

PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE ARCHIVE

Editorial

Meningkatnya Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio/MM Ratio*): Apakah Betul? 1

Artikel Laporan Penelitian

Trends in HIV Prevalence, Condom Use and Associated Factors among Female Sex Workers in Denpasar, Bali, Indonesia	3
Persepsi Perempuan, Dukungan Keluarga dan Media Massa Berpengaruh pada Penggunaan Gurch Vagina <i>Ratus</i> , Bali, 2013	15
Hubungan antara Pendidikan, Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan Dukungan Keluarga dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Ibu Hamil di Kabupaten Ermera Timor Leste, 2013	22
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Tegallalang I	28
Hambatan-Hambatan dalam Pengembangan Motivasi Terkait Kinerja Perawat di RSUD Kabupaten Buleleng	35
Pengetahuan Kader dan Perilaku Asupan Nutrisi Berhubungan dengan Perubahan Status Gizi Balita, Pustaka Kawangu, Sumba Timur	43
Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Pemakaian Alat Kontrasepsi pada PUS di Puskesmas Comoro Dili Timor Leste	51
Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi dan Dukungan Suami dengan Kelengkapan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Denpasar Selatan III	59
Sanitasi Rumah dan Status Gizi sebagai Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Karang Taliwang, Mataram, Nusa Tenggara Barat	67
Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Wanita Pasangan Usia Subur dengan Tindakan <i>Pap Smear</i> di Puskesmas Sukawati II, Gianyar	75
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil di Puskesmas Kota Denpasar.....	81
Paparan Asap Rokok sebagai Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat	89
Kompetensi, Kompensasi Finansial, Supervisi dan Kinerja Bidan Desa di Kabupaten Bangli	96
Analisis Retrospektif Longitudinal: <i>Loss to Follow Up</i> saat Menjalani Terapi Antiretroviral di Yayasan Kerti Praja Bali Tahun 2002-2012	102

Forum Kebijakan

Policy for Drug Users in Indonesia: A Critical Policy Analysis of Jail Punishment and an Alternate Rehabilitation Policy	113
Prostitution Legislation Reforms in Western Australia: What Indonesia Can Learn	118

PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE ARCHIVE

Public Health and Preventive Medicine Archive (PHPMA) adalah jurnal resmi yang dikelola oleh Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM), Program Pascasarjana Universitas Udayana bersama-sama dengan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Cabang Bali. PHPMA terbit dua kali dalam setahun yaitu Bulan Juli dan Desember. PHPMA memuat naskah hasil penelitian yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat dan kedokteran pencegahan. PHPMA juga menerbitkan review, komunikasi singkat melalui surat kepada editor, tinjauan pustaka, tinjauan kasus serta hasil studi kebijakan (forum kebijakan). Tujuan utama dari PHPMA adalah sebagai media untuk memperluas pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat dan kedokteran pencegahan.

Dewan Penyunting

Prof. dr. DN Wirawan, MPH
dr. Partha Muliawan, M.Sc (Ketua IAKMI Bali)
dr. Anak Agung Sagung Sawitri, MPH
dr. Ady Wirawan, MPH
dr. Luh Putu Lila Wulandari, MPH
dr. Pande Putu Januraga, M.Kes

Penyunting Pelaksana

Prof. dr. NT Suryadhi, MPH., PhD
dr. I Nyoman Sutarsa, MPH
dr. Tangking Widarsa, MPH
dr. Ni Made Sri Nopiyani, MPH
Sang Gede Purnama, SKM., M.Sc
dr. Komang Ayu Kartika Sari, MPH
dr. Desak Putu Yuli Kurniati, M.KM
Dinar SM. Lubis, SKM., MPH
Putu Widarini, SKM., MPH
DR. Luh Seri Ani, SKM, M.Kes
dr. Putu Ayu Swandewi A., MPH
Kadek Tresna Adhi, SKM., M.Kes

Mitra Bestari

dr. Adang Bachtiar, MPH., D.Sc (Universitas Indonesia)
Prof. DR. dr. Charles Surjadi, MPH (Universitas Atmajaya)
dr. Pandu Riono, MPH., PhD (Universitas Indonesia)
Ignatius Praptoraharjo, PhD (Universitas Atmajaya)
dr. Made Dharmadi, MPH (Universitas Udayana)
DR. dr. GN Indraguna Pinatih, Akp., SpGK., M.Sc
(Universitas Udayana)
Ir. Nengah Sujaya, M.Agr.Sc., PhD (Universitas Udayana)
DR. dr. Dyah Pradnyaparamita Duarsa, M.Si (Universitas Udayana)
Ir. Yenni Ciawi, PhD (Universitas Udayana)
Solita Sarwono, PhD (Konsultan Independen, Belanda)
Made Setiawan, PhD (Konsultan Independen, United Kingdom)
Emily Rowe, PhD (Konsultan Independen, Australia)

Pengiriman Naskah

Naskah yang telah ditulis dengan mengikuti pedoman penulisan PHPMA dapat dikirimkan melalui alamat email: jurnalmikm@gmail.com

Komunikasi dan pertanyaan agar dikirimkan ke alamat email: ykpdps@dps.centrin.net.id

Sekretariat *Public Health and Preventive Medicine Archive* (PHPMA)

Sekretariat MIKM, Gedung Pascasarjana Universitas Udayana Lantai 2, Universitas Udayana, Denpasar
Jalan PB Sudirman, Denpasar, Bali, 80232
Telp. (0361) 3618183

PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE ARCHIVE

Daftar Isi Volume 2, Nomor 1, Juli 2014

Editorial

Meningkatnya Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio/MM Ratio*): Apakah Betul? 1

Artikel Laporan Penelitian

Trends in HIV Prevalence, Condom Use and Associated Factors among Female Sex Workers in Denpasar, Bali, Indonesia	3
Persepsi Perempuan, Dukungan Keluarga dan Media Massa Berpengaruh pada Penggunaan Gurah Vagina <i>Ratus</i> , Bali, 2013	15
Hubungan antara Pendidikan, Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan Dukungan Keluarga dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Ibu Hamil di Kabupaten Ermera Timor Leste, 2013	22
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Tegallalang I	28
Hambatan-Hambatan dalam Pengembangan Motivasi Terkait Kinerja Perawat di RSUD Kabupaten Buleleng	35
Pengetahuan Kader dan Perilaku Asupan Nutrisi Berhubungan dengan Perubahan Status Gizi Balita, Pustaka Kawangu, Sumba Timur	43
Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Pemakaian Alat Kontrasepsi pada PUS di Puskesmas Comoro Dili Timor Leste	51
Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi dan Dukungan Suami dengan Kelengkapan <i>Antenatal Care</i> (ANC) di Puskesmas Denpasar Selatan III	59
Sanitasi Rumah dan Status Gizi sebagai Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Karang Taliwang, Mataram, Nusa Tenggara Barat	67
Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Wanita Pasangan Usia Subur dengan Tindakan <i>Pap Smear</i> di Puskesmas Sukawati II, Gianyar	75
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil di Puskesmas Kota Denpasar	81
Paparan Asap Rokok sebagai Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat.....	89
Kompetensi, Kompensasi Finansial, Supervisi dan Kinerja Bidan Desa di Kabupaten Bangli	96
Analisis Retrospektif Longitudinal: <i>Loss to Follow Up</i> saat Menjalani Terapi Antiretroviral di Yayasan Kerti Praja Bali Tahun 2002-2012	102

Forum Kebijakan

Policy for Drug Users in Indonesia: A Critical Policy Analysis of Jail Punishment and an Alternate Rehabilitation Policy	113
Prostitution Legislation Reforms in Western Australia: What Indonesia Can Learn	118

Meningkatnya Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio/ MM Ratio*): Apakah Betul?

Dalam Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Mileneum di Indonesia telah ditetapkan bahwa secara nasional Angka Kematian Ibu akibat komplikasi kehamilan dan persalinan per 100.000 kelahiran hidup atau *Maternal Mortality Ratio (MM Ratio)* diharapkan turun dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 102 pada tahun 2015.¹ Setelah hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 dipublikasikan, banyak pihak amat terkejut karena *MM Ratio* ternyata malah dilaporkan meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007)² menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (SDKI 2012).³

Keterkejutan banyak pihak dilandasi oleh indikator-indikator *ouput* upaya pelayanan kesehatan yang ada kaitannya dengan kematian ibu, dimana semuanya menunjukkan peningkatan. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010⁴ dan 2013⁵ menunjukkan bahwa proporsi wanita kawin yang memakai salah satu metode kontrasepsi pada saat survei (*current users*) meningkat dari 55,8% pada tahun 2010 menjadi 59,7% pada tahun 2013. Cakupan *ante natal care* (ANC) meningkat dari 92,7% pada tahun 2010 menjadi 95,2% pada tahun 2013. Cakupan ANC pertama pada trimester pertama (K1) meningkat dari 72,3% pada tahun 2010 menjadi 81,3% pada tahun 2013. Cakupan K4 meningkat dari 61,4% pada tahun 2010 menjadi 70,0% pada tahun 2013. Konsumsi tablet Fe selama 90 hari selama hamil meningkat dari 18,0% tahun 2010 menjadi 33,2% tahun 2013. Proporsi persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dari 75,4% pada tahun 2007⁶, menjadi 82,3% pada tahun 2010 dan menjadi 86,9% pada tahun 2013. Proporsi tempat persalinan di fasilitas kesehatan meningkat dari 60,9% pada tahun 2010 menjadi 76,1% pada tahun 2013. Cakupan pelayanan ibu pada masa nifas meningkat dari 46,8% pada tahun 2010 menjadi 81,7% pada tahun 2013.

Lalu kenapa angka kematian ibu (*MM Ratio*) malah meningkat?. Dalam laporan SDKI 2012 diuraikan bahwa *MM Ratio* yang dijumpai dalam SDKI perlu dicermati dengan amat hati-hati dan seksama. Sumber kesalahan angka yang diperoleh bisa karena *sampling error* dan *non-sampling error*.³ Kemungkinan *sampling error* terlihat dari rentangan estimasi *MM Ratio (95% confidence interval)* yang amat lebar dari hasil SDKI 2012 yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sampai 478 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan rentangan estimasi *MM Ratio (95% confidence interval)* hasil SDKI 2007 relatif lebih kecil yaitu antara 132-323 per 100.000 kelahiran hidup.³ Kemungkinan *non-sampling error* adalah pertanyaan (kuesioner) yang berbeda, dimana dalam SDKI 2007 jumlah kematian yang ditanyakan hanya pada wanita pernah kawin umur 15-49 tahun saja sedangkan dalam SDKI 2012 ditanyakan untuk semua wanita umur 15-49 tahun baik pernah kawin maupun tidak.³ Bila dikaitkan dengan indikator *output* pelayanan kesehatan seperti diuraikan di atas, cukup besar kemungkinannya bahwa salah satu penyebab meningkatnya *MM Ratio* hasil SDKI 2012 dibandingkan dengan SDKI 2007 adalah karena tambahan kematian wanita umur 15-49 tahun yang tidak pernah kawin.

Dengan demikian, perlu amat hati-hati bila memakai data SDKI tahun 2012 untuk menentukan pencapaian target MDGs di Indonesia. Penelitian lain yang juga mengukur kematian ibu secara nasional adalah Sensus Penduduk 2010 yang sampai saat ini belum dipublikasikan hasilnya. Ada baiknya *MM Ratio* dari hasil Sensus Penduduk 2010 juga dipublikasikan secara transparan disertai ulasan tentang

kelemahan-kelemahannya sehingga bisa dikaji oleh berbagai pihak yang pakar di bidangnya. **(D.N. Wirawan).**

Daftar Pustaka

1. Bappenas (2010). *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan pembangunan Milenium di Indonesia.*
2. Statistics Indonesia, National Population and Family Planning Board, Ministry of Health, Macro International (2008). *Indonesia Demographic and Health Survey 2007.*
3. Statistics Indonesia, National Population and Family Planning Board, Ministry of Health, MEASURE DHS ICF International (2013). *Indonesia Demographic and Health Survey 2012.*
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2010). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2010.*
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2013). *Pokok-Pokok Hasil Riskesdas Indonesia 2013.*
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2008). *PoLaporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2007.*

Trends in HIV Prevalence, Condom Use and Associated Factors among Female Sex Workers in Denpasar, Bali, Indonesia

D.N. Wirawan,^{1,2,3} E. Rowe,³ M. Suarjaya,⁴ L.P. Sri Armini⁵

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University, ³Kerti Praja Foundation, ⁴Bali Province Health Department, ⁵Denpasar City Health Department

Corresponding author: ykpdps@dps.centrin.net.id

Abstract

Objectives: The purpose of this paper is to review trends of HIV prevalence, condom use and associated risk factors among the female sex workers (FSW) in Denpasar, Bali.

Methods: To analyze trends of HIV prevalence, surveillance data from 2000-2013 was used. Survey data from 2007 to 2013 was referenced for analysis of condom use trends. Data on associated risk factors was taken from 2012 integrated HIV and behavior survey.

Results and conclusion: HIV prevalence among direct FSW in 2000 was as low as 1.6% (95%CI: 0.05-3.15) and continued to rise, reaching a prevalence peak of 22.5% (95%CI: 16.4-26.6) in 2010. HIV prevalence began to decline in 2011, 2012 and 2013. Analysis unearthed similar prevalence trends among indirect FSW albeit with a much lower prevalence of 0.25% in 2001, rising to 7.2% in 2010 and declining to 2.2% in 2013. The proportion of direct FSW reporting to always wear condoms in the last working week increased from 38% in 2007 (95%CI: 33.3-42.7) to 65% in 2013 (95%CI: 60.4-69.6). Multivariate analysis with logistic regression indicated that the significant risk factor with HIV prevalence was the specific grouping of FSW, in that low/mid-price are more at risk in comparison to high price with OR=4.37 (95%CI: 1.42-13.38). Risk factors associated with condom use was also the specific group of FSW, high price reported higher condom use with OR=4.04 (95%CI:2.03-8.04) and greater role of sex work site 'pimps' in encouraging their FSW to reject clients refusing to wear condoms with OR=2.06 (95%CI: 1.29-3.30). HIV prevalence among indirect and high-price direct FSW was much lower compared to prevalence in low/mid-price direct FSW. HIV prevalence and condom use among direct FSW population are significantly associated with group price range and the role of 'pimps'.

Keywords: HIV prevalence, condom use, female sex workers, Bali, Indonesia

Tren Prevalensi HIV, Pemakaian Kondom dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya pada Pekerja Seks Wanita di Denpasar, Bali, Indonesia

D.N. Wirawan,^{1,2,3} E. Rowe,³ M. Suarjaya,⁴ L.P. Sri Armini⁵

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Pencegahan, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ³Yayasan Kerti Praja, ⁴Dinas Kesehatan Provinsi Bali, ⁵Dinas Kesehatan Kota Denpasar

Korespondensi penulis: ykpdps@dps.centrin.net.id

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis kecenderungan prevalensi HIV dan pemakaian kondom pada pekerja seks wanita (WPS) di Denpasar serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Metode: Untuk analisis kecenderungan prevalensi HIV dipergunakan data survei HIV sejak tahun 2000 sampai 2013 dan untuk analisis tren pemakaian kondom dipergunakan data survei tahun 2007 sampai dengan tahun 2013. Untuk analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan prevalensi HIV dan pemakaian kondom dipergunakan data survei tahun 2012.

Hasil dan simpulan: Prevalensi HIV pada WPS langsung (WPSL) tahun 2000 adalah 1,6% (95%CI: 0,05-3,15) dan terus meningkat sampai mencapai puncaknya pada tahun 2010 dengan prevalensi 22,5% (95%CI: 16,4-26,6), kemudian terlihat mendatar pada tahun 2011, 2012 dan 2013. Kecenderungan yang sama juga dijumpai pada WPS tidak langsung (WPSTL) tetapi dengan prevalensi yang jauh lebih rendah yaitu 0,25% pada tahun 2001, mencapai puncaknya pada tahun 2010 (7,2%) dan menurun menjadi 2,2% pada tahun 2013. Proporsi WPSL yang mengatakan selalu memakai kondom dengan pelanggannya dalam satu minggu terakhir dijumpai meningkat secara bermakna dari 38% pada tahun 2007 (95%CI: 33,3-42,7) menjadi 65% pada tahun 2013 (95%CI: 60,4-69,6). Analisis multivariat dengan regresi logistik menunjukkan bahwa faktor yang secara bermakna berhubungan dengan prevalensi HIV adalah kelompok WPSL dengan OR=4,37 (95%CI: 1,42-13,38), dan faktor yang berkaitan dengan pemakaian kondom adalah kelompok WPSL dengan OR=4,04 (95%CI: 2,03-8,04) dan karena diharuskan oleh "bos" untuk menolak tamunya yang tidak memakai kondom dengan OR=2,06 (95%CI: 1,29-3,30). Prevalensi HIV pada WPSTL dan WPSL kelompok "high price" jauh lebih rendah dibandingkan WPSL kelompok "low/mid price". Prevalensi HIV dan pemakaian kondom pada semua WPSL secara bermakna berkaitan dengan kelompok WPS dan peranan dari "bos" mereka.

Kata kunci: prevalensi HIV, pemakaian kondom, pekerja seks perempuan, Bali, Indonesia

Introduction

The corresponding author first conducted behavioral studies with female sex worker (FSW) populations in 1989.¹ The Kerti Praja Foundation (KPF) began carrying out outreach education, condom distribution and implementation research among both indirect and direct FSW communities in 1994.² Direct FSW are those whose sole income is obtained through sex work, whereas indirect FSW conduct sex work as a supplementary income activity in sites such as massage parlors, cafes, karaoke clubs, bars, beauty salons amongst others.

Since 1996 KPF has been providing clinical services (sexually transmitted infections screening and treatment) for the FSW population in Denpasar and the surrounding areas. In 2000, KPF began offering voluntary HIV counseling and testing (VCT) services for FSW and other at risk communities such as injecting drug users (IDUs), men who have sex with men (MSM), transgender, high risk behavior men and the general public. In 2002, in response to the increasing demand for HIV-related services, KPF began providing antiretroviral therapy (ART) facilities as well as care, support and treatment (CST) for people living with HIV/AIDS (PLWHA). ART services were implemented on a national level by the Indonesian Government in 2005.

In Indonesia, sentinel HIV survey with FSW has been conducted since 2004 yet only carried out by a number of cities, including Denpasar, Bali, however, only with indirect FSW (massage parlors). As a result, it is difficult to ascertain annual HIV prevalence provincially and nationally, and among direct FSW in Bali. Aside from HIV prevalence trends among FSW, in order to gain further insight it is important to examine condom use trends, as well as associated behavioral

variables. The Indonesian Ministry of Health (MOH) conducted biological and behavioral surveillance (IBBS) in a number of cities however only on two occasions, in 2007 and 2011.⁵ Concerning trends in Denpasar, HIV survey data on both direct and indirect FSW from 2000 to 2013 is available from KPF and Bali Provincial Health Department (BPHD). In Bali, in addition to the aforementioned MOH IBBS, integrated biological and behavioral survey have also been conducted by KPF and BPHD. This paper seeks to describe HIV prevalence trends among direct and indirect FSW since 2000-2013 and examine associated factors, including condom use, socio-demographic and intervention variables.

Methods

KPF conducted sentinel HIV survey among direct FSW from 2000 to 2013, excluding the years 2002 and 2003 (Table 1). Sentinel survey from 2004 to 2013 was conducted in collaboration with the BPHD. The BPHD provided logistical support for extracting blood samples and HIV testing, and KPF was responsible for population listing for random sampling. Blood samples were taken whilst in the field or at the KPF clinic, then sent to BPHD for laboratory testing.

In Denpasar, there is an estimated population of 1500 direct FSW, however, only between 1000-1200 were successfully registered for sampling. For every sentinel survey, a random sample of 250 or 400 FSW was taken, excluding the year of 2004 wherein only 181 samples were taken. Sentinel HIV survey of indirect FSW was carried out by the Denpasar Health Department in massage parlors around Denpasar City. HIV testing was done with all encountered women working at these massage parlors during the survey (without sampling) with between 200 to 250 FSW in

each survey. HIV testing in 2000 to 2008 was done using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and since 2009 onwards with three rapid tests.

In 2007, 2009, 2012 and 2013 behavioral interviews were integrated with the HIV testing among 400 direct FSW using the same questionnaire, which had been tested beforehand. Interviews were facilitated by KPF outreach staff, however in order to reduce possibility of bias, it was arranged that staff interviewed FSW that were unknown to them. Behavioral surveys of 2012 were funded by KPF, whereas surveys of 2007, 2009 and 2013 were supported by the Indonesian National AIDS Commission. Data on condom use trends discussed in this paper were findings from the behavioral studies of 2007, 2009 and 2013; HIV survey and behavior surveys from 2012 were used for examining the association between condom use and socio-demographic and intervention variables and

was analyzed using Stata SE 12.1. These annual HIV and behavior surveys were approved by the Kerti Praja Foundation Institutional Review Board.

Results

Trends in HIV prevalence

Table-1 presents the HIV prevalence trends from 2000 up to 2013. In the year 2000 prevalence was as low as 1.6% (95%CI: 0.05-3.15) and reached prevalence peak in 2010 with a prevalence as high as 22.5% (95%CI: 16.4-26.6). Prevalence declined to 19.5% (95%CI: 15.6-23.4) in 2011, and continued to decline to 18.2% (95%CI: 14.4-22.0) in 2012, yet increased slightly in 2013 to 19.8% (95%CI: 16.0-23.6). Trends among indirect FSW were similar to trends among direct FSW, however with a significantly lower prevalence of 0.25% in 2001, reaching a prevalence peak of 7.2% in 2010, then decline to 5.5% in 2012 and 2.2% in 2013 (Figure 1).

Table 1. Prevalence of HIV among direct FSW in Denpasar, 2010-2013

Year	Researchers	Sample	Prevalence (%)	95% CI
2000	KPF	250	1.6	0.05-3.15
2001	KPF	250	7.0	3.90-10.1
2004	KPF and BPHD*)	181	8.8	4.70-12.9
2005	KPF and BPHD	400	8.5	5.80-11.2
2006	KPF and BPHD	250	12.4	8.40-16.4
2007	KPF and BPHD	250	14.5	10.2-18.8
2008	KPF and BPHD	400	15.2	11.7-18.7
2009	KPF and BPHD	400	20.5	16.5-24.5
2010	KPF and BPHD	400	22.5	16.4-26.6
2011	KPF and BPHD	400	19.5	15.6-23.4
2012	KPF and BPHD	400	18.2	14.4-22.0
2013	KPF and BPHD	400	19.8	16.0-23.6

*) KPF: Kerti Praja Foundation, BPHD: Bali Province Health Department

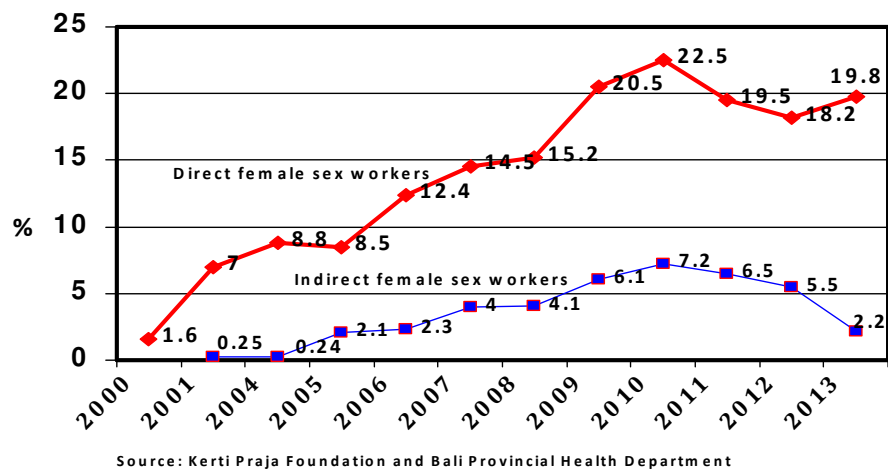


Figure 1. HIV prevalence among female sex workers Denpasar, Bali (2000 – 2013)

Characteristics of direct FSW and HIV prevalence

Data from the 2012 survey, indicated that HIV prevalence among direct FSW varied depending upon population characteristics and specific FSW group (Table 2). Table-3 shows the characteristics of low/mid and high price direct FSW. Low price FSW refers to street based FSW, freelance or those working without 'pimp' supervision, and these FSW are predominately older and attained lower schooling/education levels. HIV prevalence among this group was 40% in

2012 (Table-2). Mid-price FSW population greatly outnumbers the other groupings, with the majority living outside work site, and conducting sex transactions at the residence of the 'pimp'. HIV prevalence within this group was 21%. In high price FSW populations, sex workers are generally younger ($p < 0.001$), better educated ($p < 0.001$), have not been working for a lengthy period of time ($p = 0.001$), and serve more clients ($p < 0.001$). The majority of high price FSW live in lodgings provided by their 'pimp'. HIV prevalence among this group was 4.7%.

Table 2. Prevalence of HIV among direct FSW by type and price, Denpasar 2012

Group of FSW	Number of direct FSW during the survey	Number of sample	HIV+	% HIV+
Low price	37	15	6	40.0
Mid price	726	300	63	21.0
High price	219	85	4	4.7
Total	982	400	73	18.3

Association between HIV prevalence with socio-demographic and behavioral variables

Table 4 illustrates differences in HIV prevalence among direct FSW with socio-demographic and behavioral variables.

These are age, education, length of time working as a FSW, number of clients in last week, frequency of condom use in last week, and condom use with regular intimate partner.

Table 3. Socio-demographic characteristics of low/mid and high price direct FSW, Denpasar 2012

Characteristics	Low/mid price	High price	P value ^{*)}
Age (years)			<0.001
18 – 24	73 (23.2)	47 (55.3)	
25 – 29	74 (23.5)	24 (28.2)	
30 – 34	82 (26.0)	13 (15.3)	
35 – 52	86 (27.3)	1 (1.2)	
Education level			<0.001
Never schooled	36 (11.4)	2 (2.4)	
Elementary	144 (45.7)	13 (15.3)	
Junior high school	98 (31.1)	48 (56.5)	
Senior high school	37 (11.7)	22 (25.9)	
Length of time as FSW (months)			0.001
< 12	87 (27.6)	40 (47.1)	
12 – 23	71 (22.5)	11 (12.9)	
24 – 48	103 (32.7)	28 (32.9)	
49 – 180	54 (17.1)	6 (7.1)	
Number of clients in the past week			<0.001
1 – 7	130 (41.3)	7 (8.2)	
8 – 14	85 (27.0)	22 (25.9)	
15 – 24	63 (20.0)	22 (25.9)	
25 – 99	37 (11.7)	34 (40.0)	
Condom use with clients in the past week			<0.001
Never/rarely	28 (8.9)	0 (0.0)	
Often	117 (37.1)	15 (17.6)	
Always	170 (54.0)	70 (82.4)	
Condom use with intimate sexual partner			0.725
Never	141 (65.3)	34 (61.8)	
Sometimes	45 (20.8)	11 (20.0)	
Often/always	30 (13.9)	10 (18.2)	
No intimate sexual partner	99	30	
Frequency receiving education from outreach staff			0.182
< 4	208 (66.0)	51 (60.0)	
> 4	107 (34.0)	34 (40.0)	
Condom demonstration with dildo by outreach staff			0.064
Yes	205 (65.1)	47 (55.3)	
No	110 (34.9)	38 (44.7)	
Frequency of information about condom from 'pimp'			0.108
< 4	221 (70.2)	53 (62.4)	
> 4	94 (29.8)	32 (37.6)	
Frequency of reminders from 'pimps' to FSW about rejection of clients refusing condom use			0.007
Never	145 (46.0)	26 (30.6)	
> 1	170 (54.0)	59 (69.4)	
HIV infection risk perception			0.059
No/low/medium risk	85 (27.0)	31 (36.5)	
High risk	230 (73.0)	54 (63.5)	
Total	315 (78,8)	85 (21,2)	

^{*)} X² test

Table 4. Association of HIV prevalence with socio-demographic and behavioral variables among direct FSW, Denpasar, 2012

Characteristics	n	HIV+	HIV prevalence (%)	P value ^{*)}
Age (years)				0.092
18 – 24	120	13	10.8	
25 – 29	98	22	22.4	
30 – 34	95	20	21.1	
35 – 52	87	18	20.7	
Education				0.004
Never schooled	38	13	34.2	
Elementary	157	35	22.3	
Junior high school	146	18	12.3	
Senior high school	59	7	11.9	
Length of time as FSW (months)				<0.001
< 12	127	9	7.1	
12 – 23	82	10	12.2	
24 – 48	131	36	27.5	
49 – 180	60	18	30.0	
Number of clients in the past week				0.044
1 – 7	137	34	24.8	
8 – 14	107	16	15.0	
15 – 24	85	16	18.8	
25 – 99	71	7	9.9	
Condom use with clients in the past week				0.131
Never/rarely	28	8	28.6	
Often	132	28	21.2	
Always	240	37	15.4	
Condom use with intimate sexual partner				0.897
Never	175	29	16.6	
Sometimes	56	8	14.3	
Often/always	40	7	17.5	
No intimate sexual partner	129	-	-	
Total	400	73	18.3	

^{*)} X² test

Table 4 illustrates that HIV prevalence among FSW under the age of 25 was 10.8%, whereas in the age group of 25-29, 30-34, and 35-52 prevalence was 22.4%, 21.1%, and 20.7% (p=0.092) respectively. If disaggregated into two age groups, HIV prevalence in under 25 FSW was 10.8% and with over 25 years old FSW prevalence was 21.4% (p=0.007). HIV prevalence also differs greatly with regards to education levels (p=0.004), length of time as FSW (p<0.001) and number of clients in last week (p=0.044). HIV prevalence does not differ significantly regarding condom use with client in last week (p=0.131) and with condom use and regular intimate partners (p=0.897). This difference is associated with specific FSW population, in that HIV

prevalence among high price FSW is low at 4.7% (Table-2), whereas this group differs greatly with age, education, length of time working as FSW and number of clients with low/mid-price FSW (Table-3).

Multivariate analysis using logistic regression indicates that significant factors were the association between HIV prevalence and specific group of FSW with OR=4.37 (95%CI: 1.42-13.38) and length of time working as a FSW with OR=0.55 (95%CI: 0.42-0.74). FSW low/mid-price have a risk potential 4.37 times greater than high price FSW and those FSW working for a shorter period of time have a lower risk potential of 0.55 if compared to those working for a lengthier period of time (Table-5).

Table 5. Adjusted odd ratio risk factors for HIV prevalence among direct FSW in Denpasar, 2012

Characteristics	OR	95% CI	P value
Group of direct FSW	4.37	1.42-13.38	0.01
Length of time working as FSW	0.55	0.42-0.74	<0.001
Age	1.00	0.67-1.51	0.974
Education level	1.31	0.92-1.86	0.131
Condom use	1.13	0.74-1.71	0.570
Number of clients in the last week	1.10	0.82-1.44	0.561

Trends of condom use

Figure 2 illustrates condom use trends as reported by FSW during interviews. The number of direct FSW respondents was 400 for each survey. Two questions were proposed to respondents: were condoms used during last sex transaction and did all clients use condoms in the week leading up to the interview. In the 2007 survey, questions regarding last sex transaction and

condom use were not asked. Condom use during last sex transaction trends indicate a significant increase from 66% (95%CI: 61.4-70.6) in 2009, to 75% in 2013 (95%CI: 70.8-79.2), and the proportion of respondents stating that all clients used condoms in the last week also greatly increased from 38% in 2007 (95%CI: 33.3-42.7) to 65% in 2013 (95%CI: 60.4-69.6).

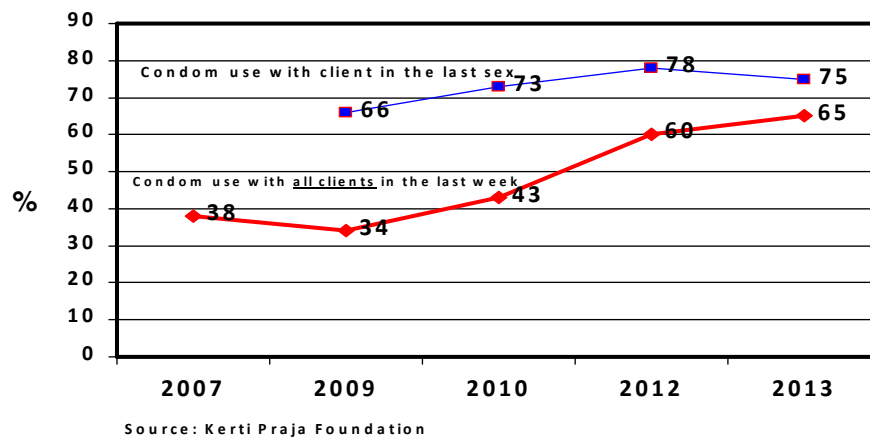


Figure 2. Condom use among direct female sex workers, Denpasar, Bali (2007 – 2013)

Association between condom use with clients in the past week with socio-demographic and intervention variables

Table 6 is a bivariate analysis to see the association between condom use with socio-demographic and intervention variables. Condom use data has been segregated into two categories, that is, ‘always use’ and ‘rarely use’ condoms with clients in the week leading up to the interview. The proportion of direct sex workers that always use

condoms varies significantly with regards to age ($p=0.037$), education levels ($p=0.012$), frequency of condom promotion by ‘pimps’ ($p=0.014$) and frequency of reminders by ‘pimps’ for FSW to reject clients refusing condom use ($p<0.001$). This is potentially related to the difference between frequency in condom use among high and low/mid-price. Table 3 illustrates that condom use is significantly higher among high price FSW (82.4%) compared to just 54% among low/mid-price FSW ($p<0.001$).

Multivariate analysis indicates that the variable significantly associated with condom use (low/mid versus high price) with OR=4.04 (95%CI: 2.03-8.04) and the

involvement of 'pimps' in promoting condom use and reminding their FSW employees to reject clients refusing to wear condoms with OR=2.06 (95%CI: 1.29-3.30).

Table 6. Association of condom use with clients in the past week with socio-demographic and intervention variables among direct FSW, Denpasar, 2012

Characteristics	Condom use in the past week		P value ^{*)}
	Always	Not always	
Age (years)			0.037
18 – 24	80 (66.7)	40 (33.3)	
25 – 29	65 (66.3)	33 (33.7)	
30 – 34	50 (52.6)	45 (47.4)	
35 – 52	45 (51.7)	42 (48.3)	
Education			0.012
Never	21 (55.3)	17 (44.7)	
Elementary	80 (51.0)	77 (49.0)	
Junior high school	100 (68.5)	46 (31.5)	
Senior high school	39 (66.1)	20 (33.9)	
Length of time working as FSW (months)			0.068
< 12	86 (67.7)	41 (32.3)	
12 – 23	52 (63.4)	30 (36.6)	
24 – 48	71 (54.2)	60 (45.8)	
49 – 180	31 (51.7)	29 (48.3)	
Number of clients in the past week			0.343
1 – 7	90 (65.7)	47 (34.3)	
8 – 14	60 (56.1)	47 (43.9)	
15 – 24	47 (55.3)	38 (44.7)	
25 – 99	43 (60.6)	28 (39.4)	
Frequency of information dissemination by outreach staff			0.425
< 4	154 (59.5)	105 (40.5)	
> 4	86 (61.0)	55 (39.0)	
Condom demonstration with dildo by outreach staff			0.474
Yes	152 (60.3)	100 (39.7)	
No	88 (59.5)	60 (40.5)	
Frequency of Information about condom use from 'pimps'			0.014
< 4	154 (56.2)	120 (43.8)	
> 4	86 (68.3)	40 (31.7)	
Frequency of reminders from 'pimps' to reject clients refusing to wear condoms			<0.001
Never	83 (48.5)	88 (51.5)	
> 1	157 (68.6)	72 (31.4)	
HIV infection risk perception			0.190
No/low/medium risk	74 (63.8)	42 (36.2)	
High risk	166 (58.9)	118 (41.5)	
Total	240 (60.0)	160 (40.0)	

^{*)} X² test

Table 7. Adjusted odd ratio risk factors of always and not always using condoms among direct FSW in Denpasar, 2012

Characteristics	OR	95% CI	P value
Group of direct FSW	4.04	2.03-8.04	0.001
Reminders from 'pimps' to reject clients refusing to wear condoms	2.06	1.29-3.30	0.003
Number of clients in the past week	0.68	0.54-0.85	0.001
Age	0.98	0.80-1.22	0.883
Education	1.14	0.87-1.50	0.337
Length of time working as FSW	0.85	0.68-1.06	0.149
Frequency of information dissemination by outreach staff	1.05	0.63-1.74	0.848
Condom demonstration with dildo by outreach staff	1.08	0.67-1.73	0.763
Frequency of Information about condom use from 'pimp'	1.28	0.75-2.20	0.367
HIV infection risk perception	0.74	0.44-1.23	0.241

Discussion

IBBS results from 2011 indicate that HIV prevalence among direct FSW in Denpasar was 16%⁵ which is lower than the 19.5% discovered through survey by KPF. This difference is possibly owing to the fact that IBBS was not followed through with blood sampling and testing with low price FSW communities in Denpasar. When compared to other cities in Indonesia, HIV prevalence was higher in Denpasar than cities in Java and Sumatera, where prevalence ranges from 3.6% to 11.6%, excluding the district of Batang in Central Java province (20.7%). However, prevalence was lower than Jayawijaya area in Indonesian Papua, that has a prevalence of 25.0%.⁵

BED capture enzyme immunoassay of the 2007 IBBS HIV prevalence data produced an estimate of HIV incidence among FSW in Denpasar of 8.5 per 100 person (95%CI: 2.4-14.5).⁶ Estimates of HIV incidence among FSW in other cities was lower: Batam (6.1; 95%CI: 2.5-9.6), Jakarta (3.5; 95%CI: 0.8-6.2), Surabaya (1.9; 95%CI: 0.0-3.8), Jayapura (1.8; 95%CI: 0.0-3.9), and Bandung (1.7; 95%CI: 0.0-3.5).⁶

These high infection rates are possibly associated with the low circumcision of males in Hindu Bali and in Christian Jayawijaya, as opposed to the different

religio-cultural situation of Sumatera and Java wherein the population is predominately Moslem, and therefore circumcised. Three randomized controlled intervention trials in Kenya and Uganda revealed that male circumcision can reduce the risk of HIV transmission.⁷⁻⁹ A systematic review and meta-analysis of 28 published studies found that circumcised men are two to three fold less likely to become infected by HIV than uncircumcised men.¹⁰ An observational study in Uganda also found that male circumcision may also protect against male-to-female sexual transmission of HIV.^{10,11}

By reviewing HIV prevalence trends among direct FSW in Denpasar, it is evident that the highest prevalence rate was 22.5% in 2010, then the rate declined in 2011, 2012, and 2013 to between 18.2–19.8%. Similar trends were also evident in the proportion of direct FSW that underwent VCT and tested HIV+ in Denpasar which peaked in 2009, then started to decline in 2010, 2011, 2012 and 2013. The number of direct FSW that underwent VCT and tested HIV+ are as follows: 2003 (60 undergoing VCT, 3.3% HIV+), 2004 (95; 4.2%), 2005 (162; 3.7%), 2006 (147; 8.2%), 2007 (995; 7.3%), 2008 (868; 8.6%), 2009 (907; 9.2%), 2010 (863; 6.3%), 2011 (726; 5.5%), 2012 (812; 5.8%), 2013 (782; 4.7%).

A decline in HIV prevalence after 2010 is potentially related to a number of factors. Firstly, it is possible that the number of AIDS related deaths among direct FSW was greater than the number of new infections. Within KPF clinical records, it is evident that a number of HIV+ FSW have passed away due to AIDS related disease, but that also a large number of the population is living longer due to ARV treatment. Secondly, there is a possibility that during surveillance a proportion of HIV+ FSW were temporarily outside of Bali. However, according to KPF staff listing prior to survey implementation, according to 'pimps' and their FSW employees, few FSWs were outside of Denpasar at the time. Finally, it is possible that the HIV infection rate was indeed beginning to decline due to an increase in condom use and in ARV treatment. In order to further explore these, it would be beneficial to conduct a prospective study with a cohort of FSW, measuring new infection trends (HIV incidence) as well as research into the impact of ARV treatment upon viral load through viral load testing.

HIV prevalence differs greatly between high price FSW (4.7%), mid-price FSW (21%) and low price FSW (40%). Prevalence was far higher among low/mid-price as this population is generally much older, and they have worked as FSW for a longer period of time, thereby increasing their possibility of exposure to HIV. Among this group, education levels are lower, as are the education levels of their male clients, these low schooling levels possibly impacting upon knowledge of condoms and tendency for condom use. Lower price FSW work in general in street-based sex work, so are harder to reach and educate through outreach activities. FSW who have been working for a shorter length of time and are younger, predominately have lower HIV

prevalence even though the numbers of clients they serve are much higher. Aside from a shorter possible HIV exposure timeframe, the majority of this segment of the population state that they always wear condoms during transaction (54% versus 82.4%).

There is a reported increase in condom use for the last working week from 38% in 2007 to 65% in 2013. As illustrated above, the 2012 survey discovered that only 54% of low/mid-price FSW reported always wearing condoms, whereas among high price FSW this was much higher, at 82.4%. This finding is supported by sales reports from condom distributors in Denpasar that report an increase in sales from 3,473,856 pieces in 2009 to 3,704,976 (in 2010), 3,796,848 pieces (in 2011), 4,277,952 pieces (in 2012) and 5,014,512 pieces (in 2013). To summarize, condoms sales have risen as much as 44% in 2013 compared to condoms sales in 2009.

Factor behind the rise in condom sales is possibly to prevent STI and HIV transmission as the use of condoms as a family planning measure has declined from 2.9% in 2007 to 2.7% in 2012.^{12,13} Data on STIs trends also indicate a decline: IBBS from 2011 reported that only 1.6% of direct FSW in Denpasar presented with active syphilis (RPR \geq 1:8) in comparison to IBBS from 2007 wherein 4.8% of the population had active syphilis.¹⁴ Gonorrhoea prevalence trends also indicate a decline from 35% in 2004 to 22% in 2010.¹⁵

During survey findings, it is evident that 'pimps' play a far greater role in encouraging and ensuring condom use among high price FSW, and that high price 'pimps' have greater authority in promoting the 'no condom no sex' message (69.4%). Only 54% of low/mid-price FSW reported the same. It would be beneficial to conduct

qualitative study as a means to explore the reasons behind the tendency of high price 'pimps' to promote and facilitate 'no condom no sex'. For instance, as this FSW population reside with their 'pimps', are the 'pimps' more invested in the welfare of their FSW employees, as opposed to low-price who work without such supervision? Does the fact that high price can negotiate higher fees, and the numbers they serve are greater, result in greater bargaining power? Other area to explore further is the motivation behind and awareness levels of the high price male clients themselves as opposed to low-price regarding condom use.

Study into the impact of local Denpasar Government policy addressing HIV prevention and treatment would also provide insight into prevalence trends. Since 2010 the Denpasar Government has implemented and monitored a working agreement with local 'pimps', that worked around promoting four key obligations: 1) to register all of their FSWs to local government; 2) to provide education regarding STIs and HIV-AIDS to all of their FSWs; 3) to request all of their FSWs to undergo STIs regular screening; and 4) to provide condom to all of their FSWs, encouraging FSW to reject clients refusing condom use. This working agreement was legally formalized in 2013 (*Peraturan Daerah Nomor 1 tentang Penanggulangan HIV-AIDS Tahun 2013*).¹⁶

Conclusion

HIV prevalence among indirect and high-price direct FSW was much lower compared to prevalence in low/mid-price direct FSW. HIV prevalence and condom use among the entire direct FSW population are significantly associated with group price range and the role of 'pimps'.

Acknowledgements

We acknowledge the Indonesian National AIDS Commission for supporting 2007, 2009 and 2013 surveys and Dr. Wira Sunetra, Dr. Gde Agus Suryadinata, Dr. Ida Bagus Gede Ekaputra, Tri Indarti, Dr. Partha Muliawan and Dr. Pande Putu Januraga for their insightful comments and contributions to this paper.

References

1. Wirawan DN, Fajans P, Ford K. AIDS and STDs. Risk behavior patterns among female sex workers in Bali, Indonesia. *AIDS CARE* 1991; 5: 289-303.
2. Ford K, Wirawan DN, Fajans P, Muliawan P, MacDonald K, Thorpe L. Behavioral interventions for reduction of sexually transmitted disease/HIV transmission among female commercial sex workers and clients in Bali, Indonesia. *AIDS* 1996; 10: 213-222.
3. National AIDS Commission. *Republic of Indonesia Country Report on the Follow up to Declaration of Commitment on HIV/AIDS Reporting Period 2010-2011*. Jakarta: 2012.
4. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan Triwulan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia Sampai Dengan 31 Maret 2010*. Jakarta: 2011.
5. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku 2011*. Jakarta: 2012.
6. Guy M, Robert M, Agus N, Liesbeth B and Dyah EM. Is the Bed Capture Enzyme Immunoassay useful for surveillance in concentrated epidemics? The case of female sex workers in Indonesia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011; 42(3): 634-642.
7. Avert B, Taljaard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med* 2005; 2(11): e298.
8. Bailey C, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007; 369:643-56.
9. Gray H, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet* 2007; 369:657-66.

10. Gray RH, Kiwanuka N, Quinn TC, et al. Male circumcision and HIV acquisition and transmission: cohort studies in Rakai, Uganda. *AIDS* 2000; 14:2371-81.
11. Weiss HA, Quigley M, Hayes R. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2000; 14:2361-70.
12. National Family Planning Coordinating Board. *Indonesia Demographic Health Survey 2007*. Jakarta: 2008.
13. National Family Planning Coordinating Board. *Indonesia Demographic Health Survey 2012*. Jakarta: 2013.
14. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku 2007*. Jakarta: 2008.
15. Wirawan DN, Rowe E, Silfanus F, Pidari P, Satriani A and Suyetna D. Long-term trends in *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* prevalence among brothel-based female sex workers in Denpasar, Bali, Indonesia. *Public Health and Preventive Medicine Archive* 2013, 1(2):106-112.
16. Pemerintah Kota Denpasar. *Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Denpasar: 2013.

Persepsi Perempuan, Dukungan Keluarga dan Media Massa Berpengaruh pada Penggunaan Gurch Vagina *Ratus*, Bali, 2013

Widyastuti^{1,4} Nazrina Zuryani,² Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, ³Bagian Anatomi, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ⁴Nur Tradisional Salon dan Spa
Korespondensi penulis: memoir_ti2@ymail.com

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Gurch vagina teknik *ratus* adalah perawatan dengan penguapan pada area genital yang ramuannya disebut dengan *ratus*. Ada beberapa kontroversi seputar teknik *ratus*, terutama mengenai manfaat dan aspek yang merugikan. Penelitian ini mengacu teori perilaku dari Green (2007) dengan fokus tiga faktor: penentu, pendukung dan pendorong, serta bertujuan untuk mengetahui hubungan antara persepsi, sosial ekonomi, dukungan keluarga dan media massa dalam penggunaan gurch vagina teknik *ratus*.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan observasi potong lintang analitik. Studi menggunakan sampel secara acak sebesar 63 orang yang merupakan klien diambil dari tiga tempat spa yang berbeda.

Hasil: Sebanyak 44 responden (69,8%) melakukan gurch vagina teknik *ratus* dan 19 responden (30,2%) tidak melakukan gurch vagina teknik *ratus*. Hasil penelitian menunjukkan variabel persepsi, pengetahuan, dukungan keluarga dan media massa mempunyai hubungan yang signifikan ($p < 0,05$). Analisis multivariat menunjukkan bahwa media massa memiliki pengaruh terbesar dengan OR=8,47 (95%CI: 1,21-59,42).

Simpulan: Media massa memiliki pengaruh paling besar terhadap penggunaan gurch vagina *ratus* di Bali.

Kata kunci: penggunaan gurch vagina teknik *ratus*, persepsi perempuan, dukungan keluarga, media massa

Women's Perception, Familial and Mass Media Influence upon *Ratus* Vaginal Douche Usage in Bali, 2013

Widyastuti^{1,4} Nazrina Zuryani,² Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Sociology, Faculty of Social and Politics, Udayana University, ³Department of Anatomy, Faculty of Medicine Udayana University, ⁴Nur Tradisional Salon and Spa

Corresponding author: memoir_ti2@ymail.com

Abstract

Background and purpose: The *ratus* vaginal douching technique is a treatment by evaporation in the genital area, that compound is called "*ratus*". There are a number of controversies surrounding the *ratus* technique, especially regarding the benefits and detrimental aspects. This study applies a behaviour model Green (2007) with a focus on three factors: the determinant, supporting and stimulant. This study was aimed to understand the relationship perception, socio economic, familial, and mass media upon *ratus* vaginal douching usage.

Methods: This study used a quantitative approach with an analytic observational cross-sectional design. Study used random sampling of 63 samples that taken from 3 different Spas.

Results: The respondents were 44 (69.8%) who performed the *ratus* vaginal douching and 19 (30.2%) who had not performed. Results indicated that the variables of perception, knowledge, familial, and the mass media showed a significant correlation with the value of ($p < 0.05$). The result of multivariate analysis came from mass media that had the greatest influence with OR=8.47 (95%CI: 1.21-59.42).

Conclusion: Mass media had the greatest influence on the use of the *ratus* vaginal douching in Bali Province.

Keywords: *ratus* vaginal douching usage, women's perception, familial, mass media

Pendahuluan

Perkembangan teknologi membawa dampak pada tuntutan perubahan gaya hidup. Pusat layanan yang berhubungan dengan perawatan tubuh baik perawatan medis maupun non-medis (termasuk menggunakan ramuan herbal) banyak bermunculan. Perawatan tubuh yang sering dikenal oleh masyarakat yaitu Sehat Pakai Air (SPA) yang mencakup perawatan tubuh, rambut dan kaki, baik bagi laki-laki ataupun perempuan.

Untuk konsumen perempuan, kini berkembang spa vagina yang dikenal dengan guruh vagina. Guruh vagina merupakan perawatan organ kewanitaan dengan menggunakan ramuan yang diuapkan disebut *ratus* yang terdiri dari tumbuhan herbal, rempah dan akar tumbuhan.¹ Perawatan guruh vagina dengan *ratus* juga disertai perawatan dari dalam dengan mengkonsumsi jamu-jamuan. Tradisi ini berawal dari kebiasaan putri keraton, khususnya selir Kerajaan Surakarta terutama bagi wanita yang sudah menikah.¹

Seorang androlog menyatakan bahwa kaum perempuan dengan gencar melakukan segala cara untuk mendapatkan kondisi vagina kering dan rapat layaknya masih perawan dengan melakukan perawatan guruh vagina yang banyak ditawarkan di pasaran.^{2,3} Ada berbagai versi guruh vagina selain dengan *ratus*, sebagai contoh adalah penggunaan produk tongkat guruh vagina (TGV), yaitu tongkat berbahan dasar *Clerodendron serratum* (daun senggugu) dan tujuannya untuk mengeluarkan lendir kotor yang tidak bermanfaat dari vagina.⁴

Faktor yang mendorong pengambilan keputusan dalam melakukan perawatan guruh vagina, salah satunya terkait dengan perilaku dari konsumen sebagai pemakai jasa. Berdasarkan kerangka konsep yang diadaptasi dari teori Lawrence Green (2007)

mengenai perubahan perilaku, terdapat tiga faktor yang menentukan pengambilan keputusan yaitu faktor penentu, pendukung dan pendorong.⁵ Oleh sebab itu penting dilakukan penelitian lebih mendalam mengenai persepsi, pengetahuan, tingkat pendidikan, status ekonomi, fasilitas pendukung, sikap terapis, media massa dan dukungan keluarga dengan pilihan perawatan guruh vagina. Penelitian ini juga bertujuan untuk melihat apakah guruh vagina sebagai hal yang rutin dilakukan, faktor tradisi yang ada atau memang karena terbukti bermanfaat sesuai dengan mitos yang berkembang di masyarakat.

Penelitian Grimley (2006) mengenai karakteristik perempuan yang melakukan pencucian vagina menemukan bahwa sebagian besar dengan tingkat pendidikan tidak tamat SMU (28,5%), 17,6% lulus SMU, 13,0% tanpa gelar kesarjanaan, 3,7% dengan gelar kesarjanaan (S1) atau lebih tinggi dan 37,2% lain-lain.⁶ Martens dan Monif (2003) juga menyatakan bahwa perempuan dari ras kulit hitam, pendidikan rendah, pendapatan rendah dan memiliki riwayat penyakit menular seksual, yang melakukan *douching* cenderung menderita BV (*bacterial vaginosis*) sebesar 76,5% dibandingkan dengan yang tidak melakukan *douching* sebesar 19,1%.⁷

Hasil penelitian McKee (2009) menyatakan bahwa *vaginal douching* secara luas dipraktikkan oleh perempuan Amerika dengan status ekonomi yang rendah.⁸ Grimley menyatakan bahwa alasan utama wanita melakukan *douching* adalah merasakan bersih setelah menstruasi (66,5%), mendapatkan kebersihan menyeluruh (43,6%), membersihkan diri sebelum dan sesudah berhubungan seks (36,7%), mengurangi bau vagina (26,9%), mempunyai pendapat bahwa *douching* baik dan normal untuk dilakukan (19,4%), karena

mengeluarkan cairan abnormal (6,4%), karena perdarahan menstruasi (4,3%) dan untuk mencegah kehamilan (3,0%).⁸

Berdasarkan hasil-hasil penelitian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mendalami hubungan persepsi, kondisi sosial ekonomi, dukungan keluarga dan pengaruh media massa dengan layanan guruh vagina teknik *ratus* di Nur Traditional Beauty Salon dan SPA, Keraton SPA dan Trendz Salon dan SPA pada Bulan Maret-Mei tahun 2013.

Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kuantitatif dengan rancangan analitik *cross sectional*. Pengumpulan data dilaksanakan dari Bulan Maret-Mei 2013. Populasi penelitian adalah perempuan yang datang di tiga tempat perawatan yaitu: Nur Traditional Beauty Salon dan SPA, Keraton SPA, dan Trendz Salon dan SPA. Sampel dipilih secara *simple random sampling*, sebanyak 63 orang berdasarkan rumus Slovin.⁹ Variabel bebas adalah persepsi, pengetahuan, tingkat pendidikan, status ekonomi, fasilitas pendukung, sikap terapis, dukungan keluarga dan pengaruh media massa. Sebagai variabel terikat adalah layanan guruh vagina teknik *ratus*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

Variabel persepsi dikategorikan menjadi dua, yaitu positif apabila memiliki rentang skor 6-11 dan negatif memiliki rentang skor 1-5 dari 11 item pertanyaan. Pengetahuan dikategorikan menjadi dua, yaitu baik apabila memiliki rentang skor 5-20 dan kurang memiliki rentang skor 1-4 dari 20 item pertanyaan. Tingkat pendidikan dikategorikan menjadi dua, yaitu tinggi

≥Diploma III dan menengah <Diploma III. Status ekonomi dikategorikan menjadi dua yaitu tinggi apabila pendapatan ≥3 juta/bulan dan menengah apabila pendapatan <3 juta /bulan. Fasilitas pendukung dikategorikan menjadi dua, yaitu baik apabila memiliki rentang skor 3-6 dan kurang memiliki rentang skor 1-2 dari 6 item pertanyaan. Sikap terapis diukur dengan tujuh pertanyaan memakai Skala Likert, yang dikategorikan menjadi dua, yaitu positif apabila memiliki rentang skor 16-28 dan negatif memiliki rentang skor 1-12 dari 7 item pertanyaan. Dukungan keluarga dikategorikan menjadi dua, yaitu tinggi apabila 4-7 dan rendah jika memiliki rentang skor 1-3 dari 7 item pertanyaan. Pengaruh media massa dikategorikan menjadi dua, yaitu sering apabila memiliki rentang skor 3-6 dan jarang memiliki rentang skor 1-2 dari 6 item pertanyaan.

Analisis dilakukan secara univariat untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel, bivariat untuk melihat hubungan dari masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat secara terpisah, sedangkan multivariat untuk mengetahui hubungan variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama-sama. Penelitian telah dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 63 orang. Hasil analisa univariat menemukan bahwa sebagian besar responden 40 (63,5%) mempunyai persepsi positif, 39 (61,9%) pengetahuannya baik, 40 (63,5%) tingkat pendidikannya tinggi, 36 (57,1%) status ekonominya tinggi, 37 (58,7%) fasilitas pendukungnya baik, 35 (55,6%) sikap

terapisnya positif, 37 (58,7%) dukungan keluarganya tinggi dan 48 (76,2%) sering terpapar media massa. Berdasarkan hasil analisis bivariat dengan menggunakan *chi-squared test* (Tabel 1) ditemukan hubungan signifikan antara layanan guruh vagina teknik *ratus* dengan: persepsi ($p=0,004$), pengetahuan ($p=0,033$), dukungan keluarga ($p=0,020$), dan media massa ($p=0,025$).

Berdasarkan hasil analisis multivariat (Tabel 2) menunjukkan bahwa terdapat empat variabel yang mempunyai hubungan

signifikan secara bersama dengan layanan guruh vagina teknik *ratus*, yaitu variabel persepsi dengan OR=5,14 (95%CI: 1,62-16,33), pengetahuan dengan OR=3,28 (95%CI: 1,07-10,02), dukungan keluarga dengan OR=3,67 (95%CI: 1,19-11,34) dan media massa dengan OR=3,84 (95%CI: 1,14-12,99). Berdasarkan hasil dari analisa multivariat ditemukan bahwa variabel pengaruh media massa mempunyai kontribusi tertinggi.

Tabel 1. Crude OR persepsi perempuan, dukungan keluarga, media massa berpengaruh pada penggunaan guruh vagina *ratus* Bali 2013

Variabel	Guruh Vagina		Crude OR	95%CI	Nilai p
	Ya	Tidak			
Persepsi					
Positif	33(82,5%)	7(17,5%)	5,14	1,62-16,33	0,004
Negatif	11(47,8%)	12(52,2%)			
Pengetahuan					
Baik	31(79,5%)	8(20,5%)	3,28	1,07-10,02	0,033
Kurang	13(54,2%)	11(45,8%)			
Tingkat pendidikan					
Tinggi	25(62,5%)	15(37,5%)	0,35	0,10-1,23	0,094
Menengah	19(82,6%)	4(17,4%)			
Status ekonomi					
Tinggi	25(69,4%)	11(30,6%)	0,96	0,32-2,84	0,937
Menengah	19(70,4%)	8(29,6%)			
Fasilitas pendukung					
Baik	29(78,45%)	8(21,6%)	2,66	0,88-8,02	0,078
Kurang	15(57,7%)	11(42,3%)			
Media massa					
Sering	37(77,1%)	11(22,9%)	3,84	1,14-12,99	0,025
Jarang	7(46,7%)	8(53,3%)			
Sikap terapis					
Positif	27(77,1%)	8(22,9%)	2,18	0,73-6,52	0,158
Negatif	17(60,7%)	11(39,3%)			
Dukungan keluarga					
Tinggi	30(81,1%)	7(18,9%)	3,67	1,19-11,34	0,020
Rendah	14(53,8%)	12(46,2%)			

Tabel 2. Adjusted OR persepsi perempuan, dukungan keluarga, media massa berpengaruh pada penggunaan guruh vagina *ratus*, Bali 2013

Variabel	Adjusted OR	95%CI		Nilai p
		Lower	Upper	
Persepsi	8,11	1,60	41,19	0,012
Pengetahuan	5,27	1,11	24,98	0,036
Tingkat pendidikan	1,15	0,18	7,35	0,882
Status ekonomi	3,72	0,64	21,54	0,143
Fasilitas pendukung	2,10	0,40	11,01	0,382
Media massa	8,47	1,21	59,42	0,032
Sikap terapis	4,31	0,64	29,07	0,133
Dukungan keluarga	6,83	1,09	42,88	0,040

Diskusi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi mempunyai hubungan signifikan dengan keputusan menggunakan layanan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=8,11 (95%CI: 1,60-41,19). Persepsi merupakan suatu proses yang diawali oleh rangsangan yang diterima dari luar, diorganisasikan dan diinterpretasikan sehingga menimbulkan suatu pemahaman.¹⁰ Hasil ini sesuai dengan penelitian McKee, yang menyatakan bahwa keyakinan, sikap dan norma sosial yang terkait dengan *douching* telah dilakukan oleh perempuan Amerika dan Afrika serta sesuai juga dengan hasil penelitian Hilber, yang menyatakan bahwa motif melakukan *douching* adalah mengurangi lendir sehingga memberikan sensasi rapat saat berhubungan seksual.^{8,11} Banyak pendapat yang salah tentang *vaginal douching*, yaitu anggapan bahwa tubuh akan kebal dari infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *human papilloma virus*.¹²

Variabel pengetahuan menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan dan keputusan menggunakan layanan guruh vagina teknik *ratus*. Pengetahuan merupakan hasil mencari tahu seseorang terhadap objek tertentu dan menjadi domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.¹³ Hasil ini sesuai dengan penelitian McKee, yang menyatakan bahwa sebagian besar perempuan yang melakukan *douching* mempunyai pemahaman bahwa *douching*, berhubungan dengan perasaan bersih setelah berhubungan seksual, setelah menstruasi dan ingin mencegah infeksi.⁸ Berdasarkan teori Green, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.¹² Hasil yang diperoleh tidak sesuai dengan teori Green,

bahwa responden dengan pengetahuan baik bukan berarti tidak mengambil layanan guruh vagina teknik *ratus*, namun karena pengaruh gaya hidup maka responden tetap mengambil keputusan untuk melakukan guruh vagina teknik *ratus*.

Variabel tingkat pendidikan tidak mempunyai hubungan signifikan dengan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=1,15 (95%CI: 0,18-7,35). Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Martens dan Monif bahwa perempuan dari ras kulit hitam dengan pendidikan rendah sering melakukan *douching*.⁷ Variabel status ekonomi tidak mempunyai hubungan signifikan dengan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=3,72 (95%CI: 0,64-21,54). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian McKee bahwa *vaginal douching* secara luas dipraktikkan oleh perempuan Amerika dan lebih umum di kalangan perempuan minoritas dan status ekonomi rendah. Hasil penelitian Gama juga menemukan bahwa *vaginal douching* banyak dilakukan oleh responden dengan status ekonomi rendah seperti pekerja seks komersial.^{8,14} Dilihat dari distribusi frekuensi, responden dengan status ekonomi tinggi lebih banyak mengambil layanan guruh vagina teknik *ratus*. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan kemampuan membeli jasa perawatan tubuh secara umum.

Variabel fasilitas pendukung tidak mempunyai hubungan signifikan dengan layanan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=2,10 (95%CI: 0,40-11,01). Hasil ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa fasilitas pendukung termasuk dalam *service quality* seperti kelengkapan alat dan lingkungan fisik akan mempengaruhi pengambilan keputusan konsumen.¹⁵ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar konsumen tidak memanfaatkan fasilitas pendukung secara maksimal.

Variabel sikap terapis tidak mempunyai hubungan signifikan dengan layanan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=4,31 (95%CI: 0,64-29,07). Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan bahwa sikap terapis tidak berhubungan dengan pengambilan keputusan. Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.¹³ Penelitian ini menemukan bahwa variabel dukungan keluarga mempunyai hubungan signifikan dengan keputusan memakai layanan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=6,83 (95%CI: 1,09-42,88). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh McKee bahwa responden biasanya mengetahui tentang *douching* dari anggota keluarga dan teman perempuan.⁸

Variabel media massa memberikan kontribusi tertinggi terhadap pengambilan keputusan memakai layanan guruh vagina teknik *ratus* dengan OR=8,47 (95%CI: 1,21-59,42). Hasil ini sesuai dengan penelitian Hilber bahwa di Indonesia, para wanita menggunakan produk herbal atau jamu yang dibuat khusus untuk mengencangkan vagina yang disebut dengan nama generik jamu sari rapat.¹¹ Demikian pula dengan penelitian Hendarin di Kabupaten Tegal bahwa variabel iklan kesehatan seksual wanita berhubungan kuat dengan praktik bilas *vulvo-vaginal*.¹⁶

Media massa berfungsi sebagai alat bantu dalam memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi yang dapat dilihat dan didengar.¹⁶ Informasi mengenai guruh vagina teknik *ratus* telah banyak beredar di masyarakat luas yang dapat diakses melalui situs internet maupun brosur yang disebar dan menu yang disediakan di berbagai tempat perawatan tubuh. Salah satu contoh adalah produk untuk organ kewanitaan yang direkomendasikan oleh Boyke Dian Nugraha, yaitu *Tissue Majakani*

yang dapat melindungi, membersihkan dan mengencangkan organ intim kewanitaan.¹⁸

Simpulan

Variabel yang terbukti berhubungan secara signifikan dengan layanan guruh vagina teknik *ratus* adalah persepsi, pengetahuan, dukungan keluarga, dan media massa. Variabel yang tidak terbukti berhubungan dengan layanan guruh vagina teknik *ratus* adalah tingkat pendidikan, status ekonomi, fasilitas pendukung, dan sikap terapis.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada pihak pengelola *spa* yang telah memberikan ijin penelitian serta semua pihak yang membantu terselesainya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Murtie, A. *Ramuan Herbal Esensial*. Cahaya Atma Pustaka; Yogyakarta. 2012.
2. Puspayanti. Mitos Perbedaan Seks Pria dan Wanita [cited 2013 February 3]. Available from URL: <http://threspuspa.wordpress.com/2012/02/29/mitos-perbedaan-seks-pria-wanita>
3. Dharmacita. Vagina Kering dalam Mitos Seks. [cited 2012 December 12]. Available from URL: <http://dhammacitta.org/forum/index.php/topic,23.11.0.html>
4. Detik.com. Tongkat Guruh Vagina. [cited 2012 October 10]. Available from URL: <http://forum.detik.com/tongkat-guruh-vagina-tgv-t380003.html>
5. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta. 2010.
6. Grimley, DM., Anang, L., Foushee, HR., Bruce, FC., Kendrick, JS. Vaginal Douches and Other Feminine Hygiene Products: Women's Practices and Perceptions of Product Safety. *Journal of Maternal and Child Health* 2006. Vol. 10. No.3; 303-310.
7. Martens, M and Monif, GRG. Douching: a Risk to Women's Healthcare. *Jurnal Obstetrics and Gynecology* 2003. Vol.11; 135-137.

8. McKee, MD., Baquero, M., Anderson, M.R., Alvarez, A., Karasz, A. Vaginal Douching Among Latinas: Practices and Meaning. *Journal of Matern Child Health* 2009. Vol.13; 98-106.
9. Sevilla, CG. *Research Method*. Quezon. 2007.
10. Walgito, B. *Pengantar Psikologi Umum*. Andi Offset. Yogyakarta. 2010.
11. Hilber, AM., Hull, TH., Whyte, EP., Bagnol, B., Smit, J., Wacharasin, C., Widyantoro, N. A Cross Cultural Study of Vaginal Practices and Sexuality: Implications for Sexual Health. *Journal Social Science and Medicine* 2010. Vol. 70; 392-400.
12. Farida, A. *Faktor Risiko Kondiloma Akuminata Pada Pekerja Seks Komersial*. Program Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro. Semarang. 2006.
13. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta. 2007.
14. Gama, A., Kusumawati, Y., Aprilianingrum, F. Pengaruh Aktivitas Seksual dan Vaginal Douching terhadap Timbulnya Infeksi Menular Seksual Kondiloma Akuminata Pada Pekerja Seks Komersial Resosialisasi Argorejo Kota Semarang. *Jurnal Penelitian Sains dan Teknologi* 2008. Vol. 9. No. 1; 30-51.
15. Setiadi, N.J. *Perilaku Konsumen*. Kencana. Jakarta. 2010.
16. Hendarin, E.D. *Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Praktek Bilas Vulvo-Vaginal pada Pekerja Seks Komersial di Lokalisasi Peleman Kabupaten Tegal*. Semarang. Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. 2009.
17. Mubarak, WI. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Salemba Medika. Jakarta. 2012.
18. Blogspot.com. Tissue Majakani. [cited 2013 June 17]. Available from URL: <http://tissuemanjakani.blogspot.com>

Hubungan antara Pendidikan, Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan Dukungan Keluarga dengan Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) Ibu Hamil di Kabupaten Ermera Timor Leste, 2013

Honorio DFP Carvalho,^{1,3} N.T. Suryadhi,^{1,2} L.P. Lila Wulandari^{1,2}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ³Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas da Paz (UNPAZ)
Korespondensi penulis: nafato87@gmail.com

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Standar pelayanan minimal menargetkan kunjungan ANC ibu hamil ke tenaga kesehatan adalah 80%, namun di Kabupaten Ermera hanya sebesar 34,5% sehingga berdampak negatif pada kematian ibu dan bayi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pendidikan, pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga dengan kunjungan ANC pada ibu hamil di Kabupaten Ermera, Timor Leste.

Metode: Rancangan penelitian adalah *cross-sectional* analitik dengan sampel 87 ibu hamil, diambil secara *multistage cluster random sampling* dari 9886 anggota populasi. Variabel terikat adalah kunjungan ANC, sedangkan variabel bebas adalah pendidikan ibu, pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga. Data dikumpulkan melalui kuesioner *self-administered*, namun untuk mereka yang buta huruf, peneliti membantu pengisian kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat (*chi-squared test*) dan multivariat (regresi logistik).

Hasil: Hasil analisis bivariat menunjukkan hubungan yang signifikan adalah pengetahuan ($p=0,002$), sikap ($p=0,012$), perilaku ($p=0,030$) dan dukungan keluarga ($p=0,015$) terhadap kunjungan ANC pada ibu hamil. Analisis multivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan kunjungan ANC. Analisis menunjukkan bahwa pengetahuan ibu adalah satu-satunya variabel yang berhubungan dengan kunjungan ANC ($p=0,046$).

Simpulan: Hanya variabel pengetahuan yang berhubungan dengan kunjungan ANC pada ibu hamil di Kabupaten Ermera, Timor Leste.

Kata kunci: tingkat pengetahuan, kunjungan ANC, Kabupaten Ermera

Relationship between Education, Knowledge, Attitude, Behavior and Family Support with Antenatal Care (ANC) Visit Frequency among Expectant Mothers in the Ermera District Timor Leste, 2013

Honorio D.F.P.Carvalho,^{1,3} N.T. Suryadhi,^{1,2} L.P. Lila Wulandari^{1,2}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ³Faculty of Public Health, University of Da Paz
Corresponding author: nafato87@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Regional government recommendations require that 80% of all pregnant mothers visit an antenatal care clinic, however, Ermera District has yet to fulfil this target (34.5%). Low levels of access to antenatal care clinic services impacts negatively on maternal and infant mortality. This study was aimed to determine the relationship between education, knowledge, attitudes, behaviors and family support with ANC clinic access among pregnant mothers in Ermera District, Timor Leste.

Methods: A cross-sectional design was adopted with a sample of 87 pregnant mothers, drawn by the method of multistage cluster random sampling of 9.886 population. The dependent variable was the ANC clinic, while maternal education, knowledge, attitude, behavior and family support were independent variables. Data are collected through self-administered questionnaires, however for the illiterate, researcher assisted completion of the instrument. Data analysis was conducted in stages include univariate, bivariate (*chi-squared test*) and multivariate (logistic regression) analysis.

Results: The results of bivariate analysis indicated there was significant association between knowledge ($p=0.002$), attitude ($p=0.012$), behavior ($p=0.030$), and family support ($p=0.015$) with the ANC in pregnant women. Multivariate analysis indicated that there was an association between maternal knowledge and ANC visit frequency. Analysis showed that maternal knowledge was the only variable associated with the ANC visits ($p=0.046$).

Conclusion: Only maternal knowledge is associated with the ANC visit among pregnant mothers in Ermera District, Timor Leste.

Keywords: knowledge levels, ANC visits, Ermera District

Pendahuluan

Masalah kesakitan dan kematian ibu di Timor Leste masih merupakan masalah besar. Angka Kematian Ibu (AKI) menurut Survei Demografi Kesehatan Timor Leste (SDKTL) tahun 2009-2010, di Timor Leste mencapai angka 557 per 100.000 kelahiran hidup, angka tersebut masih tertinggi di Asia.¹

Penyebab langsung kematian ibu terkait kehamilan dan persalinan terutama adalah perdarahan 38,7%. Sebab lain, yaitu eklamsia 53,5%, infeksi 4,5%, partus lama 3,2%, dan abortus 6,5%.² Penyebab tidak langsung angka kematian ibu di Timor Leste adalah 'Tiga Terlambat atau 3T' meliputi: terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan.²

Indikator pemantauan untuk pelayanan *antenatal care* (ANC) adalah kunjungan ibu hamil dengan tenaga profesional kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar yang ditetapkan.³ Kunjungan tidak selalu berarti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi meliputi setiap kontak dengan tenaga kesehatan. Untuk indikator pemantauan teknis adalah cakupan kunjungan pertama (K1), kunjungan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan pertama kali ke tenaga kesehatan. K1 dipergunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan ANC serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.⁴

Di Timor Leste terdapat 13 kabupaten, dimana cakupan K1 tahun 2011 ditemukan paling tinggi di Kabupaten Dili (93,0%), sedangkan yang paling rendah adalah di Kabupaten Ermera (45,6%). Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ermera tahun 2012, jumlah ibu hamil adalah 9.886 jiwa. Namun, hanya 34,5% ibu hamil

yang melakukan ANC di tenaga kesehatan pada kunjungan pertama (K1).³

Salah satu teori yang dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan adalah teori perubahan perilaku.⁵ Perubahan perilaku masyarakat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor penguat (*predisposing factor*) di dalamnya terdapat pendidikan, pengetahuan, sikap, perilaku dan faktor pemungkin (*enabling factor*) seperti keterjangkauan fasilitas, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan serta faktor penguat (*reinforcing factor*) seperti dukungan keluarga.⁶

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pendidikan, pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga dengan kunjungan ANC ibu hamil di Kabupaten Ermera tahun 2013.

Metode

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Data dikumpulkan selama dua bulan di Kabupaten Ermera. Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil (9.886 orang) yang terdapat di Kabupaten Ermera tahun 2013 yang diperoleh dari laporan Dinkes-KIA di masing-masing puskesmas.⁸ Sampel penelitian berjumlah 87 orang diambil dengan metode *multistage cluster random sampling*. Sampel penelitian diganti apabila pada saat penelitian sudah pindah domisili ke luar Kabupaten Ermera serta menolak untuk menjadi responden penelitian.

Variabel yang diukur adalah kunjungan ANC sebagai variabel terikat, sedangkan pendidikan, pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga sebagai variabel bebas.

Pengumpulan data dilakukan secara *self-administered* dengan menggunakan kuesioner yang sudah dilakukan uji validitas (valid apabila setiap item pertanyaan memiliki nilai *koefisien korelasi* lebih besar

dari 0,03).¹⁰ Hubungan pendidikan digali menggunakan satu item pertanyaan, pengetahuan dengan 12 item pertanyaan, sikap dengan lima item pertanyaan, perilaku dengan lima item pertanyaan dan dukungan keluarga dengan lima item pertanyaan.

Dalam analisis data dilakukan pengelompokan variabel yaitu: 1) pendidikan dikategorikan menjadi dua yaitu pendidikan tinggi dari SLTA keatas dan pendidikan rendah dari SLTP ke bawah; 2) pengetahuan dikategorikan menjadi dua yaitu pengetahuan baik apabila memiliki rentang skor dalam kuesioner mencapai 18-36 dan pengetahuan kurang memiliki rentang skor kuesioner 1-17 dari 12 item pertanyaan; 3) sikap dikategorikan menjadi dua yaitu setuju dengan skor 8-15 dan tidak setuju skor 1-7 dari lima item pertanyaan; 4) perilaku dikategorikan menjadi dua yaitu baik dengan skor 8-15 dan tidak baik skor 1-7 dari lima pertanyaan; 5) dukungan keluarga dikategorikan menjadi dua yaitu mendukung dengan skor 8-15 dan tidak mendukung skor 1-7 dari lima pertanyaan; sedangkan kunjungan ANC dikatagorikan menjadi cukup dan kurang.

Analisis dilakukan secara univariat untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik responden dan masing-masing variabel, dilanjutkan dengan analisis bivariat dengan *chi-squared test* untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel bebas dengan kunjungan ANC. Variabel bebas yang ditemukan berhubungan bermakna dengan kunjungan ANC kemudian dimasukkan ke dalam uji regresi logistik untuk mengetahui variabel yang secara konsisten berhubungan dengan kunjungan ANC dan besaran pengaruhnya. Semua analisis data dilakukan dengan menggunakan Stata SE 12.1.

Penelitian ini mendapat kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Karakteristik responden menurut umur dan umur kehamilan disajikan pada Tabel 1. Analisis bivariat masing-masing variabel penelitian disajikan pada Tabel 2.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian di Kabupaten Ermera tahun 2013

Karakteristik responden	n=87	Persentase (%)
Kelompok umur		
<20 tahun	21	24,1
20-34 tahun	59	67,8
>35 tahun	7	8,1
Umur kehamilan		
1-3 bulan	8	9,2
4-6 bulan	45	51,7
7-9 bulan	34	39,1

Tabel 2. Hasil analisis bivariat hubungan pendidikan, pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga dengan kunjungan ANC di Kabupaten Ermera tahun 2013

Variabel	Kunjungan ANC		Rasio prevalen (RP)	Nilai p
	Kurang	Cukup		
Pendidikan				
Tinggi	18 (72%)	7 (28%)	2,669	0,108
Rendah	33 (53,2%)	29 (46,8%)		
Pengetahuan				
Baik	21 (43,8%)	27 (56,2%)	10,082	0,002
Kurang	30 (76,9%)	9 (23,1%)		
Sikap				
Setuju	20 (45,5%)	24 (54,5%)	6,457	0,012
Tidak setuju	31 (72,1%)	12 (27,9%)		
Perilaku				
Baik	25 (49%)	26 (51%)	4,786	0,030
Tidak baik	26 (72,2%)	10 (27,8%)		
Dukungan keluarga				
Mendukung	25 (48,1%)	27 (51,9%)	6,095	0,015
Tidak mendukung	26 (74,3%)	9 (25,7%)		

Tabel 2 menunjukkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga dengan kunjungan ANC pada ibu hamil, sedangkan pendidikan ditemukan tidak berhubungan secara bermakna dengan kunjungan ANC di Kabupaten Ermera tahun 2013.

Keempat variabel tersebut (yang ditemukan bermakna dalam analisis bivariat) adalah pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga yang kemudian dilanjutkan dengan uji regresi logistik. Hasil analisis regresi logistik disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil analisis regresi logistik hubungan pengetahuan, sikap, perilaku dan dukungan keluarga dengan kunjungan ANC pada ibu hamil di Kabupaten Ermera tahun 2013

Variabel	OR	95%CI		Nilai p
		Lower	Upper	
Pengetahuan	3,136	1,021	9,635	0,046
Sikap	1,609	0,552	4,695	0,384
Perilaku	0,968	0,298	3,149	0,957
Dukungan Keluarga	1,953	0,661	5,776	0,226

$R^2 = 0,145$, percentage correct = 0,196

Berdasarkan hasil analisa multivariat (Tabel 3) ditemukan bahwa hanya variabel pengetahuan yang memiliki hubungan konsisten dengan kunjungan ANC di Kabupaten Ermera dengan OR=3,136 (95%CI: 1,021-9,635). Hasil analisa multivariat mendapatkan nilai R^2 sebesar 0,145 yang menunjukkan bahwa masih terdapat variabel lain yang belum berhasil diidentifikasi dalam penelitian ini yang juga berhubungan dengan kunjungan ANC.

Diskusi

Pada penelitian ini pengetahuan ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan kunjungan ANC di Kabupaten Ermera. Pada hasil analisis bivariat ditemukan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kunjungan ANC. Perubahan perilaku ke arah positif yang didasari oleh pengetahuan yang cukup, kesadaran yang tinggi serta sikap yang mendukung, maka perilaku tersebut akan

bersifat langgeng (*long lasting*) selama pengetahuan tersebut terus ditingkatkan.¹¹

Hasil analisis secara multivariat juga menunjukkan hanya pengetahuan yang konsisten berhubungan dengan kunjungan ANC pada ibu hamil di Kabupaten Ermera. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang Indonesia. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.¹¹

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau obyek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya).⁶ Pada hasil analisis bivariat sikap memiliki hubungan yang signifikan dengan kunjungan ANC pada ibu hamil. Namun hal ini tidak terbukti dalam analisis multivariat.

Perilaku merupakan semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Pada hasil analisis bivariat ditemukan ada hubungan yang bermakna antara perilaku dengan kunjungan ANC pada ibu hamil. Tetapi tidak terbukti berhubungan pada analisis multivariat.

Dukungan keluarga mengacu pada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di perlukan). Hasil *chi-squared test* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga ibu hamil dengan kunjungan ANC, namun tidak terbukti berhubungan pada analisis multivariat.

Meskipun berhubungan secara bermakna dengan kunjungan ANC dan didukung dengan teori serta hasil penelitian lainnya, hanya pengetahuan yang konsisten berkontribusi secara bermakna dalam analisis multivariat. Beberapa kemungkinan yang menyebabkan hal tersebut adalah keterbatasan jumlah sampel untuk kepentingan analisis multivariat dan kemampuan alat ukur penelitian dalam mengukur variabel sikap, perilaku dan pengaruh dukungan keluarga. Kemungkinan pula terdapat interaksi dengan hubungan lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini, misalnya keterjangkauan fasilitas, pengaruh status ekonomi keluarga dan jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan. Meskipun beberapa variabel lain tersebut telah digali dalam karakteristik penelitian, namun tidak dimasukkan ke dalam variabel yang dikendalikan atau dimasukkan ke dalam analisis baik bivariat maupun multivariat. Penelitian lain di masa datang diharapkan menambahkan variabel tersebut dan menggunakan sampel yang lebih besar.

Simpulan

Dalam penelitian ini terbukti bahwa hanya variabel pengetahuan yang berhubungan dengan kunjungan ANC pada ibu hamil di Kabupaten Ermera.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ermera, Kepala Puskesmas Gleno dan Kepala Puskesmas Hatolia dan pihak lain yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada semua rekan yang membantu terselesainya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Depkes Timor Leste. Survei Demografi Kesehatan Timor Leste. 2010. Available from: dne.mof.gov.tl/published/TLDHS2009-10/final-report-TLDHS-2010.pdf.
2. Depkes Timor Leste. Laporan Statistik Kesehatan. Dili: Departemen Kesehatan Timor Leste. 2011.
3. Depkes Timor Leste. Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA). Dili: Departemen Kesehatan Timor Leste. 2011.
4. Erly. Hubungan dukungan suami terhadap meningkatnya kunjungan ANC pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Lingkar Timur Kota Bengkulu. 2011.
5. Notoatmodjo, S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2003.
6. Nur Islami. Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap tentang antenatal care dengan keteraturan kunjungan antenatal care pada ibu postpartum di posyandu wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun Kota Malang. 2007.
7. Bobak IM, Lowdermilk DL, Jensen MD & Perry SE. Buku ajar keperawatan maternitas (maternity nursing). Edisi 4. Jakarta: EGC. 2004.
8. Astrid. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ibu Hamil Melakukan Kunjungan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang. 2011. Available from: <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/130/jtptunimus-gdl-astridriya-6500-2-babi,ii.pdf>.
9. Sudigdo. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: 2011.
10. Sugiyono. Metode Penelitian Administrasi. Bandung: Alfa Beta; 2008.
11. Green, L. Community Health. Seventh Edition. United Stated Of America: Monby Year Book; 1994.
12. Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan dan Ilmu perilaku: Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
13. Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan (Teori dan Aplikasi). Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
14. Adri. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Cakupan Program Pemeriksaan Kehamilan (K1 dan K4) di Puskesmas Runding Kota Subulussalam Propinsi NAD. 2008.
15. Friedman, M. Keperawatan keluarga: Teori dan praktek (Edisi 3). Jakarta: EGC; 1998.
16. Suryaningsih. Antenatal Care. 2007 (diakses pada tanggal 7 Juni 2013). Availbale from: <http://www.lenterabiru.com>.

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Tegallalang I

Deni Witari,¹ N.L.P. Suariyani,^{1,2} Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ³Bagian Anatomi, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
Korespondensi penulis: dnoksaelus@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Masa remaja merupakan salah satu masa paling kritis dalam siklus kehidupan manusia, sehingga diperlukan pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk memberikan bimbingan dan pelayanan kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi di Puskesmas Tegallalang I sangat rendah yaitu 119 remaja (16,8%) dari 708 yang ditargetkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik remaja, akses dan akseptabilitas keluarga dengan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi di wilayah kerja Puskesmas Tegallalang I.

Metode: Desain penelitian adalah *cross sectional* analitik. Populasi penelitian adalah remaja di wilayah kerja puskesmas sebanyak 4725 orang dengan jumlah sampel 84 orang. Sampel dipilih secara *systematic random sampling*. Variabel bebas meliputi pengetahuan, sikap, akses dan akseptabilitas keluarga sedangkan variabel terikatnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi. Data dikumpulkan dengan wawancara. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat (*chi-squared test*) dan multivariat (regresi logistik).

Hasil: Sebagian besar responden (54,8%) memiliki pengetahuan tinggi, sikap negatif (69%), memerlukan pelayanan (59,5%), akses mudah (52,4%), akseptabilitas keluarga negatif (60,7%) dan tidak memanfaatkan pelayanan (62%). Berdasarkan analisis bivariat diperoleh hubungan yang bermakna antara pengetahuan ($p=0,043$), sikap ($p=0,047$), akses ($p=0,08$), akseptabilitas keluarga ($p=0,042$) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi. Pada analisis multivariat didapatkan akses memiliki kontribusi tertinggi yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi dengan $OR=3,481$ (95%CI: 1,21-10,24).

Simpulan: Variabel akses berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi di Puskesmas Tegallalang I.

Kata kunci: remaja, pemanfaatan, pelayanan kesehatan reproduksi, puskesmas

The Utilization of Reproductive Health Services for Adolescents in Tegallalang I Health Centre

Deni Witari,¹ N.L.P. Suariyani,^{1,2} Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Public Health Postgraduate Program Udayana University, ²Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ³Department of Anatomy, Faculty of Medicine Udayana University
Corresponding author: dnoksaelus@yahoo.co.id

Abstract

Background and purpose: Adolescence is one of the most crucial periods of a human's life cycle, and therefore, there is an unquestionable need for services that directly address adolescent reproductive health issues. The number of adolescents who utilized reproductive health services at Tegallalang I Health Centre is only 119 out of 708 targeted adolescents. This study investigate the correlation between knowledge, attitude, adolescent needs, access, family acceptability, and the utilization of reproductive health services in Tegallalang I Health Centre.

Methods: The design was a cross sectional analytic. From the population of 4725 adolescents in the Tegallalang I Health Centre work area, 84 were selected through systematic random sampling. The independent variables were knowledge, attitude, adolescent needs, access and family acceptability while the dependent variable was the utilization of adolescent reproductive health service. Data was collected through structured interviews and analysed using univariate, bivariate (*chi-squared test*), and multivariate (logistic regression) analysis.

Results: The results of this study showed that most respondents have high level of knowledge (54.8%), negative attitudes (69.0%), perceived need (59.5%), ease of access (52.4%), negative family acceptability (60.7%), and (62.0%) do not take advantage of services. Based on the bivariate analysis it is evident that there is a relationship between knowledge ($p=0.043$), attitude ($p=0.047$), access ($p=0.08$), family acceptability ($p=0.042$) and the utilization of reproduction health service. Based on multivariate analysis, it is evident that access has a positive influence on the utilization of reproductive health service with $OR=3.481$ (95%CI: 1,21-10,24).

Conclusion: Access has a positive influence on the utilisation of reproductive health service in Tegallalang I Health Centre.

Keywords: adolescents, utilization, reproduction health service, community health centre

Pendahuluan

Masa remaja merupakan salah satu masa paling kritis dalam siklus kehidupan manusia. Hal ini mengakibatkan adanya kebutuhan terhadap pusat pelayanan kesehatan reproduksi (kespro) remaja untuk memberikan bimbingan dan pelayanan kespro.¹ Puskesmas merupakan penyedia pelayanan kepada masyarakat yang berada pada garis terdepan dan membantu mengatasi masalah kesehatan termasuk masalah kesehatan remaja.²

Sepanjang tahun 2012, dari total remaja yang ditargetkan yaitu sebanyak 708 orang yang memanfaatkan layanan kesehatan di Puskesmas Tegallalang I, hanya sebanyak 119 remaja (16,8%) yang datang memanfaatkan layanan puskesmas. Remaja yang memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas sebagian besar dengan masalah kesehatan fisik dan belum ada remaja yang secara sukarela berkonsultasi tentang kesehatan reproduksinya.

Rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi menurut WHO disebabkan oleh beberapa faktor: 1) faktor predisposisi, yaitu kurangnya pengetahuan, sikap yang negatif terhadap pemanfaatan pelayanan kespro, 2) faktor pendukung, yaitu kurangnya akses untuk mendapatkan informasi yang jelas, 3) faktor pendorong, yaitu pelayanan yang kurang bersahabat dengan remaja, akseptabilitas keluarga yang belum sepenuhnya menerima keberadaan pelayanan kespro remaja dan 4) faktor kebutuhan, yaitu kebutuhan remaja yang masih kurang memerlukan pemanfaatan pelayanan kespro.³

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan, sikap, kebutuhan remaja, akses dan penerimaan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kespro di puskesmas.

Metode

Desain penelitian adalah analitik *cross sectional*. Pengumpulan data dilaksanakan pada Bulan Maret-April 2013. Populasi penelitian adalah remaja yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tegallalang I sebanyak 4725 orang. Sampel dipilih secara *systematic random sampling* sebanyak 84 orang.

Variabel bebas adalah pengetahuan, sikap, kebutuhan remaja, akses (keterjangkauan) dan penerimaan keluarga. Variabel terikat adalah pemanfaatan layanan kespro. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara di dua sekolah menengah atas yaitu SMA I dan SMKN I Tegallalang menggunakan kuesioner.

Variabel pengetahuan diukur dengan 10 pertanyaan (skor 0-10) dan dikategorikan menjadi pengetahuan rendah (nilai <50%) dan tinggi (nilai ≥50%). Variabel sikap diukur dengan 7 pertanyaan, dengan rentang skor 0-7 dan variabel penerimaan diukur dengan 4 pertanyaan, rentang skor 0-4 kemudian dikategorikan menjadi negatif (nilai <50%) dan positif (nilai ≥50%). Variabel kebutuhan remaja diukur dengan 4 pertanyaan, dengan rentang skor 0-4 dan dikategorikan menjadi tidak memerlukan pelayanan kespro (nilai <50%) dan memerlukan (nilai ≥50%). Variabel akses diukur dengan 14 pertanyaan, rentang skor 0-14 dan dikategorikan menjadi akses sulit (nilai <50%) dan mudah (nilai ≥50%). Variabel pemanfaatan terdiri dari 4 pertanyaan dengan rentang skor 0-4 dan dikategorikan menjadi memanfaatkan pelayanan kespro (nilai <50%) dan tidak memanfaatkan (nilai ≥50%).

Analisis data dilakukan secara bertahap meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel. Analisa dilanjutkan dengan analisis

bivariat untuk melihat hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas. Analisis multivariat dilakukan untuk mencari variabel bebas yang memiliki hubungan paling kuat dengan variabel terikat dengan kriteria pada analisis bivariat nilai $p < 0,25$.

Penelitian telah dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Sebanyak 84 sampel yang terpilih dapat berpartisipasi dengan baik dalam penelitian ini dan tidak ada penolakan. Berdasarkan analisis univariat, diperoleh bahwa responden yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 46 orang (54,8%), memiliki sikap

negatif sebanyak 58 orang (69%), memerlukan pelayanan kespro sebanyak 50 orang (59,5%), memiliki akses yang mudah 44 orang (52,4%), penerimaan keluarga negatif sebanyak 51 orang (60,7%) dan tidak memanfaatkan pelayanan kespro sebanyak 52 orang (62%).

Berdasarkan analisis bivariat, beberapa variabel bebas meliputi pengetahuan, sikap, akses dan penerimaan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p < 0,05$). Dari hasil analisis bivariat variabel pengetahuan, sikap, kebutuhan remaja, akses dan akseptabilitas keluarga yang dijumpai dengan $p < 0,25$ kemudian dilanjutkan dengan analisis multivariat (regresi logistik) yang hasilnya disajikan pada Tabel 2.

Tabel 1. Hasil analisis bivariat hubungan karakteristik remaja, akses dan akseptabilitas keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi

Variabel	Pemanfaatan Layanan Kesehatan Reproduksi		Crude OR	95%CI	Nilai p
	Tidak f (%)	Ya f (%)			
Pengetahuan					
Rendah	28 (73,7%)	10 (26,3%)	2,567	1,018-6,474	0,043
Tinggi	24 (52,2%)	22 (47,8%)			
Sikap					
Negatif	40 (69%)	18 (31%)	2,593	1,002-6,709	0,047
Positif	12 (46,2%)	14 (53,8%)			
Kebutuhan remaja					
Tidak memerlukan pelayanan kespro	24 (70,6%)	10 (29,4%)	1,886	0,748-4,757	0,177
Memerlukan pelayanan kespro	28 (56%)	22 (44%)			
Akses					
Sulit	30 (75%)	10 (25%)	3,000	1,186-7,589	0,018
Mudah	22 (50%)	22 (50%)			
Penerimaan keluarga					
Negatif	36 (70,6%)	15 (29,4%)	2,550	1,026-6,338	0,042
Positif	16 (48,5%)	17 (51,5%)			

Tabel 2 menunjukkan hasil analisis multivariat dimana faktor akses (keterjangkauan) terlihat memiliki OR=3,523 (95%CI: 1,211-10,244). Hal ini berarti bahwa dari beberapa variabel yang dianalisis secara

multivariat hanya faktor akses yang terbukti memiliki hubungan bermakna dan sebesar 3 kali kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan kespro.

Tabel 2. Hasil analisis multivariat hubungan karakteristik remaja, akses dan akseptabilitas keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi

Variabel	Adjusted OR	95%CI		Nilai p
		Lower	Upper	
Pengetahuan	1,259	0,429	3,696	0,675
Sikap	2,842	0,975	8,287	0,056
Kebutuhan Remaja	1,461	0,513	4,164	0,478
Akses	3,523	1,211	10,244	0,021
Akseptabilitas	2,067	0,691	6,176	0,194

Nilai R²=0,221

Diskusi

Tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kespro di wilayah kerja Puskesmas Tegallalang I. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Stone⁴ yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kespro remaja. Kurangnya pengetahuan mengenai ketersediaan pelayanan kespro remaja dan ketakutan bertemu dengan *provider* sehingga remaja merasa tidak perlu mengunjungi pelayanan kespro remaja.

Perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor internal (*person*) dan faktor eksternal (*environment*). Pengetahuan adalah salah satu faktor internal yang dapat memotivasi seseorang untuk berperilaku memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan kespro tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan hal ini sesuai dengan teori *social learning* dari Bandura.

Sumber informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja dalam penelitian ini sebagian besar adalah dari media massa (61,9%) dan petugas kesehatan (27,4%). Petugas puskesmas dalam programnya pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) mensosialisasikan pelayanan kespro remaja dengan membentuk kesehatan reproduksi remaja (KRR) dari siswa organisasi siswa intra sekolah (OSIS), palang merah remaja (PMR) dan kelompok siswa peduli AIDS dan Narkoba (KSPAN) untuk

memberikan pembinaan, penyuluhan tentang kespro, narkoba, HIV/AIDS dan gizi remaja. Tujuan dari program ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif terkait pemanfaatan pelayanan kespro. Hasil penelitian ini menunjukkan ada siswa yang memiliki pengetahuan tinggi namun tidak diikuti dengan pemanfaatan layanan yang baik. Tidak semua siswa mengikuti organisasi tersebut diatas sehingga banyak siswa yang tidak mengetahui dan paham mekanisme untuk memanfaatkan pelayanan kespro di puskesmas. Masih banyak remaja merasa malu, takut dan belum merasakan perlu untuk memanfaatkan pelayanan kespro. Dalam penelitian ini terlihat pula bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan pemanfaatan pelayanan kespro di wilayah kerja Puskesmas Tegallalang I. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Belmonte⁶ dimana sikap berhubungan dengan keinginan remaja mengunjungi pelayanan kespro. Hal ini menunjukkan remaja di Bolivia memaknai pemanfaatan pelayanan kespro adalah bagi remaja yang telah melakukan hubungan seksual. Hal ini memengaruhi keinginan untuk mengunjungi pelayanan kesehatan tersebut. Sikap adalah predisposisi untuk berpikir, merasakan dan bertindak dengan cara tertentu terhadap objek yang ada. Kemampuan melakukan penilaian terhadap sistem pelayanan kesehatan yang ada akan menimbulkan sikap penerimaan atau penolakan terhadap

pemanfaatan pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja.⁵ Sikap negatif remaja tentang pelayanan kesehatan kespro dapat disebabkan adanya anggapan remaja bahwa pelayanan kespro adalah untuk remaja bermasalah, kehamilan tidak diinginkan (KTD) dan pengguna narkoba sehingga remaja takut memanfaatkan pelayanan tersebut. Sebagian besar remaja mengharapkan diberikan pelayanan kesehatan yang terpisah dari orang sakit, orang dewasa dan ada jam khusus remaja.⁷

Tidak adanya hubungan antara kebutuhan remaja dengan pemanfaatan pelayanan kespro juga terlihat dalam penelitian ini. Remaja pada umumnya memiliki fisik yang relatif sehat sehingga remaja kurang memiliki kesadaran dan kurang mengerti akan kebutuhan kespro sebelum terbentur masalah terlebih dahulu. Hal ini sejalan dengan penelitian Kamau⁸ bahwa remaja tidak memanfaatkan pelayanan kespro karena remaja merasa sehat dan tidak perlu untuk mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Puskesmas Tegallalang 1 dengan program PKPR sudah memiliki tim khusus dan ruangan khusus bagi pelayanan kespro remaja. Saat ini remaja yang berkunjung ke puskesmas baru sebatas keluhan fisik dan belum ada secara sukarela untuk berkonsultasi tentang kespro. Rendahnya pemanfaatan ini kemungkinan karena remaja belum memahami kebutuhannya serta adanya pandangan dan sikap yang negatif. Tidak adanya hubungan antara kebutuhan remaja dengan pemanfaatan pelayanan kespro dalam penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian di Kanada yang menemukan bahwa ada hubungan antara kebutuhan remaja dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja. Penyebab utama remaja memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah karena keluhan fisik dan

kebutuhan psikologis. Salah satu tujuan remaja memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah untuk mencari informasi tentang pendidikan reproduksi dan seksualitas.⁹ Pelayanan kespro yang diberikan kepada remaja akan lebih berhasil jika melibatkan sekolah karena sebagian besar waktu remaja ada di sekolah. Pelayanan yang diberikan harus lengkap dan dapat melayani remaja sesuai dengan kebutuhannya secara partisipatif.¹¹

Akses (keterjangkauan) adalah satu-satunya variabel yang memiliki hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kespro di wilayah kerja Puskesmas Tegallalang I. Penelitian ini sejalan dengan di Kota Pekanbaru yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara akses pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kespro, walaupun persentase remaja yang mengaku akses pelayanan kesehatan mudah lebih banyak yang tidak memanfaatkan pelayanan kespro dibandingkan dengan yang memanfaatkan.¹² Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dilengkapi dengan fasilitas yang baik dan mudah diakses biasanya lebih tinggi.¹³ Akses (keterjangkauan) pelayanan kesehatan tidak hanya mencakup kemampuan secara fisik untuk menjangkau pusat pelayanan dan waktu tempuh yang diperlukan untuk mengakses secara langsung, tetapi juga melibatkan ekonomi, psikologis, pengamatan serta persepsi-persepsi potensial klien, termasuk informasi yang pernah diterima klien. Informasi tentang kespro merupakan bagian dari pelayanan kespro yang diperlukan oleh remaja.¹⁴ Kunjungan petugas puskesmas ke sekolah untuk mensosialisasikan pusat pelayanan kespro remaja di puskesmas dan memberikan informasi tentang kespro dalam usaha mendekatkan pelayanan kesehatan kepada remaja agar dapat

diakses. Petugas puskesmas juga mensosialisasikan pelayanan kesehatan yang dapat diberikan di puskesmas. Puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan satu-satunya yang menjangkau sampai ke pelosok, sehingga merupakan tempat paling strategis untuk pelayanan kespro remaja dengan model pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan remaja. Bagi siswa yang mempunyai masalah kesehatan, dianjurkan datang ke puskesmas untuk diberikan pelayanan kesehatan. Sosialisasi petugas puskesmas merupakan salah satu pengaruh kunjungan remaja ke puskesmas, walaupun kunjungan terbanyak baru sebatas remaja dengan masalah kesehatan fisik. Belum ada remaja yang secara sukarela memanfaatkan pelayanan kespro untuk tujuan konsultasi.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara penerimaan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kespro di wilayah kerja Puskesmas Tegallalang I. Pelayanan kespro remaja akan meningkat pemanfaatannya jika mendapat dukungan dari keluarga. Semakin banyak masyarakat tahu tentang pentingnya kespro remaja, keberadaan pusat pelayanan kespro remaja akan semakin diterima masyarakat. Hal ini diharapkan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kespro oleh remaja.³ Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Pekanbaru bahwa penerimaan keluarga tidak mempengaruhi remaja untuk memanfaatkan pelayanan kespro.¹² Tingkat kebutuhan akan hak-hak kespro remaja demikian tinggi, serta adanya pandangan yang keliru tentang seksualitas dan kespro. Namun pelayanan dan konseling yang berkaitan dengan hal tersebut belum sepenuhnya dapat diterima masyarakat. Orang tua adalah sumber utama informasi, tapi orang tua merasa kurang punya informasi, malu membahas topik ini, dan tidak setuju bila remaja berminat

mengetahui masalah seksualitas.¹⁶ Peran orang tua untuk memberikan informasi kespro belum banyak dilakukan. Sebagian orang tua merasa bahwa pemberian informasi dapat berakibat merangsang keinginan berhubungan seksual.⁷ Memperluas akses informasi tentang seksualitas dan kespro yang benar dan jujur bagi remaja akan membuat remaja makin sadar terhadap tanggung jawab perilaku reproduksinya. Lebih lanjut remaja akan mampu membuat keputusan dalam perilaku reproduksi remaja.¹⁸

Simpulan

Faktor akses berhubungan secara statistik terhadap pemanfaatan pelayanan kespro. Variabel yang tidak terbukti berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kespro adalah pengetahuan, sikap, kebutuhan remaja dan penerimaan keluarga.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar yang telah memberikan ijin penelitian, Kepala Puskesmas Tegallalang I, Kepala Sekolah SMA I dan SMKN I Tegallalang serta semua rekan yang membantu terselesainya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Perdede N. Remaja dalam tumbuh kembang anak dan remaja, Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta: Sagung Seto; 2008.
2. Wilopo SA. Panduan pembinaan dan pengembangan pusat informasi dan konsultasi kesehatan reproduksi remaja. Jakarta: BKKBN; 2005.
3. WHO. Adolescent-friendly health services in the South-East Asia Region. Report of a Regional Consultation, Bali, Indonesia. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2004.
4. Stone and Igham. When and why do young people in the United Kingdom first use sexual health services? Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2003; 35(3): 114-120.

5. Azwar S. Sikap manusia teori dan pengukurannya. Edisi ke 2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2003.
6. Belmonte, Gutierrez, Magnani, & Lipovsek. Barriers to adolescents. 2000.
7. Berhane F, Berhane Y, & Fantalun M. Adolescents' health service utilization pattern and preferences: consultation for reproductive health problems and mental stress are less likely. *Ethiop.J.Health Dev* 2005; 19(1): 29-36.
8. Kamau, AW. Factors Influencing Access and Utilization of Preventive Reproductive Health Services by Adolescent in Kenya (Dissertation). University of Bielefeld; 2006.
9. Vingilis E, Wadeb T. & Seeleya J. Predictors of Adolescent Health Care Utilization. *Journal of Adolescent* 2007; 30: 773-800.
10. Mc Pherson A. Adolescent in primary care, *Journal BMJ* 2005; Vol.330: 455-467.
11. BKKBN, Tumbuh kembang remaja. 2004. Available from: <http://www.bkkbn.go.id> (Akses 15 Nopember 2012).
12. Deswina. Faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya pemanfaatan pelayanan reproduksi remaja di Pekanbaru. 2008.
13. Barge S., Khan WN, Narvekar S. & Venkatachalam Y. Accessibility and utilization. 2003. Available from: http://www.india_seminar.com/2003/532/532_sandhya_barge_et_al.htm [Accessed 21 November 2012].
14. Thang NM. and Anh DN. Accessibility and use of contraceptives in Vietnam. *Internasional Family Planning Perspectives* 2002; 28(4): 214-219.
15. WHO. *Adolescent friendly health services - An agenda for change*. Available from: <http://www.who.int/childadolescent-health> [Accessed 12 November 2012].
16. Outlook. Kesehatan reproduksi remaja: membangun perubahan yang bermakna. *Outlook* 2000. 16:1-8
17. Munthali AC, Chimbiri A. & Zulu, E. *Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: A synthesis of research evidence*. Occasional Report. New York & Washington: The Alan Gutimacher Institute; 2004.
18. Tafal. *Kebutuhan akan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja*. Jakarta: PKBI; 2006.

Hambatan-Hambatan dalam Pengembangan Motivasi Terkait Kinerja Perawat di RSUD Kabupaten Buleleng

Budiastri^{1,4}, **Ayu Indrayathi**^{1,2}, **Ganda Wijaya**^{1,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ³Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli, ⁴Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng

Korespondensi penulis: budiastriketut@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Masyarakat sering mengeluh atas kinerja perawat yang kurang bermutu, profesional atau empati dalam memberikan asuhan keperawatan. Analisis kepuasan pasien yang berkunjung ke RSUD Kabupaten Buleleng 2011 menunjukkan 2,03% kinerja petugas tidak baik dan 6,39% kualitas pelayanan kurang memuaskan. Wawancara perawat Instalasi Rawat Inap 24 November 2012 menunjukkan kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan belum merata dan jasa pelayanan tidak memuaskan. Lemahnya pengawasan, dukungan dan motivasi pimpinan berpotensi menyebabkan motivasi perawat rendah sehingga berpengaruh terhadap kinerja perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh supervisi keperawatan, pengembangan karir, jasa pelayanan, penerapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan kinerja perawat.

Metode: Rancangan penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan adalah kepala ruangan dan perawat pelaksana yang dipilih secara *purposive*. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam dan studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan. Analisis data wawancara menggunakan *thematic analysis*.

Hasil dan simpulan: Supervisi keperawatan bersifat rutinitas, tanpa adanya monitoring dan evaluasi, serta tidak memberikan dorongan dan bimbingan kepada perawat. Selain itu pengembangan karir terkendala terbatasnya sumber daya manusia dan belum meratanya mendapatkan pelatihan, jasa pelayanan yang diterima oleh perawat tidak sesuai harapan atau tidak sesuai dengan tindakan yang telah mereka lakukan/berikan kepada klien. Penerapan dokumentasi asuhan keperawatan belum sesuai standar.

Kata kunci: motivasi, kinerja perawat, asuhan keperawatan

Barriers to Encourage Motivation in Relation to Work Performance of Nurses in Buleleng District Hospital

Budiastri^{1,4}, **Ayu Indrayathi**^{1,2}, **Ganda Wijaya**^{1,3}

¹Public Health Postgraduate Program Udayana University, ²Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ³Bangli District Health Department, ⁴District Public Hospital of Buleleng

Corresponding author: budiastriketut@yahoo.co.id

Abstract

Background and purpose: Nurses at hospitals regularly receives criticism from the general public, negatively commenting on their lack of patient care, lack of professionalism and diminished quality of service. Survey findings on patient satisfaction at Buleleng Public Hospital from 2011 indicate that 2.03% of patients remained unsatisfied with staff workplace attitudes and 6.39% felt that nursing service overall was unsatisfactory. Preliminary interviews with ward nurses on 24 November 2012 exposed a number of issues: a lack of career support and development for nurses, including opportunities to expand their skills, and a lack of workplace satisfaction from patient supplementary income. Weakness regarding technical support and motivation from ward supervisors evidently also has an impact on nurses workplace motivation and therefore quality of service. This research investigates the influence of supervision, career development, supplementary income support, and administrative records on the workplace attitude of nursing staff.

Methods: Research was formulated using qualitative and phenomenology methods. Informants were purposively selected. Data was collected through in-depth interviews and administration documentation study and analysed using thematic analysis.

Results and conclusion: Findings indicated that little monitoring and evaluation of nurse workplace attitudes, a lack of support and motivational direction from supervisors, administrative documentation issues, minimum supplementary income support, as well as career development had a large impact on nurse quality of care. Most dominant variables included supervision, career development and supplementary income support.

Keywords: motivation, nurse's performance, nursing care

Pendahuluan

Salah satu bentuk penilaian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Buleleng dalam mengetahui opini pengguna jasa adalah dengan melakukan survei kepuasan pasien meliputi kategori kinerja petugas secara umum dan kualitas pelayanan rumah sakit (RS) secara keseluruhan. Hasil analisis kepuasan pasien yang berkunjung ke RSUD Kabupaten Buleleng tahun 2011 menunjukkan sebanyak 3,98% kinerja petugas secara umum kurang baik dan 2,03% kinerja petugas secara umum tidak baik. Selain itu, sebanyak 6,39% kualitas pelayanan kurang memuaskan dan 1,50% kualitas pelayanan tidak memuaskan.¹

Hasil wawancara awal kepada perawat yang dilakukan peneliti di RSUD Kabupaten Buleleng pada tanggal 24 November 2012, menemukan beberapa masalah diantaranya kesempatan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan yang belum merata, adanya jasa pelayanan yang tidak memuaskan, perawat mengatakan bahwa mereka bekerja hanya sebagai rutinitas saja. Selain itu, diakui tidak adanya pengawasan, dukungan dan motivasi dari pimpinan kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Semua ini tentu saja akan menjadi hambatan-hambatan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional kepada klien yang selanjutnya akan berdampak terhadap kinerja perawat.

Motivasi kerja digambarkan sebagai hasil interaksi antara individu dan situasinya, setiap manusia mempunyai motivasi berbeda antara yang satu dengan yang lain dan dirumuskan sebagai perilaku yang ditujukan pada sasaran dan berkaitan dengan tingkat usaha yang dilakukan seseorang dalam mengejar sesuai tujuan.² Seseorang yang tidak

termotivasi hanya memberikan upaya minimum dalam hal bekerja.³ Masukan individual dan konteks pekerjaan merupakan dua faktor kunci yang mempengaruhi motivasi dan kedua faktor tersebut saling mempengaruhi. Kinerja merupakan implementasi dari Teori Keseimbangan, yang mengatakan bahwa seseorang akan menunjukkan prestasi yang optimal bila ia mendapatkan manfaat dan terdapat adanya rangsangan dalam pekerjaannya secara adil dan masuk akal.⁵ Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi: (1) adanya instrumen kinerja untuk promosi dan peningkatan penghasilan, (2) faktor lingkungan meliputi: penghargaan terhadap usaha yang telah dilakukan, kesempatan untuk berkembang, meningkatkan karier dan mendapatkan promosi, dukungan untuk tumbuh dan berkembang seperti pelatihan, melanjutkan pendidikan, kebijakan individual yaitu tindakan untuk mengakomodasi kebutuhan individu seperti upah atau gaji yang bisa mencukupi kebutuhan hidup.⁴ Penilaian atau dalam berbagai kepustakaan lazim disebut evaluasi kinerja adalah suatu metode dan proses penilaian pelaksanaan tugas seseorang atau kelompok orang atau unit-unit kerja dalam suatu perusahaan atau organisasi sesuai dengan standar kinerja.⁵ Kualitas kinerja perawat dapat dievaluasi secara obyektif dengan menggunakan metode dan instrumen yang baku melalui audit dokumentasi. Audit dokumentasi dilakukan dengan cara membandingkan proses dokumentasi yang ditemukan dalam rekam medis (RM) klien dengan standar pendokumentasian yang ditentukan dalam standar asuhan keperawatan. Aspek yang dinilai dalam pendokumentasian ini adalah pengkajian, diagnosis, perencanaan,

tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan.

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada pengaruh antara hambatan-hambatan dalam motivasi terhadap kinerja perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Buleleng? Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hambatan-hambatan dalam pengembangan motivasi, kinerja, dan pengaruh hambatan-hambatan terhadap kinerja perawat.

Metode

Desain penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pengumpulan data primer dan sekunder dilaksanakan dari bulan Februari-Maret 2013. Data primer diperoleh dari informan yaitu kepala ruangan dan perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Buleleng. Informan dipilih secara *purposive* dengan pertimbangan perbedaan *job description* yang mungkin menimbulkan hambatan-hambatan dalam motivasi yang berbeda sehingga mempengaruhi kinerja yang berbeda. Data sekunder diperoleh melalui studi dokumentasi pada rekam medik.

Peneliti melakukan wawancara mendalam pada perawat di *nurse station* menggunakan pedoman wawancara mendalam dan *tape recorder* dengan mengikuti asas kecukupan dan kesesuaian. Asas kecukupan tercapai jika data dari informan dapat menggambarkan fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian, sedangkan asas kesesuaian berarti pemilihan informan sesuai dengan keterkaitan informan dengan topik penelitian.⁷ Sebelum wawancara mendalam informan sudah mengisi *informed consent* sebagai bukti persetujuan ikut dalam penelitian. Item-item yang dikaji dalam wawancara mendalam meliputi: (1) supervisi keperawatan meliputi

supervisi keperawatan saat ini, manfaat supervisi yang dirasakan perawat dan pengaruh supervisi terhadap kinerja, (2) pengembangan karir meliputi kondisi pengembangan karir melalui pendidikan dan pelatihan, kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan, manfaat dari pengembangan karir dan pengaruh pengembangan karir terhadap kinerja perawat, (3) jasa pelayanan meliputi sistem jasa pelayanan dikaitkan dengan kompensasi berdasarkan kinerja, serta pengaruh jasa pelayanan terhadap kinerja perawat.

Studi dokumentasi rekam medik mengkaji penerapan standar asuhan keperawatan pada 60 sampel rekam medis pasien rawat inap di Ruang Cempaka, Anggrek, Sakura, Kamboja, Sandat dan Jempiring. Aspek yang dinilai terdiri dari enam komponen. Pertama, pengkajian yaitu proses keperawatan berupa pengumpulan informasi atau data klien, untuk identifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.¹² Kedua, diagnosis keperawatan yaitu penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan.¹² Ketiga, perencanaan yaitu proses penentuan prioritas dan metode penyelesaian masalah kesehatan klien untuk menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan respon klien terhadap masalah kesehatan aktual, risiko dan potensial.¹² Keempat, implementasi, adalah kegiatan perawat untuk membantu klien menghadapi masalah status kesehatan untuk meningkatkan status yang lebih baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.¹² Kelima, evaluasi, adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan

keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya.¹¹ Keenam, catatan asuhan keperawatan, yaitu mendokumentasikan semua kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi intervensi. Untuk mendapatkan data dokumentasi digunakan alat tulis dan buku catatan.

Metode dan teknik analisis data yang digunakan adalah secara *thematic analysis*, yaitu mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satu uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema tertentu.⁶ Untuk menetapkan keabsahan data dilakukan teknik pemeriksaan berdasarkan derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), ketergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).¹³ Dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Penelitian ini mendapatkan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Hasil wawancara mendalam dengan perawat menunjukkan gambaran pengaruh supervisi keperawatan dengan kinerja perawat. Temuan pertama menunjukkan semua kepala ruangan melakukan supervisi hanya karena melaksanakan tugas dari atasan yang bersifat rutinitas, tanpa adanya monitoring dan evaluasi. Akibatnya, supervisi yang mereka lakukan berpengaruh terhadap kinerja perawat yang bersifat rutinitas juga dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Beberapa kutipan wawancara mendalam terkait temuan tersebut adalah sebagai berikut:

"Supervisi keperawatan dirasakan belum efektif dan ... kurang bermanfaat karena supervisi keperawatan yang

dilakukan tidak memberikan bimbingan kepada perawat pelaksana dalam melaksanakan askep. Supervisi yang selama ini dilakukan ... hanya rutinitas saja, hal-hal yang ditanyakan seputar... : berapa jumlah pasien?, apakah sudah ada persediaan O2?, apakah ada masalah?"

"...sebagai supervisor selama ini tidak pernah dimonitoring oleh manajemen keperawatan sehingga kami sendiri sebagai supervisor tidak tahu apakah kami ini benar atau tidak dalam melaksanakan supervisi..."

"...akhirnya kinerja perawat itu tidak ada perkembangan, begitu-begitu saja hasilnya, karena kita tidak pernah memberikan bimbingan, bekerja sesuai rutinitas saja, yaaa merawat infus"

Temuan tersebut sejalan dengan hasil wawancara perawat pelaksana menunjukkan bahwa supervisi harian oleh supervisor hanya menanyakan hal-hal yang rutin, tidak pernah memberikan bimbingan atau dorongan kepada para perawat sehingga kinerja perawat menurun. Kutipan wawancara mendalam terkait temuan di atas adalah sebagai berikut:

"Tentu supervisi berpengaruh dengan kinerja perawat, kita terdorong untuk bekerja sesuai standar keperawatan ...namun kenyataannya supervisi disini biasa saja ...tidak berdampak pada kinerja saya ... supervisinya hanya bertanya-tanya sedikit trus pergi"

"...Cuma monoton aja yang ditanyakan seperti jumlah pasien ... tidak pernah memberikan bimbingan untuk meningkatkan kecakapan ... karena yaaa supervisinya seperti itu sehingga kinerja kita monoton,hanya rutinitas aja"

Hasil wawancara mendalam yang lain terkait pengaruh pengembangan karir terhadap kinerja perawat sebagai temuan kedua. Kepala ruangan menyatakan bahwa terbatasnya sumber daya manusia (SDM) merupakan kendala dalam memberikan ijin perawat melanjutkan pendidikan karena tidak mendapatkan tenaga pengganti. Kendala yang lain adalah belum meratanya

pelatihan untuk meningkatkan kompetensi yang harus dimiliki perawat di masing-masing ruang perawatan sehingga berpengaruh dengan kinerja perawat secara kualitas dan kuantitas. Berikut kutipan wawancara mendalamnya:

"...Untuk melanjutkan kuliah juga kendalanya kita kekurangan tenaga, kita di bawah memberikan ijin ... tapi dengan syarat kita tidak dikasi tenaga lagi, bagaimana caranya kita meningkatkan karir?"

"...Setiap tahun saya sudah membuat perencanaan untuk pelatihan ... tidak pernah ada realisasi ... kendalanya saya tidak tahu". "....setelah dia mendapatkan pelatihan itu dipindahkan ke bangsal lain jadi tidak sesuai dengan pelatihannya"

"Jadi pengaruh pengembangan karir dengan kinerja perawat itu tidak ... secara kualitas dan kuantitas tidak tercapai, Perawat bekerja yaaa rutinitas saja"

Hal ini juga sejalan dengan hasil wawancara pada perawat pelaksana, sebagaimana tercermin dari kutipan wawancara mendalam berikut:

"... Karena ee kalau kita tugas belajar otomatis di ruangan itu kurang tenaga, kepala ruangan jadinya tidak memberikan ijin, ...dibebankan ke kepala ruangan untuk mengatur tenaga di ruangnya"

"... Sulit untuk mengajukan ijin belajar ... karena kita kekurangan SDM ... jadinya agak sulit diberikan ijin ... trus untuk pelatihannya sangat minim sekali ... di ruangan saya samasekali tidak tersentuh pelatihan " ... jadinya kinerja perawat itu cuman menjadi rutinitas seperti biasa, merawat pasien, menyuntik, tidak ada kemajuanlah dalam kerjanya"

Temuan yang ketiga terkait pengaruh jasa pelayanan dengan kinerja perawat dimana semua kepala ruangan dan semua perawat pelaksana mengatakan bahwa jasa

pelayanan yang diterima tidak sesuai dengan harapan atau tindakan yang telah mereka lakukan kepada klien, sehingga berpengaruh dengan kinerja perawat yang mereka katakan sebagai kerja rutinitas. Berikut kutipan wawancara mendalam:

"... Kita sudah bekerja, pasien membludak, kerja banting tulang tapi kenyataannya jasanya tidak sesuai dengan kerja kita ...jasanya segitu-segitu aja kadang turun lagi, ..."

"... Jasa pelayanan menurun sehingga kinerja teman-teman di sini menurun, ... yaa kerja kita agak ngekohan bedik,... bukan menambah kinerja tapi mengurangi kinerja sehingga kinerja perawat menjadi monoton, tidak maksimal atau tidak profesional"

"... Apabila jasa pelayanannya kurang, kinerja kita semakin menurun karena motivasi dari itu tidak ada, ... kalau jasanya turun, kerjanya jadi ogah-ogahan, rutinitas aja yang bisa kita lakukan, yaa tidak maksimallah kita dalam melakukan pekerjaan"

"Tentunya jasa pelayanan berpengaruh dengan kinerja kita, tapi jasa pelayanan yang saya terima tidak sesuai dengan harapan saya ...kita bekerja lagi-lagi rutinitas"

Hasil studi dokumentasi rekam medik menunjukkan bahwa perawat belum melakukan kinerja dengan baik. Hal tersebut terlihat dari capaian yang tidak maksimal dalam 6 hal yang dievaluasi. Dalam aspek pengkajian, perawat tidak melakukan kajian sejak pasien masuk hingga pulang. Sedangkan dalam aspek diagnosis, sebagian perawat belum merumuskan diagnosis sesuai masalah dan sejalan dengan PE/KEP. Dalam hal perencanaan, tindakan, evaluasi serta asuhan keperawatan, cukup banyak item-item yang belum memenuhi standar asuhan keperawatan sebagaimana tersaji dalam Tabel 1.

Tabel 1. Hasil studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di Ruang Cempaka, Anggrek, Sakura, Sandat, Kamboja, Jempiring, RSUD Kabupaten Buleleng

Aspek yang dinilai	Ya (%)	Tidak (%)
Pengkajian		
Mendokumentasikan data sesuai pedoman	60 (100)	-
Data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual)	60 (100)	-
Data dikaji sejak klien masuk sampai pulang	-	60 (100)
Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan	60 (100)	-
Diagnosis		
Diagnosis berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	41 (68)	19 (32)
Diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES	51 (85)	9 (15)
Merumuskan diagnosis keperawatan aktual/potensial	60 (100)	-
Perencanaan		
Berdasarkan diagnosis keperawatan	56 (93)	4 (7)
Disusun menurut urutan prioritas	14 (23)	46 (77)
Rumusan tujuan mengandung komponen perubahan, perilaku, kondisi klien dan/kriteria	37 (62)	23 (38)
Rencana intervensi mengacu tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas, melibatkan klien/keluarga	23 (38)	37 (62)
Rencana intervensi menggambarkan keterlibatan klien/keluarga	4 (7)	56 (93)
Rencana intervensi menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain	59 (98)	1 (2)
Intervensi		
Intervensi dilaksanakan mengacu pada rencana asuhan keperawatan	5 (8)	55 (92)
Perawat mengobservasi respons klien terhadap intervensi keperawatan	1 (2)	59 (98)
Revisi intervensi berdasarkan hasil evaluasi	-	60 (100)
Semua intervensi yang telah dilaksanakan di dokumentasikan dengan ringkas dan jelas	3 (5)	57 (95)
Evaluasi		
Evaluasi mengacu pada tujuan	-	60 (100)
Hasil evaluasi didokumentasikan	60 (100)	-
Catatan asuhan keperawatan		
Menulis pada format yang baku	60 (100)	-
Pendokumentasian sesuai dengan intervensi yang dilaksanakan	59 (98)	1 (2)
Pendokumentasian ditulis dengan jelas, ringkas istilah yang baku dan benar	1 (2)	59 (98)
Setiap melakukan intervensi/kegiatan perawat mencantumkan paraf dan nama dengan jelas serta tanggal dan jam dilakukannya intervensi	59 (98)	1 (2)
Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	60 (100)	-

Diskusi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa supervisor tidak memberikan dorongan, bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan dan perkembangan keahlian dan kecakapan para perawat sehingga berpengaruh dengan kinerja perawat dimana hasil kerja perawat yang dapat dicapai secara kualitas dan kuantitas tidak sesuai dengan tanggungjawab yang diberikan kepadanya. Perawat yang tugas pokoknya melaksanakan asuhan keperawatan dituntut untuk meningkatkan kinerjanya, hal ini dapat ditentukan dari

kesetiaan dan komitmen yang tinggi pada pencapaian hasil pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan yang berlaku, yang juga dipengaruhi oleh adanya supervisi keperawatan terhadap kegiatan asuhan keperawatan oleh perawat di ruang rawat inap.⁸ Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lupiah,⁸ di RSUD Kefamenanu di dapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara supervisi dengan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hal ini juga sejalan dengan Teori Dua Faktor dari Herzberg yaitu faktor ekstrinsik bahwa

supervisi atau pengawasan berkualitas merupakan salah satu faktor motivasi yang mempengaruhi kinerja.⁹

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengembangan karir melalui pendidikan dan pelatihan terkendala terbatasnya sumber daya manusia sehingga mempengaruhi kinerja perawat yang tidak profesional. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yosephus,¹⁰ di Ruang Instalasi Gawat Darurat di salah satu RS di Kupang yaitu pengembangan karir perawat juga mengalami masalah peningkatan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan pelatihan perawat yang kurang diperhatikan oleh pihak manajemen. Perhatian yang kurang dari pihak RS terhadap upaya pengembangan karir perawat dalam rangka peningkatan mutu pelayanan juga menjadikan perawat enggan untuk meningkatkan kinerjanya dan cenderung melakukan aktivitas yang rutin saja. Pendidikan dan pelatihan membantu perawat dalam mengembangkan berbagai ketrampilan tertentu untuk keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien saat ini dan mengembangkan pekerjaannya di masa mendatang sehingga akan meningkatkan kinerjanya.¹⁰

Penelitian juga menunjukkan bahwa jasa pelayanan yang diterima tidak sesuai dengan harapan perawat sehingga berpengaruh terhadap kinerja perawat yang menurun. Sistem pemberian jasa pelayanan yang dipergunakan RS dalam memberikan imbalan dapat mempengaruhi motivasi kerja perawat. Kesalahan dalam menerapkan sistem pemberian jasa pelayanan akan berakibat timbulnya demotivasi dan hal tersebut dapat menyebabkan turunnya kinerja serta akan berdampak pada menurunnya kinerja RS.²

Studi dokumentasi pada aspek pengkajian, menunjukkan kajian hanya

dilakukan pada awal masuk rumah sakit dan tidak pernah melakukan pengkajian lanjutan sampai klien pulang. Akibatnya, diagnosis keperawatan pada saat klien dirawat sampai pulang tetap sama atau apabila ada masalah keperawatan baru, maka tidak ada diagnosis keperawatan baru yang didokumentasikan. Pengumpulan data seharusnya dimulai sejak klien masuk RS (*initial assessment*), selama klien dirawat (*ongoing assessment*), serta pengkajian ulang (*re-assessment*).¹² Diagnosis keperawatan tidak sesuai dengan rumusan masalah saat pengkajian awal. Contohnya, dalam pengkajian disebutkan masalah gangguan sistem respirasi, tetapi diagnosis keperawatannya gangguan rasa nyaman. Selain itu, pendokumentasian diagnosis keperawatan tidak sesuai dengan penerapan standar asuhan keperawatan, sehingga perawat akan mengalami kesulitan menentukan intervensi keperawatan klien.¹² Perencanaan intervensi keperawatan yang tidak sesuai dengan standar asuhan keperawatan dapat menimbulkan hambatan proses evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan.¹¹ Dokumentasi implementasi keperawatan yang tidak sesuai dengan penerapan standar mencerminkan kurangnya ketrampilan intelektual, interpersonal dan teknis yang diperlukan untuk implementasi rencana keperawatan.

Evaluasi keperawatan yang didokumentasikan perawat berdasarkan rutinitas tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien sehingga tidak mengacu pada standar dan berpotensi menyebabkan tujuan dari evaluasi tersebut tidak tercapai.¹² Kegagalan membuat catatan yang benar dapat dianggap kelalaian dan menjadi dasar liabilitas yang merugikan. Pengkajian dan dokumentasi yang tidak memadai atau tidak akurat dapat menghalangi diagnosis dan terapi yang tepat dan mengakibatkan cedera pada klien.¹²

Audit dokumentasi adalah cara untuk mengetahui tingkat keberhasilan asuhan keperawatan, menggunakan metode dan instrumen penilaian yang baku dengan membandingkan pendokumentasian yang ditemukan dalam rekam medis klien dengan standar. Melalui studi ini, kinerja perawat terlihat sebagai hasil kerja yang bersifat rutinitas tanpa adanya penerapan standar yang baku serta tanpa adanya monitoring dan evaluasi.

Simpulan

Supervisi keperawatan oleh kepala ruangan terkait dengan kinerja perawat hanya bersifat rutinitas, pengembangan karir terkait dengan kinerja perawat yang kurang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, jasa pelayanan yang tidak sesuai harapan terkait dengan kinerja perawat yang menurun. Dokumentasi asuhan keperawatan tidak sesuai dengan pedoman penerapan standar asuhan keperawatan di RS terkait dengan kinerja perawat.

Ucapan terima kasih

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Direktur RSUD Kabupaten Buleleng yang telah memberikan ijin penelitian, serta semua rekan yang telah membantu terselesainya pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. RSUD Kab.Buleleng. Laporan Tahunan Tahun 2011. Buleleng; 2012.
2. Wibowo. Manajemen Kinerja. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2012.
3. Winardi J. Motivasi dan Pemotivasian dalam Manajemen. Jakarta: PT Raja Grafindo; 2012.
4. Suarli S, Bahtiar Y. Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis. Jakarta: Penerbit Erlangga; 2012.
5. Sinambela LP. Kinerja Pegawai: Teori Pengukuran dan Implikasi. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2012.
6. Moleong LJ. Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2007.
7. Nahrishah P. Evaluasi Pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Tahun 2008 [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2008.
8. Lupiah L. Hubungan Faktor-Faktor Motivasi dengan Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kefamenanu Kabupaten TTU [skripsi]. Kupang: Universitas Cendana; 2009.
9. Ilyas Y. Kinerja: Teori, Penilaian dan Penelitian. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI; 2002.
10. Yosephus A. Motivasi Kerja dan Pengembangan Karir Perawat Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2011.
11. Nursalam. Proses dan Dokumentasi Keperawatan-Konsep dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
12. Dermawan D. Proses Keperawatan: Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2012.
13. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D. Bandung: Alfabeta; 2012.

Pengetahuan Kader dan Perilaku Asupan Nutrisi Berhubungan dengan Perubahan Status Gizi Balita, Pustaka Kawangu, Sumba Timur

Maria Kareri Hara,^{1,4} K. Tresna Adhi,³ Alex Pangkahila²

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana, ²Program Magister Fisiologi Olahraga Universitas Udayana, ³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana,

⁴Program Studi Keperawatan Waingapu

Korespondensi penulis: mariakareri@yahoo.com

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) dilakukan untuk perbaikan status gizi kurang anak balita. Tahun 2012 di Kabupaten Sumba Timur Nusa Tenggara Timur (NTT) terdapat 21% balita gizi kurang dan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu tercatat 3,4% balita gizi kurang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan motivasi kader posyandu terhadap perilaku asupan dan perubahan status balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Kawangu, Kecamatan Pandawai, Kabupaten Sumba Timur.

Metode: Desain penelitian *cross-sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 80 balita dan kader yang memenuhi kriteria inklusi, serta Ibu balita sebagai responden. Pengetahuan dan motivasi diperoleh dari wawancara dengan kader sedangkan perilaku asupan melalui wawancara dengan ibu balita. Perubahan status gizi balita diukur dengan antropometri setelah pemberian PMT-P dan dibandingkan dengan data sebelum pemberian PMT-P di puskesmas. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi-square*.

Hasil: Sebagian besar kader berumur 26-35 tahun (41,2%), berpendidikan SD (56,2%), petani (91,2%), menjadi kader >2 tahun (53,8%), sudah mengikuti pelatihan (72,5%) dan lama mendampingi balita gizi kurang <45 hari (91,2%). Mayoritas kader berpengetahuan baik (55,0%) dan memiliki motivasi tinggi (86,2%). Perilaku asupan balita cukup (53,8%) dan peningkatan status gizi ke kategori baik (63,8%). Ada hubungan pengetahuan kader dengan perilaku asupan ($p=0,016$) dan tidak ada hubungan motivasi kader dengan perilaku asupan ($p=0,500$). Perilaku asupan terbukti berhubungan dengan perubahan status gizi balita gizi kurang ($p=0,032$).

Simpulan: Pengetahuan kader posyandu meningkatkan perilaku asupan balita dan meningkatkan status gizi anak balita gizi kurang.

Kata kunci: pengetahuan, perilaku asupan, status gizi, kader

Association between Cadre Knowledge, Feeding Behaviours and Daily Intake with Changes in Nutritional Status of Undernourished Children in Kawangu Health Centre, East Sumba

Maria Kareri Hara,^{1,4} K. Tresna Adhi,³ Alex Pangkahila²

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Sport Physiology Postgraduate Program, Udayana University, ³Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ⁴School of Nursing of Waingapu
Corresponding author: mariakareri@yahoo.com

Abstract

Background and purpose: In 2012, in Eastern Sumba 21% of children under 5 were malnourished; at the Kawangu Health Centre (KHC) it was reported that 3.4% of children were underweight. This study was aimed to investigate relationships between cadre knowledge, motivation and behavior of child carers with the nutritional status changes of children from KHC.

Methods: A cross-sectional study with 80 samples was conducted. Variables were cadre knowledge, motivation, feeding behaviors and change in nutritional status. Data on cadre knowledge and motivation was collected through a self-administered questionnaire and through interviews conducted with child carers. Anthropometric measurements were taken to assess changes in nutritional status of children. Analysis used univariate and bivariate chi-squared test.

Results: Results indicated respondents were aged 26-35 (41.2%), had elementary school education (56.2%), were farmers (91.2%), had experience as cadres for 2 years (53.8%), were trained (72.5%) and had been involved with the program less than <45 days (91.2%). About 55.0% of respondents indicated a high level of knowledge and were highly motivated (86.2%). Carers indicated a fair behaviour change (51.2%), although there was an increase in improvement in nutritional status (63.8%). There was relationship between cadre knowledge and changes in feeding behaviours ($p=0.016$), but not with cadre motivation ($p=0.500$). There was an association between feeding behavior ($p=0.032$) with changes in nutritional status.

Conclusion: The good levels of cadre knowledge and high quality feeding practices impacted positively upon improvements in child nutritional status.

Keywords: cadre knowledge, daily nutritional intake, children under five, East Sumba

Pendahuluan

Status gizi kurang (kurus) adalah keadaan berat badan menurut tinggi badan (TB/BB) pada anak balita berada dibawah -2SD berdasarkan hasil pengukuran antropometri yang menggambarkan status gizi sekarang.¹ Keadaan ini sebagai dampak dari kurangnya asupan zat gizi dari makanan.² Di Indonesia angka gizi kurang sudah mengalami perbaikan yaitu menurun dari 24,5% menjadi 18,4% pada tahun 2007 dan tahun 2010 turun menjadi 17,9%.³ Namun masalah gizi kurang masih merupakan masalah pokok di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), karena belum menunjukkan penurunan yang signifikan. Prevalensi gizi buruk tahun 2007 sebesar 9,4% dan tahun 2010 sebesar 9,0%; prevalensi gizi kurang tahun 2007 sebesar 24,2% dan tahun 2010 sebesar 20,4%.⁴

Wilayah kerja Puskesmas Kawangu berada di Kecamatan Pandawai Kabupaten Sumba Timur. Puskesmas Kawangu merupakan penyumbang terbesar kejadian gizi kurang dan gizi buruk. Data Puskesmas Kawangu menunjukkan adanya peningkatan prevalensi setiap tahunnya. Pada tahun 2010, 2011, dan Juli 2012, prevalensi balita gizi buruk dijumpai sebanyak 3,7%; 4,8% dan 4,9%; sedangkan gizi kurang berturut-turut sebesar 4,9%; 4,1% dan 3,4%.⁵

Salah satu bentuk intervensi pemerintah dalam mengatasi gizi kurang adalah pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) yang dilaksanakan oleh Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). Intervensi untuk anak gizi kurang selama 45 hari, berupa beras, telur, kacang merah dan susu skim.⁶ Pelaksanaan PMT-P melibatkan kader posyandu untuk masak bersama dan disertai dengan pemberian penyuluhan kepada ibu balita gizi kurang saat masak bersama.⁷ Dampak dari PMT-P yang tidak efektif dapat

meningkatkan angka kejadian gizi kurang pada balita dan bahkan yang paling ditakutkan adalah meningkatnya angka status gizi buruk akibat penanganan yang kurang baik pada balita gizi kurang. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan motivasi kader serta perilaku asupan dengan perubahan status gizi balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Kawangu Kecamatan Pandawai Kabupaten Sumba Timur.

Metode

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* analitik, menghubungkan antara pengetahuan dan motivasi kader terhadap perilaku asupan nutrisi balita serta kaitannya dengan perubahan status gizi balita. Penelitian dilaksanakan pada Bulan Februari-April 2013. Sampel penelitian adalah anak balita gizi kurang yang menerima makanan tambahan di posyandu dan kader posyandu yang memberikan intervensi. Responden dalam penelitian ini adalah ibu atau pengasuh balita gizi kurang yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kawangu dan tercatat dalam laporan puskesmas. Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan motivasi kader posyandu, perilaku asupan serta perubahan status gizi kurang.

Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner, wawancara dan pengukuran. Kuesioner diisi oleh kader untuk mendapatkan gambaran pengetahuan dan motivasi kader posyandu. Data perilaku asupan balita gizi kurang diperoleh dari wawancara dengan ibu atau pengasuh balita. Pengukuran berat badan dilakukan pada balita gizi kurang yang sudah menerima PMT-P dengan menggunakan timbangan gantung (dacin) 20 kg, mikrotoa untuk mengukur tinggi badan anak umur >2

tahun, papan pengukur panjang badan untuk mengukur panjang badan anak ≤ 2 tahun dengan tingkat ketelitian 0,1 cm. Penilaian *Z-score* panjang badan dan tinggi badan dihitung dengan *software* WHO 2005. Status gizi awal anak balita sebelum mendapat PMT-P diperoleh dari data sekunder yang ada di puskesmas dan posyandu. Untuk mengukur perubahan status gizi balita, dihitung status gizi setelah diberikan PMT-P dikurangi status gizi awal, sehingga pengukuran hanya dilakukan satu kali yaitu pada akhir intervensi PMT-P.

Pengetahuan kader posyandu adalah pemahaman tentang gizi balita dan PMT-P pada balita gizi kurang yang diukur menggunakan 20 pertanyaan. Pengetahuan dikategorikan baik jika skor antara 31-60 dan pengetahuan kurang bila skor < 31 . Motivasi kader adalah keinginan internal kader dan dukungan dari luar yaitu pemerintah desa dan petugas kesehatan untuk memberikan informasi gizi kepada keluarga balita gizi kurang supaya berperilaku makan yang baik. Pengukuran motivasi menggunakan 20 pertanyaan, dan dikatakan motivasi tinggi bila skor 31-60 dan motivasi rendah bila skor < 31 .

Perilaku asupan adalah jumlah kalori rata-rata yang diterima anak dari makanan dengan menggunakan SQ-FFQ yang dihitung dengan menggunakan daftar konsumsi bahan makanan (DKBM) dan hasilnya dibandingkan dengan AKG 2004. Asupan dikatakan cukup bila konsumsi energi $> 80\%$ AKG, dan kurang bila konsumsi energi $\leq 80\%$ AKG.⁸ Pengukuran status gizi balita dilakukan dengan mengukur berat badan, tinggi badan (BB/TB) dan dikategorikan gizi baik bila berada pada rentang $-2SD$ s/d $+2SD$, gizi kurang serta buruk (burkur) bila $> -2SD$. Perubahan status gizi balita diketahui dari hasil pengurangan status gizi saat penelitian dengan status gizi awal.

Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisa univariat dilakukan untuk mendeskripsikan pengetahuan dan motivasi kader posyandu, perilaku asupan balita dan perubahan status gizi kurang pada balita. Analisis bivariat dengan uji *chi-square* dilakukan untuk melihat hubungan pengetahuan dan motivasi kader posyandu dengan perilaku asupan balita dan hubungan perilaku asupan balita dengan perubahan status gizi kurang pada balita.

Penelitian ini telah mendapatkan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Karakteristik sampel dan responden dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 1, terdiri dari karakteristik sampel penelitian (kader posyandu dan balita gizi kurang) dan responden (ibu atau pengasuh balita gizi kurang). Pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa lebih banyak kader posyandu yang berjenis kelamin perempuan, dengan rentang usia antara 26-35 tahun, berpendidikan SD, bekerja sebagai petani dan lama menjadi kader posyandu > 2 tahun. Kader lebih banyak yang sudah mengikuti pelatihan, dengan durasi pendampingan balita yang mendapat PMT-P < 45 hari. Balita sebagian besar laki-laki dan berumur 25-59 bulan. Ibu balita sebagian besar petani, mayoritas berumur antara 26-35 tahun dengan pendidikan terbanyak adalah tamat SD.

Hasil analisis pada Tabel 2 menunjukkan lebih banyak kader posyandu dengan pengetahuan gizi baik dibandingkan pengetahuan gizi kurang. Kader yang memiliki motivasi tinggi lebih banyak dari kader yang memiliki motivasi rendah.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik sampel dan responden

Karakteristik sampel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Karakteristik kader posyandu		
Jenis kelamin		
Laki – laki	14	17,5
Perempuan	66	82,5
Kelompok umur (tahun)		
15-25	4	5,0
26-35	33	41,2
36-45	29	36,2
46-56	14	17,5
Pendidikan		
SD	45	56,2
SMP	21	26,2
SMA	12	15,0
D3/PT	2	2,5
Pekerjaan		
Petani	73	91,2
Guru honor	5	6,2
Pedagang	1	1,2
Tidak bekerja	1	1,2
Karakteristik balita gizi kurang		
Jenis kelamin anak balita		
Perempuan	39	48,75
Laki-laki	41	51,25
Kelompok umur anak balita		
12–24 bulan	38	47,5
25–59 bulan	42	52,5
Karakteristik responden		
Kelompok umur responden (tahun)		
15-25	7	8,8
26-35	52	65,0
36-45	20	25,0
46	1	1,2
Pendidikan responden		
SD	60	75,0
SMP	17	21,2
SMA	3	3,8
Jumlah	80	100,0

Tabel 2. Karakteristik pengetahuan kader, motivasi kader, perilaku asupan nutrisi balita serta perubahan status gizi balita

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tingkat pengetahuan		
Kurang	36	45,0
Baik	44	55,0
Motivasi		
Rendah	11	13,8
Tinggi	69	86,2
Perilaku asupan		
Kurang ($\leq 80\%$ AKG)	37	46,2
Cukup ($> 80\%$ AKG)	43	53,8
Perubahan status gizi		
Gizi kurang dan buruk (burkur)	29	36,2
Gizi baik	51	63,8
Jumlah	80	100,0

Perilaku asupan anak balita gizi kurang lebih banyak yang mencapai perilaku cukup >80% AKG dibandingkan dengan yang memiliki perilaku asupan kurang. Perubahan status gizi lebih banyak pada balita dengan status gizi kurang, naik menjadi status gizi baik dibandingkan dengan yang tetap dan atau turun (gizi kurang dan gizi buruk). Berdasarkan data sekunder rata-rata status gizi awal anak balita sebelum PMT-P sebesar $-2,43 \pm 0,27$. Hasil pengukuran saat penelitian terjadi perubahan rata-rata menjadi sebesar $-1,91 \pm 0,59$.

Tabel 3 menunjukkan hubungan tingkat pengetahuan, motivasi dan perilaku asupan gizi balita. Pada Tabel 3 terlihat ada hubungan bermakna antara pengetahuan kader posyandu dengan perilaku asupan balita gizi kurang ($p=0,016$). Sedangkan variabel motivasi kader posyandu tidak ditemukan terbukti berhubungan dengan perilaku asupan balita gizi kurang ($p=0,479$). Pada Tabel 4 dapat dilihat bahwa terdapat hubungan bermakna antara perilaku asupan dengan perubahan status gizi pada balita gizi kurang ($p=0,032$).

Tabel 3. Pengetahuan dan motivasi kader posyandu dengan perilaku asupan balita di wilayah kerja Puskesmas Kawangu

	Perilaku asupan				RP	Nilai p
	≤80% AKG		>80% AKG			
	f	%	f	%		
Pengetahuan						
Kurang	22	61,1	14	38,9	5,875	0,016
Baik	15	34,1	29	65,9		
Motivasi						
Rendah	4	36,4	7	63,6	0,509	0,479
Tinggi	33	47,8	36	52,2		

Tabel 4. Perilaku asupan balita dengan perubahan status gizi kurang pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kawangu

Perilaku asupan	Status gizi				Rasio prevalen (RP)	Nilai p
	Kurang		Baik			
	f	%	f	%		
≤80% AKG	18	48,6	19	51,4	4,607	0,032
>80% AKG	11	25,6	32	74,4		

Diskusi

Perubahan perilaku terjadi diawali melalui pengalaman dan lingkungan seseorang, kemudian dipersepsikan dan diketahui. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Untuk mencapai perubahan pengetahuan, diperlukan metode pelatihan yang tepat karena pengetahuan

merupakan faktor paling dominan yang dapat mempengaruhi tindakan seseorang.¹⁰ Pengetahuan kader merupakan faktor pendukung dalam perubahan perilaku asupan balita. Pengetahuan gizi kader yang baik akan mampu memberikan penjelasan kepada orang tua balita yang menderita gizi kurang secara benar sehingga dapat diikuti oleh perilaku asupan yang cukup pada anak

balita gizi kurang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa balita yang mendapatkan PMT-P oleh kader yang berpengetahuan baik berpeluang 5,9 kali untuk berperilaku asupan yang cukup dibandingkan balita yang didampingi oleh kader yang memiliki pengetahuan gizi kurang. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Sri Dara Ayu tahun 2008¹⁰ menunjukkan bahwa ada perubahan skor pengetahuan gizi ibu antara keadaan awal dan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$). Hasil ini membuktikan bahwa pengetahuan gizi kader posyandu yang baik mampu memberikan penyuluhan gizi yang baik kepada keluarga balita. Program pendampingan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan pola asuh ibu balita, khususnya pada perilaku asupan.

Motivasi sebagai suatu perubahan yang ditandai oleh dorongan efektif dan reaksi-reaksi pencapaian tujuan.⁹ Aspek paling penting dalam bekerja adalah motivasi dan kemampuan kerja, sumber daya dan kondisi-kondisi dimana seseorang bekerja¹¹ namun dalam penelitian ini tidak terbukti ada hubungan antara motivasi kader posyandu dengan perilaku asupan balita ($p=0,814$). Hasil penelitian pada 30 orang responden oleh Nugroho tahun 2008¹² tentang hubungan motivasi kader posyandu dengan tingkat keaktifan dalam pelaksanaan pasyandu menunjukkan hubungan kuat yang bermakna ($r=0,858$; $p=0,001$). Namun, dalam penelitian ini motivasi tinggi dari kader posyandu tidak diikuti dengan perilaku asupan yang baik dari balita gizi kurang. Hal ini kemungkinan disebabkan karena motivasi kader yang tinggi tidak didukung dengan kemampuan kerja seperti kemampuan menyampaikan informasi gizi kepada keluarga balita gizi kurang, sehingga perlu pembekalan pengetahuan dan keterampilan

penyuluhan kader melalui pelatihan yang lebih memadai.

Perilaku asupan adalah pola asuh makan untuk pemenuhan asupan gizi anak.¹³ Tujuan memberi makan kepada anak adalah untuk memenuhi kebutuhan zat gizi untuk kelangsungan hidup, perkembangan, pemulihan kesehatan, pertumbuhan dan aktivitas.¹⁴ Dalam penelitian ini terbukti ada hubungan bermakna antara perilaku asupan balita dengan perubahan status gizi balita gizi kurang ($p=0,032$). Penelitian ini diperkuat oleh penelitian terdahulu¹⁵ bahwa pola asuh makan dan kesehatan yang diberikan para wanita pemetik teh di Kebun Malabar berhubungan positif dan signifikan dengan status gizi anak balita. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pola asuh makan dan kesehatan maka semakin baik pula status gizi anak balita. Hasil penelitian kualitatif terkait analisis pola asuh ibu terhadap balita kurang energi protein (KEP) yang mendapat PMT dari puskesmas tahun 2010¹⁶ menemukan bahwa sebagian informan yang balitanya tidak mengalami peningkatan status gizi, selalu memberikan makanan dengan porsi dan frekuensi yang kurang mencukupi kebutuhan balita yaitu rata-rata 10 gram nasi dengan frekuensi 2-3 kali sehari. Sebagian informan lainnya selalu membiarkan balitanya mengkonsumsi makanan ringan yang bergizi rendah, dengan frekuensi 2-4 kali sehari serta jarang memberikan PMT yang diberikan dari puskesmas (susu dan biskuit) yang sebagian besar dikonsumsi oleh anggota keluarga lain.

Dalam penelitian ini ditemukan hal yang sama yaitu anak balita masih mendapatkan makanan dengan porsi dan frekuensi yang kurang. Rata-rata frekuensi konsumsi energi perhari sebanyak 811 Kkal, sedangkan jumlah energi dan protein yang dianjurkan untuk orang Indonesia per hari

berdasarkan AKG tahun 2004⁸ adalah 1000-1550 Kkal. Jenis makanan yang paling banyak dikonsumsi sebagai sumber energi adalah nasi yang berasal dari padi dengan rata-rata frekuensi per hari adalah 3 kali makan. Untuk frekuensi jenis makanan yang mengandung protein paling banyak dikonsumsi adalah ikan basah yaitu 2 kali konsumsi dalam satu minggu. Untuk meningkatkan status gizi perlu didukung oleh ketersediaan pangan yang cukup pada keluarga anak balita.

Mengingat bahwa di Sumba Timur umumnya dan di daerah penelitian khususnya memiliki curah hujan yang pendek dan tidak merata, kepada masyarakat perlu ditanamkan kebiasaan memelihara produk pertanian yang tahan terhadap panas atau kekeringan, seperti bahan pangan lokal yang berasal dari berbagai jenis ubi-ubian, pisang, sukun dan lain-lain. Bahan makanan ini dapat dipergunakan sebagai penukar nasi yang merupakan sumber karbohidrat, sehingga kebutuhan energi dapat terpenuhi sesuai anjuran angka kecukupan gizi terutama dipergunakan pada musim paceklik. Perilaku asupan juga akan semakin baik bila ditunjang dengan pengetahuan ibu balita yang cukup tentang bagaimana mengolah pangan lokal agar menjadi makanan yang bergizi dan bervariasi. Dengan beraneka ragam makanan akan memenuhi kebutuhan gizi dalam mempertahankan kesegaran tubuh dan meningkatkan kesehatan.¹⁴ Selain meningkatkan pengetahuan perilaku asupan orang tua balita, pola asuh kesehatan juga penting untuk diperhatikan. Walaupun perilaku asupan baik tetapi kalau anak tidak sehat atau sering mengalami sakit akan menyebabkan penurunan status gizi. Kesehatan dan status gizi anak tergantung pada pola asuh yang tepat, perilaku makan dan ketahanan pangan yang memadai.

Ketiga faktor ini memiliki hubungan yang kuat dengan status gizi balita.¹⁷

Simpulan

Pengetahuan kader yang baik memiliki peluang 3 kali untuk meningkatkan perilaku asupan balita gizi kurang menjadi perilaku asupan yang cukup dibandingkan dengan balita yang didampingi oleh kader yang memiliki pengetahuan kurang. Perilaku asupan yang cukup memiliki peluang 2,7 kali peningkatan status gizi kurang menjadi status gizi baik dibandingkan balita yang memiliki perilaku asupan yang kurang.

Ucapan terima kasih

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada kepala Puskesmas Kawangu dan staf, Kepala Kesbangpol Kabupaten Sumba Timur serta semua pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Sedyaningsih ER. Kepmenkes RI Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Bina Gizi; 2011.
2. Soediaoetama D. Ilmu Gizi Jilid II. Jakarta: Dian Rakyat; 2006.
3. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2010.
4. Dinas Kesehatan Propinsi NTT. Profil Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT); 2010.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur. Profil Kesehatan Kabupaten Sumba Timur NTT; 2010.
6. PNPM-GSC Pandawai. Surat Perjanjian Pemberian Bantuan dan Rencana Anggaran Biaya. PNPM-GSC; 2012.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur. Juknis Program Perbaikan gizi masyarakat Sumba Timur. Dinkes Sumba Timur; 2012.
8. Kemenkes. Angka kecukupan Gizi 2004. Jakarta; 2012.
9. Notoatmodjo. Promosi Kesehatan (Teori dan Aplikasi). Jakarta: Reneka Cipta; 2010.
10. Sri Dara Ayu. Pengaruh Program Pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita kurang energi protein. Universitas Semarang; 2008.

11. Winardi. Motivasi & Pemotivasian Dalam Manajemen. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2011.
12. Nugroho A. Hubungan antara Pengetahuan dan Motivasi Kader Posyandu dengan Keaktifan Kader Posyandu di Desa Dukuh Tengah, Brebes. *Jurnal Keperawatan* 2008; 2(1): 1-8.
13. Adriani. M. dan Bambang W. Pengantar Gizi Masyarakat. Jakarta: Kencana Prenada Media Group; 2012.
14. Suhardjo. Perencanaan Pangan dan Gizi. Jakarta: Bumi Aksara; 2003.
15. Cica Yulia. Pola Asuh Makan Dan kesehatan Anak Balita pada keluarga Wanita Pemetik the di PTPN VIII Pangalengan Institut Pertanian Bogor; 2008.
16. Veriyal. Analisis Pola Asuh Gizi Ibu terhadap Balita KEP yang mendapat PMT-P di Puskesmas Pagedangan, Kabupaten Tangerang (tesis). Universitas Islam Negeri Hidayatullah Jakarta; 2010.
17. Bloos E., Wainaina F., & Bailey RC. Prevalence and Predictors Of Underweight, Stunting, and Wasting Among Children Aged 5 and Under in Western Kenya. *Journal of Tropical Pediatrics* 2008; 50(5): 70-260.

Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Pemakaian Alat Kontrasepsi pada PUS di Puskesmas Comoro Dili Timor Leste

Marilia Juvi Gonçalves,^{1,3} N.L.P. Suariyani,^{1,2} N.T. Suryadhi^{1,2}

¹Program Magister Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Da Paz
Korespondensi penulis: marilia.nylsya@gmail.com

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Laju pertumbuhan penduduk Timor Leste cukup cepat yaitu 2,4% per tahun. Studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Comoro tahun 2013 didapatkan bahwa persentase pemakaian alat kontrasepsi pada pasangan usia subur (PUS) masih rendah yaitu 37,3%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan pemakaian alat kontrasepsi pada pasangan usia subur (PUS).

Metode: Desain penelitian adalah *cross-sectional* analitik dengan sampel 83 PUS, diambil dengan metode acak sistematis dari populasi 1638 PUS. Variabel terikat adalah pemakaian alat kontrasepsi sedangkan variabel bebas adalah pengetahuan dan sikap. Data dikumpulkan melalui kuesioner *self-administered*, namun bagi responden yang buta huruf peneliti membantu pengisian kuesioner. Analisis dilakukan secara univariat dan analisis bivariat dengan uji *chi-square* tingkat kemaknaan 95%.

Hasil: Sebagian besar ibu berumur 25-34 tahun (49,4%) berpendidikan SLTA (44,6%), bekerja sebagai ibu rumah tangga (74,7%), berpengetahuan baik dalam hal keluarga berencana (39,8%) dan memiliki sikap setuju (45,8%).

Simpulan: Pengetahuan dan sikap ibu terhadap KB berhubungan dengan penggunaan KB di Puskesmas Comoro, Kabupaten Dili, Timor Leste.

Kata kunci: pengetahuan, sikap pemakaian kontrasepsi, Puskesmas Comoro

Relationship between Knowledge and Attitudes with Contraceptive Use among Women of Childbearing Age at the Comoro Health Centre, Dili, Timor Leste

Marilia Juvi Gonçalves,^{1,3} N.L.P. Suariyani,^{1,2} N.T. Suryadhi^{1,2}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ³Faculty of Public Health Da Paz University
Corresponding author: marilia.nylsya@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Timor-Leste's population growth rate increased by 2.4%. Data in 2013 showed the contraceptive use among women of childbearing is only 37.3%. This study was aimed to determine the relationship between knowledge and attitudes with contraceptive use.

Methods: A cross-sectional was conducted with 83 female respondents. The dependent variable was contraceptive use. Knowledge concerning contraceptive use and attitudes were the independent variables. Data were collected through a self-administered questionnaire, however, for illiterate respondents, researcher assisted with questionnaire completion. Data analysis was conducted in stages: univariate and bivariate (chi-squared test).

Results: The majority of respondents 41 (49.4%) were aged 25-34 years, 37 (44.6%) respondents obtained high school education, and 62 (74.7%), good knowledge regarding family planning (39.8%) had positive attitude (45,8%). Results indicate that there was a significant relationship between maternal knowledge ($p=0.006$) and attitude ($p=0.017$) with contraceptives use among women of childbearing age.

Conclusion: Level of knowledge and attitude are correlated to contraceptive use among women at Comoro Health Centre, Dili District, Timor Leste.

Keywords: knowledge, attitudes, contraceptive use, Comoro Health Centre

Pendahuluan

Laju pertumbuhan penduduk di Timor Leste terus meningkat setiap tahunnya. Survei Demografi Timor Leste (SDTL) menunjukkan jumlah penduduk Timor Leste pada tahun 2010 mencapai 1.066.558 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 2,4%.¹ Jumlah penduduk tiap dasawarsa selalu mengalami peningkatan. Kenaikan jumlah penduduk berdampak pada permasalahan ketahanan pangan, pemenuhan kebutuhan energi, pengendalian lingkungan hidup dan rendahnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Timor Leste.¹

Program keluarga berencana (KB) adalah salah satu upaya pemerintah untuk mengendalikan peningkatan pertumbuhan penduduk. Tujuan program KB adalah: mengatur kehamilan, kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak, serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas.^{1,2}

Pelayanan kontrasepsi adalah salah satu jenis pelayanan program KB selain komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Saat ini diperkirakan *contraceptive prevalence rate* (CPR) atau angka penggunaan kontrasepsi di Timor Leste hanya mencapai 26,1%. Jenis kontrasepsi yang digunakan antara lain suntik (1,1%), pil (12,1%), IUD (6,7%), implant (20,6%), metode senggama terputus (1,5%), kondom (9,2%), *progestine only pill*/POP (60,7%) dan *combined oral contraceptive pills*/COP (70%).¹

Jumlah pasangan usia subur (PUS) di Timor Leste pada tahun 2013 yang aktif dalam pemakaian alat kontrasepsi sebesar 252.440 jiwa yang tersebar di 13 kabupaten di antaranya Kabupaten Manufahi yang

paling tinggi dalam pemakaian alat kontrasepsi yaitu sebesar 70,7% , Dili 12,4% dan yang paling rendah yaitu 12,3% Kabupaten Lautem.¹ Di Kabupaten Dili terdapat 6 puskesmas dimana Puskesmas Comoro mempunyai cakupan pemakaian alat kontrasepsi paling rendah yaitu sebanyak 1.638 orang (8,1%) pada wanita PUS dibandingkan dengan puskesmas lainnya.¹

Pengetahuan akseptor KB tentang pemakaian alat kontrasepsi memegang peranan penting dalam menentukan sikap dalam pemilihan kontrasepsi. Akseptor KB harus mengenal dan memahami tentang pengertian, jenis kontrasepsi, keuntungan, cara pemakaian, efek samping dan kontraindikasi dalam pemakaian alat kontrasepsi. Pengetahuan dan sikap merupakan domain penting untuk pembentukan tindakan atau perilaku. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan sikap positif akan berlangsung langgeng.^{2,3} Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan pemakaian alat kontrasepsi pada wanita PUS di wilayah kerja Puskesmas Comoro Dili Timor Leste.

Metode

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik *cross-sectional*. Data dikumpulkan selama 3 bulan di wilayah kerja Puskesmas Comoro Dili Timor Leste. Populasi penelitian adalah sebanyak 1.638 wanita PUS. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 83 wanita PUS yang memenuhi kriteria inklusi yaitu bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Comoro Dili Timor Leste dan sudah menjadi akseptor. Sampel diambil secara acak sistematis.

Variabel bebas adalah pengetahuan dan sikap, sedangkan variabel tergantungan adalah pemakaian alat kontrasepsi. Pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada sampel penelitian yang diisi sendiri oleh responden. Responden yang tidak bisa menulis dibantu oleh peneliti dengan melakukan wawancara langsung berpedoman pada kuesioner yang telah disiapkan.

Variabel pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan. Dengan alternatif jawaban 'ya' diberi nilai 2 dan jawaban 'tidak' diberi nilai 1, kemudian dijumlahkan. Pengetahuan dikategorikan menjadi dua yaitu pengetahuan baik jika nilai responden pada rentang 11-20, pengetahuan kurang bila nilai responden ≤ 10 .

Sikap terdiri dari 8 item pertanyaan dengan alternatif jawaban 'setuju' diberi nilai 2 dan jawaban 'tidak setuju' diberi nilai 1, kemudian dijumlahkan. Sikap dikategorikan menjadi dua yaitu sikap setuju jika nilai responden pada rentang 9-16, sikap tidak setuju bila nilai ≤ 9 . Pemakaian alat kontrasepsi dikategorikan menjadi dua yaitu memakai dan tidak memakai. Pengisian kuesioner dan wawancara dilakukan di Puskesmas Comoro Dili Timor Leste.

Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk mendiskripsikan pengetahuan dan sikap dengan pemakaian alat kontrasepsi. Sedangkan analisis bivariat (uji *chi-square*) untuk melihat hubungan antara variabel terikat yaitu pemakaian alat kontrasepsi dengan variabel bebas yaitu pengetahuan dan sikap.

Penelitian ini memperoleh kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Karakteristik responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Comoro Dili Timor Leste tahun 2013 disajikan pada Tabel 1. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar responden berumur 25-34 tahun dan paling sedikit berumur 45-54 tahun dengan pendidikan terakhir terbanyak adalah SLTA dan paling sedikit berpendidikan tidak tamat SD. Sebagian besar responden bekerja sebagai ibu rumah tangga dan paling sedikit bekerja sebagai petani.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Comoro Dili Timor Leste tahun 2013

Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur		
15-24	33	39,8
25-34	41	49,8
35-44	7	8,4
45-54	2	2,4
Pendidikan		
Tidak tamat SD	9	10,8
SD	10	12,0
SLTP	14	16,9
SLTA	37	44,6
PT/D1/S2	13	15,7
Pekerjaan		
Ibu rumah tangga	62	74,7
Petani	4	4,8
PNS/TNI/Polri	11	13,3
Wiraswasta	6	7,2

Tabel 2. Persentase pengetahuan dan sikap terhadap pemakaian alat kontrasepsi pada PUS di wilayah Puskesmas Comoro Dili Timor Leste tahun 2013

Pertanyaan	Pengetahuan	
	Benar (%)	Salah (%)
Kepanjangan KB	73 (88,0)	10 (12,0)
Tujuan KB	41 (49,4)	42 (50,6)
Efek samping dari penggunaan KB	53 (63,9)	30 (36,1)
Cara kerja dari alat kontrasepsi kondom	67 (80,7)	16 (19,3)
Usia mengikuti program KB	25 (30,1)	58 (69,9)
Manfaat KB	63 (75,9)	20 (24,1)
Semboyan KB	50 (60,2)	33 (39,8)
Program KB hanya seputar penggunaan alat kontrasepsi	24 (28,9)	59 (71,1)
Mengikuti program KB harus menunggu saat menikah	58 (69,9)	25 (30,1)
Efek samping dari pemakaian KB	44 (53,0)	39 (47,0)

Pernyataan	Sikap	
	Setuju (%)	Tidak setuju (%)
Diadakan program KB	79 (95,2)	4 (4,8)
Pemakaian alat kontrasepsi	52 (62,7)	31 (37,3)
Rencana pemerintah tentang anak lebih baik dua	26 (31,1)	57 (68,7)
KB tidak bertentangan dengan agama	67 (80,7)	16 (18,1)
Keberhasilan dalam pemakaian alat kontrasepsi dapat mencegah kehamilan hingga 99,2-99,9%	38 (45,8)	45 (54,8)
Menggunakan alat kontrasepsi yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan	53 (63,9)	30 (36,1)
Berniat menunda kehamilan	59 (71,7)	24 (28,9)
Bersedia menggunakan alat kontrasepsi	58 (69,9)	25 (30,1)

Tabel 3. Distribusi pengetahuan dan sikap dengan pemakaian alat kontrasepsi pada PUS di wilayah kerja Puskesmas Comoro Dili Timor Leste tahun 2013

Variabel	Pemakaian alat kontrasepsi		Rasio prevalen (RP)	Nilai p*
	Tidak memakai	Memakai		
Pengetahuan				
Kurang	45 (90,0%)	5 (18,7%)	1,537	0,006
Baik	7 (21,1%)	26 (78,8%)		
Sikap				
Tidak setuju	40 (88,9%)	5 (11,1%)	4,102	0,017
Setuju	12 (31,6%)	26 (68,4%)		

*) χ^2 test

Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat tiga pertanyaan dengan jawaban benar $\leq 50\%$ yaitu pertanyaan tentang tujuan KB, usia mengikuti program KB dan program KB hanya seputar penggunaan alat kontrasepsi. Sedangkan tujuh pertanyaan lainnya dijawab benar oleh responden $>50\%$. Terkait sikap, sebanyak 68,7% responden menyatakan tidak setuju dengan rencana pemerintah bahwa 2 anak lebih baik.

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang sebagian besar tidak memakai alat kontrasepsi, sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik hampir setengahnya memakai alat kontrasepsi. Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi-square* ditemukan hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pemakaian alat kontrasepsi ($p=0,006$). Responden yang memiliki sikap tidak setuju sebagian besar tidak memakai alat kontrasepsi, sedangkan yang memiliki sikap setuju sebagian besar memakai alat kontrasepsi. Sikap juga memiliki hubungan yang bermakna dengan pemakaian alat kontrasepsi ($p=0,017$).

Diskusi

Pengetahuan akseptor KB dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor internal yang terdiri dari pengalaman, umur dan pendidikan. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan dan media massa.⁵ Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa hampir sebagian responden memiliki tingkat pengetahuan rendah tentang pemakaian alat kontrasepsi. Rendahnya pengetahuan tersebut dapat dilihat dari beberapa pertanyaan yang dijawab oleh responden dimana 50,6% tidak tahu tentang tujuan KB, 69,9% mengatakan bahwa usia 35 tahun

keatas yang bisa mengikuti program KB, sedangkan sebanyak 71,1% mengatakan bahwa program KB hanya ditujukan pada yang sudah berkeluarga. Rata-rata responden mengatakan bahwa pemakaian alat kontrasepsi hanya untuk menjarangkan anak bukan untuk membatasi anak.

Kurangnya pengetahuan responden dalam pemakaian alat kontrasepsi menjadi salah satu pemicu banyaknya responden yang tidak memakai alat kontrasepsi. Hal ini terkait dengan faktor pendidikan responden, dimana responden yang berpendidikan lebih rendah dari SLTA masih cukup banyak yaitu 38%, sehingga tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh sebagian responden cenderung kurang. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, yang berdampak pada peningkatan pengetahuan.⁶ Pekerjaan juga berkaitan dengan pengetahuan seseorang. Berdasarkan penelitian ini, meskipun sebagian besar adalah ibu rumah tangga, hal tersebut tidak mempengaruhi mereka untuk mengetahui tentang pemakaian alat kontrasepsi. Dalam hal pemilihan alat kontrasepsi, konseling KB merupakan hal yang amat penting, karena dapat membantu klien keluar dari berbagai pilihan dan alternatif masalah kesehatan reproduksi.⁷

Sebagian besar usia responden kurang dari 35 tahun. Sebagian besar dari mereka menyatakan usia yang baik memakai alat kontrasepsi adalah lebih dari 35 tahun, sehingga kemauan untuk mencari informasi tentang KB rendah. Pengetahuan adalah hasil dari tahu, ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.⁸ Hal ini mendukung rendahnya pengetahuan responden tentang pemakaian alat kontrasepsi.

Untuk mencapai perubahan pengetahuan dibutuhkan metode pelatihan

yang tepat karena pengetahuan merupakan faktor paling dominan mempengaruhi tindakan seseorang. Pengetahuan PUS merupakan faktor pendukung dalam pemakaian alat kontrasepsi karena dengan pengetahuan yang baik akan membantu ibu untuk mengambil keputusan dalam pemakaian alat kontrasepsi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang berpengetahuan baik berpeluang 1,5 kali dalam pemakaian alat kontrasepsi dibandingkan dengan ibu yang berpengetahuan kurang. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan yang disampaikan oleh Notoatmodjo bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Teori Lawrence Green juga membenarkan kalau pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku kearah yang lebih baik.^{8,9} Perubahan perilaku kearah yang lebih baik didasari dengan pengetahuan yang cukup, kesadaran yang tinggi serta sikap yang mendukung maka pengetahuan tersebut bersifat langgeng (*long lasting*) selama pengetahuan tersebut terus ditingkatkan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Henny di Desa Telagasari yang menemukan adanya hubungan sedang bermakna antara pengetahuan dengan pemilihan alat kontrasepsi ($r=0,303$; $p=0,041$).¹⁰

Aplikasi pengetahuan yang diperoleh menjadi suatu sikap tertentu dipengaruhi oleh pengalaman, pengaruh kebudayaan, sumber informasi, agama dan emosi. Hal ini disebabkan karena sikap bukan bawaan melainkan dapat dipelajari, diperoleh dari interaksi interpersonal dan bersifat dinamis.¹¹ Sikap adalah kesiapan pada seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Sikap merupakan

reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutip sebagai berikut: "*An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object*".¹¹

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kecenderungan sikap tidak setuju sebesar 88,9%, secara lebih rinci adalah: sebanyak 68,7% responden tidak setuju pendapat pemerintah tentang 2 anak lebih baik, sebanyak 80,7% menganggap bahwa KB bertentangan dengan agama dan sebanyak 54,2% tidak setuju mengenai efektivitas alat kontrasepsi dalam mencegah kehamilan hingga 99,2% sampai 99,9%. Kecenderungan pengetahuan yang kurang berkaitan dengan sikap responden yang lebih banyak tidak setuju dengan penggunaan KB. Hal ini sejalan dengan pengetahuan yang baik tentang pengertian, keuntungan, efek samping, kontraindikasi dan cara pemberian metode pemakaian kontrasepsi akan meningkatkan motivasi sikap responden dengan pemakaian kontrasepsi.¹⁵

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden menganggap KB bertentangan dengan agama. Agama maupun kepercayaan sangat mempengaruhi sikap seseorang terhadap sesuatu. Menurut Allport, sikap terdiri dari 3 komponen yaitu kepercayaan, kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek dan kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).¹¹

Sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Azwar¹² ada 5 ciri sikap yaitu: bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan dan dalam hubungan dengan objeknya, dapat berubah-ubah, tidak berdiri sendiri, objek itu merupakan sesuatu yang tertentu, dan sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi

perasaan. Sikap individu akan memberi warna atau corak tingkah laku atau perbuatan individu yang bersangkutan.¹³ Sehingga jika ibu menerima atau setuju dengan KB, maka ibu tersebut akan berpartisipasi dalam menggunakan alat kontrasepsi. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang bersikap setuju berpeluang 4,1 kali dalam pemakaian alat kontrasepsi dibandingkan dengan ibu yang bersikap tidak setuju. Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Sariyono¹⁴ yang menemukan dari 100 responden, didapatkan ada hubungan antara responden ibu yang mempunyai sikap yang baik terhadap KB dengan partisipasi ibu dalam pemakaian metode kontrasepsi KB.

Sikap setuju dikarenakan adanya pola respon yang telah terlebih dahulu ada melalui proses internalisasi dari pemaparan pengetahuan yang sistematis, yaitu adanya kesadaran, ketertarikan, pertimbangan, mencoba dan bertanggung jawab terhadap proses yang dipilih dalam hal ini pemakaian alat kontrasepsi.¹⁵ Proses internalisasi ini tidak lepas dari tingkatan pengetahuan yang telah memasuki ranah afektif maka seseorang dalam aplikasi psikomotornya telah melalui tingkatan pengetahuan sebelumnya yaitu: mengetahui apa yang akan dilakukan, memahami mengapa sesuatu perlu dilakukan, menganalisis keuntungan dan kerugian hal tersebut, mensintesa atau menghubungkan setiap informasi yang diambil.¹⁶

Setelah proses analisis dilakukan untuk memperoleh konsep terhadap manfaat pemakaian alat kontrasepsi maka akan direfleksikan dalam kecenderungan untuk bertindak atau *tend to behave*, untuk membentuk total *attitude* atau sikap yang utuh, dimana dalam penentuan sikap ini diperlukan sinergi dari proses berpikir yang baik, keyakinan akan ide tersebut dan emosi

yang baik.¹⁷ Ini menunjukkan bahwa fungsi sikap bisa saja sebagai fungsi instrumen, pernyataan nilai maupun pertahanan ego dari proses yang terjadi sebelumnya dalam penerimaan informasi, respon terhadap masalah yang dihadapi, penghargaan dan rasa tanggung jawab terhadap apa yang telah dipilih dan dibuktikan dari hasil penelitian bahwa hanya 37,3% responden yang menggunakan alat kontrasepsi.^{18,19}

Simpulan

Pengetahuan dan sikap mempengaruhi perilaku seseorang, sehingga tingkat pengetahuan dan sikap ibu terhadap KB berhubungan dengan perilaku ibu dalam berpartisipasi menggunakan metode kontrasepsi KB. Faktor dominan yang berhubungan dengan pemakaian alat kontrasepsi adalah pengetahuan.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Puskesmas Comoro, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Dili Timor Leste dan pihak yang telah membantu dalam penelitian ini. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada semua rekan yang membantu terselesainya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. TLDHS. Pedoman pemantauan wilayah setempat, pemakaian alat kontrasepsi Dili 2010-2011: Departemen Kesehatan Timor Leste; 2012.
2. Adhany, A. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi non IUD pada akseptor KB wanita usia 20-39 tahun. Semarang: UNDIP; 2011.
3. Afni, N. Hubungan pengetahuan akseptor KB dengan penggunaan alat kontrasepsi di Puskesmas Helvetia Medan; 2008. Diakses dari:

- Uda.ac.id/journal/journal%20bu%20sely%20vol%202.
4. Sunarti, E. Ketahanan keluarga wanita pemetik serta hubungannya dengan pengasuhan dan tumbuh kembang anak. Bogor: Institut pertanian Bogor; 2009.
 5. Azwar, A. Metodologi penelitian kedokteran & Kesehatan masyarakat. Jakarta: Binarupa Aksara; 2005.
 6. Notoatmodjo, S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
 7. BKKBN. Unit Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: BKKBN; 2007.
 8. Green, L. et al. Community Health Seventh Edition. United States of America: Mosby Year Book, Inc.; 1994.
 9. Sugiyono. Metode penelitian Administrasi. Bandung: Alfabeta; 2008.
 10. Sariyono NB. Hubungan pengetahuan dan sikap pria tentang keluarga berencana dengan partisipasi pria dalam pemakai metode kontrasepsi keluarga berencana di kabupaten Britu Kuala. 2004. Available from: <http://www.info.stikesmuhgombong.ac.id/edisi3nurdiana> (Akses pada tanggal 10 Juli 2013).
 11. Sunaryo. Psikologi untuk keperawatan. Jakarta: EGC; 2004.
 12. Pocock. Clinical Trial. New York: Jhon & Sons; 2008.
 13. Notoatmodjo. Dasar-dasar perilaku pendidikan kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2000.
 14. Notoatmodjo. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2003.
 15. Notoatmodjo. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
 16. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan; pedoman Skripsi, Tesis dan instrumen penelitian keperawatan - Edisi Kedua. Jakarta: Salemba Medika; 2003.
 17. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan; pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan, Edisi Kedua. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
 18. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan; pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan Edisi Kedua. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
 19. Saifuddin A. Buku pedoman praktis pelayanan kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo; 2003.

Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi dan Dukungan Suami dengan Kelengkapan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Denpasar Selatan III

Mira Kristiani Dewi,¹ Widarini,^{1,2} Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ³Bagian Anatomi Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana
Korespondensi penulis: mirakristianidewi@gmail.com

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millenium. Upaya untuk menurunkan AKI salah satunya adalah dengan pelayanan *antenatal care* sesuai standar yang dilaksanakan oleh bidan sebagai lini terdepan dari pelayanan kesehatan masyarakat. *Antenatal care* penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik sosial ekonomi dan dukungan suami dengan kelengkapan *antenatal care* pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *crosssectional* dengan pendekatan analitik kuantitatif dengan jumlah responden sebanyak 69 orang yang ditentukan dengan metode acak sederhana. Data dikumpulkan dengan penelusuran dokumen dan wawancara, dengan menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat (*chi-squared test*) dan multivariat (regresi logistik).

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hubungan pengetahuan ($p=0,045$), sikap ($p=0,039$), pendidikan ($p=0,007$), penghasilan ($p=0,013$) dan dukungan suami ($p=0,011$) dengan kelengkapan *antenatal care* pada ibu hamil.

Simpulan: Dukungan suami paling dominan mempengaruhi kelengkapan *antenatal care* pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan tahun 2013.

Kata kunci: *antenatal care*, karakteristik sosial ekonomi, dukungan suami

Relationship between Socio-economic Characteristic and Husband Support with Inclusive Antenatal Care (ANC) at South Denpasar Health Centre III

Mira Kristiani Dewi,¹ Widarini,^{1,2} Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²School of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ³Anatomy Department, Faculty of Medicine, Udayana University
Corresponding author: mirakristianidewi@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Maternal mortality is one of indicators within the millennium development goals. In Indonesia, the first point of entry for maternal health care is through midwives working from health centres. Comprehensive antenatal care is extremely important in order to ensure a healthy and natural pregnancy. This study explored the relationship between socio-economic characteristics and the support of husband with inclusive antenatal care in South Denpasar III Community Health Centre.

Methods: This study was cross-sectional using a quantitative approach among sixty nine espondents which were selected using simple random sampling. Data was collected guided questionnaires and secondary data was obtained through clinic records. Data was processed using univariate, bivariate (*chi-squared test*) and multivariate (logistic regression) analysis.

Results: Results indicated that there is a relationship between knowledge ($p=0.045$), attitude ($p=0.039$), education ($p=0.007$), income ($p=0.013$) and husband support ($p=0.011$) with the regularity of antenatal care access by expectant mothers. Whereas age, parity and occupation were not influential factors.

Conclusion: Husband support plays the most dominant role in influencing the inclusivity of maternal antenatal care.

Keywords: *antenatal care, socio-economic characteristics, husband support*

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menemukan AKI tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan AKI tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup.¹

Upaya untuk menurunkan AKI salah satunya adalah dengan pelayanan *antenatal care* (ANC) sesuai standar, dilaksanakan oleh bidan sebagai lini terdepan dari pelayanan kesehatan masyarakat. ANC penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan. Faktor penyebab risiko kematian dan kesakitan ibu salah satunya adalah tidak terdeteksinya tanda bahaya selama kehamilan karena kunjungan ANC yang tidak teratur.²

Dalam memantau program kesehatan ibu, digunakan indikator cakupan K1, cakupan K4, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan neonatal atau nifas. Sejak tahun 1990-an digunakan alat pantau berupa Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) terhadap semua populasi. Menurut data Riskesdas, secara nasional pada tahun 2010 cakupan K1 adalah 95,26% dan cakupan K4 adalah 85,56%. Untuk Kota Denpasar pada tahun 2010 cakupan K4 adalah 98,18 %.³

Peran serta ibu hamil dalam memanfaatkan pelayanan ANC dipengaruhi perilaku individu dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Berdasarkan Green, ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan layanan ANC yaitu: faktor predisposisi yang meliputi usia, pendidikan,

pekerjaan, pengetahuan dan sikap; faktor pemungkin yang meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, jarak dan keterjangkauan, media informasi dan faktor penguat yang meliputi sikap dan perilaku petugas kesehatan, suami atau keluarga.⁴

Penelitian Simanjuntak⁵ menemukan ada hubungan antara penghasilan dengan kunjungan K4. Ibu dengan penghasilan tinggi cenderung melakukan ANC sesuai standar 2,42 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berpenghasilan rendah. Keterbatasan pengetahuan ibu menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan ibu melakukan ANC. Status ekonomi memegang peranan yang penting untuk ibu melakukan ANC. Keluarga dengan ekonomi yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin dan merencanakan persalinan dengan baik.⁶

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas III Denpasar Selatan, diketahui bahwa cakupan kunjungan antenatal K1 tahun 2011 sebesar 100% sedangkan cakupan K4 sebesar 98%. Pada tahun 2012, cakupan kunjungan K1 menjadi 98% dan cakupan K4 juga mengalami penurunan menjadi 95%. Perbedaan persentase cakupan kunjungan K1 dan K4 mengindikasikan bahwa masih ada ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan awal (K1) atau melewatkan kunjungan K4 selama kehamilannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan dukungan suami dengan kelengkapan ANC.

Metode

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross-sectional* analitik. Pengumpulan data dilaksanakan pada Bulan Maret-Mei 2013. Populasi penelitian adalah ibu hamil

triwulan ke-3 di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan sebanyak 71 orang. Sampel sebesar 69 orang dipilih secara acak sederhana.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga dan dukungan suami. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kelengkapan ANC pada ibu hamil. Pengumpulan data dilakukan di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan dengan menggunakan pedoman wawancara yang sudah diuji coba sebelumnya.

Variabel pengetahuan dan sikap dibagi menjadi dua kategori dengan nilai mean \pm standar deviasi sebagai batas pengelompokan (*cut of point*). Pengetahuan dikategorikan menjadi dua yaitu tinggi dan rendah, sikap dikategorikan menjadi dua yaitu positif dan negatif. Umur dikategorikan menjadi tiga yaitu <20 tahun, 20-35 tahun dan >35 tahun. Paritas dikategorikan menjadi dua, yaitu banyak jika paritas >2 dan sedikit jika paritas \leq 2. Pendidikan dikategorikan menjadi dua yaitu kategori tinggi jika pendidikannya \geq SMA dan rendah jika pendidikannya <SMA. Pekerjaan dibagi menjadi dua kategori yaitu bekerja dan tidak bekerja. Penghasilan dibagi menjadi dua kategori, yaitu penghasilan tinggi jika \geq Upah Minimum Regional (UMR) Kota Denpasar dan rendah jika <UMR Kota Denpasar. Dukungan suami dan kelengkapan ANC dibagi menjadi dua kategori dengan nilai mean \pm standar deviasi sebagai batas pengkategorian. Dukungan suami dibedakan menjadi dua yaitu mendapat dukungan dan tidak mendapat dukungan, sedangkan kelengkapan ANC dibedakan menjadi lengkap dan tidak lengkap.

Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi

masing-masing variabel, dilanjutkan dengan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel terikat dengan masing-masing variabel bebas. Analisis multivariat dilakukan untuk mencari variabel bebas yang memiliki hubungan paling kuat dengan variabel terikat.

Penelitian telah dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Sebanyak 69 sampel yang terpilih berpartisipasi dengan baik dalam penelitian ini secara sukarela. Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang tinggi tentang ANC yaitu 47 orang (68,1%) dan lebih dari setengah responden memiliki sikap yang positif terkait ANC yaitu 39 orang (56,5%). Hampir seluruh responden berada pada rentang usia 20-35 tahun yaitu sebanyak 62 orang (89,9%), sebagian besar responden sudah pernah melahirkan lebih dari dua kali yaitu 51 orang (73,9%). Sebagian besar responden masuk dalam kategori berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 45 orang (65,2%). Responden bekerja adalah sebanyak 51 orang (73,9%) dan responden yang memiliki penghasilan lebih dari UMR sebanyak 44 orang (63,8%).

Tabel 2 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kelengkapan ANC dengan pengetahuan, sikap, pendidikan, penghasilan dan dukungan suami. Tabel 3 menunjukkan dua variabel yang mempunyai hubungan signifikan dengan kelengkapan ANC yaitu variabel pendidikan (RP=4,10) dan dukungan suami (RP=5,25). Pendidikan meningkatkan peluang empat kali lebih besar kepada ibu hamil untuk melakukan ANC dengan lengkap

dan dukungan suami memberi peluang lima kali lebih besar.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik sosial ekonomi responden di Puskesmas III Denpasar Selatan tahun 2013

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pengetahuan		
Rendah	22	31,9
Tinggi	47	68,1
Sikap		
Negatif	30	43,5
Positif	39	56,5
Usia		
20-35 tahun	62	89,9
>35 tahun	7	10,1
Paritas		
Sedikit (0-2)	18	26,1
Banyak (>2)	51	73,9
Pendidikan		
Rendah	24	34,8
Tinggi	45	65,2
Pekerjaan		
Tidak bekerja	18	26,1
Bekerja	51	73,9
Penghasilan		
<UMR	25	36,2
≥UMR	44	63,8
Dukungan suami		
Tidak mendapat dukungan	22	31,9
Mendapat dukungan	47	68,1
Kelengkapan <i>antenatal care</i>		
Tidak lengkap	23	33,3
Lengkap	46	66,7

Tabel 2. Hubungan karakteristik sosial ekonomi dan dukungan suami dan kelengkapan ANC di Puskesmas III Denpasar Selatan Tahun 2013

Variabel	Kelengkapan		Rasio Prevalen (RP)	95%CI	Nilai p*)
	Tidak lengkap (%)	Lengkap (%)			
Pengetahuan					
Rendah	11 (50,0)	11 (50,0)	2,197	1,008-8,437	0,045
Tinggi	22 (38,6)	35 (61,4)			
Sikap					
Negatif	14 (46,7)	16 (53,3)	2,917	1,037-8,203	0,039
Positif	9 (23,1)	30 (76,9)			
Usia					
20-35 tahun	21 (33,9)	41 (66,1)	1,280	0,229-7,166	0,778
>35 tahun	2 (28,6)	5 (71,4)			
Paritas					
Sedikit	5 (27,8)	13 (72,2)	0,705	0,217-2,296	0,561
Banyak	18 (35,3)	33 (64,7)			
Pendidikan					
Rendah	13 (54,2)	11 (45,8)	4,136	1,423-12,024	0,007
Tinggi	10 (22,2)	35 (77,8)			
Pekerjaan					
Tidak bekerja	5 (27,8)	13 (72,2)	0,705	0,217-2,296	0,561
Bekerja	18 (35,3)	33 (64,7)			
Penghasilan					
Rendah	13 (52,0)	12 (48,0)	3,683	1,283-10,577	0,013
Tinggi	10 (22,7)	34 (77,3)			
Dukungan					
Tidak mendapat	12 (54,5)	10 (45,5)	3,927	1,338-11,531	0,011
Mendapat	11 (23,4)	36 (76,6)			

*) χ^2 test

Tabel 3. Hasil analisis multivariat karakteristik sosial ekonomi ibu hamil dan dukungan suami dengan kelengkapan ANC pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan tahun 2013

Variabel	OR	95%CI		Nilai p
		Lower	Upper	
Pengetahuan	2,379	0,660	8,573	0,185
Sikap	3,383	0,929	12,317	0,065
Pendidikan	4,100	1,121	15,000	0,033
Penghasilan	2,000	0,574	6,964	0,276
Dukungan suami	5,251	1,351	20,406	0,017

$R^2=0,382$

Diskusi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden mengetahui tujuan dan manfaat dilakukannya pemeriksaan kehamilan bagi dirinya dan janinnya. Selain itu hampir seluruh responden mengetahui kapan sebaiknya melakukan pemeriksaan kehamilan dilakukan pertama kali. Variabel pengetahuan ibu hamil ada hubungan dengan kelengkapan ANC. Hasil ini sesuai dengan Notoadmodjo⁴ yang menyebutkan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan tentang kehamilan harus dimiliki ibu hamil untuk dapat menyiapkan fisik atau mental demi kesehatan ibu dan janin sampai akhir kehamilan. Apabila ditemukan kelainan fisik atau psikologis, maka dapat dilakukan intervensi segera. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Nasution⁷ yang mendapatkan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap pelaksanaan ANC. Tura⁶ mengungkapkan bahwa semakin baik pengetahuan yang dimiliki oleh ibu hamil, semakin mudah pula mereka menerima dan memahami ANC sebagai suatu bentuk pelayanan kesehatan yang digunakan untuk memonitor kondisi kesehatan ibu dan bayi yang dikandungnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC secara lengkap adalah yang memiliki sikap positif. Berdasarkan hasil analisa antara

variabel sikap dengan kelengkapan ANC didapatkan ada hubungan yang signifikan antara sikap ibu hamil dengan kelengkapan ANC. Adanya sikap yang lebih baik terhadap ANC mencerminkan kepedulian ibu hamil akan kesehatannya dan bayi yang dikandungnya. Hasil penelitian ini diperkuat dengan hasil penelitian Winarno⁸ yang menyatakan ibu hamil yang memiliki sikap positif terhadap ANC lebih banyak melakukan ANC dibandingkan ibu dengan sikap negatif terhadap ANC. Menurut Sinaga⁹ sikap merupakan potensi tingkah laku seseorang terhadap sesuatu keinginan yang dilakukan. Maka dapat dikatakan seorang ibu hamil yang bersikap positif terhadap perawatan kehamilan cenderung akan mempunyai motivasi tinggi untuk melakukan ANC. Hasil ini didukung oleh penelitian Simanjuntak⁵ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap responden dengan antenatal K4 sesuai standar.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada umur reproduksi yang sehat dan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil dengan kelengkapan ANC. Hal ini berbeda dengan penelitian Kassyou¹⁰ yang menyebutkan terdapat hubungan usia ibu hamil dengan pemanfaatan pelayanan ANC. Tidak adanya hubungan antara umur dengan kelengkapan ANC dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh faktor yang

lain, seperti; pengetahuan ibu yang tinggi terkait ANC dan umur ibu hamil yang homogen, dimana mayoritas usia 20-35 tahun. Menurut Depkes¹¹, semakin cukup umur tingkat kematangan seseorang akan lebih dipercaya dibandingkan orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya, jika kematangan usia seseorang cukup tinggi maka pola berpikir seseorang akan lebih dewasa. Ibu yang mempunyai usia produktif akan lebih berpikir secara rasional dan matang tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan. Penelitian Tungkup¹² mengungkapkan bahwa ibu hamil diatas 35 tahun memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami risiko pada saat kehamilan dan persalinannya, sehingga memerlukan ANC yang lebih sering. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Mohsin¹³ mengungkapkan pada ibu hamil diatas 35 tahun, mereka lebih memiliki pengetahuan dan pengalaman terkait dengan kehamilan dan persalinannya sehingga lebih termotivasi untuk melakukan ANC sesuai jadwal.

Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC secara lengkap adalah yang memiliki paritas banyak. Hasil analisa antara variabel paritas dengan kelengkapan kunjungan ANC didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas ibu hamil dengan kelengkapan ANC. Berbeda dengan hasil penelitian Kassyou¹⁰ yang mengungkapkan bahwa ibu yang hamil pertama kali, memiliki motivasi yang tinggi untuk melakukan ANC di pelayanan kesehatan, karena bagi mereka ANC merupakan sesuatu yang baru. Sebaliknya semakin banyak ibu memiliki pengalaman hamil dan melahirkan maka kunjungan ANC semakin berkurang. Mereka menganggap memiliki pengetahuan dan pengalaman yang cukup untuk memelihara janinnya, sehingga motivasi untuk

memeriksa kehamilannya ke pelayanan kesehatan semakin berkurang.

Pada penelitian ini walaupun ibu hamil sudah memiliki paritas banyak, akan tetapi motivasi untuk melakukan ANC masih tinggi, terbukti dari kunjungan ANC secara lengkap lebih banyak dilakukan oleh ibu hamil yang sudah berpengalaman pernah melahirkan. Hal ini dikarenakan pengetahuan ibu hamil terkait ANC sudah cukup baik, sehingga mereka menyadari akan pentingnya melakukan ANC selama kehamilannya. Sejalan dengan penelitian Tungkup¹² pada wanita multipara, pengalaman pada kehamilan masa lalu membuat mereka lebih intensif dalam menjaga kehamilannya saat ini, agar kejadian-kejadian tidak normal pada kehamilan masa lalu tidak terulang lagi pada kehamilan masa sekarang, sedangkan pada ibu primipara mereka lebih banyak bersikap acuh, karena kurangnya informasi dan pengetahuan mengenai perawatan kehamilan.

Variabel pendidikan berhubungan dengan kelengkapan ANC. Menurut Adiwiharyanto¹⁴ pendidikan merupakan hal yang penting, karena dapat mendukung masuknya informasi dan pengetahuan yang dimilikinya. Rendahnya pendidikan ibu hamil merupakan salah satu penyebab kurangnya pengetahuan ibu hamil terkait pentingnya melakukan ANC secara teratur. Hal ini sesuai dengan penelitian Kassyou¹⁰ yang mengungkapkan terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu hamil dengan kunjungan ANC. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu hamil, frekuensi kunjungan ANC juga semakin meningkat. Pendidikan yang tinggi mencerminkan pengetahuan yang dimiliki ibu hamil juga semakin baik dan hal tersebut dapat mempengaruhi penerapannya dalam pelaksanaan ANC. Sejalan dengan penelitian Tura⁶

mengungkapkan ibu hamil dengan pendidikan yang lebih tinggi, akan lebih mudah menerima informasi yang diberikan kepadanya sehingga mereka cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan rendah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil bekerja. Hasil analisa antara variabel pekerjaan dengan kelengkapan ANC menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu hamil dengan kelengkapan ANC. Hal ini didukung oleh penelitian Pasaribu¹⁵ yang menyatakan bahwa ibu hamil yang bekerja tidak hanya mempunyai sumber penghasilan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan tetapi juga dalam pekerjaannya dapat berinteraksi dengan orang lain yang memiliki pengetahuan tentang pentingnya melakukan ANC, sehingga ibu yang bekerja memiliki pengetahuan yang lebih dan motivasi untuk memeriksakan kehamilannya. Pada ibu hamil yang bekerja, pekerjaan mereka memberikan kesibukan tambahan, namun lingkungan tempat mereka bekerja, dapat memberikan akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi mengenai kesehatan khususnya pemeriksaan kehamilan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir sebagian responden memiliki penghasilan diatas UMR Kota Denpasar. Pada penelitian ini, didapatkan ada hubungan yang signifikan antara penghasilan ibu hamil dengan kelengkapan ANC. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Kassy¹⁰ dan Umayah¹⁶ bahwa rendahnya penghasilan keluarga meningkatkan hambatan untuk mendapatkan prioritas kesehatan dalam urutan lebih tinggi jika dibandingkan kebutuhan pokok sehingga menyebabkan frekuensi ANC semakin rendah. Hasil penelitian Simanjuntak⁹ menunjukkan bahwa ada hubungan yang

bermakna antara penghasilan dengan kunjungan antenatal K4, dimana OR sebesar 2,42 yang berarti ibu yang berpenghasilan tinggi cenderung melakukan kunjungan ANC sesuai standar 2,42 kali dibandingkan dengan ibu yang berpenghasilan rendah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari suami mereka, diantaranya pemberian biaya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan meluangkan waktu untuk mengantar serta menemani istri mereka melakukan pemeriksaan kehamilan. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan kelengkapan ANC. Suami memiliki peranan yang sangat besar bagi ibu hamil dalam mendukung perilaku untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.¹⁷ Seperti penelitian yang dilakukan oleh Sari¹⁸ bahwa terdapat hubungan antara dukungan suami dengan motivasi ibu hamil dalam melakukan ANC di pelayanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Aulia¹⁹ menyatakan bahwa semakin besar dukungan suami maka semakin sering ibu hamil melakukan ANC. Keberhasilan upaya kesehatan ibu dan anak khususnya pemeriksaan kehamilan selain tergantung kepada petugas kesehatan, ada dukungan suami yang ikut serta dalam mengingatkan pemeriksaan kehamilan. Hal ini diperkuat dengan penelitian Sari¹⁸ yang menunjukkan bahwa kecemasan yang dialami oleh wanita hamil lebih banyak terdapat pada mereka yang kurang mendapat dukungan sosial. Faktor yang dapat mengurangi kecemasan yang terjadi pada wanita hamil adalah adanya dukungan suami, keluarga atau saudara lainnya, orang tua, dan mertua. Menurut Demiaty²⁰ sebanyak 61,9% ibu hamil mendapat dukungan dari suami mempunyai motivasi yang tinggi terhadap pemeriksaan kehamilan.

Dukungan suami dalam asuhan kebidanan dapat ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang kepada istri, mendorong dan mengantar istri untuk memeriksakan kehamilan ke fasilitas kesehatan minimal 4 kali selama kehamilan, memenuhi kebutuhan gizi bagi istrinya agar tidak terjadi anemia, menentukan tempat bersalin (fasilitas kesehatan) bersama istri, melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan sedini mungkin bila terjadi hal-hal menyangkut kesehatan selama kehamilan dan menyiapkan biaya persalinan. Dengan adanya dukungan suami diharapkan wanita hamil dapat mempertahankan kondisi kesehatan psikologisnya dan lebih mudah menerima perubahan fisik serta mengontrol gejala emosi yang timbul.

Simpulan

Variabel yang terbukti berhubungan secara bermakna dengan kelengkapan ANC adalah pengetahuan, sikap, pendidikan, penghasilan dan dukungan suami. Variabel yang tidak terbukti berhubungan dengan kelengkapan ANC adalah umur, paritas dan pekerjaan.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar telah memberikan ijin penelitian; Kepala Puskesmas III Denpasar Selatan, serta semua rekan yang membantu terselesainya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Castro T. *Materi Kesehatan Komunitas*. Magelang: Bapelkes Salaman Cipta; 2008.
2. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-ISP; 2005.
3. Balitbangkes. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
4. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka; 2007.
5. Simanjuntak T. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal K4 di Kota Medan Propinsi Sumatera Utara*. Jakarta: Universitas Indonesia; 2002.
6. Tura G. Antenatal Care Services Utilization and Associates Factors in Metekel Zona, Northwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*; 2009.
7. Nasution. *Pengetahuan Ibu Hamil dan Motivasi Keluarga dalam Pelaksanaan Antenatal Care Di Puskesmas Ujung Batu Riau*; 2011.
8. Winarno H. *Faktor Yang Berhubungan dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan (K4) di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur II Kabupaten Dati II Demak*. Diponegoro University (thesis); 2004.
9. Sinaga E. *Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan di Desa Jorlang Hulan Kecamatan Sidamanik Kab. Simalungun*. 2003.
10. Kassyou H. *Factors Affecting Antenatal Care Attendance in Maichew Town, Southern Tigray*. School of Graduate Studies of Addis Ababa University; 2008.
11. Depkes RI. *Jaminan Persalinan, upaya terobosan kementerian kesehatan dalam percepatan pencapaian target MDGs*; 2011.
12. Tungkup JL. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ibu Hamil Melakukan Kunjungan ANC di Rumah Sakir Kota Medan*. Medan; 2008.
13. Mohsin, M., Bauman AE, Jalaludin B. *The Influence Of Antenatal And Maternal Factors On Stillbirths And Neonatal Death In New South Wales*. Australia; 2006.
14. Adiwiharyanto K. *Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Ibu Hamil Dengan Keteraturan Pemeriksaan Kehamilan*. Skripsi. Surakarta. Universitas Muhammadiyah; 2008.
15. Pasaribu S. *Pengaruh Factor Social Budaya Dan Social Ekonomi Terhadap Pemeriksaan Kehamilan Di Desa Bandar Sakti Puskesmas Rantau Laban. Medan (Skripsi)*. Universitas Sumatera Utara; 2005.
16. Umayah R.F. *Hubungan Tingkat Ekonomi Ibu Hamil Dan Tingkat Kepuasan Dengan Keteraturan Pemeriksaan Kehamilan Di Rb&Bp Asy-Syifa' Pku Muhammadiyah Wedi Klaten*. Surakarta (Karya Tulis Ilmiah). Universitas Sebelas Maret; 2010.
17. Tighe SM. *An Exploration Of The Attitudes Of Attenders And Non-Attenders Toward Antenatal Education*. *Midwifery*; 2010.
18. Sari RAP. *Hubungan Antara Dukungan Suami Dengan Motivasi Ibu Hamil Dalam Memeriksa Kehamilan Antenatal Care Di Wilayah Kerja Puskesmas Bathil Dolopo Madiun*. Madiun (Skripsi). Universitas Muhammadiyah; 2006.
19. Aulia NP. *Hubungan Dukungan Suami Dengan Keteraturan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan di Bps Nanik Desa Tawang Sari*. Surabaya. STIKES Yarsis; 2011.
20. Demiaty. *Peran Suami Menurut Isteri yang Sedang Hamil dalam Memotivasi Untuk Melakukan Pemeriksaan Kehamilan di Klinik Bersalin Mitra Indah di Kecamatan Dolok Masihul Kabupaten Serdang Bedagai*; 2009.

Sanitasi Rumah dan Status Gizi sebagai Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Karang Taliwang, Mataram, Nusa Tenggara Barat

Lisa Sutiasih,^{1,2} D.N. Wirawan,^{1,3} A.A.S. Sawitri^{1,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Dinas Kesehatan Kota Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat, ³Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Pencegahan Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana

Korespondensi penulis: lisasutyasih@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Tuberkulosis (TB) paru merupakan masalah di Kota Mataram khususnya di wilayah Puskesmas Karang Taliwang, dengan angka prevalensi tertinggi selama dua tahun berturut-turut yaitu 294 per 100.000 penduduk (2010) dan 173 per 100.000 penduduk (2011). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko kejadian penyakit TB paru di wilayah Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Metode: Disain penelitian adalah *case control*, dengan 46 kasus dan 92 kontrol. Kasus adalah penderita yang dinyatakan TB paru oleh dokter puskesmas, dan kontrol adalah pasien rawat jalan yang tidak TB paru dan tidak sedang mengalami infeksi saluran pernafasan atas. Faktor risiko kejadian TB paru yang diteliti adalah sanitasi rumah, sosial ekonomi, status gizi, paparan asap rokok, penyakit penyerta dan status imunisasi. Data dikumpulkan dengan wawancara, observasi, pengukuran dan tes HIV, dengan menggunakan kuesioner, *roll meter*, *hygrometer*, *luxmeter*, penimbangan berat badan dan *mistar*. Analisis data secara univariat, bivariat dan multivariat dengan Stata SE 12.1.

Hasil: Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sanitasi rumah (ventilasi, kelembaban, pencahayaan, suhu), sosial ekonomi, status gizi dan penyakit penyerta berperan dalam kejadian TB paru. Analisis multivariat menunjukkan faktor risiko yang berperan terhadap kejadian TB paru adalah ventilasi rumah dengan OR=2,87 (95%CI: 1,01-8,20), kelembaban rumah dengan OR=3,91 (95%CI: 1,28-11,89), pencahayaan rumah dengan OR=4,46 (95%CI: 1,34-14,85), suhu rumah dengan OR=5,41 (95%CI: 1,90-15,39) dan status gizi dengan OR=6,74 (95%CI: 2,52-18,02). Kelima variabel tersebut berkontribusi bersama-sama sebesar 48,9% sebagai faktor risiko kejadian TB paru.

Simpulan: Variabel yang merupakan faktor risiko terhadap kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram adalah faktor sanitasi rumah dan status gizi.

Kata kunci: faktor risiko, tuberkulosis paru, Mataram

Home Sanitation and Nutritional Status as Risk Factors of Pulmonary Tuberculosis (TB) at Karang Taliwang Health Centre, Mataram, West Nusa Tenggara

Lisa Sutiasih,^{1,2} D.N. Wirawan,^{1,3} A.A.S. Sawitri^{1,3}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Health City Mataram, West Nusa Tenggara, ³Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University

Corresponding author: lisasutyasih@yahoo.co.id

Abstract

Background and purpose: Tuberculosis (TB) is a continuing health problem in Mataram, particularly at the Karang Taliwang Health Centre (KTHC), which has the highest prevalence of TB - 294/100,000 in 2010; 173/100,000 in 2011. This study investigates the risk factors of pulmonary TB in KTHC.

Methods: Study design used was a case control, 46 respondents with pulmonary TB and 92 persons without either TB/acute respiratory infection were controls. Variables examined were: house sanitation, socio-economic, nutrition, cigarette smoke exposure, other infections and immunisation status. Data was obtained by direct survey on site, measurement using role meter, hygrometer, lux-meter, mistar and HIV test. Data were analysed using univariate, bivariate and multivariate analysis.

Results: Bivariate analysis shows that risk factors were house sanitation (ventilation, humidity, light and population density), socio-economic factors, nutritional status and other disease. Multivariate analysis indicated risk factors were: ventilation with OR=2.87 (95%CI: 1.01-8.20), humidity with OR=3.91 (95%CI: 1.28-11.89), sunlight access with OR=4.46 (95%CI: 1.34-14.85), temperature with OR=5.41 (95%CI: 1.90-15.39), nutrition with OR=6.74 (95%CI: 2.52-18.02). These factors contributed to 48.9% TB occurrences.

Conclusion: This study found that house sanitation and nutritional status are risk factors of of TB transmission at KTHC, Mataram.

Keywords: tuberculosis, risk factors, Mataram

Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. TB masih menjadi masalah kesehatan global yang merupakan penyebab kematian ke-2 setelah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).¹ WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2011 sebanyak 8,7 juta kasus TB, adalah 13% merupakan koinfeksi dengan HIV, dan 1,4 juta orang meninggal karena TB.¹

Kasus TB paru di Indonesia setiap tahunnya bertambah seperempat juta kasus baru dan sekitar 140.000 kematian. Indonesia termasuk 10 negara tertinggi penderita kasus TB paru di dunia, dengan prevalensi TB diperkirakan sebesar 289 kasus per 100.000 penduduk, insiden TB sebesar 189 kasus per 100.000 penduduk, dan angka kematian sebesar 27 kasus per 100.000 penduduk.¹ Di Provinsi NTB setiap tahunnya ditemukan rata-rata 3000 kasus TB BTA+ dengan rata-rata kematian akibat TB per tahun sebesar 130 kasus, serta estimasi insiden kasus TB BTA+ adalah 210 kasus per 100.000 penduduk.²

Kota Mataram merupakan salah satu kota di NTB dengan angka prevalensi TB tertinggi dibandingkan dengan kabupaten lainnya. Prevalensi tertinggi di wilayah Kota Mataram adalah di wilayah kerja Puskesmas Karang Taliwang yaitu sebesar 294 per 100.000 penduduk pada tahun 2010, 173 per 100.000 penduduk pada tahun 2011, dan 202 per 100.000 pada tahun 2012.³ Menurunnya prevalensi TB di wilayah kerja Puskesmas Karang Taliwang pada tahun 2011, disebabkan karena adanya pemisahan sebagian wilayah Puskesmas Karang Taliwang menjadi puskesmas baru yaitu Puskesmas Selaparang, dan wilayah dengan

proporsi TB terbanyak berada di wilayah kerja puskesmas baru tersebut.⁴

Faktor risiko kejadian TB paru menurut beberapa referensi dipengaruhi oleh faktor sanitasi rumah (ventilasi, pencahayaan alami, kepadatan hunian dan lantai rumah), tingkat ekonomi, kebiasaan merokok, dan status gizi.^{5,6,7} Cakupan rumah sehat di Puskesmas Karang Taliwang untuk tiga tahun terakhir belum memenuhi target 80% rumah sehat, yaitu 72,70% (2010), 73,43% (2011) dan menjadi 75% (2012). Jumlah keluarga miskin adalah 10.437 jiwa. Hasil kegiatan program gizi di Puskesmas Karang Taliwang, menunjukkan bahwa masalah gizi buruk pada tahun 2010 adalah sebesar 1,62%, meningkat menjadi 4,18% pada tahun 2011 kemudian turun menjadi 0,2% pada tahun 2012.⁴

Berdasarkan data cakupan rumah sehat yang belum memenuhi 80% dari target nasional, masalah gizi buruk dan masih ditemukannya kasus TB paru di Kota Mataram khususnya Puskesmas Karang Taliwang, maka penelitian ini ditujukan untuk mengetahui faktor risiko sanitasi rumah dan status gizi dengan kejadian TB paru di Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram.

Metode

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat, pada Bulan April sampai dengan Oktober 2013. Kasus adalah penderita yang dinyatakan TB paru oleh dokter di Puskesmas Karang Taliwang, berusia ≥ 15 tahun dan tercatat di register TB Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) mulai Januari 2012-April 2013, dan berdomisili di wilayah Puskesmas Karang Taliwang. Total kasus adalah 46 orang. Kontrol adalah

pengunjung rawat jalan di wilayah Puskesmas Karang Taliwang yang tercatat pada register poliklinik puskesmas tahun 2012 yang berusia 15-80 tahun dan tidak sedang menderita TB paru dan ISPA, serta berdomisili di wilayah Puskesmas Karang Taliwang. Total kontrol adalah 92 orang yaitu dengan perbandingan kasus dan kontrol 1:2. Dalam pemilihan kontrol, karakteristiknya dimiripkan dengan kasus dalam variabel umur dan jenis kelamin.

Variabel bebas adalah sanitasi rumah (ventilasi, kelembaban, pencahayaan dan kepadatan hunian), status sosial ekonomi, status gizi, paparan asap rokok, penyakit penyerta dan status imunisasi. Variabel tergantung adalah kejadian TB paru. Pengumpulan data dilakukan dengan empat cara. Pertama, dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur untuk memperoleh data karakteristik responden, status imunisasi, ada tidaknya anggota keluarga yang merokok dan riwayat penyakit penyerta. Kedua, dengan pengukuran yaitu menggunakan *roll meter* untuk memperoleh data luas ventilasi dan luas ruangan, *hygrometer* untuk tingkat kelembaban, *luxmeter* untuk tingkat pencahayaan dalam rumah dan penimbangan berat badan merek Yamamoto Giken (tingkat ketelitian akurasi per 1 kilogram) untuk mengukur indeks massa tubuh (IMT) dengan menimbang berat badan responden, serta meteran dan *mistar* untuk mengukur tinggi badan responden. Ketiga, dengan observasi dilakukan dengan pengamatan langsung pada rumah untuk memperoleh data tentang ada tidaknya ventilasi/jendela, kelembaban rumah secara fisik, pencahayaan dan kepadatan hunian, sedangkan untuk status imunisasi yaitu dengan melihat *scar* imunisasi *Bacillus Calmette Guérine* (BCG) pada lengan kanan atas responden saat wawancara. Keempat,

tes HIV disarankan pada responden saat wawancara, untuk memperoleh data adanya penyakit penyerta pada responden.

Beberapa faktor risiko yang awalnya dikumpulkan sebagai variabel interval, kemudian diubah menjadi variabel kategorikal. Ventilasi rumah, menjadi tidak memenuhi syarat (<10%) dan memenuhi syarat ($\geq 10\%$). Kelembaban, dengan kategori tidak memenuhi syarat (<40%, >70%) dan memenuhi syarat (40%-70%). Pencahayaan, dengan kategori tidak memenuhi syarat (<60 *lux*, >300 *lux*) dan memenuhi syarat (60-300 *lux*). Kepadatan hunian, dengan kategori tidak memenuhi syarat (<9 m²) dan memenuhi syarat (≥ 9 m²). Sosial ekonomi, dengan kategori pengeluaran perkapita \leq Rp. 270.652.- dan >Rp. 270.652.-. Status gizi, dengan kategori kurang (IMT<18,5 kg/m²) dan normal (IMT \geq 18,5 kg/m²). Paparan asap rokok, dengan kategori tidak ada yang merokok dan ada yang merokok. Penyakit penyerta DM/HIV, dengan kategori ada penyakit penyerta dan tidak ada penyakit penyerta. Status imunisasi, dengan kategori tidak ada *scar* BCG/tidak imunisasi dan ada *scar* BCG/imunisasi.^{8,9,10}

Analisis terhadap karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan alamat dibandingkan komparabilitasnya dengan menggunakan uji *chi-square*. Sedangkan variabel sanitasi rumah, sosial ekonomi, status gizi, paparan asap rokok dan penyakit penyerta terhadap kejadian TB paru dilakukan analisis bivariat untuk menghitung nilai *crude odds ratio* (OR). Hasil analisis bivariat dengan $p < 0,25$ diikutkan dalam analisis multivariat untuk menghitung nilai *adjusted* OR, dengan regresi logistik.

Penelitian ini telah mendapat kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas

Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

kasus dan kelompok kontrol tidak berbeda dalam variabel-variabel umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan dan pekerjaan, namun ada perbedaan bermakna (tidak komparabel) dalam hal status perkawinan ($p=0,021$).

Hasil

Seluruh sampel sebanyak 138 orang, 46 sampel kasus dan 92 kontrol telah berhasil diwawancarai dalam penelitian ini. Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik kelompok

Tabel 1. Komparasi karakteristik responden antara kasus dan kontrol

Karakteristik	Kasus (%)	Kontrol (%)	Nilai p
Umur			
15-55 tahun	33 (71,7)	66 (71,7)	1,000
56-80 tahun	13 (28,3)	26 (28,3)	
Jenis kelamin			
Laki-laki	33 (71,7)	64 (69,6)	0,792
Perempuan	13 (28,3)	28 (30,3)	
Status perkawinan			
Tidak menikah	18 (38,1)	19 (20,7)	0,021
Menikah	28 (60,9)	73 (79,3)	
Kelurahan			
Karang Taliwang	14 (30,4)	39 (42,4)	0,095
Cakra Barat	11 (23,9)	13 (14,1)	
Cakra Utara	10 (21,7)	26 (28,3)	
Cilinaya	6 (13,1)	12 (13,0)	
Sapta Marga	5 (10,9)	2 (2,2)	
Tingkat pendidikan			
Rendah	31 (67,4)	63 (68,5)	0,897
Tinggi	15 (32,6)	29 (31,5)	
Pekerjaan			
Tidak bekerja	14 (30,4)	30 (32,6)	0,796
Bekerja	32 (69,6)	62 (67,4)	

Tabel 2 menunjukkan hasil analisis bivariat dengan nilai *crude* OR masing-masing faktor risiko. Variabel yang paling berperan terhadap kejadian TB paru adalah variabel sanitasi rumah (ventilasi, kelembaban, tingkat pencahayaan, suhu ruangan), sosial ekonomi, status gizi, dan penyakit penyerta. Sedangkan kepadatan hunian, kepersertaan Jamkesmas, perilaku merokok dan status imunisasi tidak terbukti sebagai faktor risiko.

Hasil analisis bivariat yang memenuhi nilai kemaknaan $p < 0,25$ dan memenuhi model dimasukkan dalam analisis multivariat. Tabel 3 menunjukkan faktor risiko yang berperan terhadap kejadian TB paru adalah ventilasi rumah, kelembaban, pencahayaan, suhu ruangan dan status gizi. Kelima variabel tersebut berkontribusi bersama-sama sebesar 48,9% sebagai faktor risiko kejadian TB paru.

Diskusi

Sanitasi rumah berisiko terhadap kejadian TB paru, dengan beberapa komponen rumah yang paling berperan yaitu ventilasi rumah,

kelembaban, pencahayaan dan suhu dalam rumah. Orang yang tinggal pada rumah dengan luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat lebih berisiko terinfeksi TB paru daripada orang yang tinggal pada rumah yang memiliki ventilasi memenuhi syarat. Tingkat pencahayaan yang tidak memenuhi syarat juga meningkatkan risiko kejadian TB paru. Kelembaban rumah yang $>70\%$ meningkatkan risiko kejadian TB paru daripada rumah dengan kelembaban $40\%-70\%$. Sedangkan suhu yang tidak memenuhi syarat berisiko bagi penghuninya untuk terinfeksi TB paru daripada rumah dengan suhu yang memenuhi syarat ($18^{\circ}\text{C}-30^{\circ}\text{C}$). Penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa kejadian TB paru akan berisiko pada rumah dengan ventilasi $<10\%$ dengan $\text{OR}=29,99$ ($95\%\text{CI}$: $3,39-265,51$), kelembaban $>70\%$ dengan $\text{OR}=9,29$ ($95\%\text{CI}$: $2,29-37,84$), pencahayaan yang tidak memenuhi syarat ($\text{OR}=4,92$) dan suhu di rumah yang tidak memenuhi syarat ($\text{OR}=3,471$).^{11,12}

Tabel 2. *Crude* OR antara ventilasi, kelembaban, pencahayaan, suhu, kepadatan hunian, sosial ekonomi, status gizi, paparan asap rokok, penyakit penyerta (DM), dan status imunisasi terhadap TB Paru

Faktor risiko	Kasus (%)	Kontrol (%)	<i>Crude</i> OR	95%CI	Nilai p
Ventilasi					
Tidak memenuhi syarat ($<10\%$)	38 (82,6)	53 (57,6)	3,49	1,47-8,32	0,003
Memenuhi syarat ($\geq 10\%$)	8 (17,4)	39 (42,4)			
Kelembaban					
Tidak memenuhi syarat ($>70\%$)	38 (82,6)	51 (55,4)	3,82	1,61-9,08	0,002
Memenuhi syarat ($40-70\%$)	8 (17,4)	41 (44,6)			
Pencahayaan					
Tidak memenuhi syarat ($<60\text{ lux}$)	39 (84,8)	53 (57,6)	4,10	1,66-10,13	0,001
Memenuhi syarat ($\geq 60\text{ lux}$)	7 (15,2)	39 (42,4)			

Suhu					
Tidak memenuhi syarat (>30°C)	26 (56,6)	34 (37,0)	2,22	1,08-4,56	0,029
Memenuhi syarat (18-30 °C)	20 (43,4)	68 (63,0)			
Kepadatan hunian					
Tidak memenuhi syarat (<9 m ²)	25 (54,3)	50 (54,3)	1,00	0,49-2,03	1,000
Memenuhi syarat (≥9 m ²)	21 (45,7)	42 (45,7)			
Tingkat pengeluaran					
≤Rp. 270.652.-	23 (50,0)	28 (30,4)	2,29	1,10-4,74	0,025
>Rp. 270.652.-	23 (50,0)	64 (69,6)			
Kepesertaan Jamkesmas					
Tidak dapat	10 (21,7)	31 (33,7)	1,83	0,80-4,17	0,147
Dapat	36 (78,3)	61 (66,3)			
Status gizi					
Kurang	29 (63,0)	24 (26,1)	4,83	2,26-10,32	0,000
Normal	17 (37,0)	68 (73,9)			
Paparan asap rokok					
Ada yang merokok	29 (63,0)	62 (67,4)	0,83	0,39-1,73	0,611
Tidak ada yang merokok	17 (37,0)	30 (32,6)			
Penyakit penyerta (DM)					
Ada	5 (10,9)	1 (1,1)	11,09	1,26-98,02	0,008
Tidak ada	41 (89,1)	91 (98,9)			
Status imunisasi (BCG)					
Tidak imunisasi	32 (69,6)	52 (56,5)	1,76	0,83-3,73	0,139
Imunisasi	14 (30,4)	40 (43,5)			

Tabel 3 Adjusted OR antara ventilasi, kelembaban, pencahayaan, suhu, dan status gizi terhadap TB paru

Faktor risiko	Adjusted OR	95%CI	Nilai p
Ventilasi	2,872	1,01-8,20	0,049
Kelembaban	3,905	1,28-11,89	0,017
Pencahayaan	4,456	1,34-14,85	0,015
Suhu	5,411	1,90-15,39	0,002
Status gizi	6,736	2,52-18,02	0,000

Status gizi juga berperan sebagai kejadian TB paru dibandingkan dengan faktor risiko kejadian TB paru. Status gizi status gizi normal. Hasil penelitian ini sesuai kurang meningkatkan risiko terhadap dengan penelitian terdahulu yang

menunjukkan bahwa orang dengan $IMT < 18,5 \text{ kg/m}^2$ mempunyai risiko lebih besar untuk menderita TB paru dibanding orang dengan $IMT \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$.¹³

Variabel yang tidak terbukti sebagai faktor risiko setelah diperoleh nilai *adjusted* OR antara lain variabel kepadatan hunian, sosial ekonomi, perilaku merokok, penyakit penyerta dan status imunisasi.

Dalam penelitian ini, kepadatan hunian dan sosial ekonomi bukan sebagai faktor risiko kejadian TB paru. Penelitian ini serupa dengan penelitian terdahulu yang mengatakan kepadatan hunian dan sosial ekonomi bukan sebagai faktor risiko.¹⁴ Hal ini disebabkan karena populasi sampel dari penelitian ini adalah seluruh pengunjung rawat jalan Puskesmas Karang Taliwang, dengan jumlah penduduk yang berobat menggunakan Jamkesmas adalah sebesar 539 jiwa (60%), sisanya adalah pasien ASKES dan umum. Jumlah keluarga miskin di wilayah ini adalah sebesar 9764 jiwa (34%) dari jumlah penduduk. Proporsi yang mirip juga terdapat pada responden yang memiliki kartu Jamkesmas yaitu sebesar 78,3% pada kasus dan 66,3% pada kontrol.

Tingkat kepadatan penduduk adalah salah satu indikator pemicu adanya masalah sosial yaitu sulitnya mendapat pekerjaan, pendidikan dan layanan kesehatan, yang berdampak juga pada masalah ekonomi atau kemiskinan. Makin buruk keadaan sosial ekonomi masyarakat, makin buruk juga nilai gizi dan sanitasi lingkungannya, yang menyebabkan daya tahan tubuh rendah dan makin rentan menjadi sakit, termasuk terinfeksi TB paru.¹¹

Dalam penelitian ini perilaku merokok tidak terbukti sebagai faktor risiko terjadinya TB paru. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa merokok dapat meningkatkan risiko terinfeksi TB paru, risiko perkembangan

penyakit dan penyebab kematian pada penderita TB.¹⁵ Hal ini disebabkan karena dari hasil pengumpulan data menunjukkan proporsi antara kelompok kasus dan kontrol sama-sama lebih besar pada adanya anggota keluarga yang merokok yaitu 63% pada kasus dan 67,4% pada kontrol. Hasil Survei Perilaku Hidup Bersih dan Sehat menunjukkan bahwa proporsi rumah tangga sehat dengan indikator tidak merokok baru mencapai 42,5% (target 80%).³

Merokok dapat mengganggu efektifitas sebagian mekanisme pertahanan respirasi. Hasil dari asap rokok dapat merangsang pembentukan mukosa dan menurunkan pergerakan silia, sehingga menyebabkan terjadinya penimbunan mukosa dan peningkatan risiko pertumbuhan bakteri, termasuk kuman TB, dan berakibat pada rentannya tubuh pada infeksi TB paru.¹⁵

Pada penelitian ini penyakit-penyakit yang biasa menyertai dan memperburuk kondisi penderita TB paru adalah DM dan HIV. Hasil analisis bivariat dari 138 responden, hanya 38 orang (27%) responden yang mau mengikuti *screening* HIV dan hasilnya 100% non reaktif, karena proporsi sampel yang mau di tes HIV hasilnya sama yaitu non reaktif, sehingga tidak dilakukan analisis bivariat maupun multivariat. Sedangkan untuk penyakit penyerta DM menunjukkan bahwa DM berhubungan terhadap kejadian TB paru pada analisis bivariat, namun pada analisis multivariat tidak terbukti sebagai faktor risiko.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa orang dengan penyakit DM memiliki risiko 2,66 kali terinfeksi TB paru.¹⁶ Hal ini disebabkan karena proporsi sampel dengan penyakit penyerta DM sangat kecil. Proporsi responden dengan penyakit penyerta DM pada penelitian ini adalah 10,9% (5 orang)

pada kasus, dan 1,1% (1 orang) pada kontrol. DM dapat meningkatkan frekuensi maupun tingkat keparahan suatu infeksi, termasuk infeksi karena TB. Hal tersebut kemungkinan karena adanya abnormalitas dalam imunitas yang diperantarai oleh sel dan fungsi fagosit berkaitan dengan hiperglikemia, termasuk berkurangnya vaskularitas.¹⁷

Dalam penelitian ini, status imunisasi bukan sebagai faktor risiko terjadinya TB paru. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa anak yang mendapatkan vaksinasi BCG memiliki risiko lebih rendah terinfeksi TB, dibandingkan dengan anak yang tidak mendapatkan imunisasi BCG. Pada populasi dengan prevalensi TB yang tinggi, imunisasi BCG tidak bisa untuk memproteksi risiko terinfeksi TB pada orang dewasa. Namun, imunisasi BCG dapat memberi proteksi yang cukup/hampir di atas 50% pada anak. Karena itu pada daerah dengan prevalensi TB tinggi imunisasi BCG diberikan pada anak sejak baru lahir, agar sedini mungkin memiliki kekebalan terhadap TB paru.¹⁸ Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa proporsi yang hampir sama pada responden yang sudah diimunisasi BCG yaitu sebesar 30,4% pada kasus dan 43,5% pada kontrol, atau lebih banyak pada responden yang tidak imunisasi BCG.

Penelitian ini memiliki beberapa kelemahan, pertama adalah dalam pengendalian *recall* bias yaitu pada saat mencari data tentang imunisasi BCG dan data status gizi responden; kedua adalah kemungkinan terjadinya misklasifikasi dalam memasukkan IMT responden; ketiga adalah kontrol dipilih dari pengunjung puskesmas dan tidak dari penduduk di wilayah kerja puskesmas sehingga ciri-cirinya mirip dengan beberapa faktor risiko yang diteliti; dan keempat adalah terhadap kontrol tidak dilakukan pemeriksaan sputum untuk

mendapatkan diagnosis pasti bahwa kontrol sedang tidak menderita TB.

Simpulan

Variabel yang merupakan faktor risiko terhadap kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram adalah faktor sanitasi rumah dan status gizi. Sanitasi rumah yang paling berperan adalah ventilasi rumah, kelembaban, pencahayaan, dan suhu rumah. Sedangkan variabel yang bukan sebagai faktor risiko adalah faktor kepadatan hunian, sosial ekonomi, perilaku merokok, penyakit penyerta DM, dan status imunisasi.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Walikota Mataram dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Mataram yang telah memberikan ijin penelitian; Kepala Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram, dan semua rekan yang membantu terselesainya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. WHO. *Global Tuberculosis Report 2012*. World Health Organization 20 Avenue Appia, 1211–Geneva–27, Switzerland; 2012. [cited 2013 Februari 4] Available from URL: <http://www.who.int/-tuberkulosis>.
2. Dinas Kesehatan Provinsi NTB. *Laporan Evaluasi Kegiatan TB Paru Provinsi NTB*. Mataram: Bidang P2 Dinas Kesehatan Provinsi NTB; 2010.
3. Dinas Kesehatan Kota Mataram. *Profil Dinas Kesehatan Kota Mataram*. Mataram: Dikes Kota Mataram; 2012.
4. Puskesmas Karang Taliwang. *Profil Puskesmas Karang Taliwang Tahun 2012*. Mataram: Puskesmas Kr. Taliwang; 2012.
5. Supari. *Hubungan Faktor Fisik Rumah Terhadap Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah Puskesmas Karang Jati Kecamatan Karang Jati Kabupaten Ngawi (tesis)*. Semarang: UNDIP; 2005.
6. Jelalu, T. *Faktor-Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru Pada Orang Dewasa di Kabupaten Kupang (tesis)*. Yogyakarta: UGM; 2008.

7. Fatimah, S. *Faktor Kesehatan Lingkungan Rumah Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Di Kabupaten Cilacap (Kecamatan: Sidareja, Cipari, Kedungreja, Patimuan, Gandrungmangu, Bantarsari) Tahun 2008 (tesis)*. Semarang: UNDIP; 2008.
8. Kementerian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 829 Tahun 1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan*. Jakarta: Kemenkes RI; 1999.
9. Badan Pusat Statistik Republik Indonesia. *Sosial dan Kependudukan*. BPS; 2012. [cited 2013 April 29]. Available from URL: <http://www.bps.go.id/menutab.php?tabel=1&kat=1&idsubyek=23>.
10. Supariasa. *Pendidikan & Konsultasi Gizi*. Jakarta: EGC; 2011.
11. Rusnoto; Pasihan, R.; Udino, A. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Pada Usia Dewasa (Studi Kasus di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Pati)*. Semarang: Universitas Diponegoro; 2005.
12. Ruswanto, B. 2010. *Analisis Spasial Sebaran Kasus Tuberkulosis Paru Ditinjau dari Faktor Lingkungan Dalam dan Luar Rumah di Kabupaten Pekalongan (tesis)*. Semarang: UNDIP.
13. Priyadi, S. *Analisa Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian TB Paru BTA(+) di Kabupaten Wonosobo (tesis)*. Semarang: UNDIP; 2003.
14. Wijaya, A.A. Merokok dan Tuberkulosis. *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*; 8. Jakarta: PPTI; 2012. [cited 2013 Februari22].
15. Aditama, T.Y. *Rokok dan Tuberkulosis Paru*. Jakarta: Bagian Pulmonologi dan Kedokteran Respiratori FKUI; 2003.
16. Coker, R.; Reader; McKee, M.; Atun, R.; Dimitrova, B.; Dodonova, E.; Kuznetsov, S.; Drobniewski, F. Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study. *BMJ*. 2006;332:85. 2005. [cited 2013 Februari 4]. Available from URL: <http://www.bmj.com/content/332/7533/85>.
17. Jeon, C.Y.; Murray, M.B. *Diabetes Mellitus Increased The Risk Of Active Tuberculosis: A Systematic Review Of 13 Observasional Studies*. 2008. [cited 2013 Februari 4]. Available from URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050152>.
18. Soysal, A.; Millington, K.A.; Bakir, M.; Dosanjh, D.; Aslan Y.; Deeks, J.J.; Efe, S.; Staveley, I.; Ewer, K.; Lalvani, A. Effect of BCG vaccination on risk of Mycobacterium tuberculosis infection in children with household tuberculosis contact: a prospective community-based study. *Lancet* 366(9495).

Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Wanita Pasangan Usia Subur dengan Tindakan *Pap Smear* di Puskesmas Sukawati II, Gianyar

Martini,^{1,4} L.P. Lila Wulandari,^{1,3} Nyoman Mangku Karmaya^{1,2}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Bagian Anatomi Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, ³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ⁴Puskesmas Sukawati II Gianyar

Korespondensi penulis: martini.niketut@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: Cakupan *pap smear* di Puskesmas Sukawati II Gianyar tahun 2011 hanya 0,39 % (17 orang), masih jauh dibawah target kabupaten yaitu 85 persen. Terjadi penurunan dari tahun 2009 (49 orang atau 1,12%) dan 2010 (32 orang atau 0,73%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik, pengetahuan, dan sikap wanita usia subur, termasuk perilaku seksual dengan perilaku *pap smear* di Puskesmas Sukawati II.

Metode: Desain penelitian adalah *cross sectional* menggunakan 50 sampel wanita pasangan usia subur di wilayah kerja Puskesmas Sukawati II, tidak hamil dan bisa baca tulis. Data dikumpulkan melalui wawancara dengan kuesioner terstruktur dan data sekunder dari catatan puskesmas. Analisis data meliputi analisis univariat, bivariat (*chi-squared test*) dan multivariat (regresi logistik).

Hasil: Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara pendidikan ($p=0,006$), penghasilan ($p=0,024$), pengetahuan ($p=0,006$) dan sikap ($p=0,001$) dengan *pap smear*. Analisis multivariat menunjukkan hanya sikap wanita pasangan usia subur yang berhubungan dengan tindakan *pap smear* dengan OR=12 (95%CI: 2,31-62,46).

Simpulan: Sikap memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pemeriksaan *pap smear* di Puskesmas Sukawati II.

Kata kunci: *pap smear*, karakteristik, pengetahuan, sikap, puskesmas

Relationship between Demographic Characteristic, Knowledge and Attitude of Fertile Aged Women in Seeking Pap Smear Services at Sukawati II Community Health Centre, Gianyar Regency

Martini,^{1,4} L.P. Lila Wulandari,^{1,3} Nyoman Mangku Karmaya^{1,2}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Anatomy, Faculty of Medicine Udayana University, ³Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ⁴Sukawati II Health Centre Gianyar Regency

Corresponding author: martini.niketut@yahoo.co.id

Abstract

Background and purpose: Pap smear coverage in 2011 at Sukawati II Health Centre was only 0.39% (17 people) which is well below the district target of 85%. This is in fact a decrease from 2009 (1.12%/49 people) and 2010 (0.73%/32 people). This study was aimed to examine the relationship between demographics, knowledge, and attitudes of reproductive aged women, including sexual behavior and pap smear seeking behavior.

Methods: Research used a cross-sectional survey with sample of 50 people of reproductive aged women from Sukawati II Health Center, not pregnant and literate. Data was collected through structured questionnaire interview and secondary data from healthcare center records. Data were analysed using univariate, bivariate (chi-squared test) and multivariate analysis (logistic regression).

Results: Bivariate analysis indicated that education ($p=0.006$), financial status ($p=0.024$), knowledge ($p=0.006$) and attitude ($p=0.001$) were significantly associated with pap smear practices. The multivariate analysis showed that only the attitude of women that related to actions with a pap smear with OR=12 (95%CI: 2.31-62.46).

Conclusion: The attitude of reproductive aged women is associated to pap smear practices in Sukawati II Health Centre, Gianyar Regency.

Keywords: pap smear, characteristics, knowledge, attitudes, health centers

Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu tujuan *millennium development goals* (MDGs) dengan cara menekan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dengan target pencapaian tahun 2015 yaitu AKI 102 per 100 ribu kelahiran hidup (KH) dan AKB sebesar 32 per 100 ribu KH.

Masalah kesehatan perempuan saat ini adalah meningkatnya penyakit infeksi menular seksual pada organ reproduksi (99,7%), salah satunya adalah virus penyebab kanker serviks.¹ Kanker serviks dapat menyerang wanita pada semua lapisan masyarakat dari golongan ekonomi bawah, golongan ekonomi tinggi, berpendidikan rendah, berpendidikan tinggi, usia muda maupun usia tua.² Tingginya angka kematian akibat kanker serviks terjadi karena 70% kasus ditemukan dalam stadium lanjut dan tidak pernah deteksi dini antara lain dengan pemeriksaan *pap smear*.³

Pap smear merupakan salah satu skrining untuk deteksi dini kanker serviks dan dapat menurunkan angka kematian sampai 90%.¹ Faktor-faktor yang mempengaruhi pemeriksaan *pap smear* adalah karakteristik, pengetahuan, sikap, paritas, usia menikah, kontrasepsi, jarak, letak geografis dan pelayanan kesehatan.⁴

Cakupan *pap smear* di Puskesmas Sukawati II tahun 2009 adalah 1,12% (49 orang), tahun 2010 turun menjadi 0,73% (32 orang) dan tahun 2011 turun lagi menjadi 0,39% (17 orang). Terjadi penurunan cakupan *pap smear* dari tahun 2009-2011 sebesar 0,6%. Sebaliknya kasus kanker serviks yang tercatat di Puskesmas Sukawati II meningkat (2 kasus tahun 2009-2010 menjadi 6 kasus tahun 2011). Rendahnya partisipasi wanita terhadap pemeriksaan

pap smear kemungkinan karena merupakan akibat kurangnya pengetahuan tentang pentingnya deteksi dini dengan *pap smear*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik, pengetahuan dan sikap wanita pasangan usia subur (PUS) dengan perilaku pemeriksaan *pap smear* di Puskesmas Sukawati II.

Metode

Jenis penelitian ini adalah survei *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 50 wanita kawin usia subur (WUS) yang diambil secara konsekutif. Kriteria inklusi meliputi WUS yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukawati II, tidak sedang hamil, bisa baca tulis dan bersedia menjadi responden. Pengumpulan data melalui wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner kepada WUS yang berkunjung ke puskesmas induk dan puskesmas pembantu.

Variabel terikat pada penelitian ini adalah perilaku WUS terhadap pemeriksaan *pap smear*, sedangkan variabel bebas adalah karakteristik, pengetahuan dan sikap WUS. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dengan *chi-squared test* dan multivariat dengan regresi logistik.

Penelitian ini sudah mendapatkan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Kebanyak responden berada pada umur ≥ 35 tahun, sebanyak 28 responden (56%), tingkat pendidikan dengan kategori menengah sebanyak 38 responden (76%), 35

responden (70%) bekerja, 31 responden (62%) dengan kategori penghasilan tinggi (\geq Rp.1.104.000,- per bulan), 38 responden (76%) dengan tingkat pengetahuan kategori tinggi, 36 responden (72%) dengan kategori sikap baik, dan 26 responden (52%) pernah melakukan pemeriksaan *pap smear*.

Hasil analisis dengan uji *chi-square* (Tabel 1) terdapat empat variabel yang

memiliki hubungan dengan perilaku pemeriksaan *pap smear* yaitu pendidikan ($p=0,006$), penghasilan ($p=0,024$), pengetahuan ($p=0,006$) dan sikap ($p=0,001$). Variabel yang tidak memiliki hubungan dengan pemeriksaan *pap smear* adalah umur ($p=0,296$) dan pekerjaan ($p=0,547$).

Tabel 1. Hubungan karakteristik responden dengan perilaku *pap smear* di Puskesmas Sukawati II Tahun 2012

Variabel	Pemeriksaan <i>pap smear</i>		Nilai p*
	Tidak	Ya	
Umur			
≥ 35 tahun	12 (42,9%)	16 (57,1%)	0,296
< 35 tahun	12 (54,5%)	10 (45,5%)	
Pendidikan			
Dasar	10 (83,8%)	2 (16,7%)	0,006
Menengah	14 (36,8%)	24 (63,2%)	
Pekerjaan			
Tidak bekerja	7 (46,7%)	8 (53,3%)	0,574
Bekerja	17 (48,6%)	18 (51,4%)	
Penghasilan			
Tinggi	11 (35,5%)	20 (64,5%)	0,024
Rendah	13 (68,4%)	6 (31,6%)	

*) χ^2 test

Tabel 2. Hubungan pengetahuan dan sikap responden dengan perilaku *pap smear* di Puskesmas Sukawati II tahun 2012

Variabel	Pemeriksaan <i>pap smear</i>		Nilai p*
	Tidak	Ya	
Pengetahuan			
Tinggi	14 (36,8%)	24 (63,2%)	0,006
Rendah	10 (83,3%)	2 (16,7%)	
Sikap			
Baik	12 (33,3%)	24 (66,7%)	0,001
Kurang	12 (85,7%)	2 (14,3%)	

*) χ^2 test

Berdasarkan hasil analisis bivariat dengan uji *chi-square*, dari empat variabel yang memiliki hubungan dengan perilaku pemeriksaan *pap smear* selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan regresi logistik. Hasil regresi logistik (Tabel 3) didapatkan hasil pendidikan dengan OR=3,46 (95%CI: 0,17-69,27), penghasilan dengan OR=0,47 (95%CI: 0,05-4,79), pengetahuan dengan OR=0,005 (95%CI: 0,00-0,005) dan sikap dengan OR=12 (95%CI: 2,31-62,46). Tiga variabel lain yaitu

pengetahuan, pendidikan dan penghasilan tidak terbukti memiliki hubungan dengan perilaku *pap smear*. Variabel sikap terbukti memiliki hubungan yang signifikan dan merupakan variabel paling dominan dalam hal meningkatkan perilaku pemeriksaan *pap smear*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian serupa yang di Banda Aceh yang menyatakan bahwa variabel sikap secara bermakna berhubungan dengan pemeriksaan *pap smear*.⁵

Diskusi

Berdasarkan analisis multivariat dengan regresi logistik menunjukkan bahwa variabel umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan

dan pengetahuan tidak mempunyai hubungan bermakna dengan perilaku *pap smear* sedangkan variabel sikap terbukti mempunyai peluang untuk meningkatkan perilaku *pap smear* paling tinggi yaitu dengan OR=12 (95%CI: 2,31-62,46).

Umur tidak berhubungan dengan tindakan *pap smear*. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kelompok umur dengan pemeriksaan *pap smear* ($p=0,92$)⁵ dan penelitian yang menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan tindakan *pap smear*.⁴ Umur bukan suatu patokan untuk melakukan pemeriksaan *pap smear* jika bukan didasari oleh sikap dari responden sendiri. Selain itu, juga disebabkan adanya anggapan bahwa pemeriksaan *pap smear* tidak terlalu penting dilakukan, takut menerima hasil pemeriksaan dan malu melakukan pemeriksaan.⁴

Tabel 3. Hasil uji regresi logistik antara pendidikan, pengetahuan dan sikap dengan perilaku *pap smear* di Puskesmas Sukawati II tahun 2012

Variabel	OR	95%CI		Nilai p
		Lower	Upper	
Pendidikan	3,462	0,17	69,27	0,417
Penghasilan	0,474	0,05	4,79	0,527
Pengetahuan	0,005	0,00	0,005	0,999
Sikap	12,00	2,31	62,46	0,003

Dalam penelitian ini pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku *pap smear*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa pendidikan tidak mempunyai hubungan secara bermakna dengan *pap smear*.⁴ Berbeda dengan penelitian Nurhasanah yang menyatakan bahwa pendidikan berpengaruh signifikan terhadap pemeriksaan *pap smear*. Pendidikan tidak selalu berhubungan dengan tindakan *pap smear*, pendidikan tinggi tidak selalu menjamin perilaku yang lebih baik terhadap

tindakan *pap smear*, mengingat banyak faktor lain yang mempengaruhi perubahan perilaku. Faktor sosial ekonomi, pengetahuan, sikap, dukungan suami, keluarga/orang terdekat, norma agama dan adat istiadat yang diyakini juga mempengaruhi perubahan perilaku.

Dalam penelitian ini, pekerjaan tidak terbukti berhubungan dengan perilaku *pap smear*. Hal ini sejalan dengan penelitian Wirawan yang menyatakan bahwa responden yang bekerja lebih banyak melakukan pemeriksaan *pap smear* daripada

responden yang tidak bekerja. Hasil penelitian ini sejalan juga dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pemeriksaan *pap smear* di Rumah Sakit Banda Aceh.⁵ Hal ini menunjukkan bahwa waktu luang atau kesempatan yang lebih banyak pada responden yang tidak bekerja tidak selalu dimanfaatkan untuk melakukan *pap smear*. Hal ini karena tidak semua responden menganggap *pap smear* sebagai kebutuhan untuk menjaga kesehatan.⁶

Penghasilan tidak terbukti memiliki hubungan bermakna dengan perilaku *pap smear* pada penelitian ini. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa responden yang bekerja lebih banyak melakukan pemeriksaan *pap smear* dari pada responden yang tidak bekerja.⁷ Tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh pekerjaan, karena dapat pula dipengaruhi oleh tingginya arus informasi yang diterima melalui media promosi kesehatan.

Penghasilan tidak berhubungan secara bermakna dengan perilaku *pap smear* pada penelitian ini. Tindakan pemeriksaan *pap smear* tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh tingginya penghasilan, namun ada faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi tindakan seseorang melakukan pemeriksaan *pap smear* seperti: dukungan orang terdekat, pola hidup dimana kesehatan bukan sebagai prioritas kebutuhannya, norma agama dan adat istiadat.

Pengetahuan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku *pap smear* pada penelitian ini. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di poliklinik RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, bahwa hanya 2,9% responden yang memiliki pengetahuan baik tentang pemeriksaan *pap smear* sedangkan

responden yang memiliki pengetahuan cukup, sebesar 21,6% dan yang berpengetahuan kurang sebesar 75,5%.⁸ Berbeda juga dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa 5,5% ibu di Kelurahan Petisah Tengah memiliki pengetahuan yang baik mengenai *pap smear*, sedangkan ibu yang berpengetahuan sedang mengenai *pap smear* terdapat sebesar 62,7% dan selebihnya berpengetahuan kurang yaitu sebesar 31,8%.⁹ Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan *pap smear* di Indonesia banyak disebabkan oleh kurangnya tingkat kewaspadaan masyarakat terhadap kanker serviks serta informasi mengenai cara pencegahan dan deteksi dininya.

Dalam penelitian ini, variabel sikap berhubungan secara bermakna dengan perilaku *pap smear* dengan OR=12 (95%CI: 2,31-62,46). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kuta Utara, Badung, Bali yaitu sikap wanita usia subur sangat mempengaruhi pelaksanaan pemeriksaan *pap smear*.¹⁰ Sejalan pula dengan penelitian yang dilakukan di Jakarta bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan pemeriksaan *pap smear*.⁴ Sikap sangat menentukan seseorang ke arah lebih baik. Upaya yang dapat dilakukan untuk membentuk sikap tersebut dapat diwujudkan melalui pemberdayaan tenaga kesehatan untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya pemeriksaan *pap smear* kepada masyarakat secara berkala.

Keterbatasan penelitian ini adalah wawancara dilakukan di dalam puskesmas dan puskesmas pembantu di wilayah kerja Puskesmas Sukawati II. Kesempatan menjadi responden pada penelitian ini terbatas pada wanita pasangan usia subur yang berkunjung ke puskesmas. Wanita pasangan usia subur

yang bekerja sulit mencari waktu berkunjung ke puskesmas karena berbenturan dengan waktu pelayanan puskesmas yang terbatas.

Simpulan

Sikap memiliki hubungan signifikan dengan perilaku pemeriksaan *pap smear*, sedangkan variabel lain seperti umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan pengetahuan tidak terbukti memiliki hubungan bermakna dengan perilaku pemeriksaan *pap smear* di Puskesmas Sukawati II.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Camat Sukawati, Kepala Puskesmas Sukawati II, kepala desa se-wilayah kerja Puskesmas Sukawati II serta semua pihak yang telah membantu penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Wijaya dan Delia. *Pembunuh ganas itu bernama kanker serviks*. Yogyakarta Universitas; Sinar Kejora: 2010.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pelayanan terpadu kesehatan reproduksi di puskesmas*. Jakarta: 2002.
3. Ramli. *Deteksi dini kanker*. Jakarta; Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: 2002.
4. Darnindro N, Jasin MR, Martina, Heryanto L, Ardiansyah D, Tambunan M dkk. *Pengetahuan sikap perilaku perempuan yang sudah menikah mengenai pap smear dan faktor-faktor yang berhubungan di rumah susun Klender*. Jakarta; Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: 2007.
5. Nurhasanah. *Pengaruh karakteristik dan perilaku pasangan usia subur (PUS) terhadap pemeriksaan pap smear di RSUZA Banda Aceh*. [cited 2008 Agustus 27]. Available from URL:<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/89/6762/1/1/08E00456.pdf>.
6. Majalah Kedokteran Indonesia. Pengetahuan, sikap, perilaku perempuan yang sudah menikah mengenai pap smear dan faktor-faktor yang berhubungan di rumah susun Klender. Jakarta; **Majalah Kedokteran Indonesia**: 2007.
7. Wirawan K. *Psikologi sosial*. Jakarta; Rajawali: 2001.
8. Moegni EM. Penilaian pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien poliklinik kebidanan dan kandungan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo tentang pap smear. **Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia** 2006; 30.
9. Octavia C. *Gambaran pengetahuan ibu mengenai pemeriksaan pap smear di Kelurahan Petisah Tengah*. [cited 2009 Jan 07]. Available from URL: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14280/1/09E0916.pdf>
10. Yuniarsih, D. *Gambaran pengetahuan ibu post partum tentang perawatan payudara di RB Kartini Surabaya*. [cited 2012 Agustus 01]. Available from URL:<http://share.stikesvarsis.ac.id/elib/main/kat/00028/Karya-Tulis-Ilmiah-Kebidanan>.

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Tes HIV oleh Ibu Hamil di Puskesmas Kota Denpasar

Ni Ketut Arniti^{1,3} L.P. Wulandari,^{1,2} D.N. Wirawan^{1,4}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, ³Dinas Kesehatan Provinsi Bali, ⁴Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
Korespondensi penulis: arniti_ketut@yahoo.co.id

Abstrak

Tujuan: Mengetahui alasan ibu hamil menerima tes HIV serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Metode: Desain penelitian adalah survei *cross sectional* dengan sampel 120 ibu hamil yang datang untuk pemeriksaan kehamilan di Puskesmas I Denpasar Utara dan Puskesmas II Denpasar Selatan dari tanggal 26 Maret sampai 22 April 2014. Data dikumpulkan dengan wawancara di puskesmas menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis data dilakukan secara univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi masing-masing variabel, bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel terikat dengan masing-masing variabel bebas dengan menggunakan uji *chi-square* serta analisis multivariat dengan regresi logistik untuk mengetahui hubungan antara keseluruhan variabel bebas dengan variabel terikat.

Hasil: Alasan menerima tes HIV adalah mengikuti anjuran petugas (65,8%), ingin tahu status HIV (61,7%) dan untuk melindungi anak dari penularan (19,2%). Analisis bivariat menunjukkan bahwa penerimaan oleh ibu hamil lebih tinggi pada ibu yang tidak bekerja (75,8%; $p=0,033$), pengetahuan baik tentang HIV dan penularannya (78,4%; $p=0,001$), merasa rentan terhadap HIV/AIDS (72,0%; $p=0,019$), persepsi bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang parah (77,0%; $p\leq 0,001$), persepsi manfaat tes HIV (70,8%; $p=0,002$), tidak adanya persepsi hambatan (100%; $p\leq 0,001$) serta dukungan yang baik dari suami/keluarga (87,7%; $p\leq 0,001$). Analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang secara statistik signifikan meningkatkan penerimaan adalah dukungan suami/keluarga dengan OR=8,71 (95%CI: 2,89-26,28), persepsi keparahan penyakit dengan OR=3,39 (95%CI: 1,08-10,69) dan ibu hamil yang tidak bekerja dengan OR=2,82 (95%CI: 1,07-7,42).

Simpulan: Kebanyakan ibu hamil menjalani tes HIV karena anjuran petugas dan ingin tahu status HIV. Penerimaan pada ibu hamil dipengaruhi oleh dukungan suami/keluarga, persepsi keparahan penyakit HIV/AIDS dan ibu hamil yang tidak bekerja.

Kata kunci: penerimaan tes HIV, ibu hamil, Denpasar

Factors related to Acceptance of HIV Testing by Pregnant Mothers in Health Centres in Denpasar City

Ni Ketut Arniti^{1,3} L.P. Wulandari,^{1,2} D.N. Wirawan^{1,4}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Public Health, Faculty of Medicine Udayana University, ³Bali Province Health Department, ⁴Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University

Corresponding author: arniti_ketut@yahoo.co.id

Abstract

Purpose: To determine reasons of pregnant mothers to undergo HIV testing and factors influencing this decision.

Methods: The study design was a cross-sectional survey with a sample of 120 pregnant mothers seeking antenatal care in two sites: Puskesmas I Denpasar Utara and Puskesmas II Denpasar Selatan, during the period of 26 March to 22 April 2014. Data were collected through interviews using a structured questionnaire. Data were analysed using univariate to determine the frequency distribution of each variable, bivariate to determine the relationship between the dependent variable with each independent variable by the chi-squared test and multivariate analysis performed by logistic regression to determine the dominant factors to improve the acceptance of pregnant mothers to HIV testing.

Results: Reasons to undergo HIV testing were on recommendation from health providers (65.8%), concern for personal status (61.7%) and concerns about possibility of vertical transmission (19.2%). Bivariate analysis showed that the acceptance by pregnant mothers was higher in mothers unemployed (75.8%; $p=0.033$), good knowledge about HIV and its transmission (78.4%; $p=0.001$), was susceptible to HIV/AIDS (72.0%; $p=0.019$), the perception that HIV/AIDS is a severe disease (77.0%; $p\leq 0.001$), perceptions of the benefits of HIV testing (70.8%; $p=0.002$), absence perceived barriers (100%; $p\leq 0.001$) as well as good support from husband/family (87.7%; $p\leq 0.001$). Multivariate analysis showed that factors influencing were support from husband/family with OR=8.71 (95%CI: 2.89-26.28), perception of severity of HIV with OR=3.39 (95%CI: 1.08-10.69) and employment status with OR=2.82 (95%CI: 1.07-7.42).

Conclusion: The majority of women to undergo HIV testing because of recommendations by staff and a desire to know HIV status. Acceptance of HIV testing among pregnant mothers was influenced by the support of the husband/family, the perception of the severity of HIV / AIDS, and employment status.

Keywords: acceptance of HIV testing, pregnant mothers, Denpasar

Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia termasuk Indonesia.¹ Pada tahun 2000-an penularan HIV di Indonesia kebanyakan pada pemakai narkoba suntik dan sejak sekitar tahun 2008 mayoritas penularan HIV terjadi melalui hubungan heteroseksual berisiko yaitu dari wanita pekerja seks ke pelanggannya kemudian ke istri/pasangan seksualnya termasuk ibu hamil.² Kementerian Kesehatan RI melaporkan pada tahun 2011, dari 21.103 ibu hamil yang menjalani tes HIV, sebanyak 534 (2,5%) positif terinfeksi HIV.³ Menurut UNAIDS bila prevalensi HIV pada ibu hamil sama atau lebih dari 1% maka epidemik HIV di suatu negara/wilayah sudah termasuk epidemi yang *generalized*.⁴

Penularan HIV dari ibu hamil yang HIV positif ke bayi yang dikandungnya diperkirakan sebesar 20-50%.⁵ Untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi sangat penting dilakukan tes HIV pada semua ibu hamil dan bila ditemukan positif segera dirujuk untuk pemberian ARV pada ibu maupun bayinya.⁶

Data WHO melaporkan bahwa cakupan ibu hamil yang sudah melakukan tes HIV pada tahun 2011 mengalami peningkatan, kecuali Indonesia yang masih tetap paling rendah yaitu 0,4% sedangkan negara lain di Asia seperti Vietnam dengan cakupan 39%, China 75%, Cambodia 78% dan yang paling tinggi adalah Thailand yang telah mencapai 99%.⁷

Untuk meningkatkan cakupan ibu hamil yang melakukan tes HIV dikaitkan dengan upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak di Indonesia, pada tahun 2012 pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI meluncurkan program

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA), yang mulai dilaksanakan di tempat pelayanan kesehatan milik pemerintah seperti rumah sakit dan puskesmas.⁸ Salah satu ruang lingkup PPIA adalah penawaran tes HIV oleh petugas kesehatan bagi semua ibu hamil yang mengakses layanan di fasilitas pelayanan kesehatan.⁸ Di Provinsi Bali program PPIA telah mulai dilaksanakan tahun 2013 di rumah sakit dan puskesmas termasuk Puskesmas I Denpasar Utara dan Puskesmas II Denpasar Selatan yang berada di wilayah Kota Denpasar.

Tes HIV pada semua ibu hamil dengan pendekatan *Provider Initiative Testing and Counselling (PITC)* merupakan strategi yang tepat untuk meningkatkan cakupan dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi, namun dari hasil penelitian sebelumnya yang dilaksanakan secara kualitatif menunjukkan bahwa tidak semua ibu hamil menerima tes HIV.^{9,10} Sejauh ini, belum ada penelitian kuantitatif yang dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan tes HIV oleh ibu hamil di Propinsi Bali. Dalam upaya untuk meningkatkan cakupan tes HIV pada ibu hamil maka sangat perlu diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaannya. Berdasarkan hasil wawancara dengan delapan orang ibu hamil sebelum penelitian ini dimulai diperoleh bahwa beberapa alasan yang membuat ibu hamil tidak bersedia untuk menjalani tes HIV adalah karena merasa tidak bisa tertular, takut dengan hasil jika dilakukan tes, takut dengan pandangan negatif orang yang melihat ketika mengunjungi klinik *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*, khawatir terhadap pandangan masyarakat bila ketahuan positif HIV, ibu bekerja sehingga tidak ada waktu untuk melakukan tes HIV serta tidak mendapatkan ijin dari pasangan atau suami.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian survei *cross sectional* yang dilaksanakan pada ibu hamil pengunjung dua puskesmas di Kota Denpasar yaitu Puskesmas II Denpasar Selatan dan Puskesmas I Denpasar Utara. Sampel sebanyak 120 ibu hamil dan sekaligus sebagai responden dipilih secara *consecutive* dari semua ibu hamil yang melakukan ANC di puskesmas lokasi penelitian sejak tanggal 26 Maret 2014 sampai dengan 22 April 2014.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah penerimaan tes HIV oleh ibu hamil dan variabel bebasnya adalah umur, status pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, jumlah kunjungan ANC, paritas, pengetahuan tentang HIV dan penularannya, persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan tes HIV, dukungan suami atau keluarga, dukungan petugas kesehatan serta dukungan teman.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur oleh peneliti sendiri dan empat orang bidan yang telah dilatih sebelumnya dan tidak bekerja di puskesmas lokasi penelitian. Analisis data dilakukan secara univariat untuk mengetahui distribusi responden menurut karakteristik. Analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel terikat dengan masing-masing variabel bebas, dengan uji *chi-square*. Analisis multivariat dengan regresi logistik dilakukan untuk mengetahui hubungan antara keseluruhan variabel bebas dengan variabel terikat untuk mengetahui faktor yang meningkatkan penerimaan ibu hamil terhadap tes HIV.

Penelitian ini mendapatkan kelainan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berumur ≥ 25 tahun, tidak bekerja, sedang hamil kedua atau lebih, dan kunjungan ANC dua kali atau lebih. Dilihat dari pendidikan sebagian responden adalah tamat sekolah menengah atas atau lebih tinggi. Dari seluruh responden yang diwawancara semua dalam status kawin.

Tabel 1. Karakteristik responden penelitian di puskesmas Kota Denpasar

Karakteristik	n=120	%
Umur		
<25 tahun	40	33,3
≥ 25 tahun	80	66,7
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	66	55,0
Bekerja	54	45,0
Pendidikan		
\geq Sekolah menengah atas	60	50,0
< Sekolah menengah atas	60	50,0
Status perkawinan		
Kawin	120	100
Paritas		
Multigravida	78	65,0
Primigravida	42	35,0
Jumlah kunjungan ANC		
≥ 2	107	89,2
< 2	13	10,8

Pada Tabel 2 disajikan proporsi penerimaan tes HIV dan proporsi jawaban responden tentang pengetahuan, persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan tes HIV, dukungan suami atau keluarga, dukungan petugas kesehatan serta dukungan teman.

Sebanyak 65,8% responden mengungkapkan bahwa mereka melakukan tes HIV dengan alasan mengikuti anjuran petugas kesehatan, 61,7% mengatakan oleh karena ingin tahu status HIV, 19,2% oleh karena untuk melindungi anak, 2,5% untuk melindungi pasangan dan 1,7% karena merasa memiliki risiko tertular HIV. Alasan tidak menerima tes adalah 23,3% karena takut diambil darah, 18,3% takut mengetahui hasil tes, 16,7% tidak mendapat ijin suami.

Hasil analisis bivariat seperti disajikan pada Tabel 3 menunjukkan bahwa variabel yang secara bermakna berhubungan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil yaitu status ibu hamil yang tidak bekerja, pengetahuan tentang HIV dan penularannya, persepsi kerentanan terhadap HIV/AIDS, persepsi keparahan penyakit HIV/AIDS, manfaat tes HIV, persepsi hambatan tes HIV serta dukungan suami atau keluarga. Pada kelompok responden yang bekerja cenderung lebih sedikit yang menerima tes HIV yaitu sebanyak 57,4% sedangkan pada kelompok yang tidak bekerja sebanyak 75,8% ($p=0,033$). Pada responden yang berpengetahuan HIV/AIDS baik sebanyak 78,4% menerima tes dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 50,0%

($p=0,001$). Mereka yang merasa rentan terhadap HIV/AIDS, 72,0% menerima tes dan yang merasa tidak rentan 45,0% ($p=0,019$). Responden yang memiliki persepsi bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang parah sebesar 77,0% menerima tes dan yang menyatakan tidak parah 42,4% ($p<0,001$). Sebanyak 70,8% responden mempunyai persepsi bahwa tes HIV bermanfaat dan menerima tes, sedangkan 14,3% menyatakan tidak bermanfaat ($p<0,002$). Semua responden yang menerima tes HIV tidak memiliki persepsi hambatan untuk tes ($p<0,001$). Responden dengan dukungan suami atau keluarga yang baik sebesar 87,7% menerima tes dan dukungan suami atau keluarga kurang baik 49,2% ($p<0,001$).

Tabel 2. Penerimaan tes HIV, pengetahuan, persepsi dan dukungan

Variabel	n=120	%
Penerimaan tes HIV		
Ya	81	67,5
Tidak	39	32,5
Pengetahuan tentang HIV dan penularannya		
Baik	74	61,7
Kurang	46	38,3
Persepsi kerentanan terhadap HIV		
Merasa rentan	100	83,3
Tidak merasa rentan	20	16,7
Persepsi keparahan HIV/AIDS		
HIV penyakit yang parah	87	72,5
HIV penyakit yang tidak parah	33	27,5
Persepsi manfaat tes HIV		
Bermanfaat	113	94,2
Tidak bermanfaat	7	5,8
Persepsi hambatan tes HIV		
Ada hambatan	39	32,5
Tidak ada hambatan	81	67,5
Dukungan suami atau keluarga		
Baik	57	47,5
Kurang	63	52,5
Dukungan petugas kesehatan		
Baik	109	90,8
Kurang	11	9,2
Dukungan teman		
Ada	13	10,8
Tidak ada	107	89,2

Tabel 3. Penerimaan tes HIV oleh ibu hamil berdasarkan karakteristik responden, pengetahuan, persepsi dan dukungan

Variabel	Penerimaan tes HIV		Nilai p*
	Ya n (%)	Tidak n (%)	
Umur			
<25 tahun	30 (75,0)	10 (25,0)	0,215
≥25 tahun	51 (63,8)	29 (36,3)	
Status pekerjaan			
Tidak bekerja	50 (75,8)	16 (24,2)	0,033
Bekerja	31 (57,4)	23 (42,6)	
Pendidikan			
≥Sekolah menengah atas	41 (68,3)	19 (31,7)	0,845
<Sekolah menengah atas	40 (66,7)	20 (33,3)	
Paritas			
Multigravida	52 (66,7)	26 (33,3)	0,791
Primigravida	29 (69,0)	13 (31,0)	
Kunjungan ANC			
≥2	74 (69,2)	33 (30,8)	0,266
<2	7 (53,8)	6 (42,6)	
Pengetahuan tentang HIV dan penularannya			
Baik	58 (78,4)	16 (21,6)	0,001
Kurang	23 (50,0)	23 (50,0)	
Persepsi kerentanan HIV/AIDS			
Merasa rentan	72 (72,0)	28 (28,0)	0,019
Tidak merasa rentan	9 (45,0)	11 (55,0)	
Persepsi keparahan HIV/AIDS			
HIV penyakit yang parah	67 (77,0)	20 (23,0)	<0,001
HIV penyakit yang tidak parah	14 (42,4)	19 (57,6)	
Persepsi manfaat tes HIV			
Bermanfaat	80 (70,8)	33 (29,2)	0,002
Tidak bermanfaat	1 (14,3)	6 (85,7)	
Persepsi hambatan tes HIV			
Ada hambatan	0 (0,0)	39 (100)	<0,001
Tidak ada hambatan	81 (100)	0 (0,0)	
Dukungan suami atau keluarga			
Baik	50 (87,7)	7 (12,3)	<0,001
Kurang	31 (49,2)	32 (50,8)	
Dukungan petugas kesehatan			
Baik	74 (67,9)	35 (32,1)	0,774
Kurang	7 (63,6)	4 (36,4)	
Dukungan teman			
Baik	8 (61,5)	5 (38,5)	0,627
Kurang	73 (68,2)	34 (31,8)	

*X² Test

Tabel 4. Adjusted OR variabel bebas dengan penerimaan tes HIV pada ibu hamil

Variabel	Adjusted OR	95%CI	Nilai p
Status pekerjaan	2,82	1,07–7,42	0,036
Pengetahuan	1,61	0,50–5,13	0,417
Persepsi kerentanan	1,57	0,40–6,12	0,512
Persepsi keparahan HIV/AIDS	3,39	1,08–10,69	0,037
Persepsi manfaat tes HIV	4,90	0,48–50,94	0,183
Dukungan suami atau keluarga	8,71	2,89–26,28	<0,001

Hasil analisis multivariat seperti disajikan pada Tabel 4 terlihat bahwa variabel yang meningkatkan penerimaan tes HIV pada ibu

hamil adalah status pekerjaan, persepsi keparahan terhadap HIV/AIDS dan dukungan suami atau keluarga. Ibu yang tidak bekerja

2,82 kali lebih mungkin menerima tes HIV dibandingkan dengan ibu yang bekerja (95%CI: 1,07–7,42). Ibu yang memiliki persepsi keparahan yang tinggi 3,39 kali lebih mungkin untuk menerima tes HIV daripada ibu yang memiliki persepsi keparahan yang rendah tentang HIV/AIDS (95%CI: 1,08–10,69). Ibu yang memiliki dukungan baik dari suami atau keluarga 8,71 kali lebih mungkin untuk menerima tes HIV dibandingkan dengan ibu yang memiliki dukungan kurang dari suami atau keluarga (95%CI=2,89–26,28).

Diskusi

Dalam penelitian ini ditemukan tiga faktor yang secara bermakna berhubungan dengan penerimaan tes HIV yaitu dukungan suami atau keluarga, status pekerjaan dan persepsi keparahan penyakit HIV/AIDS. Ibu hamil yang memiliki dukungan baik dari suami atau keluarga 8,71 kali lebih mungkin untuk menerima tes HIV dibandingkan dengan ibu yang memiliki dukungan kurang dari suami atau keluarga (OR=8,71; 95%CI=2,89-26,28). Temuan ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) bahwa *reinforcing factors* (dalam hal ini dukungan suami atau keluarga) merupakan salah satu faktor untuk terbentuknya suatu perilaku.¹¹ Pada Buku Panduan PPIA, juga dicantumkan bahwa pentingnya dukungan suami untuk menunjang keberhasilan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak.⁹ Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di Indonesia yaitu penelitian di Singaraja, Bali oleh Aryasih (2012) dan penelitian di Semarang oleh Legiati dkk. (2012).^{10,12} Penelitian sejenis di luar negeri yang menunjukkan hasil yang sama yaitu penelitian oleh De Paoli dkk. (2004) di Tanzania, penelitian oleh Ambaye (2006) dan Worku (2005) di Ethiopia.^{13,14,15}

Penelitian di Singaraja, Bali oleh Aryasih (2012) menemukan bahwa alasan ibu hamil tidak melakukan tes HIV adalah dikarenakan kuatnya budaya patriarki yang mempengaruhi penerimaan ibu hamil terhadap tes HIV.¹⁰ Hal ini menunjukkan bahwa dukungan suami terhadap ibu sangat berpengaruh terhadap perilaku ibu untuk menerima tes HIV. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian kuantitatif yang dilakukan di Semarang oleh Legiati dkk. (2012) bahwa 51,1% ibu hamil menerima tes HIV karena dukungan suami dan dilaporkan sebesar 15,7 kali lebih mungkin untuk menerima tes HIV pada ibu hamil yang mendapat dukungan baik dari suami dibandingkan yang memiliki dukungan suami kurang.¹² Penelitian yang dilakukan oleh De Paoli dkk. (2004) di Tanzania juga menunjukkan hasil yang sama bahwa dukungan dari pasangan dan atau anggota keluarga menjadi faktor penting dalam menentukan apakah seorang wanita mampu sepenuhnya berpartisipasi dalam tes HIV untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi.¹³ Penelitian yang dilaksanakan di Ethiopia oleh Ambaye (2006) menemukan hasil serupa bahwa peran pasangan untuk pengambilan keputusan dan reaksi pasangan terhadap hasil tes yang positif mempengaruhi ibu untuk menerima tes HIV.¹⁴ Penelitian serupa dengan rancangan gabungan kuantitatif dan kualitatif di Gambella Ethiopia oleh Worku (2005) menemukan bahwa ibu hamil menyatakan perceraian sebagai respon yang diberikan oleh suami mereka setelah hasil tes yang diterima ibu adalah HIV positif dan ketika ibu tidak mengungkapkan dan mencari persetujuan dari suami mereka untuk tes HIV.¹⁵ Kondisi ini menunjukkan bahwa dukungan suami atau keluarga terhadap penerimaan tes HIV oleh ibu hamil adalah sangat penting.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang tidak bekerja proporsi untuk melakukan tes HIV lebih besar (75,8%) daripada ibu hamil yang bekerja (57,4%). Bekerja atau tidaknya ibu berhubungan secara signifikan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil. Ibu hamil yang tidak bekerja 2,82 kali lebih mungkin menerima tes HIV dibandingkan dengan ibu yang bekerja (95%CI: 1,07–7,42). Dalam beberapa penelitian lain ditemukan bahwa pekerjaan berhubungan dengan penerimaan tes HIV dan ada pula yang menemukan pekerjaan tidak berhubungan dengan penerimaan tes HIV. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Moges dan Amberbir (2011) yang menemukan bahwa pekerjaan berhubungan secara signifikan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil. Hal ini disebabkan karena ibu yang bekerja lebih banyak terpapar oleh informasi tentang HIV/AIDS.¹⁶ Berbeda dengan hasil penelitian di Semarang oleh Legiati dkk. (2012) menemukan bahwa tidak adanya hubungan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil dengan pekerjaan.¹² Penelitian oleh Kwofie (2008) juga menemukan bahwa pekerjaan tidak berhubungan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil dengan OR=0,83 (95%CI=0,41-1,68).¹⁷ Penerimaan tes HIV pada ibu yang tidak bekerja dalam penelitian ini kemungkinan berkaitan dengan proses pelayanan tes HIV di puskesmas. Salah satu puskesmas tempat penelitian menerapkan prosedur tes dengan cara pemberian informasi kepada ibu kemudian penawaran tes HIV di klinik antenatal dan apabila ibu bersedia untuk tes HIV maka ibu dirujuk ke klinik VCT untuk mendapat konseling pra tes. Setelah konseling pra tes ibu melanjutkan pemeriksaan darah di laboratorium yang kemudian membuka hasil di klinik VCT yang dilanjutkan dengan konseling pasca tes dan setelah mengetahui status HIV-nya ibu

kembali ke klinik antenatal. Proses ini memerlukan waktu yang cukup lama sehingga ada kemungkinan ibu hamil memutuskan untuk mengambil hasil tes di hari yang berbeda atau tidak bersedia tes karena waktu yang dimiliki sangat terbatas. Waktu yang terbatas yang dimiliki ibu terutama ibu yang bekerja membuat ibu menjadi enggan untuk tes HIV.

Dari penelitian ini diperoleh bahwa proporsi ibu hamil yang memiliki persepsi keparahan penyakit HIV/AIDS tinggi, proporsi yang menerima tes HIV (77,0%) lebih besar daripada persepsi keparahan rendah (42,4%), dan dijumpai hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan dengan penerimaan tes HIV oleh ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki persepsi keparahan yang tinggi 3,39 kali lebih mungkin untuk menerima tes HIV daripada ibu yang memiliki persepsi keparahan yang rendah tentang HIV/AIDS (95%CI: 1,08-10,69). Temuan ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* oleh Rosenstock (1974) dalam Glanz dkk. (1991) bahwa seseorang akan melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan bila merasa terancam oleh penyakit yang dirasakan lebih parah dibandingkan dengan penyakit yang dirasakan lebih ringan. Begitu pula persepsi keparahan yang tinggi tentang penyakit HIV/AIDS akan membuat seseorang mengambil tindakan pencegahan atau deteksi dini terhadap penyakit tersebut.¹⁸ Penelitian oleh Legiati dkk. (2012) di Semarang dan penelitian oleh Moges dan Amberbir (2011) di Ethiopia menemukan hasil yang berbeda dari penelitian ini dan berbeda pula dengan teori *Health Belief Model*. Kedua penelitian tersebut menemukan bahwa persepsi keparahan tidak berhubungan dengan perilaku tes HIV pada ibu hamil.^{12,16}

Keterbatasan penelitian adalah informasi yang diperoleh kurang mendalam karena penelitian ini merupakan penelitian survei dan diperlukan penelitian lanjut yang lebih mendalam.

Simpulan

Alasan ibu hamil untuk menerima tes HIV sebagian besar karena mengikuti anjuran petugas kesehatan dan ingin tahu status HIV. Hanya sebagian kecil dengan alasan untuk melindungi bayi yang dikandung yang sesungguhnya merupakan tujuan tes HIV selama kehamilan. Alasan tidak menerima tes HIV adalah karena takut diambil darah, takut hasil tes yang akan diterima, tidak mendapat ijin dari suami dan alasan waktu yang tidak sesuai dengan jam kerjanya. Faktor yang ditemukan berpengaruh terhadap penerimaan tes HIV oleh ibu hamil adalah dukungan suami atau keluarga, persepsi keparahan penyakit HIV/AIDS dan status ibu hamil yang tidak bekerja.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Puskesmas I Denpasar Utara dan Kepala Puskesmas II Denpasar Selatan dan semua pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan RI, Pusat Data dan Informasi. Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006. Jakarta; 2006.
2. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Rencana Aksi nasional Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2007-2010. Jakarta; KPAN; 2007.
3. Kementerian Kesehatan RI, Subdirektorat AIDS dan PMS. Laporan Triwulan IV 2011 Kasus HIV/AIDS Nasional. Jakarta; 2011.
4. United Nations Programme on HIV/AIDS. Terminology Guidelines. UNAIDS; 2011.
5. De Cock K.M, Fowler M.G, Maerclier. Prevention of Mother to Child HIV Transmission in Resource Countries : Translating Research Into Policy and Practice. JAMA; 2000.
6. World Health Organization. PMTCT Strategic Vision 2010-2015 Preventing Mother to Child Transmission of HIV Reach the UNGASS and Millennium Development Goal. Switland; 2010.
7. Srikantiah P, Lo Y, Baggaley R, Pandse R, Shaffer N. Antenatal HIV Testing and Counselling Practices in Seven Asian Countries: Working Towards Elimination of eMTCT in Low and Concentrated Epidemic Settings. Kuala Lumpur; 2013.
8. Kementerian Kesehatan RI. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor GK/MENKES/001/2013 Tentang layanan Pencegahan penularan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dari Ibu ke Anak (PPIA). Jakarta; 2013.
9. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Jakarta; 2012.
10. Aryasih P.T. Peran Hambatan dan Tantangan Bidan di Layanan Antenatal Care (ANC) untuk Merujuk Ibu Hamil dalam Penemuan Kasus HIV di Kecamatan Serisit Kabupaten Buleleng Tahun 2011. Denpasar; Universitas Udayana; 2012.
11. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
12. Legiati Titi P.S, Shaluhiyah Z, Suryoputro A. Perilaku Ibu Hamil untuk Tes HIV di Kelurahan Bandarharjo dan Tanjung Mas Kota Semarang. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia. 2010 Vol, 7/No.2/Agustus 2012.
13. De Paoli M.M, Manongi R, Klepp K.I. Factors Influencing Acceptability of Voluntary Counselling and HIV Testing Among Pregnant Women in Northern Tanzania. AIDS Care 2004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203410>.
14. Ambaye B.Y. Willingness of Pregnant Women Attending Antenatal Care Toward Voluntary Counseling and Testing. 2006 (thesis) Addis Ababa University; 2006.
15. Worku G. Factors Determining Acceptance of Voluntary HIV Testing Among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic at Armed Force Hospital in Addis Ababa. (thesis) Addis Ababa University; 2005.
16. Moges Z, Amberbir A. Factors Associated With Readiness to VCT Service Utilization Among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Northwestern Ethiopia: A Health Belief Model Approach. Ethiopian Journal of Health Sciences ; 2011.
17. Kwofie G.S. Acceptance of HIV Counselling and Testing Among Pregnant Women in The Kumasi Metropolis. Kumasi: Kwame Nkrumah University of Science and Technology; 2008.
18. Glanz K, Lewis F.M, Rimer B.K, editors. Health Behavior and Health Education: Theory Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1991.

Paparan Asap Rokok sebagai Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat

Musrifa,^{1,3} L.P. Lila Wulandari,^{1,2} D.N. Wirawan^{1,4}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ³Dinas Kesehatan Kota Mataram, ⁴Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Pencegahan, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
Korespondensi penulis: rifa_ward@yahoo.com

Abstrak

Tujuan: Mengetahui risiko paparan asap rokok terhadap terjadinya kematian neonatal dini di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Metode: Penelitian ini adalah kasus kontrol dengan besar sampel 87, terdiri dari 29 kasus dan 58 kontrol (1:2). Variabel terikat adalah kematian neonatal dini dan variabel bebas adalah paparan asap rokok. Variabel perancu meliputi frekuensi *antenatal care* (ANC), pendapatan keluarga, komplikasi persalinan, anemia dan bayi berat lahir rendah (BBLR). Data dikumpulkan dengan cara wawancara dan dari register kohor bayi di sembilan puskesmas yang memiliki kematian neonatal dini periode 1 Januari sampai 31 Desember 2013 yang ada di wilayah Kota Mataram. Analisis data dilakukan secara bivariat dan multivariat (regresi logistik) untuk menghitung *crude OR* dan *adjusted OR*.

Hasil: Analisis bivariat menunjukkan bahwa paparan asap rokok suami selama hamil, paparan asap rokok suami ≥ 3 batang/hari selama hamil, ≥ 6 batang/hari selama 24 jam terakhir mempunyai risiko masing-masing sebesar 2,75 (95%CI: 0,72-10,50); 2,34 (95%CI: 0,77-7,08) dan 2,18 (95%CI: 0,65-7,29) untuk meningkatkan kematian neonatal namun secara statistik tidak signifikan. Hasil analisis multivariat menunjukkan paparan asap rokok selama hamil sebesar 1,32 (95%CI: 0,03-69,90) sedangkan OR variabel BBLR, pendapatan keluarga kurang dari Rp 1.100.000,- dan komplikasi persalinan masing-masing sebesar 204,39 (95%CI: 20,37-2050,07); 7,86 (95%CI: 1,45-42,83) dan 7,55 (95%CI: 1,01-56,38).

Simpulan: Paparan asap rokok selama hamil secara statistik tidak signifikan meningkatkan risiko kematian neonatal dini, sedangkan BBLR, pendapatan keluarga kurang dari Rp.1.100.000,- dan komplikasi persalinan dijumpai sebagai faktor risiko yang secara statistik signifikan terhadap terjadinya kematian neonatal dini. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengkonfirmasi hasil penelitian ini.

Kata kunci: paparan asap rokok, kematian neonatal dini, faktor risiko, Nusa Tenggara Barat

Tobacco Smoke Exposure as Risk Factor in Early Neonatal Death in Mataram, Nusa Tenggara Barat (NTB)

Musrifa,^{1,3} L.P. Lila Wulandari,^{1,2} D.N. Wirawan^{1,4}

¹Public Health Postgraduate Programme, Udayana University, ²Department of Public Health, Faculty of Medicine, Udayana University, ³Health Department of Mataram City, ⁴Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University
Corresponding author: rifa_ward@yahoo.com

Abstract

Objective: To investigate tobacco smoke exposure as risk factor of early neonatal death in Mataram, NTB.

Method: The study design was case control with a total sample of 87 consisting of 29 cases and 58 controls (1:2). Dependent variable was early neonatal death, independent variable was tobacco smoke exposure. Frequency of antenatal visit, family income, delivery complications, anemia and low birth weight were confounding variables. Data were collected through interview and registered cohort data from nine health centres during the period of 1 January-31 December 2013. Data were analyzed by using bivariate and multivariate (logistic regression) to calculate crude OR and adjusted OR.

Result: Results of bivariate analysis indicated that tobacco smoke exposure during pregnancy, extent of exposure ≥ 3 cigarettes/days during pregnancy, and amount of exposure ≥ 6 cigarettes/days last 24 hours were 2.75 (95%CI: 0.72-10.50); 2.34 (95%CI: 0.77-7.08); and 2.18 (95%CI: 0.65-7.29) respectively, increasing neonatal death but was not statistically significant. Multivariate analysis indicated that tobacco smoke exposure during pregnancy was 1.32 (95%CI: 0.03-69.90). OR of other variables: low birth weight, family income under Rp. 1,100,000,- and delivery complications were 204.39 (95%CI: 20.37-2050.07); 7.86 (95%CI: 1.45-42.83) and 7.55 (95%CI: 1.01-56.38) respectively.

Conclusion: Tobacco smoke exposure was not statistically significant risk factor, specifically the smoking habits of the husband. Study discovered that low birth weight, family income under Rp. 1,100,000,- and delivery complication during birth were statistically significant factors. Further study is needed to confirm these findings.

Key words: tobacco smoke exposure, early neonatal death, risk factors, Nusa Tenggara Barat

Pendahuluan

Kematian neonatal dini merupakan kematian yang terjadi pada bayi lahir hidup sampai atau sama dengan usia tujuh hari, sedangkan kematian neonatal lanjut adalah kematian yang terjadi pada bayi usia 8-28 hari.¹ Angka kematian neonatal di Nusa Tenggara Barat adalah 33 per 1000 kelahiran hidup dan menduduki urutan ketiga tertinggi setelah Maluku Utara dan Papua Barat.² Kematian balita, bayi dan neonatal dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain: faktor kesehatan ibu, sosial ekonomi dan lingkungan fisik termasuk paparan asap rokok selama ibu hamil.³⁻⁵

Paparan asap rokok selama ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya persalinan prematur, *placenta previa*, berat badan janin rendah, kematian janin di dalam rahim, dan meningkatkan risiko terjadinya kematian janin mendadak.^{5,6} Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, proporsi penduduk umur ≥ 15 tahun menurut jumlah rata-rata batang rokok yang diisap di Indonesia cukup tinggi yaitu sebanyak 52,3% mengisap rokok 1-10 batang per hari dan 41,0% mengisap rokok 11-20 batang per hari.⁷ Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, konsumsi rokok dalam 24 jam terakhir pada laki-laki yang sudah menikah di Provinsi Nusa Tenggara Barat adalah 84,8% dan menduduki peringkat tertinggi dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia.²

Dari penelusuran pustaka, dijumpai hasil penelitian yang berbeda tentang paparan asap rokok dan kematian neonatal dini. Penelitian yang dilaporkan oleh Meyer dkk (1976) menunjukkan bahwa paparan asap rokok pada ibu selama hamil meningkatkan risiko kematian perinatal

sebesar 35%.⁸ Sedangkan penelitian yang dilaporkan oleh Mau dan Netter pada tahun 1974 menunjukkan temuan yang sebaliknya.⁹ Untuk di Indonesia belum pernah dilaksanakan penelitian sejenis termasuk di Nusa Tenggara Barat. Sehubungan dengan itu, penelitian ini dilaksanakan untuk mengetahui paparan asap rokok sebagai faktor risiko kematian neonatal dini di Kota Mataram.

Metode

Rancangan yang digunakan adalah kasus kontrol dengan jumlah sampel sebanyak 87 yang terdiri dari 29 kasus dan 58 kontrol (1:2) di sembilan puskesmas yang memiliki kematian neonatal dini. Besar sampel ditentukan berdasarkan proporsi paparan rokok dari data SDKI yaitu sebanyak 63%; $\alpha=0,05$; $\beta=0,20$ (atau *power* sebesar 80%) dan OR paparan rokok adalah 2,0.¹⁰ Berdasarkan parameter-parameter ini didapatkan besar sampel sebanyak 152. Karena jumlah kematian neonatal dini di Kota Mataram jumlahnya sangat terbatas yaitu hanya 29 bayi selama tahun 2013 dan keterbatasan waktu penelitian, maka besar sampel yang digunakan adalah 87. Kelompok kasus dalam penelitian ini adalah bayi-bayi yang lahir hidup dan kemudian meninggal dalam waktu kurang atau sama dengan tujuh hari, sedangkan kelompok kontrol adalah bayi yang lahir hidup dan masih hidup lebih dari tujuh hari pada periode kelahiran yang sama dengan kasus. Sumber kasus adalah seluruh kematian neonatal dini yang ada di wilayah Kota Mataram pada periode 1 Januari sampai 31 Desember 2013 yang diperoleh dari laporan Dinas Kesehatan Kota Mataram dan autopsi verbal, sedangkan sumber kontrol diperoleh dari register kohor bayi yang ada di puskesmas.

Jumlah populasi terjangkau untuk kasus adalah sebanyak 29 bayi, dan semuanya dipilih sebagai sampel, sedangkan populasi terjangkau untuk kontrol adalah sebanyak 5024 bayi dan dipilih sebanyak 58 secara acak sederhana. Karakteristik kasus dan kontrol dimiripkan (*matching*) dalam variabel umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan penolong persalinan.

Variabel terikat adalah kematian neonatal dini dan variabel bebas adalah paparan asap rokok yang dikelompokkan berdasarkan pengakuan responden yaitu terpapar dan tidak terpapar asap rokok suami selama kehamilan; paparan asap rokok ≥ 3 dan kurang dari tiga batang/hari selama kehamilan; ≥ 6 dan kurang dari enam batang/hari selama 24 jam terakhir. Sedangkan variabel *confounding* adalah frekuensi ANC yang dikelompokkan menjadi ≤ 4 kali dan lebih dari empat kali; pendapatan keluarga dikelompokkan menjadi kurang dari Rp.1.100.000,- dan \geq Rp.1.100.000 (upah minimum regional NTB); komplikasi persalinan dikelompokkan berdasarkan ada atau tidaknya komplikasi selama proses persalinan; anemia dikelompokkan menjadi kadar haemoglobin ≤ 11 gr% dan lebih dari 11 gr% serta BBLR dikelompokkan berdasarkan berat badan lahir ≤ 2500 gram dan lebih dari 2500 gram. Pengumpulan data dilaksanakan sendiri oleh peneliti pada bulan Maret sampai Mei 2014 dengan mewawancarai responden (ibu bayi) di posyandu atau dengan kunjungan rumah. Data tentang berat badan lahir, komplikasi persalinan dan kadar haemoglobin diperoleh dari register kohor puskesmas.

Analisis data dilakukan secara bivariat untuk mengetahui kemiripan (komparabilitas) antara kelompok kasus dan kelompok pembanding serta untuk mendapatkan *crude odds ratio* paparan

rokok dan variabel *confounding*. Analisis multivariat dilakukan dengan regresi logistik menggunakan metode *enter* untuk mengetahui *adjusted odds ratio* paparan rokok dan variabel *confounding*. Penelitian ini telah mendapatkan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Mataram.

Hasil

Semua ibu (responden) yang mempunyai bayi meninggal sebelum tujuh hari dan ibu yang mempunyai bayi masih hidup berhasil dijumpai dan tidak ada yang menolak untuk diwawancarai. Karakteristik responden antara kelompok kasus dan kontrol tidak berbeda (*comparable*) berdasarkan umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan penolong persalinan namun dijumpai perbedaan yang bermakna dalam usia kehamilan (Tabel 1).

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa paparan asap rokok selama hamil meningkatkan risiko kematian neonatal dini 2,7 kali (OR=2,758; 95%CI: 0,72-10,50); jumlah paparan asap rokok suami ≥ 3 batang/hari selama kehamilan meningkatkan risiko 2,3 kali (OR=2,338; 95%CI: 0,77-7,08); ≥ 6 batang/hari selama 24 jam terakhir meningkatkan risiko dua kali (OR=2,180; 95%CI: 0,65-7,29); namun nilai batas bawah CI kurang dari satu. Sebaliknya, ibu yang memiliki komplikasi selama persalinan dan berat badan bayi waktu lahir ≤ 2500 gram, meningkatkan risiko kematian neonatal dini masing-masing sebesar lima kali dan 126 kali dengan nilai batas bawah CI lebih dari satu (OR=5,143; 95%CI: 1,34-18,90) dan (OR=126,6; 95%CI: 15,08-1063,59) seperti disajikan pada Tabel 2.

Tabel 1. Karakteristik sosial demografi, usia kehamilan, dan penolong persalinan pada kasus dan kontrol

Variabel	Kasus		Kontrol		Nilai p
	n=29	%	n=58	%	
Umur ibu					
<20 dan >35 tahun	8	27,6	16	27,6	1,000
20-35 tahun	21	72,4	42	72,4	
Pendidikan ibu					
Tidak tamat sekolah dasar	3	10,3	6	10,3	1,000
Sekolah dasar	10	34,5	20	34,5	
Sekolah menengah pertama	7	24,1	14	24,1	
Sekolah menengah atas	7	24,1	14	24,1	
Perguruan tinggi	2	6,9	4	6,9	
Status pekerjaan ibu					
Bekerja	11	37,9	22	37,9	1,000
Tidak bekerja	18	62,1	36	62,1	
Penolong persalinan					
Dukun/keluarga	0	0	0	0	-
Tenaga kesehatan	29	100	58	100	
Usia kehamilan					
<37 minggu	17	58,6	3	5,2	<0,001
≥37 minggu	12	41,4	55	94,8	

Tabel 2. Crude OR paparan asap rokok dan variabel Lain

Variabel	Kasus	Kontrol	Crude OR	95%CI	Nilai p
	n (%)	n (%)			
Paparan asap rokok suami selama hamil					
Terpapar	26 (89,7)	44 (75,9)	2,758	0,72-10,50	0,126
Tidak	3 (10,3)	14 (24,1)			
Jumlah paparan asap rokok suami dalam batang/hari selama hamil					
≥3 batang	24 (82,8)	39 (67,2)	2,338	0,77-7,08	0,127
<3 batang	5 (17,2)	19 (32,8)			
Jumlah paparan asap rokok suami dalam batang/hari selama 24 jam					
≥6 batang	25 (86,2)	43 (74,1)	2,180	0,65-7,29	0,199
<6 batang	4 (13,8)	15 (25,9)			
Frekuensi ANC					
≤4 kali	3 (10,3)	4 (6,9)	1,558	0,32-7,47	0,577
>4 kali	26 (89,7)	54 (93,1)			
Komplikasi persalinan					
Ada	8 (27,6)	4 (6,9)	5,143	1,39-18,90	0,008
Tidak	21 (72,4)	54 (93,1)			
Kadar haemoglobin					
≤11 gr%	28 (96,6)	53 (91,4)	2,642	0,29-23,72	0,369
>11 gr%	1 (3,4)	5 (8,6)			
Berat badan lahir					
≤2500 gram	20 (69,0)	1 (1,7)	126,6	15,08-1063,5	<0,001
>2500 gram	9 (31,0)	57 (98,3)			
Pendapatan keluarga					
<Rp 1.100.000,-	6 (20,7)	5 (8,6)	2,765	0,76-9,98	0,110
≥Rp 1.100.000,-	23 (79,3)	53 (91,4)			

Berdasarkan hasil analisis bivariat, dijumpai enam variabel dengan nilai $p < 0,25$ dan dilakukan analisis multivariat. Hasilnya disajikan pada Tabel 3, dimana variabel yang meningkatkan risiko kematian neonatal dini di Kota Mataram adalah berat badan lahir ≤ 2500 gram dengan $OR=204,39$ (95%CI: 20,37-2050,07); pendapatan keluarga kurang dari Rp.1.100.000,- dengan $OR=7,86$ (95%CI: 1,45-42,83) dan komplikasi persalinan

dengan $OR=7,55$ (95%CI: 1,01-56,38). Variabel paparan asap rokok selama hamil secara statistik tidak signifikan untuk meningkatkan kematian neonatal dini dengan $OR=1,32$ (95%CI: 0,03-69,9); paparan asap rokok ≥ 3 batang/hari selama hamil dengan $OR=1,39$ (95%CI: 0,06-31,61) dan paparan asap rokok ≥ 6 batang/hari selama 24 jam terakhir dengan $OR=0,40$ (95%CI: 0,01-12,95).

Tabel 3. Adjusted OR paparan asap rokok dan variabel lain

Variabel	Adjusted OR	95%CI		Nilai p
		Batas bawah	Batas atas	
Paparan asap rokok suami selama hamil	1,319	0,025	69,9	0,891
Paparan asap rokok suami ≥ 3 batang/hari selama hamil	1,395	0,062	31,61	0,834
Paparan asap rokok suami ≥ 6 batang/hari selama 24 jam	0,406	0,013	12,95	0,650
Komplikasi persalinan	7,555	1,012	56,38	0,049
Pendapatan keluarga <Rp 1.100.000	7,869	1,446	42,83	0,017
Berat badan Lahir ≤ 2500 gr	204,39	20,37	2050,07	<0,001

Diskusi

Pada penelitian ini, paparan asap rokok selama hamil secara statistik tidak signifikan meningkatkan risiko kematian neonatal dini $OR=1,31$ (95%CI: 0,025-69,9). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Mau dan Netter (1974) di Jerman bahwa paparan asap rokok pada ibu hamil tidak signifikan untuk meningkatkan kematian perinatal ataupun neonatal, namun secara statistik dijumpai signifikan untuk meningkatkan risiko abortus spontan, kelahiran mati dan kelainan kongenital.⁹ Hasil penelitian Zisovska dkk (2010) juga menunjukkan bahwa paparan asap rokok pada ibu selama hamil secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya kelahiran prematur dan bayi dengan berat lahir rendah yang secara tidak langsung akan mempengaruhi terjadinya kematian neonatal dini.¹¹ Penelitian yang sama juga melaporkan bahwa kondisi bayi baru lahir dipengaruhi oleh jumlah paparan batang rokok pada ibu selama hamil.¹¹ Ada

kemungkinan bahwa paparan asap rokok pada ibu selama kehamilannya tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian neonatal dini, namun melalui kelahiran prematur, BBLR dan asfiksia.^{5,12}

Bila dilihat dari paparan jumlah batang rokok yaitu ≥ 3 batang/hari selama kehamilan dan ≥ 6 batang/hari selama 24 jam terakhir, juga tidak dijumpai peningkatan risiko kematian neonatal dini yang signifikan yaitu masing-masing dengan $OR=1,395$ (95%CI: 0,06-31,6) dan $OR=0,406$ (95%CI: 0,01-12,95). Dari hasil studi analisis data kematian perinatal di Ontario Canada, dilaporkan bahwa paparan asap rokok lebih dari satu bungkus (20 batang) per hari pada ibu hamil meningkatkan risiko kematian perinatal sebesar 35%.⁸ Perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh karena jumlah paparan batang rokok yang dilaporkan dalam penelitian di Ontario (satu bungkus/sekitar 20 batang/hari) lebih banyak dibandingkan dalam penelitian ini, selain jumlah sampel yang kecil (87) yang

disebabkan karena keterbatasan kasus kematian dan waktu penelitian.

Berat badan lahir ≤ 2500 gram, pendapatan keluarga kurang dari Rp.1.100.000,- dan komplikasi persalinan pada penelitian ini meningkatkan risiko kematian neonatal dini. Bayi yang lahir dengan BBLR memberikan kontribusi terhadap terjadinya kematian neonatal dini, karena akan mengalami gangguan mental dan fisik pada masa tumbuh kembangnya.^{3,5} Makin kecil bayi yang dilahirkan maka akan meningkatkan angka kesakitan dan angka kematian pada bayi baru lahir. Keadaan ini disebabkan karena alat tubuh bayi dengan berat lahir rendah belum berfungsi secara sempurna seperti bayi dengan berat lahir normal, sehingga bayi dengan berat lahir rendah akan mengalami lebih banyak kesulitan untuk bertahan hidup di luar uterus ibunya.^{1,13}

Pada analisis multivariat berat lahir bayi ≤ 2500 gram, meningkatkan risiko terjadinya kematian neonatal dini sebesar 204 kali bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan lebih dari 2500 gram (OR=204,39; 95%CI: 20,37-2050,07). Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan Abdullah dkk (2012) di Makasar dilaporkan bahwa BBLR meningkatkan risiko kematian neonatal dini sebesar 122 kali.¹² Hasil penelitian serupa juga dilakukan Schoeps pada tahun 2007 di Brazil melaporkan bahwa BBLR meningkatkan risiko kematian neonatal dini sebesar 17 kali.⁵

Pada penelitian ini, berdasarkan analisis multivariat pendapatan keluarga kurang dari Rp.1.100.000,- secara statistik meningkatkan risiko kematian neonatal dini sebesar 7,8 kali (OR=7,869; 95%CI: 1,44-42,83). Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan Djaja dkk (2007) berdasarkan analisis data SDKI 2002-2003, keluarga dengan pendapatan menengah ke bawah

mempunyai risiko 1,5 kali lebih besar terhadap kejadian kematian neonatal bila dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai tingkat pendapatan tinggi.¹³ Pendapatan keluarga yang rendah, mempengaruhi kemampuan keluarga dalam pemenuhan nutrisi dan dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Keadaan ini berhubungan dengan kondisi bayi lahir dengan berat badan rendah yang juga sangat dipengaruhi oleh tingkat pendapatan keluarga karena terkait dengan status gizi ibu selama hamil, dimana keadaan kesehatan ibu merupakan salah satu bagian yang penting dan mendasar terhadap terjadinya kematian neonatal.¹⁴

Komplikasi pada ibu dapat terjadi sebagai akibat langsung dari kehamilan, atau karena faktor lain yang terkait dengan kesehatan ibu, komplikasi yang terjadi pada ibu selama kehamilan dan persalinan mempengaruhi keadaan bayi yang dilahirkan.^{3,5} Berdasarkan hasil analisis multivariat komplikasi persalinan memberikan risiko sebesar 7,5 kali terhadap terjadinya kematian neonatal dini (OR=7,55; 95%CI: 1,012-56,38). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Schoeps (2007) di Brazil, dilaporkan bahwa komplikasi yang terjadi pada ibu selama proses persalinan dapat meningkatkan risiko kematian neonatal dini sebanyak 2,9 kali.⁵ Penelitian serupa juga dilakukan oleh Djaja dkk (2007) dilaporkan bahwa komplikasi persalinan meningkatkan risiko terjadinya kematian neonatal karena kunci keselamatan bayi dalam melewati masa neonatal adalah status kesehatan ibu yang baik dan terbebas dari komplikasi selama kehamilan dan persalinan.¹³

Simpulan

Dari penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa paparan asap rokok selama hamil secara

statistik tidak signifikan meningkatkan risiko kematian neonatal dini, sedangkan berat lahir ≤ 2500 gram, pendapatan keluarga kurang dari Rp. 1.100.000,- dan komplikasi persalinan meningkatkan risiko kematian neonatal dini.

Ucapan terima kasih

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Mataram serta semua pihak dan rekan-rekan yang telah membantu terselesaikannya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Wiknjastro, H., Saifudin, B. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta, 2002.
2. Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Kementerian Kesehatan. Indonesia Demographic and Health Survey 2012. BPS, BKKBN, Kemenkes. Jakarta, 2013.
3. Prawirohardjo, S. Ilmu Kebidanan. PT Bina Pustaka. Jakarta, 2008.
4. World Health Organization. Gender, Women and the Tobacco Epidemic. WHO, 2010.
5. Schoeps, D. Risk factors for early neonatal mortality. *Rev Saude Publica*, 41 (6), Brazil, 2007.
6. Haglund, B., Cnattingius, S. Cigarette smoking as a risk factor for sudden infant death syndrome a population-based study. *Am J Public Health*, 80:29-32. 1990.
7. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kemenkes RI. Jakarta, 2010.
8. Meyer, MD., Jonas, BS., Tonascia, JB. Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. *Am J Epidemiol* 103: 464-467, 1976.
9. Mau, G., Netter, P. The effects of paternal cigarette smoking on perinatal mortality and the incidence of malformations. *Dtsch Med Wochenschr*, 99 (21): 1113-1118. German, 1974.
10. Wisborg, K. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American Journal of Epidemiology*, Vol 154 no 4. USA, 2001.
11. Zisovska, E., Lazarevska, L., Pehcevska, N. Tobacco Influence on The Neonatal Outcome. *Italian Journal of Public Health*. Vol 7 number 3, 2010.
12. Abdullah, AZ., Naiem, MF., Mahmud, NU., Faktor risiko kematian neonatal dini di Rumah Sakit bersalin. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol 6 No 6. Makasar. 2012.
13. Djaja, S., Suchroni, A., Afifah, T. Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Kematian Neonatal di Indonesia SDKI 2002-2003. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Vol 6: No 3, 2007.
14. Save the children. State of the World's Newborns.. Save the children fund. (cited from J.Lawn, Brian J. McCarthy, Susan Rae Ross. *The Healthy Newborn, A reference manual for program managers*. CDC, CCHI, Care). Washington, DC. 2001.

Kompetensi, Kompensasi Finansial, Supervisi dan Kinerja Bidan Desa di Kabupaten Bangli

Ari Adiputri,¹ Ganda Wijaya,² Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Udayana, ²Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli,

³Bagian Anatomi, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Korespondensi penulis: ari_adiputri@yahoo.com

Abstrak

Tujuan: Untuk mengetahui hubungan antara kinerja bidan desa dengan kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi di Kabupaten Bangli.

Metode: Rancangan penelitian adalah survei *cross-sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 45 orang bidan desa yaitu semua bidan desa di Kabupaten Bangli. Data dikumpulkan dengan wawancara oleh peneliti secara tatap muka bertempat di masing-masing desa dengan menggunakan kuesioner. Variabel terikat yaitu kinerja bidan desa dan variabel bebas yaitu kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi. Data dianalisis secara univariat, bivariat (uji *chi-square*) dan multivariat dengan regresi logistik.

Hasil: Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa kinerja bidan desa sebagian besar kurang baik yaitu 62,2%. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling berperan adalah supervisi dengan OR=25,06 (95%CI: 3,24-193,50), sedangkan variabel kompetensi dan kompensasi finansial mempunyai peran yang lebih kecil yaitu masing-masing dengan OR=13,27 (95%CI: 1,49-118,21) dan OR=11,31 (95%CI: 1,45-88,21).

Simpulan: Supervisi lebih berperan dibandingkan kompetensi dan kompensasi finansial terhadap peningkatan kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli.

Kata kunci: kompetensi, kompensasi finansial, supervisi, kinerja bidan desa, Bangli

The Competency, Financial Compensation, Supervision and Performance of the Village Midwives in the Bangli Regency

Ari Adiputri¹, Ganda Wijaya², Nyoman Mangku Karmaya^{1,3}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Health Department of Bangli Regency, ³Department of Anatomy, School of Medicine, Faculty of Medicine Udayana University

Corresponding author: ari_adiputri@yahoo.com

Abstract

Objectives: To determine the relationship between the performance of village midwives with competency, financial compensation and supervision in the Bangli Regency.

Methods: The research is a cross-sectional design with a total sample of 45 midwives of Bangli Regency. Data were collected through interviews by using questionnaires in their village. Dependent variabel is the performance of village midwives. Independent variables of this research were competency, financial compensation and supervision. The data were analyzed by using univariate, bivariate (*chi-squared test*) and multivariate (*logistic regression*).

Results: The univariate analysis indicates that the performance of village midwives is mostly unfavorable (62.2%). The multivariate analysis indicates that the most significant variable was supervision with OR=25.06 (95%CI: 3.24-193.50). Financial compensation and competency were less significant with OR=13.27 (95%CI: 1.49-118.21) and OR=11.31 (95%CI: 1.45-88.21).

Conclusion: Supervision was a more influential factor than financial compensation and competency into increasing the performance of village midwives in the Bangli Regency.

Keywords: competency, financial compensation, supervision, performance midwives, Bangli

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terus mengalami peningkatan dari 228 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2007 menjadi 359 per 100.000 KH pada tahun 2012.¹ AKI di Bali dalam 3 tahun berturut-turut mengalami kenaikan yang signifikan dari tahun 2010 sebesar 58,10, tahun 2011 sebesar 84,25 dan tahun 2012 sebesar 89,67 per 100.000 KH. Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Provinsi Tahun 2012, AKI tertinggi di Kabupaten Bangli sebesar 134,59 per 100.000 KH dan ditunjang oleh rendahnya cakupan pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA).²

Strategi pemerintah dalam menekan tingginya AKI di Indonesia yaitu dengan menempatkan bidan di desa. Bidan harus mampu dan terampil memberikan pelayanan sesuai dengan standar yang ditetapkan, khususnya bidan desa sebagai ujung tombak dalam pelayanan ibu dan anak dalam upaya untuk meningkatkan cakupan PWS-KIA.

Cakupan pelayanan KIA, diantaranya pelayanan ibu hamil K1 per Kabupaten/Kota di Provinsi Bali tahun 2012, cakupan terendah yaitu di Kabupaten Bangli sebesar 94,57 % dan cakupan pelayanan ibu hamil K4 per Kabupaten/Kota juga terendah di Kabupaten Bangli sebesar 85,62 %, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (nakes) masih rendah yaitu 92,08 %, pelayanan ibu nifas 90,39 %, dan penanganan komplikasi kebidanan juga masih rendah yaitu 65,74 %.²

Rendahnya cakupan pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan dihubungkan dengan masalah kinerja bidan di desa. Permasalahan

kinerja bidan di desa dipengaruhi oleh berbagai faktor.

Menurut Timple, kinerja dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal.³ Faktor internal (*dispositional*) yaitu faktor yang berkaitan dengan diri seseorang, seperti kompetensi, motivasi dan komitmen individu dan kepuasan kerja. Faktor eksternal yaitu segala sesuatu yang berasal dari lingkungan yang mempengaruhi kinerja, seperti fasilitas kerja atau sarana dan prasarana, kompensasi yang diterima baik finansial dan non finansial, supervisi, pelatihan, gaya kepemimpinan dan penerimaan dari masyarakat.³

Dari pengamatan awal sebelum penelitian dimulai diperoleh informasi bahwa bidan desa di Kabupaten Bangli umumnya memiliki masa kerja yang masih pendek dan pengalaman kerja masih kurang, sehingga kompetensi mereka masih perlu ditingkatkan melalui pelatihan. Hal lain yang menjadi masalah bahwa jasa pelayanan yang diterima disama-ratakan dan tidak berdasarkan kinerja, serta pembagiannya tidak tepat waktu. Pelatihan atau penyegaran keilmuan jarang dilakukan. Pelaksanaan supervisi tidak rutin dilakukan oleh Bidan Koordinator KIA dan tidak ada buku rencana supervisi. Bidan koordinator KIA belum memiliki acuan supervisi yang jelas dalam melakukan supervisi kepada bidan desa dan tidak ada rencana melakukan *feedback* terhadap supervisi yang telah dilakukan.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara kinerja bidan desa dengan kompetensi, kompensasi finansial dan pelaksanaan supervisi.

Metode

Desain penelitian adalah survei *cross-sectional* dengan subyek penelitian yaitu bidan desa di Kabupaten Bangli. Jumlah sampel bidan desa yaitu 45 orang yang dipilih dengan cara *consecutive sampling*. Masing-masing bidan desa diberikan *informed consent*, selanjutnya bidan desa yang menyatakan setuju dilakukan wawancara untuk mendapatkan data kompetensi, kompensasi finansial, supervisi dan kinerja mereka. Data hasil penelitian dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariate. *Chi-squared test* digunakan untuk melihat hubungan antara variabel kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi dengan kinerja bidan desa. Analisis multivariat dengan regresi logistik dipakai untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan desa secara independen dari pengaruh variabel lainnya.

Penelitian telah dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

Hasil

Hasil analisa secara deskriptif menunjukkan bahwa proporsi bidan desa yang berumur 20-29 tahun lebih tinggi (77,8%) dibandingkan umur 30-39 tahun dan sebagian besar responden mempunyai masa kerja 1-5 tahun (71,1%). Dilihat dari lokasi tempat tinggal, hampir setengahnya tinggal di wilayah kerja mereka masing-masing.

Sebagian besar responden sudah mendapatkan pelatihan (62,2 %) dan pelatihan yang paling banyak diikuti yaitu pelatihan KB IUD dan implant (53,3 %).

Tabel 1. Kompetensi, kompensasi finansial, supervisi dan kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli

Variabel	n=45	%
Kompetensi		
Baik	18	40,0
Kurang baik	27	60,0
Kompensasi finansial		
Sesuai	18	40,0
Tidak sesuai	27	60,0
Supervisi		
Baik	20	44,4
Tidak baik	25	55,6
Kinerja		
Baik	17	37,8
Kurang baik	28	62,2

Tabel 1 menunjukkan bahwa kompetensi bidan desa sebagian besar kurang baik yaitu sebesar 27 orang (60%). Kompensasi finansial yang diterima bidan desa menunjukkan sebagian besar tidak sesuai yaitu sebesar 27 orang (60%). Supervisi bidan desa menunjukkan sebagian besar kurang baik yaitu sebesar 25 orang (55,6%). Kinerja dari bidan desa menunjukkan bahwa sebagian besar kurang baik yaitu sebesar 28 orang (62,2%).

Hasil analisis bivariat dengan *chi-squared test* didapatkan bahwa seluruh variabel berhubungan secara bermakna (Tabel 2).

Tabel 2. Hubungan antara kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi dengan kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli

Variabel	Kinerja		Rasio prevalen (RP)	95%CI		Nilai p*)
	Baik n (%)	Kurang baik n (%)		Lower	Upper	
Kompetensi						
Baik	10 (22,2)	8 (17,7)	3,57	1,06	12,67	0,045
Kurang baik	7 (15,5)	20 (44,4)				
Kompensasi finansial						
Sesuai	11 (24,4)	7 (15,5)	5,50	1,48	20,42	0,008
Tidak sesuai	6 (13,3)	21 (46,6)				

Supervisi						
Baik	14 (31,1)	6 (13,3)	17,11	3,67	79,76	0,000
Kurang baik	3 (6,6)	22 (48,8)				

*** χ^2 test**

Hasil analisis multivariat juga menunjukkan bahwa semua variabel memiliki hubungan bermakna dengan

kinerja bidan desa. Variabel supervisi berperan sebesar 25 kali terhadap peningkatan kinerja bidan desa (Tabel 3).

Tabel 3. Analisis multivariat antara kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi dengan kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli

Variabel	Adjusted OR	95%CI		Nilai p
		Lower	Upper	
Kompetensi	13,278	1,492	118,211	0,020
Kompensasi finansial	11,312	1,451	88,210	0,021
Supervisi	25,066	3,247	193,504	0,002

Diskusi

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli sebagian besar masih kurang baik. Kinerja bidan desa yang kurang baik akan mempengaruhi terhadap pelayanan yang diberikan oleh bidan desa. Berdasarkan hasil analisis multivariat kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi memberikan kontribusi terhadap peningkatan kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli.

Hubungan kompetensi dengan kinerja bidan desa secara statistik dijumpai signifikan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bidan desa yang memiliki kompetensi kurang baik akan mengakibatkan kinerja yang kurang baik pula. Hal ini dapat disebabkan kurangnya pelatihan yang diberikan yang terkait dengan tugas dan fungsi bidan desa, sehingga akan mempengaruhi kompetensi dari bidan desa. Hal ini sejalan dengan penelitian Subekti yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu aspek kompetensi yang berhubungan dengan kinerja bidan desa dalam menerapkan standar asuhan persalinan di pelayanan puskesmas.⁴ Penelitian Priasmara juga mendukung bahwa kompetensi sangat berhubungan dengan kinerja dengan koefisien korelasi

yang diperoleh antara variabel kompetensi kerja dengan kinerja pegawai sebesar 0.255.⁵ Hal yang membedakan dengan penelitian ini, dimana penelitian Subekti dan Priasmara hanya menganalisis sampai bivariat dan aspek kompetensi yang dinilai hanya pengetahuan, sedangkan dalam penelitian ini aspek kompetensi sudah mencakup pengetahuan, sikap dan ketrampilan. Hal ini mendukung bahwa sebagai seorang bidan desa dengan beban kerja yang lebih berat harus memiliki kompetensi yang baik dan hal ini sangat didukung oleh pelatihan-pelatihan yang mendukung dalam pelayanan kebidanan.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan hubungan yang bermakna antara kompensasi finansial dengan kinerja bidan desa. Kompensasi finansial merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan.⁶ Hasil ini didukung oleh penelitian Wawan yang menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh yaitu imbalan dan kemampuan terhadap kinerja bidan dalam pertolongan persalinan.⁷ Penelitian Endang juga mendukung bahwa kompensasi finansial dengan kinerja pelaksana poliklinik kesehatan desa memiliki hubungan yang signifikan dalam pelayanan di Kabupaten Kendal.⁸ Penelitian lain oleh

Timothy menjelaskan kompensasi yang didapat akan meningkatkan kepuasan kerja dan juga meningkatkan kinerja karyawan.⁹ Hal yang membedakan dengan penelitian ini dimana penelitian Wawan dan Endang hanya dianalisis bivariat dan variabel imbalan dijelaskan secara umum bukan mengkhusus pada kompensasi finansial saja sedangkan penelitian Timothy menjelaskan hubungan kompensasi dengan kinerja secara kualitatif.

Bidan desa yang telah melaksanakan tugas dan kewajiban juga berhak mendapatkan kompensasi dari apa yang mereka kerjakan, apabila kompensasi yang didapat sesuai, maka akan timbul kepuasan dari bidan desa dan akan meningkatkan kinerjanya. Pemberian kompensasi finansial yang tidak tepat dapat memicu para bidan desa untuk tidak meningkatkan kinerjanya karena hasil yang diterima disamakan dan tidak ada bedanya dengan bidan desa yang tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya. Kompensasi yang diterima bidan desa dalam hal ini jasa pelayanan, perlu disesuaikan dengan tingkat kinerja mereka masing-masing, sehingga hal ini akan memacu bidan desa untuk lebih meningkatkan kinerjanya.

Supervisi juga memiliki hubungan yang bermakna dengan kinerja bidan desa. Hal ini didukung oleh penelitian Nugroho yang menunjukkan adanya hubungan antara supervisi dengan kinerja perawat pegawai daerah di Puskesmas Kabupaten Kudus.¹⁰ Penelitian Kurniawati juga menemukan bahwa faktor organisasi yang paling berpengaruh yaitu supervisi oleh bidan koordinator.¹¹ Penelitian oleh Chen menyebutkan bahwa pelaksanaan supervisi yang maksimal berhubungan kuat dengan kinerja karyawan.¹² Hal yang membedakan dengan penelitian ini yaitu penelitian Nugroho menganalisis secara kualitatif sedangkan Kurniawati memfokuskan

supervisi dalam program P4K dan Chen membagi supervisi kedalam lima dimensi yang dihubungkan dengan kinerja karyawan.

Kemampuan supervisi yang baik dalam melakukan *feed back* kepada karyawan sangat berpengaruh terhadap kepuasan kerja.¹³ Seorang supervisor diharuskan mampu melakukan komunikasi yang lebih baik dengan karyawannya dibandingkan hanya mengevaluasi dan memberi sanksi karena dengan komunikasi yang baik dari supervisor akan meningkatkan motivasi, pengetahuan dan *skill* dari karyawannya.¹⁴

Bidan desa di Kabupaten Bangli tidak rutin dilaksanakan supervisi oleh bidan koordinator KIA, dimana hal ini ditunjang oleh letak puskesmas pembantu yang sebagian besar sangat jauh dari puskesmas induk. Terlepas dari permasalahan tersebut, bidan desa yang ditempatkan di pelosok desa sangat memerlukan adanya supervisi dimana bidan koordinator KIA merupakan tenaga khusus yang ditugaskan untuk melakukan pembinaan bagi bidan desa, mengingat bahwa tugas pokok dan fungsi bidan desa yang begitu banyak, tidak serta merta dapat langsung dikerjakan dengan baik oleh bidan desa. Pentingnya supervisi yang dilakukan akan dapat membantu melihat permasalahan yang ditemukan oleh bidan desa selama melaksanakan tugas dan kemudian dikomunikasikan dengan baik kepada bidan desa tentang kekurangan dan penyelesaian permasalahan sehingga supervisi yang dilaksanakan akan mampu meningkatkan motivasi karyawan dan pada akhirnya meningkatkan kinerja bidan desa.

Simpulan

Variabel kompetensi, kompensasi finansial dan supervisi berhubungan dengan kinerja bidan desa di Kabupaten Bangli. Secara

terpisah ketiga variabel berkontribusi terhadap peningkatan kinerja bidan desa dan yang memberikan kontribusi lebih besar yaitu variabel supervisi.

Ucapan terima kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh bidan desa yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli atas dukungan dalam pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. SDKI. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta: 2012.
2. Dinas Kesehatan Provinsi Bali. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Bali*. Denpasar: 2012.
3. Mangkunegara, P. *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia, Cetakan kedua*. Jakarta: Refika Aditaman. 2006.
4. Subekti, SS. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja Bidan Desa dalam Penerapan Standar Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin di Kabupaten Semarang (Tesis)*. Semarang : Universitas Diponegoro. 2012.
5. Priasmara, B. *Hubungan antara Kompetensi Pegawai dengan Kinerja Pegawai di Kantor Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Tang Tidung (Skripsi)*. Universitas Mulawarman. 2013.
6. Rivai, V. *Sistem yang Tepat untuk Menilai Kinerja Karyawan dan Meningkatkan Daya Saing Perusahaan*. Jakarta: Raja Grafindo. 2005.
7. Wawan, S. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa dalam Pertolongan Persalinandi Kabupaten Tasikmalaya” (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro. 2007.
8. Endang, S. *Analisis Karakteristik Individu dan Faktor Instrinsik yang Berhubungan dengan Kinerja Pelaksanaan Poliklinik Kesehatan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro. 2008.
9. Timothy, AJ et al. The Job Satisfaction-Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review. *Psychological Buletin* 2005; Vol. 127: 376-407.
10. Nugroho, MK. *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Pegawai Daerah Di Puskesmas Kabupaten Kudus (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro. 2004.
11. Kurniawati, E. *Faktor-faktor Individu, Psikologis dan Organisasi yang Berpengaruh terhadap Kinerja Bidan Desa dalam Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinana dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Kabupaten Banyumas (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro. 2011.
12. Chen, ZX. Loyalty to Supervisor vs Organizational Comitment: Relationships to Employee Performance in China. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2008; 75: 339-356.
13. Paul, EM. The Link Between Leadership Style, Communicator Competence and Employee Satisfaction. *International Journal of Business Communication* 2012: 490-510
14. Holly, JP. *Reconceptualizing Social Skills In Organizations: Exploring the Relationship between Communication Competence, Job Performance, and Supervisory Roles*. 2005.

Analisis Retrospektif Longitudinal: *Loss to Follow Up* saat Menjalani Terapi Antiretroviral di Yayasan Kerti Praja Bali Tahun 2002-2012

D.N. Widyantini,¹ A.A.S. Sawitri,^{1,2} D.N. Wirawan^{1,2,3}

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Universitas Udayana, ²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Pencegahan, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, ³Yayasan Kerti Praja Denpasar, Bali
Korespondensi penulis: desakwidyanthini@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang dan tujuan: *Loss to follow up* (LTFU) yang rendah merupakan salah satu indikator keberhasilan program terapi antiretroviral (ARV). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan persentase kumulatif orang dengan HIV/AIDS (odha) LTFU tahun 2013 sebanyak 17,3%. Selama ini belum pernah dilakukan penelitian tentang LTFU pada odha di Bali, terutama berdasarkan beberapa karakteristik odha.

Metode: Penelitian deskriptif longitudinal dilakukan dengan cara analisis data sekunder yaitu rekam medis odha yang memulai terapi ARV tahun 2002 sampai 2012 di Klinik Amertha Yayasan Kerti Praja (YKP). Sampel penelitian adalah seluruh pasien odha yang memenuhi kriteria, yaitu odha yang pertama kali menerima terapi ARV di Klinik Amertha dan mempunyai minimal dua kali kunjungan. Karakteristik yang diteliti adalah: umur, jenis kelamin, jenis pekerjaan, ada tidaknya pengawas minum obat (PMO), faktor risiko penularan HIV serta LTFU. Data yang digunakan hanya berdasarkan data yang tercatat pada rekam medis pasien. Data dianalisis secara deskriptif untuk mendapatkan karakteristik odha LTFU per 100 *person years* (PY). Untuk memperhitungkan lama waktu hingga terjadinya LTFU dilakukan analisis berdasarkan waktu.

Hasil: Dari 548 sampel odha, 77 (14,1%) mengalami LTFU, dengan angka insiden kasar LTFU sebesar 5,15 per 100 PY. Median waktu terjadinya LTFU sampai akhir pengamatan tidak tercapai dalam penelitian ini, karena rendahnya insiden LTFU. Insiden spesifik LTFU lebih tinggi dijumpai pada perempuan (6,6 per 100 PY), umur yang lebih muda (6 per 100 PY), dan bekerja sebagai pekerja seks (7,3 per 100). Odha yang tidak memiliki PMO (9,3 per 100 PY) dan homoseksual (9,1 per 100 PY) juga memiliki insiden spesifik LTFU yang lebih tinggi.

Simpulan: Insiden spesifik LTFU yang lebih tinggi dijumpai pada perempuan, umur yang lebih muda, bekerja sebagai pekerja seks, tidak memiliki PMO, dan homoseksual.

Kata kunci: *loss to follow up*, terapi antiretroviral, Yayasan Kerti Praja Bali

Retrospective Longitudinal Analysis: *Loss to Follow Up* Undergoing Antiretroviral Therapy in Kerti Praja Foundation Bali 2002-2012

D.N. Widyantini,¹ A.A.S. Sawitri,^{1,2} D.N. Wirawan^{1,2,3}

¹Public Health Postgraduate Program, Udayana University, ²Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University, ³Kerti Praja Foundation, Bali
Corresponding author: desakwidyanthini@yahoo.co.id

Abstract

Background and purpose: Lower loss to follow up (LTFU) is one indicator of the success of antiretroviral therapy (ART). In 2013 the Indonesian Ministry of Health reported that the cumulative percentage of LTFU was as high as 17.3%. To date, there has been no retrospective research into LTFU on people living with HIV/AIDS (PLHIV) in Bali, particularly to investigate PLHIV client characteristics.

Methods: This descriptive longitudinal study was conducted to analyze secondary data from records of PLHIV initiating ART between 2002-2012 at Clinic Amertha, Kerti Praja Foundation (YKP). The sample was PLHIV receiving ART at the YKP from 2002-2012 that had first received ART in YKP and had minimum 2 consultations.

Data used was that recorded in the medical records. Variables were: age, gender, occupation, the presence of ART supervisor, and HIV transmission mode. Data were analyzed descriptively to obtain insight into characteristics of LTFU clients per 100 person years (PY). Length of time since LTFU was assessed.

Results: The sample was 548: 77 (14,1%) were LTFU with crude incidence of LTFU at 5.15 per 100 PY. Median time of LTFU was not reached in this study, because of the low outcome incidence. Specific LTFU incidence was higher in women (6.6 per 100 PY), younger age (6.0 per 100 PY), and female sex workers (7.3 per 100 PY). Lack of ART supervisor (9.3 per 100 PY) and homosexual (9.1 per 100 PY) also had higher LTFU incidence.

Conclusion: Specific LTFU incidence was higher in women, younger age, female sex workers, lack of ART supervisor, and homosexual.

Keywords: *loss to follow up*, antiretroviral therapy, Kerti Praja Foundation Bali

Pendahuluan

Sejak ditemukan pertama kali pada tahun 1981 HIV/AIDS telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Penemuan obat antiretroviral (ARV) tahun 1995 telah mampu menurunkan kematian dan memperpanjang usia orang dengan HIV/AIDS (odha).¹ Monitoring dan evaluasi diperlukan untuk menilai keberhasilan program pengobatan ARV, dengan salah satu indikator keberhasilannya adalah rendahnya jumlah odha yang *loss to follow up* (LTFU).^{2,3} Data Kementerian Kesehatan tahun 2014 menunjukkan persentase kumulatif odha yang *loss to follow up* saat mengikuti terapi ARV di Indonesia sampai dengan tahun 2013 sebanyak 17,3%.⁴ Insiden rate LTFU berbeda-beda antara satu negara dengan negara lain. Di Nigeria insiden rate LTFU odha yang mengikuti terapi ARV pada tahun 2012 sebesar 7,9 per 100 *person years* (PY),⁵ sementara pada tahun yang sama insiden rate LTFU di kawasan Asia Pasifik sebesar 21,4 per 100 PY.⁶ Penelitian LTFU odha yang mengikuti terapi ARV pernah dilaksanakan di Indonesia dimana Bali menjadi salah satu *site* dari 18 *site* penelitian *Treat Asia HIV Observational Database* (TAHOD) di wilayah Asia Pasifik tahun 2012. Namun hasil penelitian tersebut tidak melaporkan data Indonesia secara spesifik sehingga karakteristik odha LTFU di Indonesia belum tersedia.

LTFU memiliki nilai penting dalam menentukan efektivitas program terapi ARV, dimana persentase LTFU diharapkan minimal. Selain untuk menilai efektifitas program, odha yang LTFU akan meningkatkan resistensi terhadap ARV, meningkatkan risiko untuk menularkan HIV pada orang lain, serta meningkatkan risiko kematian pada odha.⁷

Klinik Amertha Yayasan Kerti Praja (YKP) merupakan salah satu lembaga swadaya masyarakat (LSM) di Bali yang memberikan layanan terapi ARV secara intensif dan merupakan LSM pionir dalam layanan VCT dan ARV di Indonesia. Selain itu, YKP juga melakukan berbagai kegiatan penanggulangan HIV dan IMS secara komprehensif. Di awal berdirinya YKP, sasaran utama layanan VCT dan ARV adalah kelompok-kelompok berisiko tertular HIV, utamanya pekerja seks, waria, gay, serta pemakai narkotika suntik. Dalam perkembangan selanjutnya, YKP juga menjadi rujukan bagi kelompok masyarakat lainnya dalam hal VCT dan terapi ARV. Karena pemberian terapi ARV di klinik ini tercatat dalam rekam medik yang lengkap, maka hal ini memberikan peluang untuk melakukan kajian terhadap LTFU yang terjadi pada odha yang menerima ARV.

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai insiden spesifik berdasarkan beberapa karakteristik odha yang LTFU di Bali serta median waktu terjadinya LTFU. Selain melengkapi *gap* informasi tentang insiden LTFU di Indonesia dan menjadi acuan untuk penelitian lanjutan, diharapkan hasilnya dapat dimanfaatkan dalam pencegahan LTFU saat memberikan terapi ARV, baik di Bali maupun di Indonesia pada umumnya.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif longitudinal dengan melakukan analisis data sekunder yaitu rekam medis odha yang memulai terapi ARV pada tahun 2002 sampai dengan 2012 di YKP. Ekstraksi rekam medik dilakukan menggunakan formulir pengumpulan data atau dalam bentuk *hard copy*, kemudian diolah ke dalam bentuk *soft copy* untuk memudahkan analisis.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh odha yang menerima terapi ARV di Klinik Amertha YKP Bali. Sebagai sampel adalah seluruh odha yang menerima terapi ARV di Klinik Amertha YKP pada periode penelitian (2002-2012) dan memenuhi kriteria yang ditetapkan. Sebagai kriteria inklusi adalah odha yang pertama kali menerima terapi ARV di Klinik Amertha YKP dan mempunyai minimal dua kali kunjungan.

Variabel yang diteliti adalah umur, jenis kelamin, jenis pekerjaan, ada tidaknya pengawas minum obat (PMO), faktor risiko penularan serta LFTU. Selain umur dan LFTU, variabel yang diteliti merupakan data kategorikal saat pertama kali odha mengikuti terapi ARV (*baseline*). Variabel umur juga merupakan data *baseline*, namun diubah menjadi data kategori berdasarkan nilai *mean*. Sedangkan status LFTU ditetapkan menjadi LFTU dan tidak LFTU. LFTU didefinisikan sebagai odha yang tidak melanjutkan terapi ARV di Klinik Amertha YKP selama >3 bulan, atau tidak diketahui keberadaan maupun status penggunaan ARVnya, atau putus obat; dimana status LFTU tersebut telah ditetapkan oleh petugas di YKP sebelumnya. Sedangkan odha yang telah meninggal atau pindah dijadikan sensor dan akan dikategorikan tidak LFTU bersama dengan odha yang masih mengikuti terapi ARV sampai akhir periode penelitian. Sebagai *start point* adalah tanggal pertama kali odha memulai terapi ARV dan sebagai *end point* adalah tanggal kunjungan terakhir odha.

Data dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan program Stata SE 12.1. Untuk memperhitungkan waktu terjadinya LFTU dilakukan analisis berdasarkan waktu, karena waktu pengamatan masing-masing subjek tidak sama maka digunakan *survival analysis*. Pada analisis ini, akan diperoleh nilai insiden

spesifik LTFU per 100 PY dan 95% *confidence interval* untuk masing-masing variabel. Hasil dari *survival analysis* digambarkan dalam bentuk kurve *Kaplan-Meier*.

Penelitian ini telah mendapatkan ijin pengambilan data dari Direktur YKP selaku penanggung jawab pengelolaan klinik dan telah mendapatkan persetujuan kelayakan etik dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah.

Hasil

Sampai dengan 11 Januari 2014 tercatat 787 pasien telah menerima terapi ARV di Klinik Amertha Yayasan Kerti Praja, namun yang memenuhi kriteria sebagai sampel penelitian adalah 548 pasien (69,6%). Dari jumlah tersebut sebanyak 77 (14,1%) pasien diantaranya mengalami LFTU dan sisanya sebanyak 471 (85,9%) pasien tidak mengalami LFTU. Perbandingan karakteristik pasien yang LFTU dan tidak LFTU disajikan pada Tabel 1.

Pada Tabel 1 terlihat bahwa untuk kelompok LFTU proporsi karakteristik yang lebih besar adalah pada pasien perempuan (54,55%), umur ≤ 32 tahun (74,03%), memiliki PMO (61,04%), heteroseksual pekerja seks (31,46%), dan hanya 38,96% yang bekerja sebagai pekerja seks. Pada kelompok tidak LFTU proporsi lebih besar pada laki-laki (59,45%), umur ≤ 32 tahun (59,02%), memiliki PMO (69,21%), heteroseksual bukan pekerja seks (33,55%), dan hanya 25,05% yang bekerja sebagai pekerja seks.

Angka insiden kasar (*crude rate*) LFTU odha yang menjalani terapi ARV di YKP adalah 5,15 per 100 PY. Sedangkan insiden spesifik (*specific rate*) LFTU per 100 PY berdasarkan beberapa karakteristik odha disajikan pada Tabel 2.

Tabel 1. Perbandingan karakteristik pasien yang LFTU dan tidak LFTU

Karakteristik	LFTU n (%)	Tidak LFTU n (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	35 (45,45)	280 (59,45)
Perempuan	42 (54,55)	191 (40,55)
Umur		
≤32 th	57 (74,03)	278 (59,02)
>32 th	20 (25,97)	193 (40,98)
Pekerjaan		
Pekerja seks	30 (38,96)	117 (25,05)
Lainnya	46 (59,74)	352 (74,52)
Pengawas minum obat		
Memiliki	47 (61,04)	326 (69,21)
Tidak memiliki	30 (38,96)	145 (30,79)
Faktor risiko penularan		
Heteroseksual-pekerja seks (PS)	25 (31,47)	99 (21,02)
Heteroseksual bukan PS	24 (31,17)	158 (33,55)
Homoseksual	16 (20,78)	87 (18,47)
Pemakai narkoba suntik (penasun)	12 (15,58)	127 (26,96)

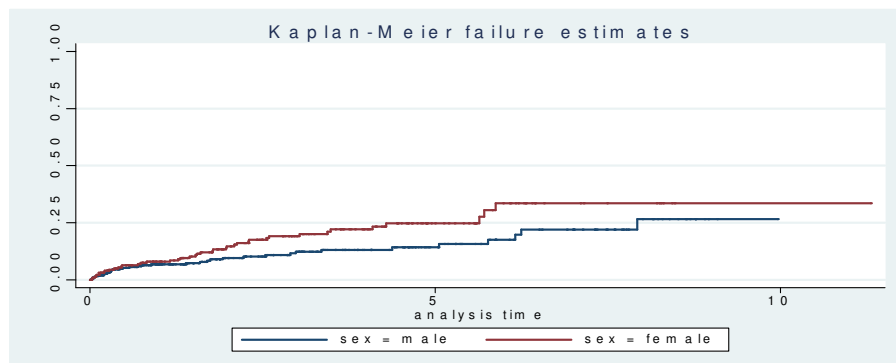
Tabel 2. Insiden spesifik LFTU berdasarkan karakteristik odha per 100 person years

Karakteristik	Lost	Insiden spesifik loss to follow up per 100 py	
		Insiden	95%CI
Jenis kelamin			
Laki-laki (n=315)	35	4,1	2,9-5,7
Perempuan (n=233)	42	6,6	4,9-9,0
Umur			
≤32 th (n=335)	57	6	4,6-7,8
>32 th (n=213)	20	3,7	2,4-5,7
Jenis pekerjaan			
Pekerja seks (n=147)	30	7,3	5,1-10,5
Lainnya (n=398)	46	4,3	3,2-5,8
Pengawas minum obat			
Memiliki (n=373)	47	4	3,0-5,4
Tidak memiliki (n=175)	30	9,3	6,5-13,2
Faktor risiko penularan			
Heteroseksual PS (n=124)	25	7,2	4,9-11,0
Heteroseksual bukan PS (n=182)	24	6,1	4,1-9,0
Homoseksual (n=103)	16	9,1	5,5-15,0
Penasun (n=139)	12	2,1	1,2-4,0

Tabel 2 menunjukkan bahwa lebih banyak perempuan yang LTFU (6,6 per 100 py; 95%CI: 4,9-9,0) dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu juga menunjukkan bahwa odha yang berumur lebih muda lebih banyak LTFU (6 per 100 py; 95%CI: 4,6-7,8) dibandingkan odha yang umurnya lebih tua. Berdasarkan jenis pekerjaan, pekerja seks lebih banyak yang LTFU (7,3 per 100 py; 95%CI: 5,1-10,5) dibandingkan dengan jenis pekerjaan lain. Bila dibandingkan dengan odha yang memiliki PMO, LTFU lebih banyak pada odha yang tidak memiliki PMO (9,3 per 100 py; 95%CI: 6,5-13,2). Dari keempat faktor risiko penularan, kelompok homoseksual yang paling banyak LTFU (9,1 per 100 py; 95%CI: 5,5-15,0), disusul

kelompok heteroseksual PS (7,2 per 100 py; 95%CI: 4,9-11,0), heteroseksual bukan PS (6,1 per 100 py; 95%CI: 4,1-9,0), dan paling sedikit adalah pada kelompok penasun (2,1 per 100 py; 95%CI: 1,2-4,0).

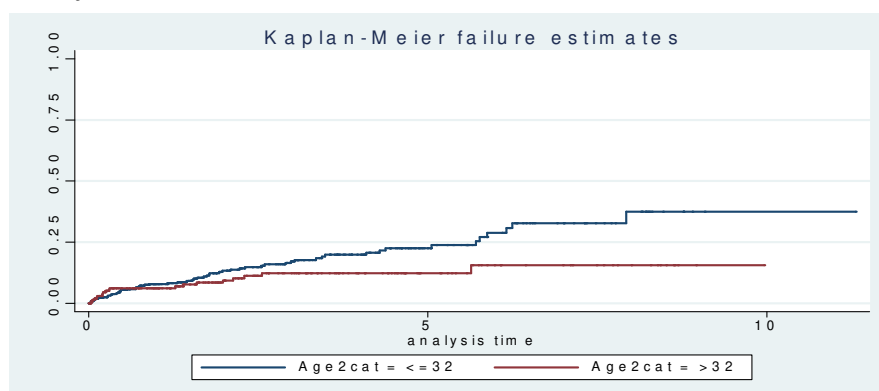
Median waktu terjadinya LTFU secara kasar sampai akhir pengamatan tidak tercapai dalam penelitian ini. Sampai akhir pengamatan hanya 25% pasien yang mengalami LTFU dengan rentang waktu lebih dari 6 tahun pada pasien tersebut untuk akhirnya mengalami LTFU. Demikian pula dengan median waktu terjadinya LTFU secara spesifik untuk masing-masing variabel. Kurve *Kaplan-Meier* LTFU untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Kurve Kaplan Meier untuk variabel jenis kelamin

Pada Gambar 1 terlihat bahwa LTFU lebih cepat terjadi pada perempuan. Meskipun median waktu LTFU untuk variabel jenis kelamin tidak tercapai, tetapi hasil analisis menunjukkan bahwa dari 25%

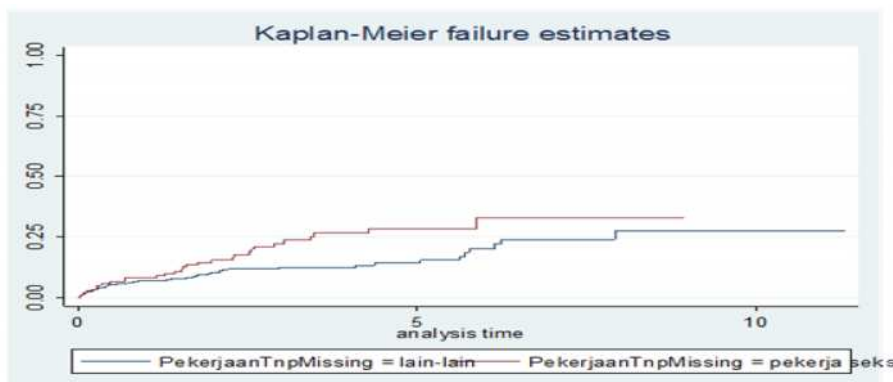
pasien yang LTFU, pasien perempuan hanya sampai 5,6 tahun mengikuti terapi ARV, sedangkan pasien laki-laki waktunya lebih lama yaitu 7,9 tahun sampai akhirnya LTFU.



Gambar 2. Kurve Kaplan Meier untuk variabel umur

Pada Gambar 2 terlihat bahwa LTFU lebih cepat terjadi pada odha yang berumur ≤ 32 tahun. Median waktu LTFU untuk variabel umur tidak tercapai. Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 25% pasien yang LTFU, pasien yang berumur ≤ 32 tahun

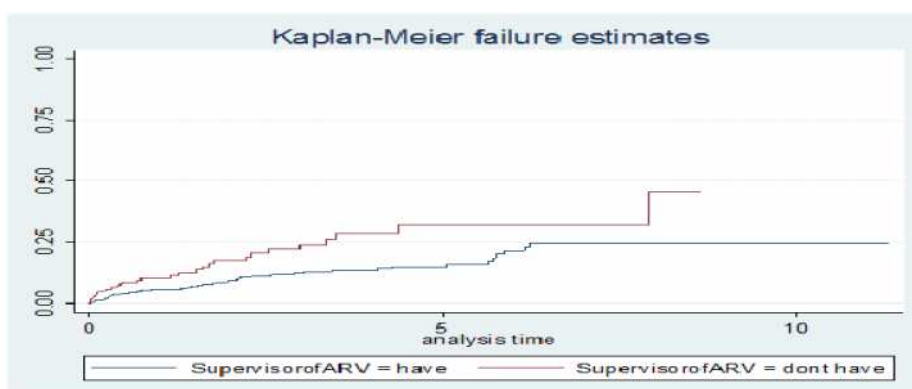
mengikuti terapi sampai 5,7 tahun sampai akhirnya LTFU. Sedangkan untuk pasien yang berumur >32 tahun lama mengikuti terapi tidak dapat dihitung karena insiden LTFU yang sangat kecil.



Gambar 3. Kurve Kaplan Meier untuk variabel jenis pekerjaan

Pada Gambar 3 terlihat bahwa LTFU lebih cepat terjadi pada odha yang bekerja sebagai pekerja seks. Median waktu LTFU untuk variabel jenis pekerjaan tidak tercapai. Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 25%

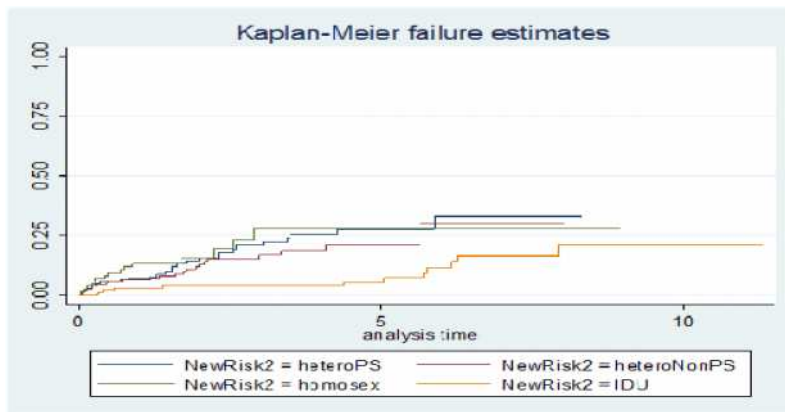
pasien yang LTFU, pasien yang bekerja sebagai pekerja seks hanya sampai 3,4 tahun mengikuti terapi ARV. Sedangkan jenis pekerjaan lain dapat mengikuti terapi lebih lama yaitu 7,9 tahun sampai akhirnya LTFU.



Gambar 4. Kurve Kaplan Meier untuk variabel ada tidaknya PMO

Pada Gambar 4 terlihat bahwa LTFU lebih cepat terjadi pada odha yang tidak memiliki PMO. Sama seperti variabel lain, median waktu LTFU untuk variabel ada tidaknya PMO juga tidak tercapai. Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 25%

pasien yang LTFU, odha yang tidak memiliki PMO hanya sampai 3,3 tahun mengikuti terapi. Sedangkan lama mengikuti terapi pada odha yang memiliki PMO tidak dapat dihitung karena insiden LTFU yang sangat kecil pada kelompok ini.



Gambar 5. Kurve Kaplan Meier untuk variabel faktor risiko penularan

Pada Gambar 5 terlihat bahwa LTFU paling cepat terjadi pada odha dengan kelompok homoseksual, kemudian heteroseksual pekerja seks, heteroseksual bukan pekerja seks, dan paling lambat pada kelompok penasun. Median waktu LTFU untuk variabel faktor risiko penularan tidak tercapai. Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 25% pasien yang LTFU, pasien pada kelompok homoseksual hanya sampai 3 tahun mengikuti terapi ARV sampai akhirnya LTFU. Untuk kelompok heteroseksual yang bekerja sebagai pekerja seks mengikuti terapi sampai 3,5 tahun, dan kelompok heteroseksual bukan pekerja seks sampai 5,6 tahun. Lama mengikuti terapi pada kelompok penasun tidak dapat dihitung karena rendahnya insiden LTFU pada kelompok ini.

Diskusi

Penelitian ini menunjukkan bahwa angka insiden kasar LTFU di YKP sebesar 5,15 per 100 py. Apabila dibandingkan dengan penelitian lain, angka insiden ini lebih rendah, dimana hasil penelitian yang dilakukan di Nigeria menemukan angka insiden LTFU sebesar 7,9 per 100 py⁵ sementara di kawasan Asia Pasifik sebesar 21,4 per 100 py.⁶ Penelitian ini sejalan dengan penelitian-penelitian tersebut, tetapi

dibedakan oleh *cut off point* dalam mendefinisikan LTFU. Pada penelitian ini *cut off point* untuk mendefinisikan *loss to follow up* adalah odha yang tidak melanjutkan terapi ARV di YKP selama >3 bulan, sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Odafe dkk menggunakan *cut off point* 6 bulan⁵ dan penelitian oleh Zhou dkk menggunakan *cut off point* 36 bulan.⁶ Selain itu adanya beberapa program seperti penjangkauan (*outreach*) dan dukungan sebaya yang dilaksanakan di YKP memberi pengaruh pada rendahnya insiden LTFU di YKP dibandingkan Nigeria dan kawasan Asia Pasifik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa insiden spesifik LTFU pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian analitik yang dilakukan oleh Saka⁸ namun penelitian ini bukan pada pekerja seks. Hal ini kemungkinan karena sebagian besar perempuan yang dilayani di Klinik Amertha YKP adalah pekerja seks. Insiden spesifik LTFU yang lebih tinggi juga terjadi pada pekerja seks dibandingkan pekerjaan lain. Waktu terjadinya LTFU pada 25% pekerja seks hanya 3,4 tahun sementara jenis pekerjaan lainnya selama 7,9 tahun. Pekerja seks yang menjalani terapi ARV di YKP sebagian besar berasal dari luar Bali dengan

tingkat mobilitas yang tinggi sehingga kemungkinan LTFU menjadi lebih besar. Penelusuran dari beberapa literatur dan program terapi ARV di India menyatakan bahwa mobilitas yang tinggi dapat menyebabkan odha berhenti mengikuti terapi ARV untuk sementara waktu ataupun permanen. Disebutkan pula bahwa salah satu kelompok yang rentan untuk LTFU karena mobilitasnya tinggi adalah pekerja seks.⁹ Penelitian Huet juga mengungkapkan bahwa pekerja seks sebagai salah satu kelompok yang memiliki tingkat kepatuhan yang rendah karena pekerja seks sering mengalami hubungan kekeluargaan dan dukungan sosial yang buruk.¹⁰

Insiden spesifik LTFU pada odha yang berumur lebih muda (≤ 32 tahun) lebih tinggi daripada insiden spesifik LTFU pada odha yang lebih tua (> 32 tahun). Hal ini sama dengan beberapa hasil penelitian analitik seperti penelitian di Perancis,¹¹ di India,¹² di Eropa,¹³ di Guinea Bissau,¹⁴ dan di Togo.⁸ Umur bisa saja terkait dengan kondisi psikologis seseorang. Roura menyebutkan bahwa faktor psikologis memegang peranan yang penting pada kelanjutan terapi ARV. Motivasi dan kemampuan diri sendiri untuk berperilaku teratur mengikuti terapi ARV adalah bagian dari psikologis yang berhubungan dengan usia muda.¹⁵ Usia yang lebih muda membuat odha belum siap secara psikologis untuk mengikuti terapi ARV secara teratur selain adanya penolakan psikologis terhadap kondisinya. Hal lain yang kemungkinan berhubungan dengan usia muda adalah mobilitas. Penelitian lain menyatakan bahwa usia muda lebih mudah untuk LTFU karena mereka sering berpindah-pindah untuk bekerja atau bersekolah.¹⁶

Pada penelitian ini, terlihat bahwa odha yang tidak memiliki PMO memiliki insiden spesifik LTFU yang lebih tinggi

dibandingkan odha yang memiliki PMO. Waktu terjadinya LTFU pada 25% odha yang tidak memiliki PMO hanya 3,3 tahun, sedangkan kelompok dengan PMO sangat minimal. LTFU sangat erat kaitannya dengan kepatuhan odha dalam mengikuti terapi ARV. Sebuah penelitian di Ukraina oleh Mimiaga meneliti tentang hambatan dan faktor pendukung kepatuhan odha dalam kepatuhan terhadap terapi ARV. Hasilnya bahwa salah satu faktor pendukung kepatuhan odha dalam mengikuti terapi ARV adalah adanya dukungan dan pengingat minum ARV dari pihak keluarga, teman, atau orang lain yang dekat dengan odha.¹⁷ Hal serupa juga pernah disebutkan dalam buku "*Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: A Review of the Evidence*" oleh USAID pada tahun 2006. Disebutkan bahwa adanya *Directly Observed Treatment (DOT)* atau PMO pada terapi ARV di tingkat fasilitas kesehatan yang disediakan oleh petugas penjangkauan atau anggota keluarga adalah metode yang efektif dan murah untuk membantu meningkatkan kepatuhan odha dalam mengkonsumsi ARV. Odha yang patuh mengikuti terapi ARV akan menurunkan risiko LTFU.¹⁸

Dalam hal empat faktor risiko penularan, homoseksual memiliki insiden spesifik LTFU tertinggi. Waktu terjadinya LTFU pada 25% kelompok homoseksual hanya 3 tahun, sementara kelompok heteroseksual yang bekerja sebagai pekerja seks sampai 3,5 tahun, kelompok heteroseksual bukan pekerja seks sampai 5,6 tahun, sedangkan kelompok penasun sangat minimal. Penelitian oleh Graham dkk menyatakan bahwa adanya stigma, diskriminasi, dan isolasi sosial adalah faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya kepatuhan kaum homoseksual untuk mengikuti terapi ARV. Selain itu rendahnya akses mencari pengobatan, takut mencari

pelayanan kesehatan, dan penolakan terhadap perawatan juga menjadi hambatan mereka untuk tidak LTFU. Hal ini kemudian diperburuk lagi apabila kaum homoseksual bekerja sebagai pekerja seks karena hal ini dapat memperburuk stigma mereka.¹⁹

Terlepas dari hasil-hasil yang telah dibahas sebelumnya, penelitian ini menggunakan data sekunder sehingga memiliki beberapa kelemahan. Karena data yang digunakan adalah hanya berdasarkan data yang tercatat pada rekam medis pasien, adanya kesalahan pencatatan data serta terbatasnya variabel yang dapat diteliti merupakan keterbatasan studi ini. Di sisi lain, hal ini memberikan inspirasi untuk perbaikan manajemen data klinik untuk kepentingan penelitian serta manajemen pengobatan ARV selanjutnya.

Simpulan

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa insiden spesifik LTFU lebih tinggi pada odha yang berumur lebih muda, odha perempuan, bekerja sebagai pekerja seks, tidak memiliki PMO, serta odha pada kelompok homoseksual. Diperlukan pengawas minum obat untuk masing-masing odha serta konseling yang lebih mendalam pada kelompok-kelompok tersebut sebelum memulai terapi ARV sehingga insiden spesifik LTFU bisa ditekan. Diperlukan pengelolaan rekam medis yang lebih sistematis dan lengkap, selain untuk keperluan administrasi juga dapat digunakan untuk melakukan penelitian yang lebih baik. Untuk mengetahui penyebab LTFU diperlukan penelitian lanjutan dengan desain penelitian yang lebih baik.

Ucapan terima kasih

Terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada seluruh staf Yayasan Kerti Praja atas bantuan yang diberikan selama penelitian dilaksanakan. Terima kasih yang sebesar-besarnya pula penulis sampaikan kepada Australian Government, Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) yang telah memberikan dukungan dana untuk penelitian ini. Kepada John Kaldor, Kathy Petoumenos, Bradley Mathers, dan Janaki Amin dari The Kirby Institute, University of New South Wales yang telah memberikan bimbingan mulai dari pengembangan pertanyaan penelitian sampai akhirnya penelitian ini bisa diselesaikan.

Daftar Pustaka

1. Depkes RI. Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006. Jakarta : Depkes RI; 2006.
2. Depkes. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Jakarta : Depkes RI; 2011.
3. Martin W.G.B., D.François, M. Landon, R.B. David, B. Andrew N. Denis, S. Mauro, L. Christian, K. Olivia, M. Margaret, S. Eduardo, E. Matthias, A. Xavier. Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programmes in lower-income. Bull World Health Organ. [Internet]. 2008; vol.86 n.7 Genebra Jul. 2008. Available from : <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed>
4. Kemenkes RI. Laporan Perkembangan HIV/AIDS Triwulan IV Tahun 2013. Jakarta : Kemenkes RI; 2014.
5. Odafe S, Idoko O, Badru T, Aiyenigba B, Suzuki C, Khamofu H, et al. Patients' demographic and clinical characteristics and level of care associated with lost to follow-up and mortality in adult patients on first-line ART in Nigerian hospitals. J. Int. AIDS Soc. [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Oct 7];15(2):17424. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3494164&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

6. Zhou J, Tanuma J, Chaiwarith R, Lee CKC, Law MG, Kumarasamy N, et al. Loss to Followup in HIV-Infected Patients from Asia-Pacific Region: Results from TAHOD. *AIDS Res. Treat.* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Oct 7];2012:375217. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3296146&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
7. Gerver, S.M., T.R. Chadborn, F. Ibrahim, B. Vasta, V.C. Delpech, P.J. Easterbrook. High rate of loss to clinical follow up among African HIV-infected patients attending a London clinic: a retrospective analysis of a clinical cohort. *Journal of the International AIDS Society.* [Internet]. 2010; 13, p.29. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2924265&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
8. Saka B, Landoh DE, Patassi A, D'Almeida S, Singo A, Gessner BD, et al. Loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programs in Togo: risk factors and the fate of these patients. *Pan Afr. Med. J.* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Oct 2];15:35. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3758855&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
9. Sahay S, Reddy KS, Dhayarkar S. Optimizing adherence to antiretroviral therapy. *Indian J. Med. Res.* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Jun 12];134(6):835–49. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3284093&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
10. Huet C, Quedraogo A, Konaté I, Traore I, Rouet F, Kaboré A, et al. Long-term virological, immunological and mortality outcomes in a cohort of HIV-infected female sex workers treated with highly active antiretroviral therapy in Africa. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Jun 11];11:700. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3191514&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
11. Lebouché B, Yazdanpanah Y, Gérard Y, Sissoko D, Ajana F, Alcaraz I, et al. Incidence rate and risk factors for loss to follow-up in a French clinical cohort of HIV-infected patients from January 1985 to January 1998. *HIV Med.* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Oct 16];7(3):140–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1649462>.
12. Maru DS-R, Khakha DC, Tahir M, Basu S, Sharma SK. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *Int. J. Equity Health* [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Oct 7];6:14. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2200646&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
13. Mocroft A, Kirk O, Aldins P, Chies A, Blaxhult A, Chentsova N, et al. Loss to follow-up in an international, multicentre observational study. *HIV Med.* [Internet]. 2008 May [cited 2013 Oct 1];9(5):261–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18400074>.
14. Hønge BL, Jespersen S, Nordentoft PB, Medina C, da Silva D, da Silva ZJ, et al. Loss to follow-up occurs at all stages in the diagnostic and follow-up period among HIV-infected patients in Guinea-Bissau: a 7-year retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Nov 7];3(10):e003499. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3808780&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
15. Roura M, Busza J, Wringe A, Mbata D, Urassa M, Zaba B. Barriers to sustaining antiretroviral treatment in Kisesa, Tanzania: a follow-up study to understand attrition from the antiretroviral program. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA; 2009 Mar 20 [cited 2014 Mar 16];23(3):203–10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2776987&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
16. Krishnan S, Wu K, Smurzynski M, Bosch RJ, Benson CA, Collier AC, et al. Incidence rate of and factors associated with loss to follow-up in a longitudinal cohort of antiretroviral-treated HIV-infected persons: an AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Longitudinal Linked Randomized Trials (ALLRT) analysis. *HIV Clin. Trials* [Internet]. [cited 2013 Oct 7];12(4):190–200. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3207266&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
17. Mimiaga MJ, Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. “We fear the police, and the police fear us”: structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care* [Internet]. Routledge; 2010 Nov [cited 2014 Apr 30];22(11):1305–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121003758515>.

18. USAID. Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: A Review of the Evidence. Arlington: USAID; 2006.
19. Graham SM, Mugo P, Gichuru E, Thiong'o A, Macharia M, Okuku HS, et al. Adherence to antiretroviral therapy and clinical outcomes among young adults reporting high-risk sexual behavior, including men who have sex with men, in coastal Kenya. *AIDS Behav.* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Jun 11];17(4):1255–65. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3633780&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Policy for Drug Users in Indonesia: A Critical Policy Analysis of Jail Punishment and an Alternate Rehabilitation Policy

I.N. Sutarsa

Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University

Corresponding author: sutarsa84@gmail.com

Introduction

The prevalence of drug users in Indonesia during 2004 was 1.5% from a total population (3.2 million people). About 69% of them were abusers and 31% were addicted. In addition, 6% of the total population have experienced drugs.¹ Illicit drugs are harming people in many ways, causing a wide range of health problems: addiction, injuries, cardiovascular diseases, HIV/AIDS, hepatitis and cancers. One in five drug users meet the WHO criteria for dependence.²

Illicit drugs alter brain function and mood/perception, generate psychological and psychosocial problems, employment loss, legal issues, homelessness, family disruptions, loss of economic productivity, social instability, criminality and difficulty in academic participation.^{2,3} Globally, drug abuse kills 4 people per 100,000 people and 2-3% of opioid users die every year due to overdose.^{2,3} Furthermore, alcohol and drug abuse contribute as many as 5.4% of the global annual disease burden (in comparison to only 3.7% from tobacco).² Drug abuse also contributes to HIV transmission (5-10%), hepatitis C (50-85%) and liver cancer (7-15%).³ Drug abuse is identified as a significant contributing factor for mental health problems.^{2,4} In the end, drug abuse leads to increased national burdens (economic, health, and social) and reduced

quality of life for individuals. It also alters social function of individuals at family or community levels, resulting in economic productivity loss.

Drug abuse in Indonesia is a complex problem and influenced by many determinants. Increasing cost of living, absence of income generation and less job opportunities are crucial and might trigger people to sell drugs. Poverty together with limited growth of informal economies and economic uncertainty are also enabling factors of selling drugs.⁵ Moreover, open international access through trading and tourism industries contribute significantly to drug supply. In relation to reducing harms, cost of health treatments, cost of prevention materials, limited community health and welfare service access, stigmatisation or marginalisation and weak civil society or community advocacy are major challenges.⁵ Furthermore, policy environment is crucial including laws governing protection of human and health rights, laws governing possession of drugs and public health policy governing harm reduction and drug treatment.⁵

There are two main approaches to address the issue of drug users: law and humanitarian. Law approach views drug users as criminals and jailing is the way to solve the problem while humanitarian approach views them as victims who need assistance and rehabilitation to address the

problem. Criminalising drug users is common practice in some countries such as Indonesia and Vietnam. However, based on a health perspective, ICD 10 section F defines drug users as having a mental disorder needing clinical and social rehabilitation. Jailing people in need of health care instead of rehabilitation is another form of human right violation. The Indonesian government responded to the increasing trend of drug users by criminalising them as stated in The Anti-Narcotic Bill No 22/1997 and The Psychotropic Bill No 5/1997. These are not statements of war against drugs, but more likely war on people who are using drugs. The production of and the distribution activities of drugs are criminal. However, criminalisation of drug users as a form of 'demand reduction' brings serious threat to public health in Indonesia. Alternate options are crucial to prevent further harms from jail punishment.

Discussion

Drug user policy in Indonesia: who will play what parts?

Illicit drugs are a complex problem and many stakeholders are involved in addressing them. The identification of the policy players is an essential component of policy analysis - where each actor emerges with specific roles and interest.⁶ Firstly, National Drugs Body (Badan Narkotika Nasional/BNN) is the national body that plays a major role in overcoming this problem in Indonesia. However, BNN is no longer operating as the national coordination body, but rather BNN now acts more like a functional body delivering activities - equivalent to other government departments (health, social welfare, law and human rights). Given this fact, the activities among various stakeholders are less coordinated.

Furthermore, budget allocation is imbalanced. Most of the budget is allocated to BNN, resulting in significantly reduced budget allocation and programmes in the health and social-welfare sectors. Moreover, there is no clear statement about which department or body will be responsible for health and social impacts related to drug users.

Ideally, different actors should have specific objectives or responsibilities and maintain coordinated partnership with other interested stakeholders to meet larger goals. In relation to drug user policy in Indonesia, there are at least 8 major actors to be involved: BNN, Department of Law and Human Right, Department of Health, Department of Social Welfare, National AIDS Commission (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional or KPA), Non Government Organisations, Private Sector and Community. The government will provide budget and BNN plays role as the coordination body. Department of Justice and Human Rights is mainly responsible for issues related to drugs production and supply as well as case confirmation. Department of Health is responsible for providing clinical rehabilitation and prevention measures to reduce harms. Department of Social Welfare's main duties are providing social and family rehabilitation, including stigma reduction and re-integration measures. KPA acts as the coordination body for HIV related to drugs (mainly among Injecting Drug Users/IDUs and their sexual behaviour). Strategic partnership should be built up with NGOs, private sector and community.

The opportunity for rehabilitation policy

Drug control in Indonesia was formally started in 1971 by the release of President Instruction No 6/1971 towards the National Coordination Intelligent Body (BAKIN). The

first coordination task force built in 1971 consisted of several stakeholders including health, social welfare, foreign affairs, justice and human rights. BAKIN acted as the coordination body, not subjected to operational responsibilities. No specific additional budget was allocated to BAKIN. During 1971, drugs were not assumed as a great threat. President Soeharto's government believed that a drugs problem would not emerge because of national value systems, religious values and social values against drugs. This situation correlates with Dye's statement (cited in Colebatch 1998) that 'policy is whatever governments choose to do or not to do'. Given the government's position, it is not surprising it was almost impossible for legislative changes or other institutions to influence executive decisions on drugs policy during this period. This reflects the fact that authority played the major role in policy making for this situation. Soeharto, who had a military background, was a president with a strong authority from 1966 – 1997/98.⁷ As a result, by the middle of 1997, Indonesia was hit by a big illicit drugs problem in parallel with financial crisis. In response to this problem, the government and legislative agreed to enact Indonesian Anti-Narcotic Bill No. 5/1997 and Indonesian Psychotropic Bill No. 22/1997.

Based on those two bills, the government of Soeharto's successor President Wahid released President Instruction No. 116/1999. This developed the National Narcotic Coordination Body (NNCB), drawing on resources from 25 related inter-governmental departments. The NNCB was headed by the police and was funded by the Police Department from 2002. During this period, the function of the NNCB was influenced by the interest of police as a stakeholder of drugs control in Indonesia. This condition triggered the release of

President Instruction No. 17/2002 and changed the NNCB to the National Drugs Body (BNN), acting as both a coordination and operational body. BNN was funded directly by government through the national budget starting from 2003.

The epidemic of HIV/AIDS in Indonesia started in 1987 and first reported cases among IDUs was in 1995. Since then, IDUs were identified as the major route of HIV transmission in Indonesia. The total HIV/AIDS cases doubled by 2003/2004 and 80% of total new cases were IDUs.⁸ This fact opened the window for health stakeholder perspectives to be more influential in policy making process, especially related to risk reduction, having more power to influence context, process, and content of policy as well as competing interest with competing demand.^{6,9,10}

Several international and national policy perspectives support the position advocated by health and social stakeholders in Indonesia. WHO (1995) recommend risk reduction as the critical solution for IDUs.¹¹ Moreover, The National AIDS Commission (KPA) was established following the pandemic of HIV/AIDS in Indonesia. Both KPA and the health sector are strongly interested in 'harm reduction policy' rather than 'supply and demand reduction'. WHO (1995)¹¹ emphasised the need to shift commitment from a law approach and focus more on public health and social issues related to drug users. Research from WHO (1995)¹¹ stated that expansion of drug user treatment, substitution therapy, in patient detoxification and rehabilitation services significantly reduce the prevalence of HIV/AIDS transmission globally. However, in Indonesia there are less national policies to handle these measures. Law approach through jail punishment needs to shift to a humanitarian approach. Treating drug users

as a health issue is critical. Putting drug users at rehabilitation rather than in jail will reduce their risk of having HIV and reduce their risk of converting from oral to injecting users. Humanitarian approach also aims to reduce stigma, increase recovery opportunities and enable re-integration of drug users into community.¹² These circumstances open more opportunities for health and social sectors to get involved in the policy making process related to drug users and advocate rehabilitation policy. This policy is in line with a WHO² recommendation to close the gaps for treatment and rehabilitation of drug users. WHO³ stated that 'government need to invest financially and dedicate staffing to provide effective services to treat drug user disorder'.

Jail punishment policy: health and social criticism

The criminalisation of drug users and putting them in jail as a form of 'demand reduction' could deter people from using drugs. On the other hand, jail punishment can be a serious threat to public health. Firstly, this will discourage drug users to access health services due to fear of disclosing their drug using status. They will be harder to reach by public health intervention strategies such as needle syringe program, substitution therapy program and other harm reduction measures.¹³ Moreover, imprisonment may potentially lead drug users to higher addiction level or converting from oral users to injection users. They also may get more exposure to high risk behaviour such as unsafe injecting and sexual practices that lead to disease transmission including HIV/AIDS, hepatitis C and sexually transmitted infections (STIs).¹³ Given these facts, jail punishment for drug users could escalate the HIV epidemic; the incidence of blood borne viruses such as hepatitis C and

B; and also death due to overdose. Jail punishment will worsen current stigma and widen discrimination towards drug users which can deteriorate their physical and mental conditions either directly or indirectly. This circumstance will generate difficulty to re-integrate which leads to social dysfunction and potentially reduces their quality of life and productivity.

Jail punishment for drug users could be chosen because it is cheap in the short term, however the long term impacts are more expensive. High quality critical review evidence suggests that jailing has not produced significant benefits.¹³ Furthermore, jail punishment increases burden on the justice system, which is already overwhelmed by many other criminal issues. In fact, one third of people imprisoned globally are due to drug related offences.³ According to Department of Justice and Human Right, in 2006 almost 30% of imprisoned people in Indonesia were drug users. Under the jail punishment policy, more drug users will be jailed, as a result more resources will be spent on drug enforcement activities and less for other drug prevention measures including less funding for rehabilitation programs which are really crucial for drug users. Considering above potential economic, health, and social impacts of jail punishment for drug users, re-evaluating this policy is critical and consideration of alternate policy options is urgently needed.

Conclusion

Criminalisation of drug users and putting them in jail is not the best policy option. Providing rehabilitation (both clinical and social) is more constructive as this will potentially prevent them from exposure to additional harm effects. Social rehabilitation

consists of family rehabilitation, community rehabilitation, replacing stigma and re-integration strategies. Rehabilitation policy will directly impact the physical and mental health of the drug users themselves, but this also brings significant impacts at family, community and national levels. A coordination body and clear responsibilities within related stakeholder are vital. Health and social impacts of drug users should be the responsibility of health and social welfare departments.

Given the fact that drug use is a complex problem, public intervention to change and address its determinants are crucial. Social and economic capitals should be channelled via several options, ranging from 'pro to the poor' policy, micro economic enterprise, diversion from informal economy, community engagement, social health insurance for poor people, economic development strategy for community and national level and employment initiatives or providing wider access for job opportunity. National public health policy strategies regarding drug user treatment are also necessary to facilitate future interventions.

References

1. BNN. Statistic 2010. Available from: <http://www.bnn.go.id/portal/index.php/konten/detail/bnn-pusat/profil/8005/sejarah-bnn>
2. WHO. ATLAS 2010. First Global Report on Substance Use Disorder. 2010. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publication/s/
3. WHO. WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention. 2004. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publication/s/en/PositionPaper_English.pdf
4. WHO. WHO Mental Health Gap Action Programme. 2010. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html
5. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, and Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet Series 2010: HIV in People Who Use Drugs 2*; Vol. 376.
6. Barraclough S. and Gardner H. *Analysing Health Policy: A Problem-Oriented Approach*. Sydney: Elsevier; 2008.
7. Elson RE. *Soeharto: A Political Biography*. Cambridge University Press; 2001.
8. Mesquita F, Winarso I, Atmosukarto II, Eka B, Nevendorff L, Rahmah A, Handoyo P, Anastasia P, Angela R. Public Health the leading force of the Indonesian response to the HIV/AIDS crisis among people who inject. *Harm Reduction Journal* 2007; 4(9).
9. Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. Open University Press; 2005.
10. Palmer G and Short S. *Health Care and Public Policy: An Australian Analysis* 3rd Edition. Melbourne: Macmillan; 2000.
11. WHO. Programme on Substance Abuse: Multi City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. 1995. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_PSA_94.4.pdf.
12. WHO. UNODC-WHO Programme on Drug Dependence Treatment and Care. 2009. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who/en/
13. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, and Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *The Lancet Series 2010*; 6(376).

Prostitution Legislation Reforms in Western Australia: What Indonesia Can Learn

K.A. Kartika Sari

Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine Udayana University

Corresponding author: ayoex_11@yahoo.co.id

Introduction

Prostitution is still a complicated problem worldwide including in Western Australia. It is estimated that there are 1700 sex workers and 38 identified brothels in Western Australia¹ and prostitution legislation is still an ongoing debatable issue in the state. There has been a significant change in prostitution laws and enforcement practices, which is due to the rising worldwide problem of sex trafficking and its relation to prostitution.² The Liberal or National Government of Western Australia planned to introduce the prostitution legislation reforms, which were intended to make brothels to be the “only viable” and legal workplaces for sex workers, to make sex workers have no opportunity to work privately in residential areas and to force them to work for the third parties or to relocate them to industrial areas.³ It would be implemented through a brothel licensing policy, which in turn will make non brothel-based sex workers considered illegal. Brothels are indeed more organized and easier to provide health care and education than the street⁴ and based on research in the Norwegian capital⁵, an existing law can make people have more negative attitudes towards buying sex. However, particular form of regulation and practice may result in worse situations and can undermine the health and well-being of sex workers. This

article will discuss in details why the prostitution legislation reforms released by The Liberal/National Government in WA should not be fully supported and what we can learn based on the context of Indonesia.

Discussion

According to Donovan et al. (2010)⁶, licensing of sex workers should not be considered as an appropriate legislative response and it has consistently failed for a long term of period. As a result, most premises and prostitutes remain unlicensed and there is still a potential of police corruption because the criminal codes are still in force. As the example is the case in Queensland, where there are only 10% of brothels that have been licensed under the scheme.⁷ In addition, licensing systems are expensive and have potential to emerge many unlicensed subgroups that usually avoid surveillance and public health services, hence, can bring a potential threat to public health.⁶

The regulation of “prostitution free zones” in residential areas and the brothels licensing policy may enforce expansion of sex workers to remote or unsafe areas.⁸ Although legalisation through a licensing policy is intended to reduce expansion of sex industry, an experience in Victoria⁹ showed that it has resulted in massive expansion. There is a significant increase in the number

of legal and illegal brothels and the amount of money spent for prostitution among Victorian men. In addition, the demand for high risk sexual practice (anal intercourse and anal play) has been shown to increase particularly in licensed brothels.¹⁰ Australian Sex Workers Association³, suggests that if this government proposal is successful, it would be the first time in Western Australia that most sex work of consenting adults will be illegal, except the sex work in the few licensed premises in the industrial areas.

Furthermore, people working in the licensed brothels will be registered, entitle them as identified sex workers and may put their family, future employment and safety at risk.³ The information gained for the licensing purposes will remain even after they leave the industry, and this effect will be their lifetime experience. It was also argued that many sex workers will have no option other than working at unlicensed brothels and the regulation will highly cost the WA community due to the excessive cost of compliance and operation.³ Health promotion is one of the sectors that will be affected because non-compliant premises and unlicensed prostitutes tend to avoid detection.

The legislation reforms also mentioned that only permanent residents and citizens will be able to get the license. This regulation may have a significant impact to sex workers in WA since almost 50% of all sex workers in Perth were not born in Australia.⁶ According to the study conducted in France¹¹ the denial of foreign sex workers can make them treated as minors who are not able to have a choice for their life. They may also be forced to go back to their country of origin or to return underground by using the ambiguous compassion towards them.

The other concerning part of the prostitution legislation reforms is the increase of police power to target the unlawful prostitution. A study conducted by Donovan et al. (2010)⁶ found that there are more women in Perth than the other two cities in the study who had direct experiences with police and more likely to report more police visits to their workplace. Even though many sex workers said that the police were supportive and friendly, some women reported violence and physical assaults. The increase of police power in dealing with prostitution may lead to human rights violations such as physical assault, mandatory HIV testing, charges for the transmission of HIV and other sexually transmitted infections, and breaches of confidentiality.⁸ This approach may need to be redirected to decriminalisation system as implemented in Queensland, which has been documented to improve protection and to advance sex workers' rights. The opportunity to work legally and decriminalised can enable sex workers to report violence to the police, whose role can be turned into ensuring workers' safety rather than arresting and harassing them.^{2,12}

It has been observed in a study¹³ that criminalisation is not an effective public health effort for HIV prevention. In fact, it will not decrease HIV transmission, and even worse, criminalising prostitution will put the issue underground. It is recommended that decriminalisation system should be applied with the details including the needs for health departments and HIV related organizations to provide accurate information for HIV positive sex workers and to improve health policies to reduce stigma. Additionally, State and Territory Government need to decriminalize sex workers who are living with HIV, develop consistent legislation for sex workers with

HIV, and introduce the anti-discrimination laws for all sex workers. Based on the above justification, prohibition of commercial sex works when a person is infected with HIV or the other sexually transmitted infections is another element in the reforms that still needs our attention.

According to Csete and Cohen⁸, the criminalised status of the illegal sex workers may also lead to the abusive and judgmental services in the health system, which will have a significant effect on their health. A study conducted in San Fransisco¹⁴ also found that legalisation would not always reduce the stigma of prostitution as there is already a deep cultural belief regarding sex work. It is recommended that government needs to ensure safety and legal protection for sex workers that are the same as for the other workers. An experience in New Zealand showed that decriminalization of sex workers will increase their safety and support their rights.¹⁵ It is also suggested by Butcher¹⁶ that participation of sex workers in HIV prevention efforts can be expected through supports from public health professionals in terms of their rights and safety.

Conclusion

It can be seen that some points in the WA prostitution legislation reforms still need further consideration, as they have potential to undermine the health and safety of sex workers. The reforms provide the idea of legalising sex work in WA; however, some points are still conflicting with the idea of decriminalisation of sex work. Some studies and experiences in implementing legalisation through a licensing system policy indicated that this system has failed in facilitating sex workers' needs and human rights in the sex industry. The increase of

police power in dealing with incompliance of sex workers may also lead to human rights violations including physical assault and breaches of confidentiality. Stigma and discrimination towards foreign sex workers and sex workers with HIV were the other concerning parts of the reforms which require changes.

The proposed approach in prostitution in WA needs to be redirected to decriminalisation system with the implementation of harm reduction to achieve the effective public health efforts. Intensive health promotion efforts, including accurate information for HIV positive sex workers and health policies to reduce stigma and discrimination for all sex workers are needed to provide supportive environment for sex workers, which will enable their health and safety issues to be addressed. These approaches should be applied in the Indonesian context as well, where sex workers are still illegal and mostly criminalised. Decriminalisation system is needed even when there is no idea of legalising prostitution yet in Indonesia. In addition, as brothel-based sex workers are more organised and easier to reach, they have higher potential to participate in the health promotion efforts. The established brothels in Indonesia therefore should be well managed in terms of health and safety in the premises, without any human rights violation and criminalisation.

References

1. PORTER C. Prostitution Legislation Reform. Hansard; 2010.
2. Weitzer. Legalizing Prostitution. *The British Journal of Criminology* 2009; 49(1):88.
3. Scarlet Alliance. Whose safety? Regulation of the sex industry in Western Australia. *HIV Australia* 2010; 8(4): 24-26.
4. Harcourt C. & Donovan B. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections* 2005; 81: 201-206.

5. Kotsadam A, and Jakobsson. Do laws affect attitudes? An assessment of the Norwegian prostitution law using longitudinal data. *International Review of Law and Economics* 2011.
6. Donovan BC, Harcourt S, Egger K, Schneider J, O'Connor L, Marshall MY, Chen, and Fairley. *The Sex Industry in Western Australia*. 2010. Available from: [http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SHPReport/\\$file/WASexReport.pdf](http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SHPReport/$file/WASexReport.pdf)
7. Prostitution Licensing Authority. Annual Report 2009-2010. Available from: <http://www.pla.qld.gov.au/Resources/PLA/reportsPublications/annualReport/2010/documents/Annual%20Report%202009-2010.pdf>.
8. Csete, J. and Cohen. Health Benefits of Legal Services for Criminalized Populations: The Case of People Who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2010; 38(4): 816. <http://proquest.umi.com/dbgw.lis.curtin.edu.au/pqdweb?did=2234897781&Fmt=7&clientId=22212&RQT=309&VName=PQD> (accessed 21 April 2011).
9. Mary Lucille and Sheila. Legalization: The Australian experience. *Violence Against Women* 2002; 8(9): 1140.
10. Seib CM, Dunne J, Fischer and Najman. Commercial Sexual Practices Before and After Legalization in Australia. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39(4): 979.
11. Mathieu L. Neighbors' anxieties against prostitutes' fears: Ambivalence and repression in the policing of street prostitution in France. *Emotion, Space and Society* 2011.
12. Sullivan B. When (Some) Prostitution is Legal: The Impact of Law Reform on Sex Work in Australia. *Journal of Law and Society* 2010; 37(1): 85.
13. Jeffreys E, Matthews, and Thomas. HIV criminalisation and sex work in Australia. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(35): 129-136.
14. Lutnick A, and Cohan. Criminalization, legalization or decriminalization of sex work: what female sex workers say in San Francisco, USA. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34):38-46.
15. Melissa F. Bad for the body, bad for the heart: Prostitution harms women even if legalized or decriminalized. *Violence Against Women* 2002; 10(10): 1087.
16. Butcher, K. Confusion between prostitution and sex trafficking. *The Lancet* 2003; 361(9373): 1983.

Panduan Penulisan *Public Health and Preventive Medicine Archives*

1. Naskah dapat dibuat dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris.
2. Judul naskah maksimal 14 kata dan hendaknya menggambarkan isi pokok tulisan secara ringkas dan jelas.
3. Nama penulis dituliskan tepat dibawah judul, disertai dengan alamat institusi penulis, serta catatan kaki untuk penulis korespondensi meliputi alamat korespondensi yaitu alamat email. Hal ini bertujuan untuk kemudahan komunikasi dengan pembaca.
4. **Abstrak** ditulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris maksimal 250 kata dan merupakan intisari seluruh tulisan yang meliputi: latar belakang masalah, tujuan, metode, hasil dan simpulan. Dibawah abstrak disertakan **3-5 kata kunci** (*key words*).
5. **Pendahuluan dan tujuan** berisi latar belakang tinjauan pustaka secara singkat dan relevan serta tujuan penelitian.
6. **Metode** meliputi desain, populasi, sampel, sumber data, teknik atau instrumen pengumpul data dan prosedur analisis data.
7. **Hasil** adalah temuan penelitian disajikan tanpa pendapat. Data dapat diringkas dalam bentuk tabel dan gambar. Tabel diketik 1 spasi dan diberi nomor urut sesuai dengan penampilan dalam teks. Jumlah maksimal 4 tabel dan atau gambar dengan judul singkat. Judul tabel dibuat diatas tabel, rata kiri dan spasi tunggal. Judul gambar dibuat dibawah gambar, rata tengah dan spasi tunggal.
8. **Pembahasan** menguraikan secara tepat dan argumentatif hasil penelitian dengan teori dan temuan terdahulu yang relevan dengan hasil. Untuk penelitian kualitatif hasil dan pembahasan dapat disajikan bersamaan.
9. **Simpulan** menjawab masalah penelitian tidak melampaui kapasitas temuan.
10. **Ucapan terima kasih** disampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam kegiatan penelitian.
11. **Penulisan Daftar Pustaka**
Berisi informasi tentang sumber pustaka yang telah dirujuk dalam tulisan. Format perujukan pustaka mengikuti cara *Vancouver*, diurut sesuai dengan pemunculan dalam keseluruhan teks, dan diutamakan rujukan jurnal terkini. Nama belakang penulis dicantumkan disertai dengan inisial nama depan. Apabila nama penulis kurang dari 6 maka ditulis semua, jika lebih dari 6 ditulis keenam penulis diikuti et al. Judul makalah ditulis dengan *sentence case*. Nama jurnal disingkat dengan singkatan lazim sesuai Index Medicus. Contoh penulisan daftar pustaka dapat dilihat di Lampiran 1.
12. Naskah dalam Bahasa Indonesia ataupun Inggris maksimum **3.000 kata, 3-4 pokok bahasan, 3-4 tabel atau gambar (20 halaman A4 spasi ganda) ditulis dalam program komputer Microsoft Word 2003 atau 2007, dengan kapasitas tidak lebih dari 20 MB**. Naskah dikirim via email atau dalam CD dan 1 (satu) eksemplar dokumen tertulis. Editor berhak melakukan perubahan format naskah dengan tujuan keseragaman.
13. Naskah yang masuk ke Redaksi *Public Health and Preventive Medicine Archive* akan direview oleh *peer reviewers* dan editor. Editor akan memberikan keputusan terakhir apakah naskah yang diajukan diterima atau tidak. Penulis akan menerima pemberitahuan dari editor yang meliputi: 1) naskah diterima untuk diterbitkan, 2) revisi terhadap naskah 3) naskah ditolak untuk diterbitkan.
14. Penulis harus memperhatikan struktur kalimat, akurasi dari teks, tabel, grafik pada naskah yang telah direvisi. Naskah yang telah diterima namun tidak ditulis sesuai dengan pedoman penulisan ini akan dikembalikan pada penulis untuk disesuaikan dengan format yang ditentukan.
15. Penulis menyertakan nama lengkap beserta gelar kesarjanaan, alamat korespondensi, dan penulis wajib mengisi formulir persetujuan penyerahan hak untuk dipublikasikan.
16. Jika dikirim melalui pos, naskah harus disertai surat pengantar yang ditanda tangani penulis dan akan dikembalikan jika ada permintaan tertulis.

Naskah dikirim kepada: Redaksi **Public Health and Preventive Medicine Archive**, dengan alamat: **Sekretariat MIKM, Gedung Pascasarjana Universitas Udayana Lantai 2. Kampus UNUD Sudirman. Denpasar. Kode Pos. 80232 telp 0361 3618183, atau email: jurnalmikm@gmail.com**

Panduan Penulisan Daftar Pustaka

Untuk setiap pustaka yang dirujuk dalam naskah harus muncul dalam daftar pustaka, begitu juga sebaliknya setiap pustaka yang muncul dalam daftar pustaka harus pernah dirujuk dalam tubuh tulisan. Penulisan kutipan pustaka pada teks atau naskah ditulis dengan nomor menurut urutan. Contoh: 1,2. Jika lebih dari dua nomor berurutan: nomor awal dan nomor akhir dipisahkan tanda hubung. Contoh: 1-3. Nomor kutipan ditulis *superscript*. Nomor diletakkan setelah kutipan. Contoh: Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan metode antropometri,¹ dietetik,² dan biokimia.³

Artikel standar

Contoh:

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Organisasi sebagai penulis

Contoh:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Tanpa nama penulis

Contoh:

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

Volume dengan suplemen

Contoh:

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Edisi/issue dengan suplemen

Contoh:

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

Penulis Tunggal

Contoh

Ringsven MK. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Editors, compilers sebagai penulis

Contoh:

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Organisasi penulis dan penerbit

Contoh:

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Bab dalam buku

Contoh:

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Makalah dalam seminar

Contoh:

Sungkar S. Panduan penulisan artikel penelitian. Disampaikan pada Kursus Penyegar dan Penambah Ilmu Kedokteran: Kursus Penulisan Artikel Ilmiah, Jakarta, 24 Februari, 2006

Scientific or technical report

Contoh:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No: HHSIGE14567894532.

Disertasi/Tesis/Skripsi

Contoh:

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Artikel jurnal dalam bentuk format elektronik

Contoh:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 June 5];1(1):[24 screens]. Available from URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Panduan ini disusun untuk membantu para penulis menyiapkan data statistik untuk publikasi ilmiah. Panduan ini bukan merupakan pengganti dari panduan statistik lengkap yang diperlukan untuk sebuah penelitian. Masing-masing komponen dari publikasi ilmiah akan diulas satu persatu.

Ringkasan:

Jumlah dan sumber data harus disebutkan secara jelas. Simpulan yang diambil berdasarkan uji statistik harus dilengkapi dengan statistik deskriptif (misal nilai mean, median, standard deviasi, interkuartil, persentase koefisien variasi, rentang tingkat kepercayaan 95%, rumus regresi dan lain sebagainya).

Metode:

Untuk rancangan *eksperimental*, cara pemilihan subjek dan mekanisme randomisasi harus dijabarkan secara detail. Presisi analitik juga perlu disebutkan jika ada. Hipotesa statistik yang akan diuji juga harus disebutkan. *Power* dalam perhitungan besar sampel juga perlu disebutkan (sangat disarankan supaya menggunakan *power* sebesar 80%). Pada rancangan kasus kontrol, mekanisme pemilihan kasus dan kontrol harus dijelaskan secara detail. Proses *matching* (jika ada) juga penting untuk diuraikan. Untuk penelitian uji klinis atau uji diagnostik, sangat disarankan untuk melihat STARD, CONSORT, STROBE untuk panduan penulisan yang lebih jelas.

Hasil:

Presisi data yang tidak penting harus dihindari, terutama dalam bentuk tabel. Pembulatan lebih mudah untuk dibaca dan angka desimal seringkali tidak esensial. Persentase sebaiknya tidak melebihi satu angka dibelakang koma. Untuk sampel penelitian yang kecil, tidak disarankan menggunakan angka desimal. Distribusi data harus disajikan menggunakan nilai rata-rata, standard deviasi, atau persentase koefisien variasi dan disajikan dalam bentuk 'rata-rata (SD)' bukan dalam bentuk 'rata-rata ± SD'. Jika data tidak terdistribusi normal (setelah diuji dengan Shapiro Wilk Test), median dan rentang interkuartil harus dipergunakan sebagai pengganti rata-rata dan standard deviasi. Data yang tidak normal (menceng/skewed), dapat dinormalkan dengan melakukan transformasi logaritma atau dengan transformasi power. Analisis statistik dan perhitungannya harus dilakukan terhadap data yang sudah ditransformasi tersebut, kemudian ditransormasi kembali ke bentuk awal untuk penyajian data. Semua nilai individual harus disajikan (jika mungkin) dengan menghilangkan nilai-nilai yang overlapping. *Error bars* yang mencerminkan standard error dari nilai rata-rata (SEM) ataupun rentangan interkuartil dapat dipergunakan untuk membantu interpretasi data.

Hasil uji signifikansi misalnya uji *chi square* harus disajikan dengan data deskriptifnya, *degree of freedom* dan nilai p (probabilitas). Validitas setiap asumsi harus diperiksa (misalnya data harus berdistribusi normal jika ingin menggunakan t-test dengan varian yang sama untuk setiap set data). Jika ingin menggunakan tabel kontingensi (2 x 2) untuk uji *chi square*, harus dipertimbangkan metode koreksi (*continuity correction*) sedangkan untuk nilai *expected* yang rendah, nilai Fisher-Exact yang dipergunakan. Nilai P harus disajikan secara lengkap untuk menggambarkan uji yang signifikan atau tidak. Jika hasil uji menunjukkan sangat signifikan dan hasil perhitungan nilai P menggunakan komputer adalah 0.0000, maka penulisan nilai P bisa menggunakan ' $P \leq 0.0005$ '. Nilai rentang tingkat kepercayaan juga harus dicantumkan, terutama untuk hasil uji yang tidak signifikan. Secara umum, cara penulisan untuk uji statistik adalah $P \leq 0,05$. Jika metode lain ingin dipergunakan, maka harus disertakan dengan penjelasan yang memadai pada bagian metode analisa statistik.

Diskusi/Pembahasan:

Hasil uji signifikansi statistik bukanlah hal yang paling penting untuk dibahas. Nilai P sebaiknya jangan dibandingkan untuk set data yang berbeda ataupun dari hasil uji statistik yang berlainan. Hubungan supaya jangan diterjemahkan sebagai hubungan sebab-akibat tanpa disertai dengan bukti pendukung lainnya.

Permasalahan:

Multiple Comparisons

Hal ini dapat mengakibatkan salah interpretasi (misleading) pada nilai signifikansi. Hipotesis primer harus disebutkan dengan jelas. Hubungan yang ditemukan melalui metode retrospektif harus diinterpretasikan dengan hati-hati. Jika memungkinkan, satu metode uji statistik untuk semua variable harus dilakukan terlebih dahulu misalnya uji ANOVA. Jika hasil uji ini tidak signifikan, maka multiple comparisons tidak dapat dilakukan. Apabila uji ANOVA tidak bisa dikerjakan (atau model uji sejenis), maka multiple comparisons bisa menggunakan hasil uji Bonferroni test.

Data Berpasangan

Untuk data berpasangan, perbedaan untuk masing-masing pasangan dan variabiliti dari perbedaan tersebut memiliki makna yang lebih penting dibandingkan dengan nilai masing-masing individu. Presentasi menggunakan grafik juga harus menunjukkan perbedaan tersebut misalnya menggunakan garis plot (plotted lines) yang menghubungkan data berpasangan.

Analisa Regresi Standar

Analisa ini memerlukan data yang bebas (pengukuran yang berulang bukan merupakan data independen). Variabel bebas harus diukur tanpa error (*significant error*) dan semua data harus berdistribusi normal tanpa adanya nilai ekstrim (*outliers*). Hal ini bisa dengan mudah diperiksa dengan menggunakan diagram *scatter plot*.

Perbandingan Metode (Method Comparison)

Perbandingan metode dengan menggunakan regresi dan koefisien korelasi adalah kurang tepat. Metode yang tepat adalah dengan menggunakan *Altman and Bland Difference Plot*. Jika regresi dan standard scatter plot dinilai bermanfaat, maka hal ini dapat disajikan bersama-sama dengan Altman-Bland Plot. Harus diingat bahwa jika dua metode seharusnya menguji hal yang sama, maka besar peluang bahwa keduanya saling berkorelasi, sehingga nilai korelasi tidak memberikan informasi yang bermakna. Jika menggunakan metode uji statistik yang lebih kompleks, seperti analisis multivariate, analisa ROC dan uji sejenis lainnya, sangat disarankan supaya mencari masukan dan saran dari ahli statistik.



**PUBLIC HEALTH AND
PREVENTIVE MEDICINE
ARCHIVE**