk memastikan pemberian F75 dan F100 telah sampai pada sasaran.

Kerjasama. Kerjasama tenaga pelaksana gizi dengan program lintas sektoral seperti lurah, camat, dinas, kader dalam mensukseskan program gizi buruk sudah berjalan dengan baik. Sesuai dengan ungkapan informan 1 dan 2 menyatakan:

“Peran lurah dalam mendukung program gizi dimana dalam hal pengurusan surat-surat bila ditemukan gizi buruk pada balita dan mengurus surat merujuk ke rumah sakit. Mereka tidak aktif dalam pemantauan.” (Informan 1 dan 2)

Peran lurah dalam penanggulangan gizi buruk sebatas mengurus administrasi untuk perawatan atau pengobatan ke rumah sakit disebabkan lurah memiliki pekerjaan lainya seperti mengurus pelayanan administrasi bagi masyarakat di sekitarnya. Lurah jarang memantau kegiatan program penanggulangan gizi buruk di Posyandu. Penelitian Sihombing (2016) menjelaskan bahwa kegiatan di posyandu didukung oleh, tetapi lurah tidak bisa secara rutin datang untuk memantau kegiatan posyandu, melainkan mengutus PKK maupun stafnya.

Kerjasama lintas sektoral program gizi buruk sudah dimulai sejak 2017, sebagaimana ungkapan informan 1 mengatakan:

“Secara lintas sektor, penanganan gizi buruk dilakukan Bappeda Kota Medan sebagai koordinator untuk penyusunan dokumen rencana aksi daerah pangan dan gizi serta sebagai koordinator dalam perencanaan dan penganggaran program gizi buruk.” (Informan 1)

Program penanganan gizi buruk pada balita secara lintas sektor telah dilaksanakan Pemerintah Kota Medan. Masro et al. (2014) menyatakan penggalangan kerjasama lintas sektor bisa melahirkan suatu komitmen bersama atau kebijakan secara tertulis (SK) yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat tentang penanggulangan gizi buruk di suatu kecamatan. Selanjutnya kebijakan pelaksanaan terkait penanggulangan gizi buruk yang pernah dilakukan di Puskesmas Medan Deli, sebagaimana diungkapkan informan 1 dan 2, yaitu:

“... kegiatan upaya penanganan gizi buruk yang dilakukan puskesmas yaitu pelacakan kasus balita gizi buruk, pemberian F75 dan F100, pusat pemulihan gizi, monitoring dan evaluasi PMT.” (Informan 1 dan 2)

Pelaksanaan penanggulangan gizi buruk sudah berjalan sesuai dengan kebijakan yang ada di Puskesmas Medan Deli. Pelacakan kasus gizi buruk adalah pelaporan dan penanganan segera kasus gizi buruk dalam waktu 1x24 jam sehingga kasus gizi buruk harus dianggap sebagai kejadian luar biasa.

Biaya operasional. Dana program penanggulangan gizi buruk berasal dari dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pernyataan Informan 1 tentang biaya operasional sebagai berikut:

“...pendanaan penanggulangan gizi buruk berasal dari dana BOK... setiap ada program gizi buruk kami mendapat insentif Rp. 50.000 setiap bulan selama 3 bulan berturut-turut. Untuk total biaya saya lupa, tapi ratusan jutaan.” (Informan 1)

Pemberian PMT ataupun MP-ASI merupakan bentuk pendanaan dari puskesmas untuk program penanggulangan gizi buruk. Program pemberian PMT ataupun MP-ASI diberikan selama 3 bulan. Insentif juga akan diberikan kepada Para kader sebesar Rp.50.000,- per bulan.

Biaya penanggulangan gizi buruk tidak dapat diungkapkan oleh informan tetapi jumlahnya ratusan jutaan untuk mendukung atau mengurangi kasus gizi buruk di wilayah

kerja Puskesmas Medan Deli. Namun setiap tahun dana anggaran penanggulangan gizi buruk balita tergantung dari kasus yang ada pada saat itu.

Sarana dan prasarana. Hasil pengamatan bahwa posyandu di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli berjalan dengan aktif setiap bulan. Jadwal kegiatan posyandu berlangsung pada minggu kedua. Apabila jadwal bertepatan pada hari libur atau hari minggu, maka jadwal posyandu akan dimajukan atau dimundurkan. Semua posyandu di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli belum optimal melakukan layanan sistem 5 meja dan pelaksanaan posyandu memakai pengukuran berat badan yang belum sesuai dengan standar. Sesuai ungkapan informan 2 yaitu:

“...sarana yang paling dibutuhkan di Posyandu adalah alat pengukuran berat badan/tinggi badan dan media. Saat ini sebagian Posyandu menggunakan meteran biasa. Kami butuh antropometri kit di setiap posyandu.” (Informasi 2, 4 dan 6).

Sarana yang belum tersedia dalam program penanggulangan gizi buruk antara lain alat pengukuran tinggi badan dan media penyuluhan. Alat pengukur tinggi badan bagi bayi yang dianjurkan adalah infatometer dengan ketelitian 0,1 cm atau 1 mm dan microtoise. Alat pengukuran berat badan adalah dacin yang mudah didapat dan harganya terjangkau. Hal ini sesuai dengan ungkapan informan 8 sebagai berikut:

“...alat pengukuran tinggi badan dan media penyuluhan belum lengkap di setiap puskesmas karena masih ada fasilitas yang lama, sedangkan mengganti yang rusak belum ada anggarannya, tetapi anggaran diupayakan tercapai tahun 2020.” (Informan 8)

Alat pengukuran tinggi badan menggunakan pita (meteran) untuk menentukan tinggi badan bayi atau balita saat ini dapat memengaruhi pengukuran IMT. Sesuai survei awal yang dilakukan oleh Rusdiarti (2019) bahwa prosedur pengukuran panjang badan yang dilakukan kurang tepat. Alat pengukuran *length board* seharusnya digunakan untuk mengukur panjang badan, namun pengukuran dilakukan dengan alat ukur meteran dan tidak memperhatikan posisi kaki anak

Sarana seperti PMT-P dan MP-ASI, Kapsul Vitamin A, dan Tablet Fe sudah

terpenuhi dengan baik serta prasarana lainnya yaitu tempat penyimpanan PMT-P dan MP-ASI dalam kondisi baik. Sarana dan prasarana sudah terpenuhi sesuai ungkapan informan 1 dan 2 mengatakan:

“PMT , MP-ASI, Kapsul Vitamin A, Tablet Fe cukup karena setiap triwulan kami mengirimkan permintaan ke Dinas Kesehatan sesuai data jumlah balita sehat dan jumlah balita gizi buruk, jumlah ibu hamil jadi tidak kekurangan. Pembagiannya juga bertahap kami berikan untuk menghindari kekosongan stok.” (Informan 2)

“....tempat penyimpanan PMT-P dan MP-ASI sudah tersedia ruangan khusus sehingga memudahkan dalam pendistribusian ke masyarakat yang memerlukannya. Angkutan khusus pendistribusian kepada balita tidak ada tetapi menggunakan motor milik bidan.” (Informan 1)

Sarana PMT-P dan MP-ASI, Kapsul Vitamin A, dan Tablet Fe telah tersedia sesuai dengan permintaan berdasarkan data jumlah balita dan ibu hamil yang di usulkan oleh TPG di Puskesmas Medan Deli kepada Dinas Kesehatan. Prasarana di Puskemas Medan Deli telah mempunyai dua gudang sesuai standar tempat penyimpanan PMT dan MP-ASI. Distribusi bahan PMT-P dari Dinas Kesehatan Kota Medan ke puskesmas menggunakan mobil puskesmas Selanjutnya bahan PMT-P dari puskesmas diangkut menggunakan kendaraan roda dua milik bidan dan disimpan terlebih dahulu di Pustu sebelum dibagikan ke ibu balita sasaran.

Proses

Pemantauan pertumbuhan. Para kader memiliki tugas untuk melakukan penimbangan pada bayi dan balita kemudian melakukan pencatatan penimbangan ke dalam buku catatan atau pada KMS, sedangkan petugas puskesmas melakukan imunisasi atau disebut dengan juru imunisasi. Sesuai dengan ungkapan informan 1 dan 2 mengatakan:

“..penimbangan balita dilakukan oleh kader yang bertugas melaksanakan kegiatan posyandu rutin setiap bulan. Jumlah Posyandu aktif sebanyak 45 unit posyandu” (Informan 1 dan 2)

Tugas kader dalam kegiatan Posyandu adalah mempersiapkan alat penimbangan bayi, alat pengukur, alat peraga, obat-obat yang

dibutuhkan dan melakukan penyuluhan. Kader menggerakkan masyarakat dengan memberitahu ibu hamil dan ibu memiliki balita untuk datang ke posyandu. Sesuai penelitian Sari & Hartati (2019), kader aktif menyelenggarakan kegiatan Posyandu (penimbangan balita, pemberian PMT, pemeriksaan kesehatan, imunisasi, pemeriksaan tensi, konsultasi kesehatan) melainkan memiliki fungsi yang sangat besar bagi peningkatan kualitas kehidupan masyarakat, terutama yang menyangkut masalah kesehatan di Tanjung Batang Kapas Inderapura Barat.

Pada penelitian ini, ibu tidak tidak membawa balita gizi buruk ke Posyandu setiap bulan. Hal ini sesuai ungkapan informan 6 dan 7 mengatakan:

“Kalo tidak ada halangan ibu datang bersama balita, memang yang datang tidak berbeda jauh dengan yang datang bulan lalu karena tidak sempat, jauh dan malas, Banyak juga yang datang.” (Informan 6, 7, dan 9)

Ibaya dan balita gizi buruk ada yang tidak rutin menimbang ke posyandu setiap bulan. Hal ini dikarenakan ibu tidak memiliki waktu luang untuk pergi ke posyandu, ibu bekerja dan terdapat anak yang lain sedang sakit serta jarak tempuh ke posyandu jauh. Para ibu rajin ke posyandu karena terdapat program penanggulangan gizi buruk yaitu bantuan pemberian makanan tambahan kepada masyarakat khususnya ibu yang memiliki balita.

Ibu balita gizi buruk membawa anaknya untuk ditimbang dengan membawa Kartu Menuju Sehat (KMS). Sesuai ungkapan informan 2 mengatakan:

“Setiap bayi atau balita yang datang ke Posyandu didaftar di Meja 1 untuk ditulis identitaskan dan diberikan KMS sebagai bahan evaluasi dalam memantau status gizinya. Tidak membawa tetap dilayani dan dicatat berat badan dan tingginya di buku” (Informan 2).

Pengisian KMS dilakukan oleh kader kesehatan. Kegiatan posyandu menggunakan sistem 5 Meja, di mana Meja 1 tempat mencatat identifikas bayi setelah dilakukan penimbangan. Ibu tidak membawa KMS tetap dilayani dengan baik. Penelitian Didah (2020) menyatakan bahwa sistem 5 meja di posyandu belum berjalan secara optimal di Desa Banyurejo Sleman Yogyakarta tahun 2012.

Hasil pengamatan dari laporan penimbangan balita pada bulan Mei dan Juni diketahui bahwa masih ada balita yang tidak naik berat badannya. Seperti ungkapan informan 2 mengatakan:

“...Balita tidak naik berat badan ada 3 orang karena menu makanan keluarga, PMT kadang anak kurang suka. Ditambah ekonomi rendah dan karena penyakit.” (Informan 2)

Balita yang tidak naik berat badannya setelah diberikan PMT Pemulihan masih ditemukan sebanyak 3 orang. Hal ini dapat disebabkan pendapatan keluarga yang rendah karena kurang mampu menyediakan kualitas makanan yang mengandung gizi baik, ketersediaan keragaman makanan seperti susu dan buah yang mengandung gizi baik untuk meningkatkan berat badannya. Keluarga miskin (gakin) dengan pendapatan yang rendah mengalami keterbatasan pangan di rumah tangga yang berlanjut pada jumlah dan mutu MP-ASI yang rendah.

Sesuai pendapat Ciptaningtyas et al. (2012) mengatakan adalah mutu MP-ASI yang rendah dan pola asuh pemberian makan yang tidak tepat mengakibatkan zat gizi yang dibutuhkan tidak terpenuhi khususnya energi dan zat gizi mikro yang menjadi penyebab gangguan tumbuh kembang bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-24 bulan serta bayi di bawah dua tahun (baduta).

Pemberian vitamin A. Kekurangan vitamin A akibat asupan zat gizi yang kurang biasanya dialami oleh anak dengan gizi buruk. Balita gizi buruk mendapatkan vitamin A dua kali setahun. Pernyataan informan 2 yaitu:

“...pemberian Vitamin A diberikan kepada balita pada bulan Februari dan Agustus 2020.” (Informan 2)

Pendistribusian vitamin A kepada balita seyoginya balita gizi buruk mendapat vitamin A secara serentak. Namun kenyataannya di lapangan pelaksanaan belum dilakukan serentak. Sesuai ungkapan informan 2 yaitu :

“...pemberian vitamin A belum mencapai target karena kondisi pandemi saat ini, dan biaya transportasi kader belum mendukung.” (Informan 2)

Kapsul vitamin A diberikan 2 kali dalam satu tahun, yaitu pada bulan Februari dan bulan Agustus. Informan menyebutnya dengan istilah bulan vitamin A. 85% cakupan

balita diberi kapsul vitamin A pada bulan Februari tahun 2020, sedangkan pada bulan Agustus meningkat menjadi 87%. Pemberian kapsul bulan Februari dan Agustus belum sesuai dengan target yaitu 100%. Sesuai penelitian Sulastrri (2020) mengatakan bahwa Cakupan pemberian vitamin A secara keseluruhan di wilayah kerja puskesmas ”S” sebesar 81,6% belum mencapai target 90%.

Pemberian tablet Fe. Pemberian tablet besi kepada ibu hamil adalah bidan dari Pustu. Jika ibu hamil atau menyusui tidak hadir maka bidan desa dan kader bekerjasama memberikan tablet Fe secara *door to door* ke rumahnya atau bisa juga dengan mengambil di puskesmas jika tidak ke posyandu. Menurut ungkapan informan 2 yaitu :

“...pemberian dilakukan oleh bidan di pustu, puskesmas. Petugas gizi biasa kami memberikan tablet Fe ke Remaja di sekolah-sekolah. Didistribusikan kepada ibu hamil mencapai 90 tablet” (Informan 2)

Pendistribusian tablet besi yang telah sampai ke puskesmas akan didistribusikan kepada petugas kesehatan di Pustu dan kader. Kader maupun tenaga kesehatan mendistribusikan tablet Fe kepada ibu hamil saat datang berkunjung ke posyandu dan pemeriksaan kesehatan di puskesmas. Menurut Khoiriah (2020) bahwa distribusi tablet besi itu sendiri sebenarnya dapat dilakukan melalui beberapa cara yakni saat bumil melakukan kunjungan ANC, kelas bumil, bidan berkunjung *door to door*, ataupun dapat diperoleh di Posyandu.

Tidak adanya monitoring pemberian tablet zat besi dapat menyebabkan perhitungan target yang ingin dicapai belum valid. Perhitungan target yang dicapai dapat dihitung dengan membandingkan jumlah tablet zat besi yang di distribusikan kepada ibu hamil dengan jumlah ibu hamil tahun berjalan. Sesuai ungkapan informan 2 dan 7 mengatakan:

“...masih di bawah target ya karena ibu hamil kadang sudah diberi tablet Fe, tidak di minumannya. Ibu tidak mau minum tablet zat besi karena mual dan baunya tidak enak” (Informan 2 dan 7)

Pelaksanaan pemberian tablet zat besi belum sesuai target yang diharapkan. Hal ini disebabkan oleh faktor dari ibu yang tidak bersedia mengkonsumsi tablet tersebut karena dapat menimbulkan rasa mual dan muntah.

Peran petugas kesehatan atau bidan, sangat memengaruhi ibu mengkonsumsi tablet Fe. Menurut penelitian Septiani (2017) bahwa pelaksanaan program gizi tentang tablet Fe mengalami kekosongan dan kekurangan dikarenakan keterbatasan distribusi tablet Fe dari Dinas Kesehatan sehingga masih banyak ibu hamil yang belum menerima tablet Fe.

Pemberian PMT pemulihan.

Pemulihan gizi balita dilakukan melalui pemberian makanan dengan kandungan gizi cukup sehingga kebutuhan gizi pada balita dapat dipenuhi. Kegiatan tersebut merupakan Program PMT-P. Standar pelayanan perawatan gizi buruk di Puskesmas Medan Deli, seperti ungkapan informan 2 yaitu:

“...pasien rawat jalan diberikan PMT dan Pemberian Formula F75 dan F100. selama ini kami sudah melakukan pelayanan perawatan dengan sesuai standar pelayanan namun sering kali masyarakat tidak berpartisipasi mengikuti perawatan (Informan 2)

Perawatan balita gizi buruk di rawat inap puskesmas akan lebih baik daripada perawatan di rumah karena kondisi balita dapat dikontrol setiap hari dan jika ada gangguan kesehatan dapat segera diobati dan dapat dirujuk segera ke rumah sakit jika terdiagnosa penyakit akut. Namun keinginan keluarga lebih memilih perawatan rumah karena lebih mudah memantau anaknya sendiri di rumah oleh anggota keluarga lainnya.

Pelaksanaan pusat pemulihan gizi.

Therapeutic Feeding Center (TFC) adalah tempat perawatan balita gizi buruk melalui rawat inap di puskesmas dengan cara memberi makanan secara intensif dan terlaksana dengan adanya bangunan khusus di puskesmas untuk menyelenggarakan makanan bagi pasien balita gizi buruk. Menurut ungkapan informan 2 mengatakan:

“...ibu balita gizi buruk tidak mau anaknya untuk dilakukan rawat inap di puskesmas dengan alasan tidak bisa menjaga anaknya di puskesmas. Para ibu biasanya mengambil formula F75 dan formula F100 ke puskesmas untuk diberikan kepada anaknya.” (Informan 2)

Pemberian makanan pada anak gizi buruk sebaiknya sesuai dengan formula diet WHO, yaitu formula 75 (F75) dan formula 100 (F100). Energi 75 kkal untuk tiap 100 ml larutan dikandung dalam formula 75,

sedangkan energi 100 kkal untuk tiap 100 ml larutan dikandung dalam formula 100.

PMT Formula 100 signifikan memperbaiki status gizi, tetapi tidak semua anak mengkonsumsi Formula 100 sesuai pernyataan Informan 4 berikut:

“...tidak semua anak gizi buruk mau minum susu. Formula 100 merupakan formula dari susu, minyak, gula dan mineral mix...” (Informan 4)

Beberapa kendala dalam pelaksanaan program PMT-P seperti penelitian Adiyasa (2010) yang menemukan masalah terbatasnya pengalokasian bahan dari pusat, pendataan riil balita pada keluarga miskin, adanya penolakan PMT-P, pemantauan petugas yang kurang dalam menentukan ketepatan konsumsi sasaran, adanya keterlambatan formulir pencatatan dan pelaporan dan pelaksanaan program yang selalu di akhir tahun. Selain itu, sumber daya yang kurang, sarana dan prasarana juga merupakan kendala (Lubis, 2012),

Kebanyakan anak penderita gizi buruk berasal dari keluarga menengah ke bawah dan umumnya juga disertai penyakit bawaan lahir seperti jantung bawaan, TB paru, *down syndrome*, dan *cerebral palsy* (Safitri, 2018).

Output

Capaian penanggulangan gizi buruk. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah dalam penanggulangan gizi buruk antara lain pelayanan gizi kepada ibu dan balita mulai dari pemberian vitamin A, tablet Fe, PMT, dan pelaksanaan PPG. Sesuai ungkapan informan 1 dan 2 mengatakan:

“...pemberian PMT Pemulihan tahun 2020 mencapai target. Untuk pelaksanaan vitamin A, Tablet Fe dan, PPG belum mencapai target.” (Informan 1 dan 2)

Prevalensi gizi buruk balita.

Prevalensi gizi buruk balita berhubungan dengan pendidikan orangtua sesuai pernyataan informan 2 yaitu:

“...prevalensi gizi buruk bulan Oktober tahun 2019 terdapat 4 orang. Tahun 2020 sampai saat ini 3 orang. Biasanya pada keluarga yang kurang mampu dan punya latar belakang pendidikan rendah.” (Informan 2)

Berdasarkan laporan Puskesmas Medan Deli tahun 2019 diketahui bahwa pencapaian program penanggulangan gizi

meliputi capaian pelaksanaan konsultasi pada ibu balita 75,3% (target 80%), capaian pemberian vitamin A pada bayi dan balita 85,3% (target 90%), capaian pemberian tablet Fe pada ibu hamil 93,6% (target 100%), capaian pemberian PMT Pemulihan 100% (100%), capaian Pusat Pemulihan Gizi (PPG) mencapai 56,3% (100%). Bila dicermati terlihat bahwa pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk melalui pemberian PMT Pemulihan telah mencapai target dan pelaksanaan lainnya tidak mencapai target sesuai yang diharapkan.

Senada penelitian Pratiwi (2015), menyatakan program penanggulangan gizi buruk pada balita dan ibu hamil terlihat belum maksimal di Kecamatan Mempawah Hilir Kabupaten Pontianak. Penelitian Syahputra (2016) juga menjelaskan kekurangan sumber daya manusia, dana pada program penanggulangan gizi kurang hanya berupa PMT, sarana dan prasarana masih belum mendukung. Demikian juga pelaksanaan penyuluhan atau konseling gizi balita dinilai masih belum berjalan dengan baik.

Kasus gizi buruk belum mencapai tidak ada kasus seperti target yang diharapkan. Hal ini disebabkan upaya penanggulangan gizi buruk oleh pemerintah belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, tidak didukung fasilitas yang memadai, serta biaya kesehatan yang tinggi. Oleh karena itu, perlu kolaborasi yang kuat antar lintas sektoral dalam penanganan gizi buruk agar tidak ada kasus gizi buruk lagi pada tahun berikutnya.

Kesimpulan

Puskesmas Medan Deli belum meningkatkan penanganan gizi buruk. Hal ini dikarenakan dari segi input yaitu kurangnya Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) dan sarana serta prasarana tergolong minim. Sarana yang belum tersedia yaitu antropometri kit. Sarana PMT, MP-ASI, kapsul vitamin A, dan tablet Fe sudah tersedia. Prasarana gedung penyimpanan PMT dan MP-ASI sudah terpenuhi. Biaya operasional terbatas, biaya operasional berasal dari BOK Dinas Kesehatan dalam bentuk insentif kader dan dana transportasi. Dinas Kesehatan mengalokasikan dana untuk program penanggulangan gizi buruk dalam bentuk PMT-P dan MP-ASI ke puskesmas.

Program penanggulangan gizi buruk melalui penimbangan BB dan pengukuran TB, konsultasi gizi kepada keluarga balita gizi buruk rutin dilakukan setiap bulan di Posyandu dan melalui kunjungan rumah. Pemberian vitamin A dua kali setahun pada balita gizi

buruk, Pemberian tablet Fe selama 3 bulan berturut-turut pada ibu hamil di posyandu dan puskesmas. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil belum mencapai target sehingga perlu pedoman khusus dalam melakukan monitoring kepatuhan mengkonsumsi tablet tersebut. Pelaksanaan PMT Pemulihan sudah diberikan tepat sasaran tetapi kekurangan tenaga kesehatan untuk pemantauan konsumsi PMT berupa F75 dan F100 untuk mengetahui kepatuhan dalam mengkonsumsi formulas tersebut di lapangan. Pusat Pemulihan Gizi (PPG) sebagai wadah dalam penanganan gizi buruk pada balita melalui rawat inap belum dimanfaatkan sepenuhnya oleh keluarga.

Cakupan program penanggulangan balita gizi buruk cenderung belum mencapai target dalam pemberian vitamin A, Tablet Fe dan, PPG belum mencapai target dan pemberian PMT pemulihan mencapai target. Prevalensi balita gizi buruk mengalami penurunan tetapi tidak signifikan hanya satu orang balita gizi buruk mengalami peningkatan berat badan menjadi normal.

Daftar Pustaka

- Adiyasa, I.N., Hadi, H., Gunawan, I. M. . (2010). Evaluasi program pemberian mp-asi bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur, dan Bengkulu Utara. *Indonesia, Jurnal Gizi Klinik*, 6(3), 145–155.
- Ciptaningtyas, R., Sumantri, A., & Ramadhan, M. A. (2012). Evaluasi berat badan tidak naik pada bayi di bawah dua tahun warga miskin setelah pemberian MP-ASI. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(5), 227–232.
- Didah. (2020). Pengetahuan kader tentang sistem 5 meja di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 6(1), 95–98. <https://doi.org/10.33024/jkm.v6i1.2303>
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2019). *Profil Dinas Kesehatan Kota Medan tahun 2019*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2018). *Rapat Kerja Kesehatan Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018*.
- Ernawati, A. (2019). Analisis implementasi program penanggulangan gizi buruk pada anak balita di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati. *Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan Dan IPTEK*, 15(1), 39–50. <https://doi.org/10.33658/jl.v15i1.131>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Buku saku*

- pemantauan status gizi balita tahun 2017.*
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Kemendes tingkat status gizi masyarakat.* <https://www.kemkes.go.id/article/view/19081600004/kemendes-tingkatkan-status-gizi-masyarakat.html>
- Khoiriah, A., L. (2020). Pemberian tablet zat besi (fe) pada ibu hamil di Posyandu Mawar Berduri Rt 05 Kelurahan Tuan Kentang Kecamatan Jakabaring Kota Palembang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, 2(1), 1–8. <http://103.97.100.145/index.php/JPMK/article/view/5360/4698>
- Lubis, Z., Tampubolon, E., J. (2012). Analisis implementasi program penanggulangan gizi buruk pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Medan Labuhan, Kota Medan Tahun 2008. *Penel Gizi Makan*, 53(1), 70–77.
- Masro, A., Edison, & Gracediani, L. (2014). Implementasi penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 21–26.
- Osborn, D., Cutter A., Ullah, F. (2015). *Universal sustainable trend goal's.*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 23 tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.
- Pratiwi, K. (2015). Implementasi program penanggulangan gizi buruk pada balita dan ibu hamil di Kecamatan Mempawah Hilir Kabupaten Pontianak. *Ublika, Jurnal S-1 Ilmu Administrasi Negara*, 4(2), 1–19.
- Rusdiarti. (2019). Analisis pengukuran ketepatan antropometri tinggi badan balita pada pelatihan kader posyandu di Panduman Kecamatan Jelbuk. *Health Information Jurnal Penelitian*, 11(2), 173–181.
- Safitri, W. (2018). *Hubungan penyakit jantung bawaan dengan status gizi anak di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan.* Universitas Sumatera Utara.
- Sari, V.Y., Hartati, S. (2019). Pelaksanaan kegiatan posyandu dalam meningkatkan kesehatan balita di Tanjung Batang, Kapas, Inderapura Barat. *Golden Age: Jurnal Ilmiah Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*, 4(3), 1–8. <https://doi.org/10.14421/jga.2019.43-01>
- Septiani, W. (2017). Pelaksanaan Program Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) pada Ibu Hamil. *Journal of Midwifery Science*, 1(2), 86–92.
- Sihombing, K., Kandarina, B.J. I., S. (2016). Peran lurah, petugas kesehatan, dan kader dalam partisipasi ibu balita ke posyandu di wilayah cakupan D/S terendah dan tertinggi di Kota Jambi. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 3(2), 87. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3\(2\).87-97](https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3(2).87-97)
- Sulastris, M., Suryani, I.S., Lutfi, B. (2020). Gambaran pengetahuan kader posyandu tentang vitamin a dan cakupan pemberian vitamin a pada balita di Posyandu “S.” *Jurnal Keperawatan & Kebidanan*, 4(1), 17–23.
- Syahputra, R. (2016). Evaluasi program penanggulangan gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Bugangan Kecamatan Semarang Timur Kota Semarang. In *Skripsi.* Universitas Negeri Semarang.

Pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pada ODHA di Kota Medan.

The impact of health care quality on satisfaction of people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Medan

Siti Shirli Vera A.R.^{1*}, Namora Lubis²

¹Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

^{1*}shirliavera@yahoo.com

Abstrak

Seiring meningkatnya kasus HIV/AIDS di dunia, maka kebutuhan akan pelayanan kesehatan juga semakin meningkat. Pemerintah tetap berusaha menangani kasus HIV/AIDS, baik dengan program pencegahan maupun pengobatan. Kebijakan pemerintah juga semakin menambah kualitas pelayanan bagi pasien ODHA. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kualitas pelayanan HIV/AIDS terhadap dimensi kehandalan dan ketanggapan terhadap kepuasan pasien ODHA di Kota Medan. Metode penelitian adalah jenis observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel 100 responden diambil secara *accidental sampling* dan data dianalisis dengan regresi logistik. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur yang telah divalidasi. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien ODHA, di mana nilai p dimensi kehandalan = 0,035 dan ketanggapan 0,021. Diharapkan Puskesmas memberikan kenyamanan kepada pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan.

Kata kunci: Kualitas Pelayanan, Kepuasan, ODHA

Abstract

Along with the increasing number of HIV/AIDS in the world, the need for health services is also increasing. The government continues to handle cases of HIV/AIDS, both with prevention and treatment programs. Government policies are also increasing the quality of services for PLWHA patients. This study aims to determine the effect of the quality of HIV/AIDS services on the dimensions of reliability and responsiveness to the satisfaction of ODHA patients in Medan City. The research method is observational study using a cross sectional study approach. Sample size of 100 respondents taken by accidental sampling and data was analyzed with logistic regression. Data obtained through interviews with validated structured questionnaire. The results of study showed an influence of the quality of health services on the satisfaction of ODHA patients, where the p value of the reliability dimension = 0.035 and the responsiveness 0.021. It was expected that Health Centre will provide comfort to patients and improve service quality.

Keywords: Service Quality, Satisfaction, ODHA

Pendahuluan

Salah satu isu penyakit menular yang terus menjadi perbincangan sampai kini adalah penyakit *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS). Indonesia menduduki posisi ketiga di dunia untuk banyaknya penderita serta penyebaran HIV/AIDS yang tergolong sangat cepat. Tujuan di *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah mencapai kesehatan dan kesejahteraan bagi semua orang, sehingga target global sampai 2030 adalah mengakhiri epidemi AIDS, demikian juga untuk Indonesia (Kementerian PPN/Bappenas, 2020).

AIDS adalah gabungan *simptom* penyakit

dikarenakan virus HIV yang mengakibatkan menurunnya durabilitas tubuh dan mengganggu sistem imunitas tubuh manusia, sehingga mudah terkena penyakit infeksi. Virus ini ditemukan tahun 1981 di Amerika Serikat, kemudian didapati juga di beberapa negara, sehingga menjadi masalah global.

Menurut Duarsa (2011), AIDS disebabkan oleh virus HIV yang ditemukan oleh Montaigner, seorang ilmuwan Perancis. Saat ini, HIV/AIDS masih menjadi salah satu persoalan kesehatan tertinggi yang dialami oleh komunitas global sebab dapat mengubah keadaan sosial, moral, dan kesehatan dunia dalam waktu yang singkat (Kepmenkes RI 832/Menkes/SK/X/2006). Dengan kenaikan kasus HIV/AIDS yang beragam, maka penting

dilaksanakan usaha pengendalian secara sistematis, komprehensif, dan bermutu (Ditjen PP&PL, 2015).

Data dari Info DATIN 2014, hingga September 2014, sebanyak 153.887 ODHA yang masuk perawatan, sebanyak 108.060 (70,22%) sesuai ketentuan untuk ARV, sementara 45.827 (29,78%) tidak sesuai ketentuan untuk ARV. Dari seluruh ODHA yang sesuai ketentuan untuk ARV, ada 84.030 (77,76%) telah mendapatkan ARV sebelumnya dan 24.030 (22,24%) belum pernah mendapatkan ARV. ODHA yang sudah pernah mendapatkan ARV terdiri dari lima kategori, yaitu 14.547 (17,31%) sudah meninggal, 45.631 (54,30%) masih menerima ARV, 15.046 (17,91%) *Lost Follow Up* (LFU), 6839 (8,14%) rujuk keluar, dan 1.967 (2,34%) berhenti. Angka *Lost Follow Up* dan berhenti dengan persentase yang cukup tinggi dalam upaya pengobatan HIV dan terapi antiretroviral di Indonesia. Sementara untuk data di Kota Medan sendiri, peneliti tidak dapat memperolehnya karena data tersebut tidak untuk dipublikasikan.

Pelayanan kesehatan yang baik termasuk pelayanan untuk penderita HIV/AIDS merupakan penentu dalam tercapainya kepuasan pasien. Kepuasan pasien dikaitkan oleh beberapa faktor diantaranya kualitas pelayanan, harga, situasi dan karakteristik pasien (Zeithmal dalam Tjiptono, 2004). ODHA memiliki hak yang sama untuk memberikan nilai terhadap kualitas pelayanan yang diperolehnya, sebagaimana yang telah diuraikan dalam berbagai peraturan dan kebijakan yang ada.

Menurut Parasuraman yang dikutip Lupiyoadi (2001), mutu pelayanan ditentukan dalam lima hal, yaitu bukti fisik (*tangibles*), kehandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan perhatian (*emphaty*). Lima hal ini dapat menjadi indikator kepuasan pasien ODHA dalam pelayanan yang diperolehnya. Dengan mutu pelayanan yang baik, maka ODHA akan termotivasi melanjutkan perawatan sekaligus untuk berusaha hidup produktif di tengah masyarakat, sehingga harapannya jumlah kasus HIV/AIDS bisa menurun.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan di Puskesmas Padang Bulan, yaitu dengan melakukan wawancara kepada beberapa pasien dan pendamping ODHA tentang pelayanan kesehatan yang diterima, mereka mengatakan bahwa masih ada perlakuan yang berbeda antara pasien umum dan ODHA. Beberapa

tenaga kesehatan masih memiliki stigma buruk terhadap pasien ODHA. Hingga Desember 2017, jumlah pasien dengan status positif HIV di Puskesmas Padang Bulan terdapat 57 kasus dan 639 orang yang menerima ARV di Klinik VCT Puskesmas Padang Bulan.

Pemerintah harus tetap berusaha menangani persoalan HIV/AIDS ini, baik dengan program preventif dan rehabilitatif. Peraturan dari pemerintah juga semakin menambah mutu pelayanan untuk pasien ODHA. Tidak hanya pasien umum yang mempunyai hak untuk memperoleh kepuasan dalam pelayanan kesehatan, tetapi pasien ODHA juga mempunyai hak yang sama.

Metode

Penelitian ini termasuk dalam jenis studi observasional dengan desain *cross sectional*. Lokasi penelitian di Puskesmas Padang Bulan Kota Medan. Populasi penelitian ini adalah 639 orang. Sampel yang diambil sebanyak 100 orang dengan teknik *accidental sampling*, yaitu orang yang datang ke puskesmas dan bersedia menjadi sampel secara sukarela pada saat pengumpulan data.

Data primer diperoleh dengan melaksanakan wawancara langsung kepada responden dan menggunakan alat bantu kuesioner tentang kualitas pelayanan kesehatan untuk mengetahui kehandalan dan ketanggapan pelayanan kesehatan. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini ada 3, yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis bivariat menggunakan uji *chi square* dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda.

Hasil

Kualitas pelayanan yang meliputi kehandalan dan ketanggapan di Kota Medan tersebar dalam 14 pernyataan. Hasil yang diperoleh dari analisis statistik mengenai gambaran kehandalan dan ketanggapan dapat dilihat secara rinci pada tabel analisis.

Analisis Univariat

Hasil analisis univariat pada tabel 1 menunjukkan 41% responden menyatakan kehandalan dari kualitas pelayanan yang kurang baik dan ketanggapan paling besar cukup baik sebanyak 39%. Kepuasan pasien HIV/AIDS berdasarkan hasil yang diperoleh sebagian besar merasa tidak puas (62%).

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Kehandalan, Ketanggapan, dan Kepuasan pada Pasien ODHA

Variabel	n (100)	%
Kehandalan		
Kurang Baik	41	41,0
Cukup Baik	31	31,0
Baik	15	15,0
Sangat Baik	9	9,0
Sempurna	4	4,0
Ketanggapan		
Kurang Baik	12	12,0
Cukup Baik	39	39,0
Baik	38	38,0
Sangat Baik	9	9,0
Sempurna	2	2,0
Kepuasan		
Tidak Puas	62	62,0
Puas	38	38,0

Analisis Bivariat

Hasil penelitian menunjukkan kehandalan berhubungan dengan kepuasan ($p=0,035$), di mana di antara pasien yang menilai kehandalan kurang baik ada sebanyak 32 orang (78%) merasa tidak puas dan pasien yang merasa puas ada 9 orang (22%). Pasien yang menilai kehandalan sempurna dan merasa tidak puas hanya ada dua orang (50%).

Ketanggapan berhubungan dengan kepuasan pasien ($p=0,021$), di mana pasien yang menilai ketanggapan cukup baik ada 23 orang (59%) yang merasa tidak puas dan pasien yang menilai ketanggapan cukup baik ada 16 orang (41%) merasa puas. Pasien yang menilai ketanggapan sempurna ada 2 orang (2%) yang merasa puas.

Tabel 2
Hubungan Kehandalan dan Ketanggapan dengan Kepuasan Pasien ODHA

Variabel	Kepuasan Pasien				Jumlah	
	Tidak Puas		Puas			
	n	%	n	%	n	%
Kehandalan						
Kurang Baik	32	32,0	9	9,0	41	41,0
Cukup Baik	13	13,0	18	18,0	31	31,0
Baik	10	10,0	5	5,0	15	15,0
Sangat Baik	5	5,0	4	4,0	9	9,0
Sempurna	2	2,0	2	2,0	4	4,0
Jumlah	62	62,0	38	38,0	100	100
p= 0,035						
Ketanggapan						
Kurang Baik	12	12,0	0	0,0	12	12,0
Cukup Baik	23	23,0	16	16,0	39	39,0
Baik	21	55,3	17	44,7	38	38,0
Sangat Baik	6	66,7	3	33,3	9	9,0
Sempurna	0	0,0	2	2,0	2	2,0
Jumlah	62	62,0	38	38,0	100	100
p=0,021						

Analisis Multivariat

Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa kehandalan berpengaruh terhadap kepuasan pasien dengan p value sebesar 0,035, demikian dengan ketanggapan memiliki nilai p value sebesar 0,021, berarti lebih kecil dari 0,05, sedangkan jika dilihat dari OR diperoleh angka 1,351 dan 1,792.

Tabel 3
Pengaruh antara Variabel Bebas terhadap Variabel Terikat

Variabel	P Value	OR	CI 95%
Kehandalan	0,035	1,351	0,938 – 1,946
Ketanggapan	0,021	1,792	1,091 – 2,945

Pembahasan

Persentase kepuasan pasien berdasarkan penilaian terhadap kualitas pelayanan berupa kehandalan dapat dilihat dari tabel tabulasi silang yang menunjukkan sebagian besar responden yang mempunyai penilaian baik terhadap kehandalan pelayanan, sebagian besar juga menyatakan puas. Dilihat dari persentase tersebut terdapat kecenderungan jika pasien menyatakan kehandalan dalam pelayanan baik, maka pasien akan merasa puas dengan pelayanan yang ada. Dengan demikian ada hubungan yang kuat antara kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien ODHA.

Parasuraman (2004) menyatakan bahwa dimensi kualitas pelayanan jasa tergantung dari orang tersebut dan *reliability* (kehandalan) cenderung lebih penting. Metode dalam mengatasi keluhan akan dianggap efisien jika dapat menunjukkan kemungkinan dalam menjadikan klien yang tidak puas menjadi puas. Metode penanganannya, antara lain bisa melalui kecepat tanggapan, sikap empati, saat pelanggan menghubungi institusi dapat dilakukan dengan mudah, dan siap untuk mendapatkan kritik (Tjiptono, 2000).

Dalam hal ketanggapan, persentase kepuasan pasien berdasarkan penilaian terhadap kualitas pelayanan berupa ketanggapan tampak pada tabel tabulasi silang yang memperlihatkan sebagian besar responden yang mempunyai penilaian baik terhadap ketanggapan, sebagian besar menyatakan puas. Dilihat dari persentase tersebut bahwa ada kecenderungan jika pasien menyebutkan ketanggapan dalam pelayanan baik, maka pasien akan merasa puas dengan pelayanan yang ada. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan yang kuat antara kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien ODHA.

Pasien yang menyebutkan kualitas pelayanan ketanggapan baik memberikan gambaran bahwa secara keseluruhan petugas kesehatan berusaha segera menanggapi keluhan pasien meski belum seluruhnya sesuai dengan yang diharapkan. Ketanggapan yang diberikan tenaga kesehatan saat menangani pasien ODHA dirasakan sangat baik, sehingga pasien merasa sudah puas jika dibandingkan dengan pelayanan yang sama sekali tidak menanggapi keluhan pasien.

Menurut penelitian Sutriyani (2013) di RSU Labuang Baji Tahun 2012 terdapat hubungan antara dimensi kehandalan dan ketanggapan pelayanan HIV/AIDS terhadap kepuasan pasien. Jika kualitas pelayanan kesehatan yang didapat baik dan bisa dipertahankan, maka dapat memengaruhi dan memberikan kontribusi kepada penurunan jumlah penyebaran penyakit HIV/AIDS.

Secara teoritis, ketanggapan mengutamakan pada sikap penyedia layanan untuk segera merespon keluhan pasien, sehingga menghasilkan kepuasan (Bustami, 2011). Menurut peneliti, petugas puskesmas telah berusaha tanggap terhadap pasien. Ketanggapan yang diberikan petugas kesehatan di puskesmas sudah sangat baik, sehingga mengakibatkan kepuasan pada pasien ODHA. Tetapi, peneliti berkeinginan adanya perhatian yang harus diberikan pelayanan kesehatan terkait informasi karena ada beberapa pasien ODHA menganggap penjelasan informasi kurang jelas dan terlalu singkat.

Demikian dengan pendapat Pohan (2006), menjelaskan pelayanan yang berkualitas dapat memengaruhi kepuasan pasien dengan memperkuat informasi yang didapatkan tentang layanan kesehatan yang akan atau sudah dilakukan, informasi pengobatan di rumah, dan preventif. Puskesmas, khususnya klinik vct yang menangani pasien ODHA perlu menambah ketanggapan dalam memberi pelayanan, khususnya di bagian administrasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Parasuraman (2004) menyebutkan penilaian jasa pelayanan kesehatan sangat tergantung pada kepekaan petugas yang mencukupi kebutuhan pasien, komunikasi yang baik antara pemberi layanan dengan pasien, empati dan keramahan petugas yang melayani pasien dalam masa pemulihan, serta kapasitas untuk melakukan pelayanan berdasarkan prosedur.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh signifikan antara kehandalan (*reliability*) dan ketanggapan (*responsiveness*) terhadap kepuasan pasien di Puskesmas Teladan Kota Medan. Saran kepada pihak pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan agar sesuai dengan harapan pengguna serta lebih memerhatikan mutu pelayanan pada dimensi kehandalan dan ketanggapan. Diharapkan kepada petugas kesehatan di Puskesmas Padang Bulan untuk mempermudah pelayanan, terutama pelayanan administrasi dan lama tunggu pasien agar pasien mendapatkan pelayanan dengan cepat. Selain itu, sebelum melakukan pemeriksaan pada pasien, sebaiknya petugas kesehatan memperkenalkan diri serta memberi pelayanan tanpa diskriminasi pada pasien HIV/AIDS.

Daftar Pustaka

- Ditjen PP&PL. (2015). *Profil pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan*. Jakarta.
- Duarsa, W.N. (2011). *Infeksi HIV dan AIDS*. Dalam: Daili, S.F. *Infeksi menular seksual*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2020). *Pedoman Teknis Penyusunan Rencana Aksi Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/ Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta: Kedepuitian Bidang Kemaritiman dan Sumber Daya Alam, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas).
- Lupiyoadi, R. (2001). *Manajemen pemasaran jasa teori dan praktik*. Jakarta: Salemba Empat.
- Parasuraman, A. Z. V. & Berry, L. (2004). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-41.
- Pohan, I.S. (2006). *Jaminan mutu layanan kesehatan: dasar – dasar pengertian dan penerapan*. Jakarta: EGC.
- Sutriyani. (2012). *Hubungan kualitas pelayanan HIV dan AIDS terhadap kepuasan pasien di Rumah Sakit Umum Labuang Baji, Makassar*.
- Tjiptono, F. (2000). *Pemasaran jasa*. Jawa Timur: Bayumedia Publishing

Petunjuk untuk Penulis TROPHICO: Tropical Public Health Journal

Persiapan Naskah

Naskah merupakan hasil kajian penelitian di bidang kesehatan masyarakat yang meliputi Epidemiologi, Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Gizi Kesehatan Masyarakat, Biostatistik dan Kependudukan, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga serta artikel penelitian lainnya dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat. Naskah harus ditulis dalam Bahasa Indonesia. Penulis dapat *mendownload* template TROPHICO untuk panduan lebih detailnya.

Panduan Menulis

Judul. Judul ditulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, mencerminkan isi naskah, ringkas, maksimal 20 kata.

Identitas penulis. Identitas penulis ditulis di bawah judul yang memuat nama depan dan belakang, afiliasi, negara, dan email. Untuk lebih banyak penulis dari institusi yang sama, nomor yang sesuai disajikan dengan nomor yang sama.

Abstrak. Abstrak ditulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Abstrak adalah ringkasan dari keseluruhan makalah termasuk pendahuluan, tujuan, metode, hasil, dan kesimpulan yang didefinisikan dengan jelas. Panjang abstrak hingga 250 kata dengan maksimal lima kata kunci yang dipisahkan dengan koma. Kata kunci menggambarkan dasar penelitian.

Pendahuluan. Pendahuluan memuat latar belakang atau rasionalisasi penelitian, tinjauan pustaka singkat dan relevan (acuan minimal sepuluh tahun terakhir artikel jurnal sebelumnya), dan tujuan penelitian. Ada *gap analysis* (pertanyaan atau masalah yang belum terjawab oleh penelitian yang ada atau apa yang unik dari makalah ini dibandingkan dengan makalah sebelumnya).

Metode. Metode penelitian meliputi desain, tempat dan waktu penelitian, populasi dan sampel, sumber data, teknik dan instrumen pengumpulan data, metode pengukuran, prosedur analisis data, dan etika penelitian.

Hasil. Hasil adalah temuan penelitian, harus jelas dan ringkas dalam urutan yang logis. Hasil penelitian dapat disajikan dengan tabel dan grafik atau gambar dengan penjelasan yang sesuai. Penyajian tabel dan grafik atau gambar berada di dalam kolom badan teks. Tabel dan grafik atau gambar dapat menempati ruang di kedua kolom sekaligus atau hanya satu kolom. Tabel diberi nomor urut mulai 1 dengan judul tabel dan nomor di atas tabel. Tabel harus diberi spasi tunggal dan rata penuh di kolom atau di halaman. Gambar diberi nomor urut mulai 1 dengan judul gambar dan nomor di bawah gambar. Gambar diperbolehkan berwarna atau hitam putih, dan ditempatkan di tengah kolom atau halaman.

Diskusi. Diskusi ditulis dengan baik, jelas, dan argumentatif. Diskusi menjawab masalah penelitian, menafsirkan temuan, mengintegrasikan temuan atau dengan teori yang relevan atau temuan sebelumnya, dan merumuskan teori baru atau memodifikasi teori yang ada.

Kesimpulan. Bagian ini berisi kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian. Bagian ini ditulis dalam bentuk narasi (bukan dalam bentuk numerik), logis dan efektif.

Acknowledgment (jika ada). Ucapan terima kasih berupa ucapan terima kasih atas kontribusi atau bantuan yang diterima dari pihak lain dalam penelitian (masyarakat, hibah, dana, dll). Nama organisasi pemberi dana harus ditulis lengkap.

Referensi. Referensi harus ditulis dengan Gaya *American Psychological Association* (APA). Referensi berisi minimal 10 sumber referensi. Semua sumber yang dikutip dalam referensi adalah sumber yang dikutip dalam artikel (harap periksa nama penulis dan tahun terbit masing-masing). Direkomendasikan untuk menggunakan referensi dari sumber primer (minimal 80%) seperti artikel jurnal, prosiding, skripsi atau disertasi dan menggunakan

referensi yang *up-to-date* (referensi dibuat selama sepuluh tahun terakhir). Penulis menggunakan pengelola referensi seperti Mendeley, Zotero, EndNote, dll.

Contoh:

1. Buku (cetak)

Soemirat, J. (2015). *Epidemiologi lingkungan* (Edisi ke-3). Gadjah Mada University Press

2. Buku (online)

Irawan, D. W. P. (2016). *Prinsip hygiene sanitasi makanan dan minuman*.
<https://kesling.poltekkesdepkes-sby.ac.id/wp-content/uploads/2020/03/BUKU-ISBN-PRINSIP-2-HS-MAKANAN-DI-RS.pdf>

3. Artikel Jurnal

Cronk, R., Slaymaker, T., & Bartram, J. (2015). Monitoring drinking water, sanitation, and hygiene in non-household settings: Priorities for policy and practice. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(8), 694–703.
<https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2015.03.003>

4. Prodising Seminar

Maulidyah, R., Labellapansa, A., & Efendi, A. (2018). Penalaran berbasis aturan untuk deteksi dini penyakit kulit akibat infeksi jamur. *Prosiding Sisfotek*, 9(1), 131–138

5. Tesis atau Disertasi

Setyowati, E. B. (2010). *Hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dengan perkembangan bahasa anak usia 24-34 bulan* [Tesis, Universitas Airlangga].
<http://repository.unair.ac.id/38300/2/gdlhub-gdl-s3-2010-setyowatie-12006-tkm2710.pdf>

6. Laporan Pemerintah

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf>

7. Peraturan/ Undang-undang

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096 Tahun 2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga.

Artikel yang dikirim adalah karya individual yang tidak/ sedang dalam proses publikasi untuk penerbit lain. Setiap artikel akan diperiksa untuk plagiarisme menggunakan Turnitin dengan batas toleransi maksimal 20%. Penulis harus melampirkan surat pernyataan bahwa artikel yang dikirim tidak/ sedang dalam proses untuk publikasi di penerbit lain dan tidak mengandung unsur plagiarisme.

Penyerahan makalah

Makalah harus diserahkan secara kontinu dan artikel yang dikirim harus memenuhi semua persyaratan. Jumlah halaman maksimal (termasuk tabel, gambar atau grafik dan referensi) sebanyak 10 halaman. Semua artikel melalui proses *peer-review* sebelum dipublikasikan. Rekomendasi keseluruhan *reviewer* dapat berupa sebagai berikut:

Accepted tanpa revisi. Makalah tersebut diteruskan ke editor untuk diterima atau dipublikasikan di jurnal

Accepted dengan revisi. Saran dan komentar *reviewer* dikirim melalui email pemberitahuan ke alamat email penulis. Penulis harus memperbaiki artikel sesuai dengan

komentar dan mengirimkan kembali makalahnya.

Rejected. Makalah tidak akan dipublikasikan di jurnal. Alasan *reviewer* untuk penolakan makalah dikirim melalui email pemberitahuan ke alamat email penulis.

Judul artikel diketik dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris (Judul maksimal 20 kata, huruf kapital hanya pada awal kalimat dan setelah titik dua/ tanda tanya/ tanda baca lainnya, Times New Roman 14 pt, rata kiri, cetak tebal, 1 spasi, judul Bahasa Inggris diketik cetak miring)

Penulis^{1*}, Penulis², Penulis³

¹Departemen, Fakultas, Universitas, Kota, Negara

²Departemen, Fakultas, Universitas, Kota, Negara

³Departemen, Fakultas, Universitas, Kota, Negara

^{1*}emailpenulis1@domain, ²emailpenulis2@domain, ³emailpenulis3@domain

Times New Roman 10 pt

Penulis dengan institusi yang sama cukup menyetikkan nomor masing-masing penulis diikuti 1 nama institusi yang sama. Penulis korespondensi diberi simbol *

Abstrak

(Latar Belakang).....
.....
.....
.....(Tujuan).....
.....(Metode).....
.....(Hasil).....
.....(Kesimpulan).....

Kata kunci: Maksimal 5 kata kunci dalam Bahasa Indonesia

Abstract

(Background).....
.....
.....(Objective).....
.....(Methods).....
.....(Results).....
.....(Conclusion).....

Keywords : Up to 5 keywords in English

(Abstrak/ abstract maksimal 250 kata, kata kunci dipisahkan dengan koma, jenis huruf Times New Roman 10 pt)

Pendahuluan } Heading level 1: rata
 } tengah, cetak tebal
 } kapital di awal setiap
 } kata

Artikel diketik dengan jenis huruf Times New Roman, ukuran 11 pt dan dalam format dokumen microsoft word berukuran A4 (210 mm x 297 mm) dengan margin atas 2 cm, bawah 2 cm, kiri 3 cm dan kanan 2 cm. Artikel dibuat menjadi dua kolom dengan rata kanan – kiri dan jumlah halaman tidak boleh lebih dari 10 halaman. Judul bab diketik dengan format heading level 1. Alinea baru dimulai pada tab 1,27 cm dari batas tepi kiri. Pendahuluan berisi latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan, manfaat, tinjauan pustaka dan keterangan terkait dengan penelitian.

Metode

Metode memuat jenis penelitian, lokasi dan waktu penelitian, populasi dan sampel, instrumen penelitian, metode pengumpulan, pengukuran dan analisis data. Semua penelitian yang menggunakan data primer harus melalui proses klirens etik dengan melampirkan surat pernyataan lulus ethical clearance yang sudah disetujui oleh komisi etik penelitian.

Hasil

Hasil memuat pernyataan tentang

spasi yang digunakan 1 spasi, baris ke dua tiap referensi dimulai menjorok 6 ketukan ke dalam. Urutan penulisan referensi berdasarkan abjad nama pengarang tanpa di beri nomor didepannya. Nama Pengarang ditulis tanpa gelar, dimulai dari nama belakang yang ditulis lengkap dan diikuti singkatan nama depan.

Daftar pustaka memuat minimal 10 sumber referensi yang dibuat selama 10 tahun terakhir. Semua sumber yang tercantum dalam daftar pustaka merupakan sumber yang dikutip dalam artikel (mohon dicek satu persatu nama penulis dan tahun terbit). Disarankan untuk menggunakan referensi dari sumber primer (minimal 80%) seperti artikel jurnal, prosiding, tesis atau disertasi. Penulis direkomendasikan menggunakan *reference manager* seperti Mendeley, Zotero, EndNote atau aplikasi lainnya untuk mengelola kepastakaan naskah. Contoh penulisan daftar pustaka yaitu sebagai berikut :

- Cronk, R., Slaymaker, T., & Bartram, J. (2015). Monitoring drinking water, sanitation, and hygiene in non-household settings: Priorities for policy and practice. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(8), 694–703. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2015.03.003>
- Irawan, D. W. P. (2016). *Prinsip hygiene sanitasi makanan dan minuman*. <https://kesling.poltekkesdepkes-sby.ac.id/wp-content/uploads/2020/03/BUKU-ISBN-PRINSIP-2-HS-MAKANAN-DI-RS.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf>
- Malfarian, Y. P. A., Chabibah, N., & Saidah, Q. (2017). Hubungan sanitasi makanan dengan status gizi anak usia toddler di Kelurahan Kenjeran Kecamatan Bulak Surabaya. *Publikasi Riset Kesehatan untuk Daya Saing Bangsa*, 53(9), 422–468.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096 Tahun 2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga.
- Setyowati, E. B. (2010). *Hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dengan perkembangan bahasa anak usia 24-34 bulan* [Tesis, Universitas Airlangga]. <http://repository.unair.ac.id/38300/2/gdlhub-gdl-s3-2010-setyowatie-12006-tkm2710.pdf>
- Soemirat, J. (2015). *Epidemiologi lingkungan* (Edisi ke-3). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sunarya, R. O., & Yudhastuti, R. (2019). Gambaran hygiene dan sanitasi makanan di kantin kampus Universitas Airlangga. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 11(2), 158–164. <https://doi.org/123455678>

Artikel yang dikirim adalah karya individual yang tidak/ sedang dalam proses publikasi untuk penerbit lain. Setiap artikel akan diperiksa untuk plagiarisme menggunakan Turnitin dengan batas toleransi similarity maksimal 20%. Penulis harus melampirkan surat pernyataan bahwa artikel yang dikirim tidak/ sedang dalam proses untuk publikasi di penerbit lain dan tidak mengandung unsur plagiarisme.

TROPICAL PUBLIC HEALTH JOURNAL



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

